

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ IX МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ

25-27 марта 2020 г.
г. Москва



**Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. 2020;
25. Приложение 1. doi: 10.15829/2311-1623-8-25**

IX INTERNATIONAL FORUM OF CARDIOLOGY AND INTERNAL MEDICINE

March 25–27, 2020
Moscow

ABSTRACT BOOK



**International Heart and Vascular Diseases Journal. 2020; 25. Appendix 1.
doi: 10.15829 / 2311-1623-8-25**

A CASE OF INTOXICATION WITH RIVAROXABAN AND MONITORING THE ANTICOAGULANT EFFECT

Alkan S, Emre E.

Tekirdag State Hospital Internal Medicine Department, Tekirdag, Turkey

Case report. A 40-year-old male (93 kg, smoker) presented himself at the emergency clinic approximately 2 hours after the intentional, suicidal ingestion of 560 mg rivaroxaban (Xarelto, Bayer Pharma AG, Germany). The patient had no chronic disease and drugs belonged to his mother. The physical examination and the electrocardiogram was normal. The laboratory results showed a prothrombin time (PT) was 27.5 seconds(normal 9.7-13.3), international normalized ratio was (INR) 2.4(normal 0.8-1.2) and activated partialthromboplastin time (aPTT) was 50.2 seconds(normal 25.4-38.4). The blood count was normal (hemoglobin 14.35 g/dL, hematocrit 43.1%, platelet count 259.000/mL). Electrolytes, liver, and kidney function were normal (serum kreatinine 0.96 mg/dL, alanine aminotransferase 25 U/L). He received 10 mg of intravenous vitamin K, 50g oral charcoal, 40mg pantoprazole, and 1 liter of saline. The patient was transferred to intensive care unit in our hospital 5 hours after ingestion. The patient was closely monitored and received fresh frozen plasma (FFP)(approximately 250 ml of volume) and 10 mg of intravenous vitamin K . After FFP the PT was 14.3 seconds, the INR was 1.26, and the aPTT was 43 seconds. FFP was given to the patient for the second time and after PT was 13.2 seconds, the INR was 1.1, and the aPTT was 39.3 seconds. Apart from a slight gross hematuria upon admission, the patient never showed signs of bleeding. The next day FFP was given to the patient for the third time and after PT was 12.9 seconds, the INR was 1.1, and the aPTT was 39 seconds. Third day the PT was 11.4 seconds, the INR was 1, and the aPTT was 35 seconds. The patient was completely asymptomatic and transferred to the psychiatry unit.

Case discussion. Literature research revealed 4 case reports with an intentional, massive rivaroxaban overdose (1400¹, 1800² and two other cases 1960³⁻⁴ mg). In all these cases, patients uses the rivaroxaban routine but our case has no medical story before. Rivaroxaban was measured in 2 cases(3-4) and all cases were followed up with PT, INR and aPTT. All cases received prothrombin complex concentrate (PCC), 2 case with additional active charcoal(3-4), 1 case with additional vitamin K(4) and in the other one case with tranexamic acid(1). PCC wasn't available in our hospital and we treated the patient with FFP. Life - threatening bleeding was not seen in any case. Only one case had gross hematuria like our case, but it didn't recur and didn't cause renal failure(4). The follow-up period was approximately 3 days in all cases.

Conclusion. Patients receiving a massive dose of rivaroxaban should be followed up with PT, aPTT and INR. PCC, FFP, vitamin K and activated charcoal can be used in the treatment. The effect of the drug on hemostasis can be extended to 3 days.

ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY AND SOME LABORATORY MARKERS IN MONITORING THE STATUS OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Babayeva G.H., Mehdiyev S.X., Mamedov R.İ., Babayev Z.M., Mahmudov U.R., Quliyev F.V., Asadova G.V., Mirzazade O.R.

A.Aliyev's State Advanced Training Institute for Doctors; Central hospital for oil workers; Memorial klinika; Modern Hospital; Oksigen Klinika; National Center of Oncology, Baku, Azerbaijan

Background. Issues of monitoring the status of patients with inflammatory bowel disease (IBD) remain relevant. It is very important to observe the dynamics of the process both during periods of exacerbation and periods of clinical and endoscopic remission (CER), for timely correction of therapy. We made an attempt to determine the relationship between the severity of the condition of patients and the severity of inflammatory changes using endoscopic ultrasonography (EUS) and some laboratory parameters.

Methods. A total of 94 patients with IBD aged 16 to 64 (41.2 ± 1.7) years were examined (43 with ulcerative colitis, 51 with Crohn's disease). 24 patients were in the stage of CER, 70 patients had clinical manifestations of varying severity. The activity of the disease was separately assessed by indicators of highly sensitive C-reactive protein (hs CRP), homocysteine (hom.) and vitamin D (vit. D) in the blood, calprotectin (calp.), lactoferrin (lac.) and pyruvate kinase (TM2P) in feces. Intestine EUS was performed in all patients (wall thickening was considered an excess of 3 mm). Spearman's test was used for correlation analysis.

Results. In 89 (94.6%) patients with IBD thickness intestinal wall (TIW) was revealed according to the results of EUS from 3.4-7.3 mm. The degree of TIW wall directly corresponded to the severity of the condition of the patients ($p < 0.05$); amounted to more than 5.1 mm in severe course. The TIW with a moderate course of IBD was on average 3.7 ± 1.7 mm. At the same time, 91 (96.8%) had vit. D deficiency of varying degrees; 79 (84.0%) increased hom., 70 (74.4%) increased hs CRP. At the same time, an increase in the level of hs CRP was observed in 88 (93.6%) patients, including 14 in the stage of CER. 79 (84.0%) patients had an increase in calp. with lac., and 77 (81.9%) had an increase TM2P. The increase in the military dose of hs CRP, hom., calp., lac., TM2P, and vit. D deficiency are significantly associated with the severity of the patient's condition ($p < 0.05$). Among patients with IBD who are in the stage of CER, 23 (95.8%) revealed a TIW wall according to the results of EUS, and 18 (75.0%) increased TM2P levels in the feces. At the same time, the mucosal thickness and the level of the hs CRP and TM2P were statistically significantly different from those among patients with an active phase of inflammation ($p < 0.05$). There were no statistically significant differences between patients with ulcerative colitis and Crohn's disease in all parameters ($p > 0.05$).

Conclusion. In patients with IBD, even with CER in 95.8% of cases, a TIW remains, the severity of which corresponds to the severity of the condition. The severity of the condition correlates with the severity of the increase of hs CRP, hom., calp., lac., TM2P and vit. D deficiency. For patients with IBD, it is advisable to periodically perform intestinal EUS with the definition of the above markers to correct therapy.

TP-E INTERVAL AND TP-E/QT RATIO IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE

Demirtaş K, Yayla C, Yüksel M, Açar B, Ünal S, Ertem AG, Kaplan M, Akpınar MY, Kiliç ZMY, Kayaçetin E.

Department of Cardiology and Gastroenterology, Türkiye Yüksek İhtisas Education and Research Hospital, Ankara, Turkey

Aim. Celiac disease is a chronic immune-mediated disease of the small intestine. It has been known that dilated cardiomyopathy and ischemic coronary artery disease have become more frequent in patients with Celiac disease. The aim of the study is to assess Tp-e interval and Tp-e/QT ratio in patients with Celiac disease.

Methods. This study was conducted at a single center in collaboration with gastroenterology and cardiology clinics. Between January 2014 and June 2015, a total of 76 consecutive patients were enrolled to study (38 patients with Celiac disease and 38 control subjects). Tp-e interval, Tp-e/QT and Tp-e/QTc ratio were measured from the 12-lead electrocardiogram.

Results. Tp-e interval (64.2 ± 11.0 vs. 44.5 ± 6.0 ; $p < 0.001$), Tp-e/QT ratio (0.18 ± 0.02 vs. 0.13 ± 0.02 ; $p < 0.001$) and Tp-e/QTc ratio (0.16 ± 0.02 vs. 0.11 ± 0.01 ; $p < 0.001$) were significantly higher in patients with Celiac disease than control subjects. There was a significant positive correlation between Tp-e/QTc ratio and disease duration in patients with Celiac disease ($r = 0.418$, $p = 0.013$) and also there was a significant positive correlation between Tp-e/QTc ratio and erythrocyte sedimentation rate ($r = 0.382$, $p = 0.001$).

Conclusion. It is reasonable to suggest that patients with Celiac disease may have an increased incidence of ventricular arrhythmia than healthy subjects. Our study showed that Tp-e interval, Tp-e/QT and Tp-e/QTc ratios were increased in patients with Celiac disease.

COMPARISON OF THE MARKERS OF LIPID AND CARBOHYDRATE METABOLISM BETWEEN VEGANS AND VEGETARIANS

Galchenko A.V.^{1,2}, Sherstneva A.A.³, Lapik I.A.¹, Gapparova K.M.¹

¹Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia;

²Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Objective. The aim of this study was to determine the differences in the markers of lipid and carbohydrate metabolism between vegans and vegetarians.

Methods. 30 patients aged 31,5 [26,5, 38,25] years were examined in the Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia. Patients were divided into 2 groups according to the diet: 21 vegetarians aged 32,0 [24,5, 37,0] years (13 females, 8 males) and 9 vegans aged 31,0 [28,5, 50,5] years (5 females, 4 males). Body composition was assessed by bioimpedance spectroscopy using MEDASS ABC-02 (MEDASS, Russia). Biochemical blood parameters were evaluated using KONELAB Prime 60i (Thermo Scientific, Finland). The chemical diet composition was evaluated using the Nutrilogic software (Nutrilogic LLC, Russia)

using the frequency analysis method. Electrocardiography was also performed. Data were calculated using SPSS 23.0.0.0. Analysis of the results of the study was carried out using descriptive statistics. Differences between the groups were calculated by using parametric and non-parametric methods of statistical processing: Student's t test for unpaired data and Mann-Whitney U-test.

Results. BMI was 20.8 ± 1.8 in vegans and 21.9 ± 3.8 in vegetarians. LDL levels were mostly within normal range. There were no significant differences between vegans (2.65 ± 0.91) and vegetarians (2.90 ± 0.72), but in 22% of vegans and 9.5% of vegetarians were found to have increased concentrations of LDL. HDL levels are also within normal limits (1.30 [1.01, 1.63]); no significant differences between the groups were detected. Glycemia and triglyceride concentrations were in normal values in all groups. Blood cholesterol levels were within normal limits, but excess values were found in 19% of vegetarians and 11% of vegans.

The vegan diet contained significantly less saturated fat (9.1 ± 3.9) and cholesterol (4.28 [1.91, 17.84]) than vegetarian diet (18.2 ± 9.3 and 65.61 [45.64, 181.01], respectively, $p=0.001$). 66.7% of vegans and 71% of vegetarians consumed insufficient amount of omega-3 fatty acids. 44% of vegans were found to have decreased intake of omega-6 fatty acids, and 33.3% - excess. More than half of vegetarians also were lack of dietary omega-6 fatty acids, but 42.9% consumed excess amounts. The ratio of $\omega-6$ and $\omega-3$ fatty acids in 55.5% of vegans was increased, among vegetarians this number reached 61.9%.

43.3% of the subjects had no ECG abnormalities, 26.7% showed minor deviations (nonspecific conduction disturbances, mild arrhythmias, shortening of the PQ interval). More serious disorders (incomplete blockade of the right bundle branch block, left ventricular myocardial hypertrophy, right atrial hypertrophy) were found in 30% of the subjects.

Conclusion. Vegans consumed significantly less saturated fat and cholesterol than vegetarians, however, this did not affect the indicators of lipid and carbohydrate metabolism. In both groups, these values were in normal range. Both groups showed low levels of $\omega-3$ PUFA intake and a huge range of values in $\omega-6$ PUFA consumption.

COMPARISON OF BODY COMPOSITION AMONG VEGANS, VEGETARIANS AND OMNIVORES

Galchenko A.V.^{1,2}, Sherstneva A.A.³, Lapik I.A.¹, Gapparova K.M.¹

¹Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Moscow, Russia;

²Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Objective. The scope of this investigation was to determine differences in the body composition among vegans, vegetarians and omnivores.

Methods. A total of 89 patients aged 18-40 years participated the study. Their body mass was within normal range (BMI 18,5-25). Patients were divided into 3 groups according to the diet: 36 vegans (females:18, aged 28,5 [23,8, 31,3] year, males:18, aged $31,6 \pm 2,1$ year), 26 vegetarians (F:18, aged 32,0 [25,8, 35,3] year, M: 8, aged $35,0 \pm 2,4$ year) and 27 omnivores (F: 17, aged 33,0 [30,0, 35,5] year, M: 10, aged $32,2 \pm$

5,0 year). Body composition was measured by bioimpedance spectroscopy using InBody 720 (Biospace, South Korea). Data analyses were performed using SPSS 23.0.0.0. Differences between the groups were calculated by using parametric and non-parametric methods of statistical processing: ANOVA-test, Student's t test for unpaired data, Mann-Whitney U-test, and Kruskal-Wallis H test. Differences between groups were considered to be statistically significant at $p < 0.05$.

Results. With comparable BMI values fat mass in percentage appeared to be lower in male vegans than in omnivores 16,3 [10,9, 21,3] и 24,1 [17,2, 26,1], respectively). In women significant differences in this parameter were observed between vegetarians and omnivores (24,9 [22,3, 25,4] и 25,9 [25,2, 26,3], respectively). Female vegetarians had lower lean body mass levels (41,2 [39,2, 44,1]) compared with vegans (45,4 [40,0, 48,1]) and omnivores (47,1 [40,6, 48,9]). Male vegans had higher extracellular water rate (16,7 [14,5, 17,5]) compared with omnivores (12,9 [12,5, 14,6]), women kept the same pattern ($13,6 \pm 1,4$ и $12,6 \pm 1,3$ respectively). The total body water values were also higher in male vegans (41,9 [35,8, 45,1]) than in omnivores (34,7 [34,3, 38,7]). Waist-to-hip ratio in female omnivores was 0,81 [0,79, 0,83], which was higher than in vegetarians (0,75 [0,71, 0,77]) and vegans (0,77 [0,76, 0,79]). In men, there were found no significant differences in the waist-to-hip ratio between groups. Compared with omnivores (F: 57,8 [57,0, 58,3], M: 56,4 [55,1, 59,7]), skeletal muscle mass in percentage was significantly lower in vegans (F: 53,4 [48,6, 55,0], M: 54,2 [53,6, 56,2]) and vegetarians (F: 48,7 [47,8, 49,1], M: 51,8 [49,9, 54,2]).

Conclusion. Waist-to-hip ratio was significantly lower in female vegetarians and vegans, than in omnivores. All values were within normal limits. Omnivores had higher fat mass and skeletal muscle mass levels than vegans and vegetarians. Meanwhile, vegetarians and especially vegans had higher extracellular water levels, compared with omnivores. Male vegans had also higher total body water levels. This difference could be associated to oncotic pressure level which may be lower in vegans because of difference in the daily intake of protein and essential aminoacids. This question will require further research.

RISK FACTORS OF THE CORONARY HEART DISEASE IN THE MILITARY PERSONNEL

Masimova Aysel Etibar kizi

Armed Forces Main Clinical Hospital, Baku, Azerbaijan

The aim: To study the frequency of risk factors of coronary heart disease in military personnel. Materials and methods: The study included 100 men with ischemic heart disease. Patients were divided into 2 groups according to their social status. Of these, 50 patients were civilian (Group I) and the other 50 patients (Group II) were military personnel. All patients were treated in the Cardiovascular Department of the Main Armed Forces Hospital (Baku, Azerbaijan). The age range was 30-82 years (average age 56 ± 4 years). The following risk factors were studied: smoking, obesity, high blood pressure, hypercholesterinemia and stress.

Results: In the studied cohort, the most common risk factor was hypercholesterolemia - 80% (n=80): n=49 were civilian citizens and n=31 were military personnel. Smoking has been reported in 71 patients. Of these, 30 were civilians and 41 were military personnel. Arterial hypertension was observed in 62 patients - 36 military men and 26

civilian citizens. Obesity was noted in 24 patients (13 civilian and 11 military). Stress/depression was observed in 45 patients (31 military personnel, and 14 civilian). Conclusion: As a result, it has been found that hypercholesterolemia and arterial hypertension are the highest risk factors regardless of social status. Among military personnel, stress and smoking prevailed compared to civilians with coronary heart disease.

COMPARISON OF ONE YEAR OUTCOMES OF SUBINTIMAL VERSUS INTRALUMINAL RECANALIZATION IN FEMOROPOPLITEAL CHRONIC TOTAL OCCLUSIONS: SINGLE CENTER EXPERIENCE FROM ANATOLIA

Tasar O., Kalenderoglu K.

Elazig Research and Training Hospital, Cardiology Department, Elazig, Turkey

Aim: The aim of this study was to compare prospective observational early and first year outcomes of subintimal and intraluminal recanalization in femoropopliteal chronic total occlusions at the level of our center.

Methods: 85 intraluminal and 151 subintimal successfully revascularized extremities were analyzed prospectively from single center of Anatolia. The angiographic and clinical results of the patients before, during and after the procedure were determined. One year primary, primary assisted and secondary patency rates were compared between both methods.

Results: Total procedure time-minutes (35.4 ± 7.5 vs. 39.1 ± 11 , $p=0.006$) and fluoroscopy time minutes ($27[20.5-32]$ vs. $28[24-34]$, $p=0.015$) were determined longer in the subintimal group. Major adverse events (Cerebrovascular accident, Myocardial infarction and Amputation) (4.7 vs. 6.6 , $p=0.55$), all cause death (2.4 vs. 2.6 , $p=0.89$), cardiovascular death (1.2 vs. 2.6 , $p=0.45$) and stent thrombosis (1.2 vs. 0 , $p=0.18$) were similar statistically in both groups. As well as one year primary (82.4 vs. 78.8 , $p=0.52$), primary assisted (92.9 vs. 90.7 , $p=0.54$) and secondary patency (97.6 vs. 96 , $p=0.49$) rates were similar in both groups.

Conclusion: Subintimal recanalization in Femoropopliteal Chronic total occlusion without distinguishing lesion feature is similar to intimal approach and has very high 1-year patency and low complication rates.

THE ASSESSMENT OF RELATION BETWEEN C-REACTIVE PROTEIN/ALBUMIN RATIO AND PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE SEVERITY

Süleymanoğlu M., Burak C., Gümüşdağ A.

Kafkas University, Kars, Turkey

Aim: Peripheral arterial disease is associated with increased cardiovascular mortality and morbidity. C-reactive protein and albumin are biomarkers of inflammation and malnutrition and play key roles in pathophysiological pathways involved in progression of atherosclerosis and peripheral arterial disease. In this study, we aimed to assess the relationship between C-reactive protein/albumin ratio and the suprapopliteal peripheral arterial disease severity and complexity which assessed by TransAtlantic Inter-Society Consensus-II (TASC-II) classification.

Method: Our study enrolled 200 consecutive patients referred for peripheral angiography with clinical features of possible peripheral arterial disease at a tertiary care center between January 2016 and June 2019. Level of disease and lesion characteristics were defined with reference to angiographic findings according to the TASC-II classification.

Results: C-reactive protein/albumin ratio levels were significantly higher in TASC-II class C and D than in TASC-II class B patients with a mean level of 4.8, 3.4 vs. 1.7 respectively ($p=0.018$). In multivariate regression analysis, C-reactive protein/albumin ratio remained an independent predictor of severe peripheral arterial disease. The predictive performance of C-reactive protein/albumin ratio, C-reactive protein and albumin were compared by Receiver Operating Characteristic curve analysis. C-reactive protein/albumin ratio surpassed C-reactive protein and albumin in predicting peripheral arterial disease severity and complexity. The level of C-reactive protein/albumin ratio > 0.14 predicted higher grade of suprapopliteal TASC-II class with a sensitivity and specificity of 68.2% and 56.0%, respectively.

Conclusion: C-Reactive Protein/Albumin Ratio was more tightly associated with the complexity and severity of peripheral arterial disease than C-reactive protein and albumin alone and was found to be an independent predictor for TASC-II C and D classes.

THE RELATIONSHIP BETWEEN ADVANCED OXIDATION END PRODUCTS AND INFLAMMATORY MARKERS IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS

¹Zeki Aydin, ²Serhat Karadag, ²Savas Ozturk, ³Meltem Gursu, ²Sami Uzun, ²Egemen Cebeci, ²Abdullah Sumnu, ³Rumeyza Kazancioglu.

¹Darica Farabi Training and Research Hospital, Department of Nephrology, Kocaeli, Turkey

²Haseki Training and Research Hospital, Department of Nephrology, Istanbul, Turkey

³Bezmialem Vakif University Hospital, Department of Nephrology, Istanbul, Turkey

Aim: Increased oxidative stress and blunted anti-oxidant mechanisms are important problems in hemodialysis (HD) patients. Reactive oxygen species (ROS) act directly on proteins, leading to the formation of oxidized amino acids. Advanced oxidation protein products (AOPP) are among these substances. Many oxidant substances increase the level of AOPP. Iron is an element with strong oxidant capacity, especially when used intravenously. It is thought that iron treatment further increases the oxidative stress in HD patients. We aimed to investigate the relationship between AOPP and inflammatory status in HD patients.

Methods: Patients who were on maintenance HD program without additional comorbidities and no history of use of intravenous iron within the last two weeks were recruited in the study. The blood samples taken just before the dialysis session were analyzed for AOPP, serum iron, total iron binding capacity (TIBC), ferritin, C-reactive protein (CRP), β 2-microglobulin, fibrinogen, interleukin (IL)-1, IL-6 and tumor necrosis factor- α levels besides routine biochemical measurements and complete blood count.

Results: The number of patients included in the study was 102 (n: 53 female, %52.0) and the mean age was 47.6 ± 13.9 years. The mean transferrin saturation was 25.4%. AOPP levels, iron use in patients was higher compared to patients who do not use (respectively 2.58 ± 0.19 mmol/l and 2.50 ± 0.16 mmol/l, $p = 0.046$). We did not detect statistically significant correlation of AOPP levels with iron parameters and other inflammatory markers.

Conclusions: The present study showed that intravenous iron therapy does not increase oxidative stress. Although serum AOPP level was higher in patients on intravenous iron treatment, it was not correlated with iron indices and inflammatory markers. So, intravenous iron may exert its oxidant effect free from serum iron indices.

Key words: inflammation, oxidative stress, AOPP, interleukin, hemodialysis,

PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION TO SAPHENOUS VEIN GRAFT IN A PATIENT WITH DEXTRCARDIA UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY

Unal S, Karaaslan OC, Ozilhan MO, Akdi A, Ozkan C.

Department of Cardiology, Ankara City Hospital, Ankara, Turkey

Introduction. Dextrocardia is a rare congenital anomaly with a prevalence of 1 in 10,000 births.[1] Although, it is a rare , coronary artery disease with dextrocardia is assumed to be of similar incidence as in the general population.[2] The life expectancy is usually normal without in the absence of other structural heart disease.[3] There are limited published case reports of PCI in these patients who have coronary artery disease. We report a case of underwent successful emergency primary coronary angioplasty and stenting of SVG in a patient with situs inversus totalis who underwent coronary artery bypass grafting (CABG) surgery.

Case Report. A 59 -year-old patient was admitted to our hospital with complaints of chest pain. He was a known case of situs inversus with dextrocardia. ECG showed a negative P wave in the \square and aVL limb leads, a positive R wave in the aVR limb leads, a prominent S wave in the left side chest leads and a prominent R wave in the right sided chest leads. Her routine biochemistry was normal and troponin was 3591 ng/L (0-45 ng/L). In 2012, this patient was performed CABG and the saphenous vein was anastomosed to the proximal LAD, the saphenous vein was anastomosed (also in situ) to the proximal part of the RCX. CAG using right transradial access with 6F judkins catheter revealed totally occluded LAD and totally occluded RCX which was filling antegradely. CAG demonstrated that the LAD was perfused by the saphenous vein graft (SVG). SVG to RCX was totally occluded. Aortocoronary SVG to the LAD was stenosis 95% and displayed hazy image. Written informed consent was obtained from the patient for percutaneous coronary intervention. The SVG to the LAD was selectively cannulated with a guiding catheter (Judkins Right 3.5, 6F guide catheter), and this was successful following anti-clockwise rotation and changing the angulation from LAO 60° to mirror image RAO 60°. Subsequently, 3.0×15 mm drug eluting stent (Xience Pro) was implanted with 14 atm pressure. The final result of coronary angiography showed that there was no residual stenosis in the stent of the saphenous vein graft to the LAD with the TIMI 3 grade flow. No complications occurred during hospitalization. Patient was discharged on the 2st post procedure day.

Conclusion. This case was presented successful PCI in situs inversus dextrocardia who underwent CABG using a transradial approach. We performed angioplasty for stenosis in the saphenous vein graft with standard wire, balloons and stent, with a satisfactory angiographic outcome. To the best of our knowledge this is the first case in literature of saphenous vein graft PCI in situs inversus dextrocardia using transradial approach.

ИННОВАЦИОННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Абдумаликова Ф.Б., Нуриллаева Н.М., Насретдинова Д.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан**

Цель. Интерпретация данных психоэмоционального статуса больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с указанием наличия и степени выраженности тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) согласно разработанной компьютерной программе (КП) «Оценка степени приверженности к терапии и способы её повышения».

Материал и методы. Оценена степень приверженности пациента на момент визита по тесту Мориски Грин. Суть разработки КП заключается в оценке психологических, личностных и поведенческих компонентов формирования комплаентности и выявление индекса риска развития неприверженности в дальнейшей долгосрочной терапии ИБС, с выдачей рекомендаций, повышающих приверженность к терапии. С целью оценки эффективности практического применения КП проведен мониторинг 42 амбулаторных больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) II-III ФК, обоих полов, в возрасте от 48 до 76 лет (в среднем $61,9 \pm 1,31$). Оценка степени приверженности, психоэмоционального статуса, качества жизни у пациентов ССН в динамике проводилась после воздействия программного продукта.

Результаты. По данным КП у пациентов с ССН выявлена тревога/депрессия в 12% (n=5) и 9,5% (n=4) случаев, соответственно, смешанные ТДС у 35,7% (n=15) и 42,8% (n=18) не выявлены психоэмоциональные расстройства. Анализ индекса риска снижения приверженности к терапии у пациентов с применением КП показал, что в 8,4% случаях шанс неприверженности увеличивается в 2,9 раз, у 7,9% пациентов в 3,2 раза, у 17,3% в 5,6 раз, у 26,8% в 9 раз и в 39,6% случаях в 16,5 раз (частота неприверженности превышает 80%). У пациентов ИБС с применением рекомендаций КП после 3 месячного наблюдения отмечалось достоверное снижение уровня АД как систолического, так и диастолического, соответственно уровень систолического АД составлял исходно $152,8 \pm 8,3$ мм.рт.ст. и в динамике $139,3 \pm 7,4$ мм.рт.ст. ($p=0,01$) и диастолического АД $88,5 \pm 6,1$ мм.рт.ст. и $86,2 \pm 5,4$ мм рт. ст., соответственно ($p=0,05$). Целевое АД было достигнуто у 79% пациентов ССН. Средние значения компонентов КЖ по вопроснику EUROQOL - EQ-5D, такие как самообслуживание (EQ-2) ($p=0,01$), наличие боли/дискомфорта (EQ-4) ($p=0,05$) и тревоги/депрессии (EQ-4) ($p=0,01$), а также состояние здоровья по EQ-VAS у пациентов ССН достоверно улучшились в динамике после применения КП ($p=0,01$). Психологические факторы могут быть основными барьерами для благоприятных поведенческих изменений и повышения комплаентности к лечению, поэтому в разработанную программу включено их выявление и коррекция мультидисциплинарным подходом с

привлечением специалистов. Так, у 13 (31%) пациентов ССН были выявлены клинически выраженные смешанные ТДС, соответственно в этих случаях была назначена консультация психоневролога или медицинского психолога.

Заключение. Таким образом, индивидуализированный подход к амбулаторным пациентам с помощью КП ассоциировался с повышением приверженности пациентов к терапии, что напрямую коррелирует с эффективностью антигипертензивной терапии у больных ИБС ($r=0,51$, $p=0,001$).

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Абдрахманова М.Т., Алина А.Р., Ларюшина Е.М.

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», кафедра внутренних болезней №2, Караганда, Казахстан

В современной кардиологии кроме факторов риска инфаркта миокарда (ИМ) важная роль отводится нарушению липидного обмена, так и жировой ткани в целом, где особое внимание уделено лептину, который в физиологических условиях участвует в регуляции массы тела. Несмотря на множество исследований и публикаций о взаимосвязи лептина с ожирением и метаболическими показателями, лишь небольшое число исследователей изучали связь между лептина и риском развития кардиоваскулярных событий (КВС), развитию лептинрезистентности у больных с ИМ.

Цель. Оценить показателей метаболизма жировой ткани у больных с инфарктом миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 55 мужчин и женщин в возрасте от 30 до 65 лет, поступивших в стационар Областного кардиохирургического центра г. Караганды. Средний возраст мужчин и женщин статистически не различался ($p>0,05$) и составил 57 лет [23;61]. Диагноз острого ИМ подтвержден наличием типичного болевого синдрома продолжительностью более 15 мин, изменениями ЭКГ и лабораторными показателями. Для определения в сыворотке лептина и рецептор лептина использовался мультиплексный иммунологический анализ и стандартизированный иммунологический панель Bioplex ProRBM Human Metabolic panel2. Индекс свободного лептина (ИСЛ) рассчитывали как отношение содержания лептина к уровню лептин-рецептора, умноженное на 100. Для анализа данных использовали пакет прикладных статистических программ Statistica 7.0 с вычислением вероятности различий непараметрическим методом Спирмана, описаны медианой и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиль). Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Исследование показало, что по мере увеличения степени ожирения достоверно растет концентрация плазменного лептина ($R=0,48$, $p=0,03$) и уменьшается количество его растворимых рецепторов ($R=-0,48$, $p=0,02$). Уровень лептина в подгруппе женщин с ИМ достоверно выше ($p<0,0001$), чем у мужчин, а уровень его растворимых рецепторов достоверно ниже ($p=0,0002$). В группе мужчин так же выявлялась обратная связь с уровнем растворимых рецепторов ($R=-0,42$, $p<0,05$). Соответственно, показатель индекса свободного лептина у женщин вдвое превышал значение у мужчин ($p<0,001$). Коэффициент

липтинрезистентности - отношение уровней лептина и ТГ достоверно 4 раза выше у женщин ($p=0,0012$).

Заключение. Уменьшение количества растворимого рецептора лептина, в дальнейшем увеличение индекса свободного лептина сопоставим с коэффициентом липтинрезистентности у пациентов с инфарктом миокарда, что определяет развитие КВС.

АРИТМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абуса Гидеон, Алакраа Муса, Нахушева А.Р, Кубатиева Э.М.,
Арамисова Р.М.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М.
Бербекова», Нальчик, Россия

Актуальность. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о широкой распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди российской популяции. В Российской Федерации распространенность ХСН достигает 7%, возрастая до 10% среди лиц старше 70 лет. Наблюдаются гендерные различия: соотношение числа женщин, имеющих ХСН, к числу мужчин составляет примерно 3:1.

В структуре причин смертности пациентов с ХСН важное место занимают нарушения ритма сердца (НРС). Аритмическая смерть регистрируется у 35-50% больных с ХСН. Нарушения ритма сердца у больных с ХСН являются, с одной стороны, одним из факторов риска внезапной смерти (ВС), с другой - непосредственной причиной развития и прогрессирования ХСН.

В этой связи ранняя диагностика НРС и адекватная их терапия является важнейшей задачей клинической медицины.

Цель. Изучение структуры НРС у больных с ХСН на фоне различной кардиальной патологии.

Материал и методы. Обследовано 248 больных (мужчин-114, женщин-134) со стабильным течением ХСН II-III функционального класса (ФК) в возрасте 42-71 лет (в среднем $61,1 \pm 2,0$ года). Фоновыми заболеваниями являлись: ИБС – 119 случаев, в т.ч. постинфарктный кардиосклероз -12 (6 мужчин и 6 женщин), АГ -129 больных. В группе больных с АГ преобладали женщины (86 больных).

В исследование не включались пациенты с нестабильными формами ИБС: ИМ и/или инсульт в предшествующие 2 месяца, ОКС, систолическое артериальное давление менее 100 мм рт. ст., атриовентрикулярная блокада 2-3 степени, а также сопутствующие заболевания- сахарный диабет, обструктивные заболевания легких.

Результаты. В исследуемой группе больных аритмии сердца были обнаружены у 54 больных (21,7%). Структура НРС была представлена следующим образом: постоянная форма ФП -37,1%, пароксизмальная форма ФП -7,4%, желудочковые экстрасистолы - 33,3%. Сложные нарушения ритма: ФП+ желудочковая экстрасистолия у 4-х больных.

Выводы

1. В структуре причин развития ХСН большой удельный вес занимает артериальная гипертония. Отмечаются гендерные различия в структуре больных ХСН с преобладанием лиц женского пола.

2. В изученной популяции больных с ХСН различные нарушения сердечного ритма обнаружены в 21,7% случаев.

3. Фибрилляция предсердий— одна из наиболее часто встречающихся НРС у больных с ХСН (44,5%), на втором месте- желудочковая экстрасистолия (33,3%).

4. Полученные результаты на региональном уровне соответствуют данным многоцентровых исследований по половозрастной структуре, гендерным различиям, а также структуре НРС у больных с ХСН.

КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абуса Гидеон, Алакраа Муса, Нахушева А.Р, Кубатиева Э.М.,

Арамисова Р.М.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова», Нальчик, Россия

Актуальность проблемы. Число людей с диабетом во всем мире растет, приближаясь к 400 миллионам, а к 2035 г. по прогнозу IDF достигнет около 600 миллионов. В России насчитывается около 11 млн. больных сахарным диабетом (СД). Коморбидность у больных СД наращивает риск осложнений и смерти.

Материал и методы. С целью выявления коморбидных состояний были обследованы 30 больных СД, проходивших лечение в эндокринологическом отделении городской клинической больницы: 30% мужчин и 70% женщин.

Результаты исследования: у обследованных больных СД были выявлены следующие сопутствующие заболевания: АГ - 83% (21% мужчин, 79% женщин), ИБС-23% (17% случаев у женщин), варикозная болезнь нижних конечностей-7% (в 100% случаев у женщин), хронический аутоиммунный тиреоидит 7% (в 100% случаев у женщин), деформирующий остеоартроз-7 (в 100% случаев у женщин), жировой гепатоз печени-7% (мужчины-50%, женщины-50%), постхолестерэктомический синдром -7% (в 100% случаев у женщин), хронический панкреатит-13% (мужчины-50%, женщины-50%), ХОБЛ-7% (в 100% случаев у мужчин), хронический пиелонефрит -7% (в 100% случаев у женщин), неспецифический аорто-артериит-3% (в 100% случаев у женщин), хронический гастродуоденит-17% (у 20% мужчин и 80% женщин), деформирующий остеоартроз-7% (в 100% случаев у женщин), начальная катаракта -10% (в 100% случаев у женщин).

Выводы. Результаты исследования показали высокую распространенность коморбидных состояний у больных СД. В структуре сопутствующих заболеваний превалировала сердечно-сосудистая патология (АГ, ИБС).

Отмечаются гендерные различия: более высокие показатели коморбидности выявлены среди женщин.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ОТРАВЛЕНИЙ БЫТОВЫМ ГАЗОМ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (КБР)

**Абуса Гидеон, Алакраа Муса, Нахушева А.Р, Кубатиева Э.М.,
Арамисова Р.М.**

**ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.
М. Бербекова», Нальчик, Россия**

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности острых не смертельных отравлений компонентами бытового газа среди жителей Кабардино-Балкарской республики.

Материал и методы. При выполнении данной работы проведен ретроспективный анализ 253 карт стационарных больных, находившихся на лечении в токсикологическом отделении с отравлением бытовым газом.

Результаты исследования. В структуре всех отравлений преобладали отравления бытовым газом- 97 случаев (38,3%). Среди пострадавших было 58 женщин (59,8%) 39 мужчин (40,2%). При выяснении обстоятельств происшедшего было установлено, что в 100 % случаев отравление произошло при несчастном случае в быту.

По сезонам года случаи отравлений бытовым газом распределились следующим образом: весна – 17,8 %, лето – 25 %, осень – 33,1, зима – 24,3 случаев. Распределение пострадавших по возрастным группам выглядело следующим образом: 20–29 лет – 14,1 %, 30–39 лет – 22,4 %, 40–49 лет – 33,1 %, 50–59 лет – 20,2 %, 60–69 лет – 11,2 %.

Отравления произошли в квартире (3 случая), остальные (93,75 %) в частных домовладениях и различного вида подсобных помещениях. При этом абсолютное число отравлений произошло в вечернее и ночное время с 19 до 5 часов. Обращение пострадавших за медицинской помощью не имело четкой зависимости от дня недели.

Основным средством лечения острого отравления с клинически выраженным отравлением была нормобарическая оксигенация в течение 6 часов.

Выводы

1. Отравления бытовым газом занимают первое место в структуре всех случаев отравлений.
2. Отмечаются гендерные различия с превалированием лиц женского пола, что отличается от данных в других регионах РФ.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

**Абуса Гидеон, Алакраа Муса, Нахушева А.Р, Кубатиева Э.М.,
Арамисова Р.М.**

**ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.
М. Бербекова», Нальчик, Россия**

Актуальность проблемы. В настоящее время суициды продолжают оставаться одной из наиболее злободневных медико-социальных проблем в большинстве стран мира. За последнее десятилетие в России отмечено значительное увеличение распространенности суицидов. По официальным данным количество самоубийств с 2018 года в России составило около 2000 человек, из которых более трети — дети и подростки.

В связи с этим представляется обоснованным комплексное изучение одного из самых распространенных видов суицидального поведения — умышленных самоотравлений, а именно отравлений психотропными препаратами.

Цель. Изучение эпидемиологической ситуации в отношении суицидальных попыток по Кабардино-Балкарской республике.

Материал и методы. Данная работа основывается на анализе суицидальных попыток, совершенных путем отравления психотропными веществами. Диагноз отравлений подтверждался на основании анамнеза, клинических проявлений, заключения психиатра о психическом состоянии.

Результаты исследования. В нашем исследовании среди суицидентов преобладали женщины (73,8%) в возрасте 20-39 лет. Максимум суицидальных попыток совершали лица в возрасте 20—29 и 30—39 лет (26,3 и 23,7% соответственно), минимум — лица в возрасте 60 лет и старше (9,2%). Остальные возрастные группы были представлены примерно в равных долях (в среднем 13,5%). При этом наиболее высокое соотношение между женщинами и мужчинами наблюдалось в возрастной группе 14—19 лет (9:1), наименьшее — в возрасте 20—29 лет (2, 3:1).

Чаще всего с целью отравления использовались транквилизаторы. Около половины всех пострадавших использовали для отравления препараты, которые принимали ранее с целью лечения. Группа транквилизаторов в большинстве наблюдений была представлена феназепамом (55%), остальная часть равномерно распределилась между нозепамом, реланиумом, нитразепамом и др. Повторные суицидальные попытки в два раза чаще совершали женщины (женщины-14%, мужчины-6%).

Выводы

1. Исследование показало, что частота суицидов среди женщин выше и составляет 56% (по данным исследования суицидов в КБР, проведенным в 90-е годы преобладали лица мужского пола).

2. Максимум суицидальных попыток совершали лица молодого возраста (20-29 и 30-39 лет). Средний возраст в 90-е годы по республике составлял 47,80+- 1,5 года, что свидетельствует о тенденции увеличения доли лиц молодого возраста среди суицидентов.

3. Анализ суицидной ситуации в республике за указанный период показал, что количество самоубийств среди городского населения выше (59%), чем сельского.

4. Повторные суицидальные попытки в два раза чаще совершали женщины.

СТРУКТУРА ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Абуса Гидеон, Алакраа Муса, Нахушева А.Р, Кубатиева Э.М.,
Арамисова Р.М.**

**ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.
М. Бербекова», Нальчик, Россия**

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по-прежнему остается одним из самых распространенных тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. В РФ около 400 тыс. новых случаев ХСН в год. Параллельно заболеваемости растет и смертность: продолжительность жизни 50% больных тяжелой сердечной недостаточностью не превышает 1 года.

Материал и методы. В исследование были включены 30 больных с ХСН (19 женщин и 11 мужчин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении. В ходе исследования анализировались следующие параметры: этиологическая структура ХСН, выраженность ХСН, степень снижения фракции выброса (ФВ) по данным ЭхоКс, стаж по ХСН, наличие аритмий сердца, нарушения ритма сердца и их структура.

Результаты. Распределение больных по стажу ХСН было представлено следующим образом: менее 5 лет у 12 больных, более 5 лет-18 больных. По стадиям ХСН: 1 ст. у 20%, 2 А ст. у 58%, 2 Б ст. у 22% больных. Анализ структуры заболеваний, приведших к развитию ХСН, показал: АГ -13,3%, постинфарктный кардиосклероз-16,8%, аневризма брюшного отдела аорты-6,6%, инфекционный эндокардит-3,3%. У женщин чаще встречались сочетания АГ и ИБС. ФВ менее 50% отмечена у 6 больных.

Различные нарушения ритма сердца отмечались у 76% больных: наджелудочковая экстрасистолия-45,6%, желудочковая экстрасистолия -34,3%, фибрилляция предсердий - 23,6%.

Сочетание коронарной патологии с сахарным диабетом- 6,6%, с ХОБЛ-30%. У женщин чаще отмечалось сочетание коронарной патологии с СД, а у мужчин с ХОБЛ. Аневризма брюшного отдела аорты отмечена только у мужчин.

Выводы. Наиболее частыми причинами развития ХСН является атеросклероз сосудов и его последствия, что указывает на необходимость своевременной адекватной первичной и вторичной профилактики атеросклероза на популяционном уровне.

ПРЕВЕНТИВНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ХРОНОТЕРАПИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИЕЙ АМЛОДИПИНА, ЛИЗИНОПРИЛА И РОЗУВАСТАТИНА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Агарков Н.М., Лутай Ю.А., Маркелова Е.А., Аксёнов В.В.
ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет», Курск, Россия**

Цель. Анализ эффективности превентивной антигипертензивной терапии у больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Исследование проведено у 62 больных острым инфарктом миокарда в возрасте 60-74 года. Коррекция артериального давления проводилась фиксированной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина в дозе 5/10/10 мг за 2 часа до акрофазы систолического артериального давления. Для оценки эффективности выполнен анализ показателей суточного мониторирования артериального давления. Контролем служили 58 больных с аналогичным заболеванием, принимавших препарат в той же дозе утром.

Результаты. Под влиянием превентивной хронотерапии функциональной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина произошло достоверное увеличение с $19,4 \pm 5,0\%$ до $61,3 \pm 6,2\%$ числа пациентов с физиологическим суточным профилем АД (dipper). В контроле через 6 месяцев лечения количество больных с профилем dipper также достоверно выросло с $17,2 \pm 5,0\%$ до $34,5 \pm 6,2\%$. Одновременно произошло снижение удельного веса пациентов, относящихся к non – dipper, с $32,3 \pm 5,9\%$ до $6,5 \pm 3,1\%$ и с $29,3 \pm 6,0\%$ до $15,5 \pm 4,8\%$ соответственно ($P < 0,001$).

Реализованная превентивная хронотерапия функциональной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина обеспечила синхронизацию периодов, акрофаз и ортофаз систолического и диастолического артериального давления. В контрольной группе, несмотря на улучшение хронограммы, синхронизации данных биоритмов не удалось достигнуть.

Установлено статистически значимое влияние режима превентивной хронотерапии функциональной комбинацией амлодипина, лизиноприла и

розувастатинана синхронизацию периода пульсового артериального давления с периодом систолического и диастолического артериального давления и отсутствие влияния на продолжительность периода частоты сердечных сокращений. Кроме того, к моменту завершения наблюдения произошла синхронизация акрофаз пульсового артериального давления и частоты сердечных сокращений, но сохранилось рассогласование ортофаз. В контрольной группе сохранился десинхронозакрофаз, амплитуды и ортофаз циркадианных ритмов пульсового артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Среди показателей артериального давления в дневные часы у больных под действием превентивной хронотерапии, наиболее выражено понизился индекс времени диастолического артериального давления с $43,4 \pm 2,8\%$ до $16,5 \pm 2,5\%$ и систолического артериального давления с $60,2 \pm 3,5\%$ до $32,7 \pm 3,1\%$ ($P < 0,001$). В контрольной группе указанные параметры снизились с $41,6 \pm 2,4\%$ до $32,8 \pm 2,5\%$, с $58,7 \pm 3,2\%$ до $47,1 \pm 3,1\%$ соответственно.

Заключение. Превентивная антигипертензивная хронотерапия фиксированной комбинацией амлодипина, лизиноприла и розувастатина у пожилых больных острым инфарктом миокарда более эффективна, чем традиционное лечение.

ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Агасян Д.Г., Чулков В.С.

**Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск,
Россия**

Цель исследования. Оценить риск венозных тромбоэмболических осложнений по шкале Саргини у госпитализированных пациентов с ХСН.

Материал и методы. Тип исследования - поперечный срез. Метод выборки - сплошной. В исследование участвовало 132 пациента, госпитализированные в кардиологическое отделение МАУЗ ОТКЗ № 1 г. Челябинска в 2019 году. Критерий включения: наличие хронической сердечной недостаточности. Критерий исключения: злокачественное новообразование в активной стадии и в анамнезе до 5 лет. Статистический анализ данных проводился с применением пакетов статистических программ MedCalc (версия 19.1.3, Бельгия). Количественные данные представлены в виде медианы с интерквартильным размахом (Me; Q25–Q75). Применялись критерии Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона. Статистически достоверными считали значения $p < 0,05$.

Результаты. В исследование были включены 132 пациента, которые распределены на 2 группы: группа 1 (48 человек) – пациенты, имеющие I и II ФК ХСН по NYHA; группа 2 (84 человека) – с III и IV ФК ХСН по NYHA. В группе 1 преобладали пациенты с сохраненной и промежуточной фракцией выброса ($85,4\%$ vs $48,8\%$, $p < 0,001$). В то же время, каждый второй пациент в группе 2 имел ХСН с ФВ менее 40%. Средний возраст в группе 1 составил 70,5 (56,5-80,5) лет, против 74,5 (64,0-82,5) в группе 2, $p < 0,001$. В целом, пациенты обеих групп страдали такими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца 90(68,2%), гипертоническая болезнь 128(96,9%), фибрилляция предсердий 69(53,3%), пороки сердца 43(32,6%), анемия 83(62,9%), курящих пациентов было

38(28,8%). Пациенты 2 группы достоверно чаще имели: ишемическую болезнь сердца 75 (89,3%) против 17 (35,4%) группы 1($p<0,001$), пороки сердца 33 (39,3%) против 10 (20,8%) группы 1($p=0,03$), анемию 65 (77,4%) против 18 (37,5%) группы 1 ($p<0,001$), постельный режим 39 (46,4%) против 4 (8,3%) группы 1 ($p<0,001$). При оценке риска венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений по шкале Caprini госпитализированные пациенты относились к категориям умеренного (7 (14,6%) vs 2 (2,4%), $p=0,077$) и высокого (41 (85,4%) vs 82 (97,6%), $p=0,077$) риска. В группе с ХСН I – II ФК высокий риск имели 85% больных, а с III и IV ФК - 97,6 % больных при этом средний балл ≥ 10 был у каждого пятого пациента. Показания для длительной антикоагулянтной терапии, преимущественно по поводу фибрилляции предсердий, имели 51,5% пациентов. Остальные больные при исключении высокого геморрагического риска нуждались в назначении профилактических доз парентеральных антикоагулянтов.

Заключение. Таким образом, все пациенты, госпитализированные в кардиологическое отделение, независимо от функционального класса ХСН, относились к группе умеренного и высокого риска ВТЭО по шкале J. Caprini, то есть нуждались в медикаментозной антикоагулянтной профилактике. В группе с ХСН I-II ФК высокий риск имели 85% больных, а с III-IV ФК — 97,6% больных при этом средний балл ≥ 10 был у каждого пятого пациента.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ И ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ

Айрапетян Л.А.

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»,
Ставрополь, Россия**

Цель. Выявление возможных предикторов осложнений со стороны системы гемостаза среди полиморфизмов генов компонентов крови и признаков дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов славянской принадлежности в возрасте 18–35 лет, проживающих в Ставропольском крае (46 мужчин, 104 женщины) в группах с наличием и отсутствием признаков ДСТ. Выявление внешних признаков осуществлялось на основе осмотра, согласно глоссарию стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий Н.А. Корнетова, висцеральных – с использованием эхокардиографии, ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек. Для анализа генетических полиморфизмов использовался метод полимеразной цепной реакции. Определялись аллельные варианты генов компонентов системы гемостаза (фибриногена, FGB:-455 G/A; протромбина FII:20210 G/A; проакцелерина FV:1691 G/A; проконвертина FVII: 10976 G/A; фактора XIII A1: G/T; ингибитора активатора плазминогена 1 типа, PAI-1:-675 5G/4G; тромбоцитарного рецептора к коллагену, ITGA2:807 C/T; тромбоцитарного рецептора фибриногена, ITGB-3 β :1565T/C), а также фолатного цикла (метилентетрагидрофолатредуктазы – MTHFR: 677 C/T; MTHFR: 1298 A/C; B₁₂-зависимой метионин-синтазы – MTR: 2756 A/G; метионин-синтазы-редуктазы –

MTRR: 66A/G). Статистический анализ проводили с использованием компьютерной программы «Microsoft Excel». В качестве предикторов рассматривались признаки соединительнотканной дисплазии и количество редких аллелей в полиморфных локусах исследованных генов. В качестве исхода – факт данных осложнений системы гемостаза в анамнезе или в период наблюдения. При построении прогностических моделей для предсказания развития кровотечений проведен дискриминантный анализ, тромбозов — однофакторный анализ. Используются логистическая регрессия и ROC-кривая для анализа качества моделей.

Результаты. В модель прогнозирования кровотечений вошли 3 фенотипических признака дисплазии соединительной ткани (узкий зубной ряд, варикозное расширение вен, гематомы) и генотипы AA и GA VII фактора свертывания крови. В модель тромбозов — гематомы и удвоение ЧЛС, а также два генетических маркера (MTHFR 677T: CT и TT и FGB: -455A/G: AA).

Заключение. Таким образом, анализ фенотипических и генотипических характеристик позволяет выявить риск развития осложнений со стороны системы крови, что необходимо для их своевременной профилактики и терапии у пациентов с соединительнотканной дисплазией.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

Айтмагамбетов А.Р., Молотов- Лучанский В.Б., Копбаева М.И.

**НАО «медицинский университет Караганды», ОЦТИО им профессора Х.Ж.
Макажанова, Караганда, Республика Казахстан.**

Цель исследования. Изучить положение специалистов сестринского дела уровня бакалавра в современной медицине.

Материалы и методы. Документальный анализ.

Результаты. Устоявшиеся стереотипы отношения к медицинским сестрам как к помощникам врача до сих пор пользуются популярностью в профессиональной медицинской среде, да и в обществе. Это низводит роль медицинской сестры до уровня - хоть и высококвалифицированного, но всё же технического - работника. Недооценка роли сестринской профессии в лечебном процессе не позволяет в полной мере использовать её большой потенциал. Нынешняя организационная структура медицинских организаций также не предполагает самостоятельности медицинской сестры как равноправного партнера врача. В номенклатуре должностей работников здравоохранения в структуре должностей не предусмотрены должности для клинических медсестер уровня бакалавра; они не обладают полномочиями и ответственностью за независимое принятие клинических решений по сестринскому уходу и не ведут сестринскую документацию.

В этой связи необходимо изучать и внедрять лучший международный опыт, который показывает большое значение новой образовательной парадигмы, высокую эффективность делегирования полномочий врача специалистам сестринского дела. Работа в этом направлении ведется большая. В настоящее время в Казахстане перестраивается система образования. Появились высшие

колледжи, обучающие будущих медсестер в прикладном бакалавриате, в течение более чем 10 лет реализуется ГОСО академического бакалавриата в медицинских вузах, дающего высшее сестринское образование и степень бакалавра сестринского дела.

В соответствии с Дорожными картами осуществляется планомерная многолетняя работа под руководством министерства здравоохранения по реформированию сестринского дела, близки к завершению проекты по продвижению инноваций в сестринском деле, координируемые с партнерами из вузов Финляндии, Литвы, Словении, где успешно функционирует современная модель сестринского дела.

Заключение. 1. В Казахстане недостаточно эффективно работает модель сестринского дела, предусматривающая партнёрство медицинской сестры и врача в лечебно-диагностическом процессе

2. Структура и штатное расписание, классификатор медицинских специальностей не отражают новые подходы к сестринскому делу

3. Вместе с тем ведется целенаправленная работа по реформированию сестринского дела через изменение образовательных программ, реализацию проектов продвижения инноваций в сестринском деле

4. Необходимо внедрение в медицинских организациях новой организационной структуры (на основе мировых практик управления сестринской службой), в которой главный врач контролирует работу врачей, а главная медсестра контролирует работу всех медсестер с разными уровнями образования, без непосредственного подчинения медсестер врачам.

5. Целесообразно внести изменения в Номенклатуру должностей работников здравоохранения, в Квалификационные характеристики должностей работников здравоохранения, в Реестр должностей гражданских служащих в некоторых сферах системы здравоохранения, то есть ввести должности для медсестер расширенной практики уровня бакалавриата.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ БЕЗОПАСНОСТИ БОЛЬНИЧНОЙ СРЕДЫ И СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Айтмагамбетов А.Р., Молотов- Лучанский В.Б., Копбаева М.И.

**НАО «медицинский университет Караганды», ОЦТИО им профессора Х.Ж.
Макажанова, Караганда, Республика Казахстан.**

Цель исследования. Определить место специалистов сестринского дела в культуре безопасной больничной среды.

Материалы и методы. Литературный анализ

Результаты. Подготовка специалистов сестринского дела уровня бакалавриата, предполагает подготовку сотрудников, освоивших современные компетенции. Делегирование полномочий от врача к медсестре может быть несколько сложным для медицинских сестер, которые будут подвергаться большему количеству агрессивных факторов во время исполнения своей профессиональной деятельности. Весьма высок уровень травматизма специалистов сестринского дела, связанный с профессиональной деятельностью. Поскольку именно медицинские сестры являются передовыми специалистами в сложной системе здравоохранения. Высокоинтенсивная работа, сложность ухода за пациентом,

пробелы в эргономике медицинской организации, высокая психологическая и физическая нагрузки, все эти факторы приводят к неблагоприятным оперативным и долгосрочным последствиям. Такие как травматизация специалиста, инвалидизация, профессиональное выгорание, а также к сожалению уход из сферы деятельности дипломированных специалистов. Практически каждый второй, а именно 60% всех случаев травм составляют травмы костно- мышечной системы. В итоге рассмотрения данного вопроса можно сказать, что профессиональный травматизм медсестер является основной причиной ухода специалистов из медицинской сферы, ввиду этого вопросы безопасной больничной среды являются крайне актуальными и необходимы пути решения сложившейся ситуации в данной отрасли учитывая хроническую нехватку специалистов сестринского дела. Более того, в Японии психические заболевания, связанные с работой, стали дополнительным вопросом для работников сферы здравоохранения и социального обеспечения.

Развивая сложившуюся концепцию и учитывая влияние на медсестер большого количества факторов как рабочей среды, так и системы здравоохранения в целом, вопросы культуры безопасности больничной среды являются аспектом большого изучения и поиска путей решения. Понимание сложности и многофакторности рабочей среды медсестер, а также необходимость развитие здравоохранения в векторе культуры безопасности больничной среды имеет первостепенное место для оказания высокоспециализированного и безопасного ухода за пациентами.

Передовой медицинский опыт показывает необходимость создания таких профессиональных условий, которые будут оказывать содействие для обеспечения безопасной больничной среды. Такие изменения потребуют базовых коррекций как в ментальности медицинских сотрудников, так и в нормативно-правовой базе.

Заключение. Создание культуры безопасной больничной среды в медицинских организациях повысит удовлетворенность медсестер, престиж профессии, снизит текучесть кадров и позволит медсестрам постоянно повышать свою профессиональную компетентность. Что в свою очередь позитивно скажется и на предоставляемой медицинской помощи пациентам. Индикаторы, культуры безопасности больничной среды отражают потребности больничной среды. Подводя итог, мы рекомендуем разработать надежный инструмент, по оценке безопасности сестринского персонала.

**ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА КАК
МИШЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ БЕНЗОЛА В УСЛОВИЯХ
ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ**

Алиева З.А., Караев З.О.

**Кафедра внутренних болезней III, кафедра медицинской микробиологии и
иммунологии, Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджан**

Цель. Определение лабораторных критериев диагностики состояний предболезни для формирования группы риска развития иммунодефицита и его профилактики

путем коррекции неспецифической резистентности организма работающих в контакте с бензолом.

Материал и методы. У работников Сумгаитского ПО «Синтезкаучук», контактирующих с малыми концентрациями бензола, изучены фагоцитарная активность лейкоцитов (ФАЛ) по Берману В.М. и Славской Е.М. (1968), бактерицидная активность сыворотки крови (БАСК) (Смирнова О.В., Кузьмина Т.А., 1976), сывороточная активность лизоцима с тесткультурой *Mycosoccus Lysodecticus*, лейкоформула крови. Заболеваемость изучена по листкам временной утраты трудоспособности (ВУТ) и материалам периодических медицинских осмотров (ПМО). Все работающие (112 человек) по принципу продолжительности работы были разделены на 4 группы: «до 3 лет», «3-5 лет», «6-9 лет», «10 и более лет». Контрольную группу составили работники административной части объединения, которая из-за удаленности от рабочей зоны действию бензола не подвергалась. Исследования проводились дважды: до и после иммунокорректирующей фармакотерапии, в качестве которой трижды применили декарис 150 мг, 3 дня подряд с недельными перерывами. Статобработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Контакт с бензолом оказывал самостоятельное влияние на рост заболеваемости с ВУТ. По данным ПМО в группе «до 3 лет» чаще, чем в контроле имели место функциональные расстройства нервной системы, вегетатососудистая дистония, болезни кожи и афтозный стоматит, отсутствующие до поступления на предприятие. Изучение ФАЛ, БАСК и активности лизоцима показало, что в группе контроля неспецифическая резистентность организма находится в напряжении, в группе с малым стажем работы – снижена, в более стажированных группах – угнетена. При этом, ФАЛ, БАСК и активность лизоцима коррелировали с лейкоформулой. Фармакотерапия декарисом оказалась эффективной в группе малостажированных лиц и в контрольной группе, что проявилось нормализацией изученных показателей.

Заключение. Таким образом, у лиц, проживающих на экологически неблагоприятных территориях, имеется допроизводственное напряжение естественной защиты организма, которое после контакта с бензолом быстро приводит к ее снижению и росту заболеваемости. Ассоциированные с хронической бензольной интоксикацией изменения гемограммы (лейкопения, эозинофилия, относительный лимфоцитоз) коррелируют с ФАЛ, БАСК и лизоцимной активностью крови. Среди работников, подвергающихся ингаляционному воздействию малых концентраций бензола, лица со стажем до трех лет составляют группу риска вторичных иммунодефицитных состояний. Решение о необходимости иммунокорректирующей медикаментозной коррекции неспецифической резистентности организма следует принимать на основании изменений лейкоформулы крови, оценку которой необходимо предусмотреть в рамках ежегодных ПМО.

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА ПЕРЕД РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА.

Аляви Б.А, Бабаев М.А., Якубов М.М.

**ГУ Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент,
Узбекистан**

Цель. методика определения продольной деформации миокарда-спекл-трекинг может иметь решающее значение в выборе оптимальной тактики ведения больных с ИБС перед коронарной реваскуляризацией, со сниженной сократимостью левого желудочка. В исследовании показана возможность спекл-трекинг ЭХО-КГ с определением параметров продольной деформации в покое в выявлении жизнеспособного миокарда

Материалы и методы. Было включено 54 мужчины в возрасте 41-73 года. Все пациенты в анамнезе перенесли Q - или не Q- образующий инфаркт миокарда. У большинства больных на момент включения в исследование была стенокардия III ФК. Также у большинства пациентов были признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН), преимущественно II ФК по НУНА. Средние значения КДО и КСО, полученные в нашей работе (134,2 и 75,3 мл соответственно) соответствуют верхней границе нормы, а средняя ФВ составила 47,8%, что свидетельствуют о том, что большинство пациентов в исследовании имели умеренно сниженную систолическую функцию ЛЖ и у части пациентов ФВ была в пределах нормы. Для определения возможностей спекл-трекинг ЭХО-КГ в представленной работе проанализировано 510 сегментов в состоянии нормо-, гипо- и акинеза.

Результаты. Анализ данных продемонстрировал достоверные значимые глобальные различия показателей продольной деформации в участках нарушения локальной сократимости. Так для нормокинеза значение составило $-15,7 \pm 5,5$, гипокинеза: $-9,3 \pm 4,6$ и акинеза: $-5,3 \pm 4,5$, ($p < 0,05$). У всех обследованных больных, нарушения локальной сократимости при стандартной ЭХО-КГ выявлены у 28 пациентов. В 6 случаях при визуальной оценке региональная кинетика миокарда была не изменена. Однако, при спекл-трекинг ЭХО-КГ у этих больных отмечено снижение значения продольной деформации в части сегментов до уровня, характерного для гипокинеза (более $-10,5$). В этой группе больных было отмечено достоверное улучшение показателей деформации после реваскуляризации-стентирования (в среднем, $-15,3 \pm 2,4$ до операции и $-19,9 \pm 2,7$ после, $p < 0,01$), что указывает на ишемическую дисфункцию миокарда при нормальной сократимости миокарда по данным стандартной ЭХО-КГ. Обследование группы больных с инфарктом миокарда в анамнезе и без зон нарушения локальной сократимости по данным стандартной ЭХО-КГ продемонстрировало, что спекл-трекинг ЭХО-КГ позволяет выявлять ишемическую дисфункцию миокарда при нормальных показателях локальной кинетики при стандартной ЭХО-КГ, а также нормализацию показателей после реваскуляризации.

Выводы. Анализ продольной деформации миокарда при помощи спекл-трекинг ЭХО-КГ может быть успешно использован для оценки сегментарной сократимости миокарда.

**ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ
ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МЕТОДОМ
СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Аляви Б.А., Бабаев М.А., Якубов М.М.

**ГУ Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент,
Узбекистан**

Цель. Представить результаты исследования диастолической функции и деформации миокарда ЛЖ у больных ИБС с сахарным диабетом 2 типа в раннем периоде после операции стентирования коронарных артерий.
Материал и методы. Обследовано 40 пациентов с ИБС, из них 20 пациентов страдали СД 2 типа, средний возраст больных составил $57,2 \pm 8,4$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (20 человек) без СД, 2 группа (20 человек) с сопутствующим СД 2 типа. Критериями исключения явились СД 1 типа; сниженная сократительная способность миокарда ЛЖ (ФВ ЛЖ < 35 %); сопутствующая клапанная патология, аневризмы ЛЖ. Всем больным до и в ранний период после реваскуляризации проводилось клиничко-лабораторное обследование, в том числе проводился контроль прандиальной и постпрандиальной гликемии, ЭКГ, ЭХОКГ (стандартное, импульсно-волновое, тканевое доплеровское исследование, тканевое доплеровское исследование в режиме Strain Rate Imaging). Решение вопроса о реваскуляризации решался на основании селективной коронарографии.

Результаты. Проанализировав данные полученные при исследовании импульсно-волнового и тканевого доплера (в том числе Strain Rate Imaging) выявили следующее: ДФ ЛЖ у больных ИБС с СД 2 типа нарушена в большем проценте случаев (85%), чем у больных без диабета (65%); отношения пика скоростей трансмитрального кровотока (E/A) после операции значимо ($p < 0,05$) изменялись у больных обеих групп: у пациентов из 1 группы от 0,96 к 1,12, у пациентов из 2 группы от 0,75 до 1,15; деформация миокарда ЛЖ до реваскуляризации миокарда достоверно ($p < 0,05$) снижена во всех сегментах больных обеих групп, тогда как после операции коронарного стентирования наблюдается улучшение показателей деформации во всех сегментах реваскуляризованного миокарда ($p < 0,05$).

Выводы. ДФ миокарда ЛЖ у больных с СД 2 типа нарушена в большем количестве случаев, чем без СД, что связано негативным влиянием нарушения углеводного обмена на ДФ ЛЖ, подтверждением этого служат данные деформации миокарда ЛЖ; изначально нарушенная ДФ миокарда ЛЖ у больных с СД 2 типа так и у больных без диабета достоверно улучшается в ранний послеоперационный период после полной реваскуляризации миокарда методом стентирования.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Аманжолкызы А., Аралбаева Л.С., Астраханов А.Р., Саменов С.Т.,
Хамидолла Н.С.

Некоммерческое акционерное общество «Западно - Казахстанский
медицинский университет имени Марата Оспанова», Актобе,
Республика Казахстан

Цель. Оценка показателей липидного спектра у студентов Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова

Материалы и методы. Были оценены показатели липидного спектра (общий холестерин, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, триглицериды) и индекс массы тела (ИМТ) у 154 студентов мужского пола 1-5 курсов Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова. Для оценки состояния эндотелия сосудов рассчитывается также холестериновый коэффициент атерогенности (КА) по А.Н. Климову (1984) по следующей формуле: $КА = (ОХс - ЛПВП) / ЛПВП$. ИМТ рассчитывался по формуле Кетле. Обработка результатов осуществлялась и использованием пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты. В исследовании артериальное давление составляло в среднем $116,6 \pm 7,5$ на $76,7 \pm 6,5$ мм.рт.ст. Доля курящих составляло 38,3% ($n=59$; ДИ: 30,6-46,0; $p < 0,05$) Избыточная масса тела и ожирение 1-3 степеней наблюдалось у 12,3% обучающихся.

В исследовании у 97,4% обучающихся уровень общего холестерина был в пределах нормы ($3,3 \pm 0,6$ ммоль/л), и только в 2,6% случаев наблюдалось незначительное повышение данного показателя ($5,4 \pm 0,3$ ммоль/л). Уровень триглицеридов, превышающий рекомендуемые нормы, выявлен у 8,4% обучающихся ($2,07 \pm 0,2$ ммоль/л), тогда как в 91,6% случаев этот показатель оставался в пределах физиологической нормы ($0,8 \pm 0,3$ ммоль/л). Было выявлено, что у всех исследуемых уровень липопротеинов низкой плотности был в пределах нормы ($1,6 \pm 0,9$ ммоль/л). В исследовании наблюдалось снижение уровня липопротеинов высокой плотности, которые обладают отчетливым антиатерогенным действием у 17,5% обучающихся ($0,8 \pm 0,06$ ммоль/л). При оценке холестеринового коэффициента атерогенности у 12,3% данный показатель был повышен.

Заключение. Липидный профиль студентов 1-5 курсов Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова, в целом расценивается как относительно благоприятный (высокое содержание ЛПВП, низкое содержание ТГ, ЛПНП и значение индекса атерогенности). Выявленные липидные нарушения могут способствовать развитию сердечно-сосудистых заболеваний и говорят о необходимости и целесообразности проведения в научных исследований, ориентированных на популяцию молодого возраста.

СИНДРОМ ХРУПКОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Амири Е.И., Мясоедова С.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель исследования. У пациентов с ревматоидным артритом (РА) выявить синдром хрупкости, определить его проявления и особенности основного заболевания в возрасте до и после 60 лет.

Материалы и методы. В исследование включены 70 пациентов (59 женщин и 11 мужчин) с достоверным РА по критериям ACR/EULAR (2010), в возрасте 33-81 год (средний возраст $58,2 \pm 10,3$ лет), длительностью заболевания от 0,5 до 39 лет ($9,4 \pm 9,2$ лет), проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Городская клиническая больница №4». Из них 36 пациентов были моложе 60 лет. 82,9% больных имели серопозитивный РА умеренной активности, 47 получали базисную противовоспалительную терапию метотрексатом. Синдром хрупкости диагностировали по фенотипической модели L.P. Fried (2001). Для этого оценивали динамику веса за год, динамометрию кистей, время ходьбы на 4 метра, наличие синдрома патологической усталости и гиподинамии. Рассчитывали индексы коморбидности Чарльсона и нарушения жизнедеятельности (HAQ). Данные обрабатывали в программе Statistica 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Синдром хрупкости выявлен у 31 (44,3%), прехрупкость – у 36 (51,4%) больных с РА. «Крепких» больных было трое (4,3%). Пациентов разделили на 2 группы: 1-я – 31 человек моложе 60 лет ($50,6 \pm 6,9$ лет) и 2-я – 36 человек ≥ 60 лет ($66,8 \pm 5,8$ лет). В 1-й группе по сравнению со 2-й было меньше хрупких (9 и 20 соответственно, $p < 0,05$), преобладали прехрупкие и 2 пациента относились к крепким. В 1-й группе реже встречались одинокие (9 и 22, $p < 0,05$), неработающие (9 и 27, $p < 0,05$), лица с минимальным доходом (16 и 26, $p < 0,05$). Пациенты обеих групп не отличались по длительности и частоте встречаемости раннего РА. Уже на этой стадии РА пациенты обеих групп имели прехрупкость или хрупкость. Пациенты 1-й группы получали более высокие дозы метотрексата ($18,0 \pm 5,0$ мг и $14,0 \pm 4,1$ мг, $p < 0,05$) и имели более низкую активность по сравнению с пациентами 2-й группы (DAS28 по СОЭ $4,3 \pm 1,1$ и $4,9 \pm 1,2$, $p < 0,05$). Больные 1-й группы имели более высокие показатели динамометрии ($8,8 \pm 6,0$ кр и $5,8 \pm 4,6$ кр, $p < 0,05$), реже страдали гиподинамией (5 и 11 человек, $p < 0,05$) и немотивированной потерей веса (10 и 18 человек, $p < 0,05$), реже имели выраженные функциональные нарушения по индексу HAQ (6 и 16 человек, $p < 0,05$). Индекс коморбидности Чарльсона был выше во 2-й группе ($6,3 \pm 2,0$ и $3,3 \pm 1,4$, $p < 0,05$) за счет возраста и набора сопутствующих заболеваний.

Заключение. Синдром хрупкости характерен для больных РА, начинает проявляться в более молодом возрасте и на ранней стадии заболевания, когда доминируют отдельные признаки этого синдрома в виде прехрупкости. Наличие хрупкости ассоциировано с более старшим возрастом, низким уровнем социального статуса, меньшей дозой метотрексата и более высокой активностью РА, коморбидностью. Данные факторы следует учитывать как в плане социальной поддержки, так и при лечении пациентов, в том числе молодого возраста, начиная с дебюта РА.

ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ХРУПКОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Амири Е.И., Мясоедова С.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель исследования. Определить соотношение хрупких и прехрупких лиц среди пациентов с ревматоидным артритом (РА), проанализировать в этих группах особенности коморбидной патологии и ее значение в развитии синдрома хрупкости.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов (59 женщин и 11 мужчин) с достоверным диагнозом РА по критериям ACR/EULAR (2010), в возрасте 33-81 год (средний возраст $58,2 \pm 10,3$ лет), длительностью заболевания от 0,5 до 39 лет ($9,4 \pm 9,2$ лет), проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Городская клиническая больница №4». Большинство больных имели серопозитивный (82,9%) РА умеренной активности (DAS28 по СОЭ $4,6 \pm 1,4$). 47 (67,1%) больных получали базисную противовоспалительную терапию метотрексатом ($15,9 \pm 4,9$ мг/неделю). Синдром хрупкости диагностировали по фенотипической модели L.P. Fried (2001). Для этого оценивали динамику веса за год, динамометрию кистей, время ходьбы на 4 метра, наличие синдрома патологической усталости и гиподинамии. Прогноз десятилетней выживаемости определялся по индексу коморбидности Чарльсона. Данные обработаны в пакете прикладных программ Statistica 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Синдром хрупкости был выявлен у 31 (44,3%), прехрупкость – у 36 (51,4%) больных с РА. «Крепких» больных было трое (4,3%). Хрупкие пациенты по сравнению с прехрупкими были старше по возрасту ($62,7 \pm 9,4$ и $54,1 \pm 9,5$ лет, $p < 0,05$), имели более высокую активность РА (DAS28 по СОЭ $5,0 \pm 1,3$ и $4,1 \pm 0,9$, $p < 0,05$), более низкие показатели динамометрии ($5,1 \pm 4,9$ кр и $10,5 \pm 5,8$ кр, $p < 0,05$), затрачивали больше времени для ходьбы на 4 м ($6,9 \pm 3,8$ с и $4,0 \pm 1,0$ с, $p < 0,05$), страдали гиподинамией (51,6%), чаще теряли вес (74,4% и 11,1%, $p < 0,05$), имели повышенную утомляемость (96,8% и 50,0%, $p < 0,05$). Среди сопутствующих заболеваний в обеих группах одинаково часто встречались гипертоническая болезнь (67,7% и 63,9%), хроническая болезнь почек (16,1% и 25,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта (67,7% и 69,4%), болезни печени (19,4% и 19,4%), перенесенные онкозаболевания (9,7% и 8,3%), сахарный диабет 2 типа (22,6% и 8,3%). У хрупких по сравнению с прехрупкими чаще выявлялись ишемическая болезнь сердца (25,8% и 2,8%, $p < 0,05$), застойная сердечная недостаточность (38,7% и 5,6%, $p < 0,05$), заболевания легких (35,5% и 11,1%, $p < 0,05$), в том числе у 6 человек – интерстициальное поражение легких как осложнение РА. Хрупкие пациенты в отличие от прехрупких имели более высокий индекс коморбидности Чарльсона ($5,9 \pm 2,2$ и $3,9 \pm 1,7$, $p < 0,05$) и более низкие показатели 10-летней выживаемости (23,0% и 54,1%, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, синдром хрупкости широко распространен среди больных РА и ассоциирован с нарушениями жизнедеятельности ввиду нарастания физического дефицита, обусловленного более старшим возрастом, более высокой активностью и рентгенологической стадией РА, тяжелой коморбидной

патологией (преимущественно сердечно-сосудистой и легочной), что снижает вероятную продолжительность жизни этих пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВЗАМОСВЯЗАНЫ С ДАННЫМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ КОМБИНИРОВАННУЮ КОНЕЧНУЮ ТОЧКУ, У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Андреева Г. Ф., Смирнова М. И., Кошеляевская Я. Н., Горбунов В. М., Курехян А. С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Определить взаимосвязи между показателями шкал опросника качества жизни (КЖ) и параметрами комбинированной конечной точки у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), получающих антигипертензивную терапию.

Материал и методы. Мы проанализировали базу данных пациентов с АГ ($n = 125$). Оценивалась взаимосвязь между исходными показателями, шкалами опросника КЖ, данными суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и параметрами комбинированной конечной точки (смерть по любой причине, преходящая ишемическая атака, артериальная реваскуляризация, развитие хронической сердечной недостаточности, частая желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, стенокардия) через $30,1 \pm 7,6$ мес. после первого визита. Анкетирование опросником КЖ (J. Siegrist et al.) проводилось на первом, втором (через 6 месяцев) и третьем визитах (через 12 месяцев), СМАД - только на первом и третьем визитах. Анализировались следующие шкалы опросника КЖ: 0 – настроение пациента на визите у врача, I – физическое самочувствие (жалобы), II – работоспособность, III – положительное психологическое самочувствие, IV – отрицательное психологическое самочувствие, V – психологические способности, VI – социальное самочувствие, VII – социальные способности

Результаты. Исходное ($M \pm SD$) дневное систолическое АД составило $125,1 \pm 10,5$, диастолическое - $76,1 \pm 7,3$ мм рт. ст., возраст - $62,6 \pm 8,8$ года. Мы обнаружили отрицательные корреляции между составной конечной точкой (21 случай): 1) с показателями III шкалы (положительное психологическое самочувствие) ($F = -5,3$, $p < 0,05$); 2) с параметрами 0 шкалы (настроение при посещении врача) ($F = -5,6$, $p < 0,05$). Были выявлены положительные корреляции между данными конечной точки и показателями V шкалы (психологические способности) ($F = 12,2$, $p < 0,001$). Комбинированная конечная точка не коррелировала с полом, возрастом, индексом массы тела, курением, показателями СМАД, количеством лекарств при сопутствующей терапии.

Выводы. Психологический компонент КЖ, такой как положительное психологическое самочувствие (III шкала), хорошее настроение при посещении врача (0 шкала), имел отрицательную корреляцию с данными комбинированной конечной точки. Вместе с тем, были выявлены положительные взаимосвязи

между психологическими способностями (V шкала) и параметрами комбинированной конечной точки.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНФЛИКСИМАБА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аронова Е.С., Лукина Г.В., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В.

**ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.
Насоновой, Москва, Россия; ГБУЗ Московский Клинический Научно-
практический Центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения
города Москвы, Москва, Россия**

Цель. Оценить переносимость терапии инфликсимабом (ИНФ) у больных ревматоидным артритом в реальной клинической практике.

Материал и методы. В годовое исследование включено 135 пациентов (114 женщин и 21 мужчина) с активным ревматоидным артритом. В качестве базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) 105 пациентов получали МТ 7,5–25 мг/нед (в среднем 10,8 мг/нед), 23 пациента – другие БПВП, в том числе лефлуномид 20 мг/сут, сульфасалазин 2 г/сут, плаквенил 200 мг/сут, а также их комбинации. Семи больным ИНФ назначался без сопутствующих БПВП. 69 пациентов, помимо ИНФ, получали глюкокортикоиды (ГК) в средней дозе $6,9 \pm 2,9$ мг/сут в пересчете на преднизолон. 22,2% пациентов выбыли из исследования в связи с первичной или вторичной неэффективностью инфликсимаба.

Результаты. Нежелательные явления (НЯ) были зарегистрированы у 28,1% больных. Относительно частыми НЯ были инфузионные реакции, наблюдавшиеся в процессе введения препарата у 15 пациентов (т.е. в 11,1% случаев). НЯ, не требовавшие отмены препарата, были зарегистрированы у 4 пациентов (2,9%). У 19 пациентов (14,1%) отмечались серьезные НЯ и в одном случае зафиксирована гибель пациентки по причине, не связанной с лечением инфликсимабом (декомпенсация хронической почечной недостаточности вследствие вторичного амилоидоза). Среди серьезных НЯ с наибольшей частотой встречались аллергические и анафилактикоидные реакции (у 8 пациентов). Второе место по частоте возникновения занимали серьезные инфекционные осложнения на фоне терапии ИНФ, отмечавшиеся у 7 пациентов (5,2%). У двух пациенток (1,5%) мы наблюдали кардиологические симптомы на фоне инфузии ИНФ или вскоре после нее (мерцательная аритмия после первой инфузии и боль в сердце без признаков патологии на ЭКГ, также возникшая после первой инфузии). В двух случаях (1,5%) отмена ИНФ была связана с кожным поражением: псориазоподобные бляшки в области локтевых суставов после 7-й инфузии и симметричные язвы нижних третей голеней после 2 инфузии. Достоверно больший процент НЯ отмечался на фоне сочетанной терапии лефлуномида и ИНФ (37,5%) как по сравнению с группой, получавшей комбинацию МТ и ИНФ ($p=0,01$), так и с группой монотерапии ИНФ ($p=0,06$). Между группами монотерапии ИНФ и сочетанной терапии (ИНФ+МТ) достоверных различий в частоте возникновения НЯ не выявлено ($p=0,4$).

Заключение. Переносимость ИНФ удовлетворительная, однако перед назначением терапии следует информировать пациентов о рисках возникновения НЯ и необходимости осмотра ревматологом перед каждым введением препарата.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ГИБП У РАННЕ БИОНАИВНЫХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Аронова Е.С., Лукина Г.В., Глухова С.И., Гриднева Г.И., Кудрявцева А.В.
ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.
Насоновой, Москва, Россия; ГБУЗ Московский Клинический Научно-
практический Центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения
города Москвы, Москва, Россия**

Цель. Изучить причины отмены ГИБП и оценить выживаемость ГИБП у бионаивных больных ревматоидным артритом.

Материал и методы. В ретроспективное исследование было включено 204 взрослых пациента (173 женщины, 84,8%), с активным, несмотря на проводимую терапию стандартными базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), ревматоидным артритом (РА), которым впервые была назначена терапия различными ГИБП: инфликсимаб (ИНФ) - 65 больным (31,9%), ритуксимаб (РТМ) - 39 (19,1%), адалимумаб (АДА)- 30 (14,7%), этанерцепт (ЭТЦ) - 28 (13,7%), абатацепт (АБА) - 23 (11,3%), тоцилизумаб (ТОЦ) - 15 (7,4%), цертолизумаб пегол (ЦП) - 4 (1,9%).

Результаты. Через год 92 больных (45%) продолжали ГИБП и у 112 больных лечение было прекращено. Среднее время лечения составило $0,75 \pm 0,33$ лет. Наибольшая продолжительность лечения была в группах РТМ и АБА ($0,92 \pm 0,22$ и $0,83 \pm 0,29$ лет соответственно). Средняя продолжительность лечения ИНФ составила $0,76 \pm 0,34$ лет, АДА – $0,72 \pm 0,3$ лет, ЭТЦ – $0,62 \pm 0,39$ лет, ТЦЗ – $0,55 \pm 0,37$ лет, ЦП – $0,44 \pm 0,38$ лет. Наилучшую выживаемость показала терапия РТМ (69,23% пациентов продолжали лечение в течение года), ЭТЦ (44,4% пациентов) и АБА (43,48% пациентов). Для ИНФ, АДА и ТЦЗ эти показатели составили 43,08%, 37,93% и 20% соответственно. Причины прекращения терапии распределились следующим образом: 56 (50%) больным ГИБП был отменен в связи с недостаточной эффективностью (включая первичную неэффективность), 28 больным (25%) – вследствие развития нежелательных реакций, 19 больным (17%) – по административным причинам, 7 больным (6,25%) – в связи с медикаментозной ремиссией. В течение первого года терапии было зарегистрировано два случая смерти (1,75%) в связи с тяжелыми коморбидными состояниями у больных, один из которых получал РТМ, другой - ТЦЗ. Используя метод Каплана-Майера и лог-ранговый критерий, мы оценили выживаемость терапии отдельно для случаев отмены в связи с недостаточной эффективностью или нежелательной реакцией. В обоих случаях лучшая выживаемость терапии была ассоциирована с РТМ, однако эта закономерность не имела статистической значимости. Наименьшая выживаемость наблюдалась при назначении ЦП (ни один пациент не достиг контрольной точки).

Заключение. 44,9% больных РА продолжали лечение впервые назначенным ГИБП более 12 месяцев. Наиболее частой причиной прекращения терапии являлась ее недостаточная эффективность. Наилучшая выживаемость ГИБП отмечалась на фоне РТМ и АБА.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ: АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ И ИШЕМИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

Арямкина О.Л., Верижникова Л.Н., Терентьева Н.Н.

**Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета»,
Сургут, Россия**

Актуальность. С начала века, в связи с распространением метаболических расстройств клиницисты все чаще встречаются с проблемами ишемической абдоминальной болезни (ИАБ) - вследствие степени поражения чревного ствола, верхней и нижней брыжеечных артерий (ЧС, в. и н. БА). Для ИАБ типичны стадийность ее течения (ФК I, II III) с исходом в тромбоз мезентеральных сосудов. Атеросклероз аорты определяется локализацией бляшек в ее отделах с формированием аневризмы, нередко с ее расслоением и неблагоприятным исходом. Все это в клинике создает массу дифференциально-диагностических сложностей (Селезнев С.В. и др., 2017; Klompas M. 2002; Semenova L.N. et al., 2011; Howard D.P. et al., 2013; Erbel R. et al. 2014).

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, клинику и исходы аневризмы аорты сегодня.

Материалы и методы. Методом случайной выборки за 2017-2019 годы проанализирована клиника и течение аневризмы аорты у 9 больных Центрального региона России (ПФО – Ульяновская область) и Северных территорий (УрФО – Ханты-Мансийский АО-Югры). Анализ клинических ситуаций не требовал статистической обработки, проведен с соблюдением норм биомедицинской этики и выполнен в рамках инициативной темы НИР кафедры внутренних болезней Сургутского государственного университета «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6).

Результаты. Из 8 больных имели место синдром диспепсии (СД) (n=5), параумбиликальная срединная мучительная пульсация (n=1), острая прекардиальная боль (n=5). Требовалось исключить панкреатит, язвенную болезнь, причины ГМПЖ, ОКС, сухой перикардит. По данным исследований (ЭХО КГ, КТГ ГК и ОБП, ЭКГ, маркеры резорбционно-некротического синдрома и т.д.) диагностированы аневризмы грудного (восходящего) и брюшного отделов аорты. Имитация ОКС закончилась в 2-х случаях летально (на 1,5 и на 5,5 сутки) вследствие острой тампонады сердца. Еще у 1-го пациента боль в сердце развилась на 2-е сутки от ОНМК, как следствия расслоения хронической аневризмы восходящего отдела аорты. В 6-ти случаях при СД методом КТГ визуализированы гемодинамически-значимые сужения ЧС, в. и н. БА (48-38 %) и 1 пациент прооперирован по поводу тромбоза мезентериальных сосудов.

**ПОЛИМОРБИДНОСТЬ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

**Арямкина О.Л., Биек А.Ю., Верижникова Л.Н., Добрынина И.Ю.,
Терентьева Н.Н.**

**Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета»,
Сургут, Россия**

Актуальность. Термин «Метаболический синдром» введен в 1991 году (Markolf Hanefeld). В XXI веке патологии расширены еще за счет неалкогольной болезни печени и липоматоза поджелудочной железы, что уже составляет не «квартет» заболеваний, а «септет». Абдоминальное ожирение и сахарный диабет – основа формирования гиперхолестеринемии, дислипидемии и гипертриглицеридемии с поражением важнейших органов – сосудов артериального звена (атеросклероз), печени (неалкогольная жировая болезнь печени – стеатоз, стеатогепатит, цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома). Атеросклероз сегодня рассматривают как болезнь печени. НАЖБП, равно как и абдоминальное ожирение и сахарный диабет 2-го типа – пандемии среди не только взрослого, но и среди детского населения планеты. А прогрессирование патологических процессов в печени в свете современных представлений - "гипотезы многократных ударов" (multi-hit hypothesis) - от стадий стеатоза до стеатогепатита, цирроза и ГЦК взаимосвязаны с патологией сердечно-сосудистой системы как в патогенетическом, так и в прогностическом аспектах. В этой связи изучение распространенности заболеваний в рамках МС, и, в первую очередь сердечно-сосудистого континуума чрезвычайно актуально уже хотя бы потому, что распространенность ожирения, НАЖБП за первые десятилетия третьего века удвоились и представляют угрозу для всех стран мира.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и динамику распространенности опорных нозологий среди населения Северных территорий России.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки за 2010-2017 годы в сравнительном аспекте проанализированы показатели заболеваемости в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре, а также изучена диагностическая значимость неинвазивных методов диагностики фиброза печени при НАЖБП у 1862 больных с СД 2-го типа, сочетающимся с абдоминальным ожирением преимущественно II-III степени, а также с сердечно-сосудистой коморбидной патологией. Сопоставлены клиничко-эпидемиологические данные с данными в России, в Уральском федеральном округе и в Тюменской области без учета ХМАО-Югры.

Результаты. В ХМАО-Югре регистрируются преобладающие и прогрессивные темпы роста заболеваемости СД 2 типа, ожирения, АГ и ЦП. Применение калькуляторов NAFLD Fibrosis Score и APRI TEST позволило в 2,8 и в 3,6 раз увеличить возможность диагностики НАСГ с фиброзом печени.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ахметова А.С., Токбаева К.К., Аралбаева Л.С., Калиева С.С.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель. Изучение частоты встречаемости блокады левой ножки пучка Гиса среди больных острым коронарным синдромом, пролечившихся в Медицинском центре Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова.

Методы исследования. Были изучены возраст больных, факторы риска, сопутствующие заболевания, результаты биохимических, эхокардиографических исследований. Была проведена статистическая обработка эхокардиографических показателей, уровень значимости определен U критерий по Манна-Уитни $p < 0,05$.

Всего исследованы 109 больных, поступившие с острым коронарным синдромом. Они были разделены на 2 группы. 1 группа - 75 больных (69%) с блокадой левой ножки пучка Гиса, 2 группа - 34 больных (31%) без блокады левой ножки пучка Гиса. Каждая группа также была разделена еще на две группы: больные с инфарктом миокарда и больные с нестабильной стенокардией. У всех больных проанализированы биохимические анализы крови и эхокардиографические показатели.

Полученные результаты. В 1 группе: с инфарктом миокарда и блокадой левой ножки пучка Гиса - 38 больных (средний возраст - 71 год), из них мужчин - 21 (55%), женщин - 17 (45%); с нестабильной стенокардией и блокадой левой ножки пучка Гиса - 37 больных (средний возраст - 66 лет), из них мужчин - 27 (63%), женщин - 10 (27%).

Во 2 группе: с инфарктом миокарда - 15 больных (средний возраст - 70 лет), из них мужчин - 11 (73%), женщин - 4 (27%); с нестабильной стенокардией - 19 больных (средний возраст - 70 лет), из них мужчин - 10 (53%), женщин - 9 (47%). У больных с инфарктом миокарда и блокадой левой ножки пучка Гиса средний уровень холестерина - 5,1 ммоль/л, у больных с нестабильной стенокардией и блокадой левой ножки пучка Гиса средний уровень холестерина - 4,5 ммоль/л. У больных второй группы без блокады левой ножки пучка Гиса с инфарктом миокарда средний уровень холестерина - 4,2 ммоль/л, с нестабильной стенокардией - 5,0 ммоль/л.

Эхокардиографические результаты: в первой группе конечный диастолический объем левого желудочка - $107,189 \pm 44,142^*$, во второй группе - $142,871 \pm 53,176^*$; конечный систолический объем левого желудочка в первой группе - $52,170 \pm 32,300$, во второй группе - $82,484 \pm 50,024^*$; индекс массы миокарда левого желудочка в первой группе - $135,513 \pm 110,233$, во второй группе - $149,087 \pm 45,899$ ($*p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных с острым коронарным синдромом блокада левой ножки пучка Гиса встречается чаще. В группе больных с блокадой левой ножки пучка Гиса показатели конечного диастолического объема левого желудочка, конечного систолического объема левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка достоверно выше, чем в группе больных без

блокады левой ножки пучка Гиса, т.е. процессы ремоделирования миокарда у этих больных более выражены и достоверны.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ В ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ С СД 2 ТИПА В КОМОРБИДНОСТИ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ.

Ахундова Х.Р.¹, Дудинская Е.Н.²

1 Азербайджанский Медицинский Университет
2 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Целью исследования было определение качества и прогноза жизни пациентов с сочетанием СД 2 типа и синдромом старческой астении (ССА).

Материалы и методы: В одномоментное когортное исследование было включено 255 пациента, 181 женщин (71%) и 74 мужчин (29%) в возрасте от 65 до 86 лет, госпитализированных по поводу различных гериатрических заболеваний в Российский Геронтологический Научно-Клинический Центр РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. С целью изучения ассоциации СД 2 типа с ССА пациенты были распределены на 3 группы: I группа - 61 (24%) пациент с СД 2 типа без коморбидности, из них 51 женщин (84%) и 10 мужчин (17%), во II группе 20 (7,8%) пациентов с СД 2 типа в сочетании с ССА, из них 16 женщин (80%) и 4 мужчин (20%), в III группу вошли 43 пациента (17%) с ССА без СД 2 типа (35 женщин - 81% и 13 мужчин - 19%). У всех пациентов был проведен сбор анамнеза и комплексная гериатрическая оценка (КГО), биохимическое исследование крови, в том числе измерение гликозилированного гемоглобина (HbA1C), краткая шкала физической активности (SPPB), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), регистрация ЭКГ в покое и биоимпедансометрия (BIA).

Результаты исследования. Средний показатель HbA1C оказался наибольшим в группе пациентов с СД 2 типа и ССА ($9\pm 1,3\%$), в группе с СД без коморбидности этот показатель оказался $8\pm 1,1\%$, тогда как у больных с ССА без СД 2 типа его значение составило $5,4\pm 0,8\%$. Уровни ТГ и ХС ЛПНП оказались наибольшими в группе больных СД 2 типа и ССА, тогда как ХС ЛПВП был сопоставим во всех трех группах. Анализ полученных результатов по оценке КГО, SPPB и MMSE продемонстрировал, что суммарные баллы этих шкал были достоверно выше в группах с СД 2 типа и ССА. Согласно визуальной аналоговой шкале качества жизни (EQVas) в группах пациентов с СД 2 типа и коморбидностью самооценка здоровья оказалась ниже ($p<0,01$) по сравнению с группами пациентов без коморбидности. Аналогичная тенденция отмечается и по прогнозу 10-летней выживаемости (индекс Чарлсона), в частности этот показатель оказался на 15% больше в группе пациентов с СД 2 типа и ССА по сравнению с другими группами, что носит статистически значимый характер ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, коморбидность СД 2 типа и ССА ассоциируется с ухудшением качества жизни и прогноза выживаемости по индексу коморбидности, что требует разработки многофакторной коррекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бадалов Н.Г.^{1,3}, Мухина А.А.², Воловец С.А.¹, Лобанов А.А.², Марфина Т.В.⁴, Бородулина И.В.⁴, Родькина М.В.²

¹ГБУ НПЦ МСР имени Л.И.Швецовой, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

⁴ФГБОУ «Медицинский научно-практический центр МГУ им. М.В.Ломоносова», Москва, Россия

Цель. Изучить эффективность применения углекислых ванн и водных тренировок в программе первичной профилактики у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 человек, 23 женщины (85,2%) и 4 мужчины (14,8%) в возрасте от 40 до 66 лет, имеющие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (повышение АД, гиподинамию, курение, гиперхолестеринемию, избыточный вес). Все участники были рандомизированы на 3 группы: 1 группа (n=9) получала только рекомендации по изменению образа жизни, 2 группа (n=11) наряду с рекомендациями по изменению образа жизни получала водные аэробные тренировки, в 3 группе (n=7) к рекомендациям по изменению образа жизни и программе водных тренировок прибавлялись общие углекислые ванны (УВ). Всем участникам наряду с общеклиническим обследованием проводилось исследование липидного и углеводного обмена, проба с физической нагрузкой на тредмиле до начала и через 3 недели после первого исследования.

Результаты: После проведенного курса выявлено нормализация АД у 36,3% пациентов второй, 42,8% пациентов 3 группы, с исходно повышенным уровнем АД. Анализ данных пробы с физической нагрузкой на тредмиле выявил увеличение максимальной выполненной работы с 6,4 (6,15-6,95) МЕТ до 7 (6,65-8,7) МЕТ ($p<0,01$) и пикового потребления кислорода на высоте нагрузки с 22,3 (21,5-24,4) мл/мин/кг до 24,4 (23,2-30,4) мл/мин/кг ($p<0,01$) только в 3-ей группе. Во второй группе увеличение этих показателей не достигло критериев достоверности.

У участников 2 группы масса тела достоверно уменьшилась с 79 (74,5-89) кг до 78 (73-87) кг ($p<0,05$), толщина жировой складки с 3,5 (3,1-4) см до 3,37 (2,9-3,8) см ($p<0,05$), в 3 группе отмечалось достоверное уменьшение толщины жировой складки с 3,3 (3-4,6) см до 2,7 (2,6-3,5) см ($p<0,05$).

По данным оценки показателей липидного спектра выявлено достоверное уменьшение уровня ХС ЛПНП с 3,27 (3,2-3,81) ммоль/л до 2,95 (2,77-3,52) ммоль/л ($p<0,05$) и уровня глюкозы с 5,25 (5,08-6,36) ммоль/л до 4,79 (4,65-5,95) ммоль/л ($p<0,01$) во 2 группе.

Заключение. Выявлено положительное влияние УВ и аэробных водных тренировок у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний: после курса УВ и водных тренировок произошла снижение уровня АД, массы тела,

гиперхолестеринемии, повышение повседневной физической активности. Добавление УВ к водным аэробным тренировкам позволяет за 3 недели повысить физическую резистентность.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕДОБЫЧИ

Байдина А.С., Маклакова О.А., Устинова О.Ю.

**ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками
здоровью населения», Пермь, Россия**

Цель. Выявление модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников нефтедобычи.

Материал и методы. Группа наблюдения явились 292 оператора добычи нефти и газа, средний возраст которых составил $39,4 \pm 10,6$ лет, средний стаж: $13,15 \pm 9,86$ лет. Группу сравнения составили 65 специалистов административного персонала предприятия, которые работали без воздействия производственных факторов. Средний возраст— $40,28 \pm 9,83$ года, средний стаж— $18,5 \pm 9,58$ лет. Группы сопоставимы по возрасту, стажу, образу жизни, гендерному признаку (все мужчины). Работа выполнена с использованием лабораторных (оценка липидного и углеводного обменов), клинических (осмотр кардиологом) и статистических методов исследований.

Результаты. По данным обследования выявлено, что в группе наблюдения курили 42% работников, что было в 2,2 раза чаще группы сравнения (19%, $p=0,0001$). Средняя длительность курения (включая бросивших курить) составляла 12,5-14,8 лет в обеих группах. Группа наблюдения характеризовалась объемом ежедневной физической активности в 1,3 раза превышающей группу сравнения (96% и 74% соответственно, $p=0,0003$). Установлено, что стойкая артериальная гипертензия встречалась в 23,9-20% в исследуемых группах, а доля вероятной артериальной гипертензии в группе наблюдения (20,9%) превышала в 1,2 раза уровень группы сравнения (16,9%, $p=0,56$). В целом, синдром артериальной гипертензии регистрировался 44,9% в группе наблюдения и 36,9% в группе сравнения. Избыток массы тела и ожирение встречался в 66,8% случаев в группе наблюдения и в 61,5% в группе сравнения. Ожирение 1 степени регистрировалось в 2,1 раза чаще у работников в группе наблюдения (19,2% против 9,2% в группе сравнения, $p=0,05$), в то время как в группе сравнения в 3,2 раза больше встречалось ожирение II степени, $p=0,03$. Установлено, что в группе наблюдения вероятность развития ожирения I степени в 2,3 раза выше, $OR=2,33$ (95% CI 0,96 - 5,67). Распространенность нарушений углеводного обмена в виде гипергликемии натощак, требующих дальнейшей дифференциальной диагностики, составила 18,2% в группе наблюдения и 12,3% в группе сравнения. Следует отметить, что в группе сравнения сахарный диабет 2 типа встречался в 2,5 раза чаще, чем в группе наблюдения. Дислипидемия была выявлена у 59,6 и 58,5% работников в обеих группах соответственно. Терапию гипотензивными средствами получали 18% обследованных, однако состояния нормотензии достигли только 67% работников в группе сравнения ($p=0,01$). Лечение

статиными, сахароснижающими препаратами проводили лишь 3 и 3,5% работников в исследуемых группах.

Заключение. У работников нефтедобычи выявлены основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний - курение (42%), артериальная гипертензия (44,9%), избыток массы тела и ожирение (66,8%), дислипидемия (59,6%), гипергликемия натощак (18,2%). Проведение первичной профилактики, направленной на своевременную коррекцию факторов риска, позволит снизить развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от них, а так же затраты на высокотехнологичную медицинскую помощь.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Мадиева Л.С., Мамашалиева С.Б.
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

Цель. Оценить состояние пуринового обмена при бронхиальной астме различной степени тяжести.

Материал и методы. Было обследовано 44 пациента с БА, которые были распределены на 2 группы. В 1-ю группу (n=17) вошли больные со средней степенью тяжести БА, во 2-ю (n=27) – пациенты с тяжелой БА. В группу контроля вошли 30 практических здоровых человек. Проведено исследование катаболитов пуринового обмена в плазме и эритроцитах крови обследованных: аденина, гуанина, гипоксантина, ксантина и мочевой кислоты.

Результаты. В плазме крови больных БА различной степени тяжести наблюдался единый тренд – достоверный рост всех катаболитов пуринов по сравнению с контролем. Так, уровень аденина достоверно возрос у пациентов как со средней, так и с тяжелой степенью бронхиальной астмы в более чем в 2 раза по сравнению с контролем и его медиана составила 179 ед.екст. в 1-й группе, 171 ед.екст. – в 2-й при 79 ед.екст. в контроле. В тоже время содержание гуанина в плазме крови у больных 1-й группы был на 62%, а 2-й группы на 69% выше по сравнению с контролем. Уровень гипоксантина в группах также достоверно увеличился на 91% и 96% соответственно в отличие от группы контроля. Уровень ксантина в крови больных бронхиальной астмой различной степени тяжести также достоверно превышал таковой контроля на 49% и 45%.

Содержание мочевой кислоты достоверно возросло в обеих группах, на 31% и на 20% и их медиана составила 198 мкм/л и 181 мкм/л при 151 мкм/л в контроле.

Следовательно, в рассматриваемых группах прослеживается достоверный тренд - повышение показателей катаболитов пуринов в плазме крови больных бронхиальной астмы. Не выявлено зависимости между степенью аккумуляции пуриновых оснований и оксипуринов в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы.

Также, не выявлено значимых изменений показателей катаболитов пуринов в эритроцитах крови больных как со средней, так и с тяжелой степенью бронхиальной астмы.

Заключение. Анализируя все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что в группах обследованных больных с бронхиальной астмой в плазме крови достоверно возросло содержание свободных пуриновых оснований и

оксипуринов. В тоже время в эритроцитах крови больных уровень катаболитов пуринов не отличался от контроля и выявлена их зависимость от степени тяжести бронхиальной астмы. По нашему мнению, существенный вклад в повышение уровня катаболитов пуринов в плазме крови вносит воспалительный процесс; при этом катаболиты пуринов высвобождаются во внеклеточную среду нейтрофилами и активированными макрофагами. Повышение концентрации ксантина и гипоксантина является фактором, оказывающим негативное действие на сосудистую стенку. Ксантин и гипоксантин провоцирует вазоконстрикцию и нарушают эндотелиальные барьеры. Иными словами, создается своего рода порочный круг: воспалительный процесс приводит к высвобождению пуринов, которые в свою очередь, оказывают негативный эффект, действуя на эндотелий.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**Бакирова Р.Е., Муравлёва Л.Е., Мадиева Л.С., Мамашалиева С.Б.
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

Цель. Оценить клинические особенности течения между средней и тяжелой степенями тяжести бронхиальной астмы (БА).

Материал и методы. Было обследовано 44 пациента с БА, которые были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 больных со средней степенью тяжести БА, во 2-ю – 27 пациентов с тяжелым течением заболевания. Средний возраст обследованных составил $42,2 \pm 3,48$ года. Проведены общеклинические методы исследования, спирография, определение иммуноглобулина Е.

Результаты. Группы не отличались по гендерному признаку: в обеих группах преобладали лица женского пола (64,71% в 1-й группе, 66,67% - во второй группе). У больных со средней степенью тяжести БА полный контроль над заболеванием отмечался в 4,7 раза чаще чем у пациентов с тяжелой БА (52,94% в 1-й группе против 11,11% - во 2-й). У половины больных (52,26%), включенных в исследование, с тяжелой БА отмечался неконтролируемый характер течения заболевания. Среди больных 1-й группы неконтролируемое течение отмечено в 17,64% случаев. Гендерных различий в частоте достижения контроля среди обследованных не выявлено. Пациенты с тяжелой БА имели более длительный стаж заболевания, что является косвенным доказательством усугубления тяжести заболевания по мере увеличения стажа БА. Так, больные 1-й группы имели $6,4 \pm 1,2$ лет стажа БА, а 2-й группы - $11,8 \pm 2,1$ лет. У больных со средней степенью тяжести БА отмечалось в среднем от 1 до 3 обострений в год, а у пациентов с тяжелой БА установлено от 3 до 6 обострений в год. Базисная терапия в обеих группах проводилась комбинированными препаратами (будесонид/формотерол, флутиказона пропионат/салметерол). Среди пациентов 2-й группы отмечено преобладание в 1,5 раза лиц с низкой приверженностью к проведению базисной терапии: 25,93% во 2-й группе против 17,65% в 1-й. Основными причинами, по которым пациенты использовали противовоспалительные препараты нерегулярно, являлись страх перед гормональными препаратами (63,6%), отсутствие информированности пациентов о необходимости систематического лечения (18,2%), страх привыкания к препаратам (27,3%). У 16,14% обследованных выявлены другие аллергические заболевания. Так, атопический дерматит

установлен у 5,88% больных 1-й группы и 3,7% пациентов 2-й группы, аллергический ринит у 17,65% и 33,33% соответственно. Пыльцевая, бытовая, эпидермальная, поливалентная сенсibilизация выявлена у 11,76%, 17,65%, 5,88%, 17,65% больных со средней степенью тяжести БА и у 11,1%, 14,81%, 3,7%, 33,33% с тяжелой БА. Выявлено преобладание в 1,4 раза лиц с повышенным иммуноглобулином Е (22,22% во второй группе против 11,76% в первой). По статусу курения группы между собой различались: курили 17,64% больных 1-й группы и 18,51% пациентов 2-й группы.

Заключение. Таким образом, у обследованных лиц не выявлено зависимости течения БА от гендерных различий. По мере увеличения длительности заболевания нарастала сенсibilизация ко многим аллергенам, снижение приверженности к проведению базисной противовоспалительной терапии и уменьшение контроля заболевания, что усугубляло тяжесть течения бронхиальной астмы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКЕ И СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Бакулина Е.В., Мальчикова С.В., Казаковцева М.В.,
Максимчук-Колобова Н.С.**

**ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Россия**

Цель. Изучить распространенность основных факторов риска в репрезентативной выборке и среди больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в Кировской области.

Материалы и методы. В рамках Российского эпидемиологического исследования ЭПОХА обследована репрезентативная выборка населения Кировской области – 1026 семей (2134 человека), средний возраст - 52,8±18,0 лет. Опрос проводился по карте-вопроснику из 136 вопросов, разработанной в институте клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ совместно с ГНИЦ ПМ МЗ РФ. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программ StatSoft Statistica 10.0. Характер распределения данных оценивали с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Параметрические количественные показатели описывались в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$), качественные признаки - с помощью частот. При проведении сравнительного анализа по качественному признаку использовался анализ таблиц сопряженности с применением критерия χ^2 . Уровень статистической значимости был принят $<0,05$.

Результаты. Распространенность ожирения среди больных с признаками ХСН составила 30,1% и оказалась достоверно выше, чем во всей репрезентативной выборке Кировской области - 17,8% ($p < 0,05$). Сахарный диабет так же достоверно чаще регистрировался у респондентов с ХСН (19,6%), чем во всей популяции (5,0%, $p < 0,05$). Факт курения был выявлен у 6,5% респондентов с признаками ХСН, меньше, чем в репрезентативной выборке - 19,2% ($p < 0,05$). Среди респондентов с проявлениями ХСН зарегистрировано 25,5% любителей досаливать пищу, что достоверно не отличалось от общей выборки (33,4%).

Злоупотребление алкоголем было зафиксировано у 3,9% и 2,9% соответственно. Большая часть пациентов с ХСН недостаточно употребляли сырые овощи и фрукты (30,1% против 20,1% общей выборки, $p < 0,05$). Отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний имели 7,8% пациентов с ХСН, что значимо не отличалось от общепопуляционных значений (7,2%). В том числе, если принимать за отягощенный наследственный анамнез наличие у родителя неосложненной АГ – 31,4% и 30,8%. Недостаточная физическая активность была выявлена у 86,9% пациентов с ХСН, что превышает показатели в общей выборке (74,6%, $p < 0,05$). Большинство респондентов с ХСН (87,6%) имели возрастной фактор риска, что значимо больше показателя общей выборки (34,5%).

Заключение. Несмотря на информированность больных о пагубном влиянии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, частота их среди населения остается высокой. Большой вклад в формирование ХСН вносят ожирение, сахарный диабет, низкое употребление фруктов и овощей и гиподинамия.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Баратова М.С., Вохидов У.Г., Абдуллаев И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Пародонтит — заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием острого или хронического воспалительного процесса. Нарушения в микроциркуляторном русле и наличие пародонто патогенных микроорганизмов относятся к основным факторам, приводящим к развитию воспаления в тканях пародонта.

Цель исследования: изучить взаимосвязь заболевания пародонта и ремоделирования миокарда левого желудочка.

Методы исследования: проведено исследование состояния органов полости рта у лиц молодого возраста 153 человек в возрасте от 18-25 лет. Очень сложные состояние парадонта изучали клинические, выясняли методику и регулярность чистки зубов. Системные воспалительные реакции, развивающиеся при пародонтите, могут быть значимыми для повреждения сосудов приводящих к изменению сосудистой стенки.

Результаты исследования и их обсуждение: при изучении общего состояния лиц молодого возраста выяснилось, что нарушения сердечно-сосудистой системы были у 78, заболевание носоглотки у 97, легких и верхних дыхательных путей у 38, эндокринной системы – 36, желудочно-кишечного тракта – 15, со стоматологическим были 116.

Пациенты были разделены на 3 группы: группа контрольная группе ($n=45$), 1- группа с гипертонической болезнью (ГБ) без заболевания пародонта ($n=59$). Длительность ГБ составила $4,19 \pm 2,21$ лет, во 2- группа ($n=47$) с ГБ и пародонтитом. Длительность ГБ в данной группе составила $5,82 \pm 3,21$ лет.

Показатели систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов во 2 и 3 - группы были относительно выше, т.е. на 8,4% и 12% ($p < 0,05$), по отношению к пациентам 1-группы исследования.

При изучении стоматологического статуса зубочелюстные аномалии 44 лиц –

37,9 %,аномалии положения зубов 18 -20.3% ,скученность зубов -20 -23.1% и аномалия формирования предверья рта 12- 10.3%.

По нашим данным установлено , при всех видах аномалий прикуса развивается воспалительный процесс в тканях рта отмечается отложение зубного камня.

Выводы. Таким образом рассмотренные взаимоотношения между гипертонической болезнью и болезнями пародонта не позволяют однозначно оценить их характер , необходимость выяснения при сборе анамнеза возможных стоматологических жалоб и осмотра полости рта при курации интернистами пациентов с гипертонической болезнью, а при их наличии направление пациентов на консультацию и лечение к стоматологу.

КАРДИАЛГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

Баратова М.С., Атаева М.А., Саломова Х.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Хронические гепатиты – одна из самых широко распространенных и опасных вирусных инфекций, вызывающих повсеместную тревогу за здоровье населения, сокращение средней продолжительности жизни людей во всем мире .Всего же на планете, по данным ВОЗ, насчитывается около 170 миллионов больных хроническим гепатитом и носителей превышает миллиард .

Цель исследования. Изучить состояние миокарда левого предсердия у больных с хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы: В исследование были включены 47 пациентов 34 из которых мужчины (72,2%) и 13 женщин (27,8%) с хроническими вирусными гепатитами В, С, А и распределены по группам: вирусные гепатиты В - 54,8%, С - 25,8% и А - 19,3%. Подавляющее большинство - 65,5% (39 человек) были пациентами молодого возраста - до 30 лет.

Результаты и обсуждения: в субъективном статусе пациентов превалировал синдром кардиалгии (соответственно по группам 61,4%, 87,5%, 42,8%). Кардиальные боли носили преимущественно характер ноющих болей (31,8, 28,6% , 15.6%) и колющих болей (62,5%, 30,0%, 25%), боли были чаще кратковременные, связывались обычно с переутомлением у 27,3% «С», 37,5% «В», 32,1% «А». Респираторные расстройства (одышка, чувство «нехватки воздуха») отмечались у 14,5%, 1,8% и 7,3% в группах С, В, и А соответственно. Эпизоды нарушения ритма сердца ощущали 48,7%, 42,7%, 25,0% каждой группе, а жалобы на сердцебиение чаще отмечались в группах 24,14%, 28,57%, 15.8% соответственно в С, В и А.

Обнаруженные электрокардиографические феномены, свидетельствуют о колебаниях автоматизма синусового узла и нарушениях проведения импульса, основной причиной которых является хроническая гипоксия и хроническая интоксикация вызывающая метаболические нарушения в миокарде у пациентов ВГ. Число патологических ЭКГ, характеризующихся наличием синусовой брадикардии и нарушением процессов реполяризации, возрастает при ХГС, что свидетельствует о наличии у них метаболических изменений в миокарде.

Заключение. Таким образом имеются убедительные доказательства того, что поражение сердца служит одним из внепеченочных проявлений ХВГ. Механизм, которого объясняется тем, что HCV может приводить к поражению миокарда и

является многофакторным и включает прямое повреждающее действие вируса, аутоиммунный механизм и апоптоз кардиомиоцитов - результатом чего является развитие фиброза миокарда.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Батрак Г.А., Трутнева О.А, Андрианова Е.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Представить характеристику ИБС у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. На базе эндокринологического отделения обследовали 50 пациентов с СД 2 типа и ИБС: 36 женщин (72%) и 14 мужчин (28%), средний возраст $69 \pm 2,3$ лет, длительность СД $13 \pm 4,5$ лет. Лабораторные методы: определение гликемии, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), мочевины, креатинина, калия, натрия, АЛТ, АСТ, микроальбуминурии, протеинурии, скорости клубочковой фильтрации. Инструментальные методы: ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексное сканирование артерий нижних конечностей. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где M - среднестатистическое значение, σ - стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. У больных СД 2 типа и ИБС - гипертоническая болезнь III стадии (100%), у большинства (63%) АГ 2 степени (АД 155/85 - 160/90 мм рт.ст). Ожирение (73 %), индекс массы тела (ИМТ) - $32,5 \pm 2,1$ кг/м², дислипидемия (70 %), курение (3 %). У большинства пациентов (93%) - гиподинамия, у половины (56%) – отягощенная наследственность по СД 2 типа и АГ. У больных СД 2 типа и ИБС – в анамнезе острый инфаркт миокарда (42%), постоянная форма фибрилляции предсердий (33%), стенокардия напряжения 2-3 ФК (25%), хроническая ишемия миокарда (93%), гипертрофия левого желудочка (95%), диастолическая дисфункция левого желудочка 1 типа с сохраненной фракцией выброса (80%), ХСН 2-3ФК (60%). Микрососудистые осложнения: диабетическая полинейропатия (100%), диабетическая ретинопатия (80%). Макрососудистые осложнения: атеросклероз артерий нижних конечностей (90%). Сопутствующая патология: хронический пиелонефрит (36%), хронический гастрит (20%), патология щитовидной железы (10%). Уровень гликемии натощак при поступлении $11,06 \pm 2,3$ ммоль/л, при выписке - $9,0 \pm 1,7$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). Уровень постпрандиальной гликемии исходно $13,4 \pm 1,5$ ммоль/л, при выписке - $11,2 \pm 1,2$ ммоль/л ($p \leq 0,05$). Уровень ХС - $4,53 \pm 0,8$ ммоль/л, ТГ - $2,31 \pm 0,5$ ммоль/л, креатинин - $92,3 \pm 10,6$ ммоль/л, СКФ - $80,1 \pm 12,1$ мл/мин. Выявлена положительная взаимосвязь наличия перенесенного инфаркта миокарда у больных с СД 2 типа и ИБС с уровнем АД ($r=0,5$), гликемии натощак ($r=0,35$) и ИМТ ($r=0,4$).

Заключение. Таким образом, ИБС при СД 2 типа чаще встречается у женщин старше 60 лет с АГ 2 степени, ожирением 2 степени и комбинированной

дислипидемией. У абсолютного большинства больных с СД 2 типа и ИБС отмечаются множественные тяжелые микро- и макрососудистые осложнения. Большинство больных с СД 2 типа имеют тяжелое течение ИБС: инфаркт миокарда в анамнезе и нарушения ритма, у большинства хроническая ишемия миокарда, ХСН 2-3 ФК, клиническая картина стенокардии 2-3 ФК только у четверти больных. Развитие инфаркта миокарда у больных СД 2 типа с ИБС тесно взаимосвязано с уровнем АД, гликемии натощак и ИМТ.

ПРЕДОЖИРЕНИЕ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Батрак Г.А., Андрианова Е.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Иваново, Россия

ОБУЗ «Городская клиническая больница №3», Иваново, Россия

Цель. Определить особенности клинических и лабораторных проявлений предожирения.

Материал и методы. Обследовали 50 пациентов с избыточной массой тела: 76% женщин 26 - 54 лет и 24% мужчин 29 - 54 лет, средний возраст $46,5 \pm 0,5$ лет. Окружность талии (ОТ) у женщин $91,47 \pm 2,4$ см, у мужчин $101,8 \pm 3,1$ см, индекс массы тела (ИМТ) у женщин и у мужчин $27,0 \pm 1,3$ кг/м² и $27,5 \pm 0,7$ кг/м², соответственно. Отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) у женщин 0,85, у мужчин 0,93. Группа сравнения - 50 пациентов с нормальными значениями ОТ и ИМТ: 76% женщин 23 - 59 лет и 24% мужчин 21 - 51 года, средний возраст $41,3 \pm 2,5$ лет. У женщин с нормальной массой тела ОТ $75,6 \pm 1,1$ см, у мужчин $75,4 \pm 1,5$ см. У женщин с нормальной массой тела ИМТ $22,8 \pm 2,0$ кг/м², у мужчин $24,7 \pm 1,7$ кг/м². Отношение ОТ/ОБ у женщин с нормальными значениями ИМТ 0,76 и у мужчин 0,77. Проводили клиническое обследование больных, лабораторные методы включали: определение гликемии, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС ЛПНП, ХС ЛПВП. Инструментальные методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде $M \pm \sigma$, где М - среднестатистическое значение, σ - стандартное отклонение. Различия при $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 44% пациентов с предожирением и у 22% пациентов с нормальными значениями ОТ и ИМТ ($p \leq 0,05$), значения АД составили $132/84 \pm 5,7$ мм рт.ст. и $120/76 \pm 2,3$ мм рт.ст., соответственно ($p \leq 0,05$).

Повышенный уровень ХС у 58% женщин и 60% мужчин с предожирением, значения ХС $5,9 \pm 1,0$ ммоль/л и $5,1 \pm 0,3$ ммоль/л, соответственно ($p \leq 0,05$). Повышенный уровень ТГ у 36% и у 6%, соответственно ($p \leq 0,05$), значения ТГ $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л и $0,8 \pm 0,02$ ммоль/л, соответственно ($p \leq 0,05$). сниженный уровень ХС ЛПВП у 56% и у 24%, соответственно ($p \leq 0,05$), значения ХС ЛПВП $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,5 \pm 0,02$ ммоль/л, соответственно ($p \leq 0,05$). Повышенный уровень ХС ЛПНП у 80% и у 58%, соответственно ($p \leq 0,05$), значения ХС ЛПНП $4,0 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л, соответственно ($p \leq 0,05$).

У 2% пациентов с предожирением выявлено нарушение толерантности к глюкозе, у 12% сахарный диабет (СД) 2 типа (среднее значение гликемии $5,3 \pm 0,6$ ммоль/л). У 2% пациентов с нормальными значениями ИМТ выявлено нарушение толерантности к глюкозе, только у 2% СД 2 типа (среднее значение гликемии $4,9 \pm 0,2$ ммоль/л).

Заключение. Таким образом, у большинства пациентов с предожирением выявляются нарушения липидного обмена, более трети из них имеют АГ, отмечены нарушения углеводного обмена. Дислипидемия, АГ и нарушения углеводного обмена на фоне предожирения встречаются достоверно чаще, чем без него.

УРОВЕНЬ ПРОАТЕРОГЕННЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бачева И.В., Ибраева Л.К., Тургунова Л.Г., Бигайдарова Г.Х.
Кафедра внутренних болезней, Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Введение. В популяционных исследованиях продемонстрировано увеличение риска общей и сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов, получающих гемодиализ. Предполагают, что Chemokine (C-X-C motif) ligand 16 (CXCL16), Placental growth factor (PLGF), Fatty Acid-Binding Protein 4 (FABP4), Endocan-1, влияя на работу эндотелия, способствуют прогрессированию хронической болезни почек (ХБП) и увеличивают риски сердечно-сосудистых заболеваний. Имеются отдельные данные об уровне этих биомаркеров у пациентов на гемодиализе.

Цель. Оценка уровня CXCL16, PLGF, FABP4, Endocan-1 у больных на гемодиализе в сравнительном аспекте с пациентами с артериальной гипертензией и скоростью клубочковой фильтрации более 60 мл/мин.

Материалы и методы. В кросс-секционном исследовании приняло участие 72 пациента с артериальной гипертензией I и II степени: 1 группа - 23 человека, получавших гемодиализ по поводу терминальной ХБП недиабетического генеза и 2 группа - 49 человек с СКД >60 мл/мин. Пациенты получали гипотензивные препараты из группы ингибиторов ангиотензин превращающих ферментов или блокаторы кальциевых каналов. Показаниями для исключения из исследования были: гипергликемия более 5,5 ммоль/л, ожирение, наличие сердечной недостаточности, острого инфаркта миокарда, острого инсульта, декомпенсированных заболеваний внутренних органов, онкопатологии. Средний возраст составил $50,7 \pm 10,7$ лет, соотношение женщин и мужчин было 1:1. В крови определяли: CXCL16, PLGF, FABP4, Endocan-1. Для оценки межгрупповых отличий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. Согласно полученным данным, в группе пациентов, получавших гемодиализ, значения (Me и Q1;Q3) биомаркеров были выше: FABP4 на 40% , CXCL16 на 63% , PLGF на 61%, Endocan-1 на 56%. Эти различия были статистически значимыми для FABP4 $P=0,000877$, CXCL16 $P=0,000001$, PLGF $P=0,000678$, Endocan-1 $P=0,0000\%$. Повышенные уровни биомаркеров FABP4, CXCL16, PLGF, Endocan-1 являются признаками активности

атеросклеротического процесса, дестабилизации работы эндотелия, усиления гиперкоагуляции, дополнительными триггерами нестабильности атеросклеротической бляшки, что в свою очередь, ведет к развитию острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение. Наше исследование демонстрирует, что уровни сывороточных FАВР4, СХСL16, PLGF, Endocan-1 были высокими у пациентов, находящихся на гемодиализе и имевших артериальную гипертензию. Таким образом, можно говорить о суммации потенциально негативных рисков терминальной ХБП и артериальной гипертензии, что значительно увеличивает риски развития и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у данной когорты пациентов.

СВЯЗЬ ОСТЕОАРТРИТА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Башкова И.Б., Мадянов И.В., Мисько К.В.

Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова, Институт усовершенствования врачей Чувашской Республики, Чебоксары, Россия

Цель. Оценить связь клинических параметров остеоартрита (ОА) с характером распределения жира.

Материалы и методы. Обследован 91 больной манифестной формой ОА (клиническая группа) с преимущественным поражением коленных суставов в возрасте от 29 до 69 лет ($M \pm m: 53,0 \pm 0,8$ года,) с длительностью заболевания от 1,5 до 20 лет ($M \pm m: 8,4 \pm 0,5$ года). Мужчин было 22, женщин 69. Контрольная группа была сформирована из 114 практически здоровых лиц и была репрезентативна по возрастному и половому составу клинической группе. У обследуемых измеряли рост (м), массу тела (кг), окружности на уровне талии (ОТ, см) и бедер (ОБ, см), на основании которых вычисляли индексы массы тела - ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$), талия/бедро – ИТБ (ОТ/ОБ, отн.ед). О типе распределения жира – абдоминальном (АО) или глутеофemorальном (ГФО) - судили по ОТ и ИТБ (IDF, 2005). У больных ОА для определения тяжести и активности заболевания использован стандартный комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования. При оценке боли использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Функциональное состояние коленных суставов оценивали по суммарному индексу тяжести гонартроза Lequesne (Lequesne M.G., 1994), вычисляли альгофункциональный индекс WOMAC.

Количественные данные представляли в виде $M \pm SD$, различия между ними оценивали по t-критерию Стьюдента, между относительными величинами – по критерию «кси-квадрат» (χ^2). Сила связи между показателями по коэффициенту ранговой корреляции по Спирмену (r_s).

Результаты. Среднее значение ИМТ у больных ОА составило $28,6 \pm 5,8 \text{ кг}/\text{м}^2$ и было недостоверно выше, чем у лиц контрольной группы - $27,6 \pm 4,5 \text{ кг}/\text{м}^2$. Прирост ИМТ напрямую был связан с увеличением размеров краевых костных разрастаний ($r_s=0,43$, $p=0,003$) и обратно коррелировал с шириной суставной щели ($r_s=0,37$, $p=0,014$). Оказалось, что большее значение для ОА имеет не само ожирение, а характер его распределения. Если при АО выраженные рентгенологические изменения (III, IV стадии) встречались у каждого 4-го пациента (26,4%), то при ГФО – ни в одном из случаев ($p\chi^2=0,037$). При АО достоверно чаще, чем при ГФО наблюдался синовит (43,4% против 7,1%,

$p\chi^2=0,028$), более длительной была утренняя скованность ($24,5\pm 9,1$ мин против $18,1\pm 0,3$ мин, $p<0,05$). О вероятном негативном влиянии абдоминального перераспределения жира на течение ОА может указывать положительная связь ОТ с выраженностью боли по ВАШ ($rs=0,238$, $p=0,024$), индексом Lequesne ($rs=0,443$, $p=0,027$), рентгенологической стадией ОА ($rs=0,467$, $p=0,019$) и размерами остеофитов ($rs=0,364$, $p=0,012$).

Заключение. Таким образом, абдоминальное ожирение ассоциировано с более тяжелым течением ОА, которое характеризуется выраженными воспалительными и морфофункциональными изменениями в суставах, что важно учитывать при лечении этой категории больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО РАДИАЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

**Бекенова Ф.К., Ткачев В.А., Байдулин С.А., Блялова Д.Б., Ахметжанова Ш.К.
НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан, Казахстан**

Цель. Изучение распространенности и относительных рисков артериальной гипертензии (АГ) у рабочих ураноперерабатывающего предприятия, подвергающихся в процессе профессиональной деятельности воздействию ионизирующего излучения в диапазоне «малых» доз.

Материалы и методы. Изучены распространенность (Pr), относительные грубые (RR) и стандартизованные (SRR) риски АГ у 809 рабочих мужского пола гидрометаллургического завода (ГМЗ) города Степногорска, являющегося крупнейшим в Средне-Азиатском регионе и Казахстане предприятием по производству технической закиси-окиси урана. Pr АГ изучалась с помощью открытого сплошного поперечного (кросс-секционного) сравнительного исследования. Группу сравнения составили 696 рабочих подшипникового завода (ПЗ), расположенного на расстоянии 10 км от ГМЗ. Стратификация и расчёт SRR проводился с использованием программы Epi-info-2004.

Результаты. Выявлена высокая Pr АГ (23,9%, CI 21,0-26,8) у рабочих уранового производства. Pr АГ среди рабочих ПЗ составила 13,1% (CI 10,3-15,9). Относительный риск АГ в экспонируемой группе был избыточным (RR=1,8; 95% CI 1,4-2,3). Выявленная нами высокая распространенность АГ в экспонируемой группе совпадает с данными ряда исследователей. Анализ относительных рисков АГ в зависимости от возраста у персонала ГМЗ и ПЗ мужского пола показал, что начиная с 30 лет риск болеть АГ среди рабочих ГМЗ был в 1,5 раза выше, чем среди рабочих ПЗ; в возрастных группах 40-49 лет и 50-59 лет относительный риск повышался до 1,98 и 2,2 соответственно. На распространенность АГ влияют множество взаимосвязанных факторов. Роль экспонирующего фактора, в нашем исследовании - влияние факторов ураноопасного производства, главным образом ионизирующего излучения, можно уточнить только при условии устранения влияния на распространенность АГ всех конфаундинг-факторов. В нашем исследовании конфаундингами являлись - возраст и основные предикторы АГ: наследственность, ожирение, употребление алкоголя, уровень тревожности, злоупотребление солью, гиподинамия.

В результате проведенного исследования, был рассчитан SRR АГ, который составил 2,91 (95% CI 2,1-3,8; $\chi^2=51,5$; $p<0,001$).

Заключение. Таким образом, выявлена высокая распространенность АГ среди рабочих, подвергающихся хроническому радиационно-токсическому воздействию. RR и SRR АГ на сравниваемых предприятиях были избыточными, составляя 1,8 и 2,9 соответственно. Риск болеть АГ среди рабочих экспонируемого предприятия был в 2,9 раза выше, чем в группе сравнения, при условии нивелирования основных предикторов АГ.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бекенова Ф.К., Омарханова С.Р., Клименко А.В., Аскарова А.Н.,
Сунатилла Б.А.

НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Цель. Изучить распространенность, характер и особенности клинического течения поражений гастродуоденальной зоны у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН).

Материал и методы. В исследование были включены 210 пациентов (98 мужчин, 112 женщин, средний возраст $39,3 \pm 7,5$ лет) с ТХПН, находящихся на программном гемодиализе (ПГД) в г. Нур-Султан. Длительность лечения ПГД на момент начала исследования составляла от 2 до 84 месяцев. Всем пациентам проводилась ЭГДС. Для выявления геликобактериоза использовали гистологический анализ биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Результаты. Распространенность поражения гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у больных с ТХПН составила 78% (n=164). Среди поражений СОЖ и двенадцатиперстной кишки (ДПК) преобладали гастрит и гастродуоденит без признаков эрозий или язв – 73%. Эрозивно-язвенные поражения ГДЗ выявлены в 27% случаев. Наиболее часто отмечался эрозивный гастрит – 11% (n=18) и эрозивный дуоденит – 9,7% (n=16). Доля язв желудка и ДПК составила 4,8% и 2,5% соответственно. Возрастно-половой зависимости развития поражения ГДЗ при ТХПН не выявлено. Вместе с тем, имелась корреляционная взаимосвязь между частотой поражения ГДЗ и стажем хронической почечной недостаточности ($r=0,54$; $p<0,05$). Обращает внимание превалирование распространенности диспепсического синдрома (82%), наиболее частыми симптомами которого являлись снижение или отсутствие аппетита (56%); чувство дискомфорта в области эпигастрия (42%). Тошнота и изжога отмечена у 23% и 25% больных соответственно. Частота болевого синдрома составила 17,7% (n=29).

Распространенность H.pylori (Hr) в биопсийном материале была высокой – 77%. Преобладала слабая (43%) и средняя степень (24%) обсеменения Hr СОЖ. Нами выявлена прямая корреляционная связь между частотой обсемененности СОЖ и показателями уремии: креатинин и мочевины ($r=0,37$; $p<0,01$). Вместе с тем, выраженность клинической симптоматики при поражении ГДЗ не зависела от степени обсемененности Hr СОЖ.

Заключение. Среди больных с ТХПН, получавших ПГД, выявлена высокая распространенность поражения ГДЗ, составившая 78%. Клиническое течение

поражений ГДЗ отличалось стертой симптоматикой. У больных с ТХПН имела место высокая частота Нр инфекции -77%, с преобладанием слабой и средней степени микробной контаминации СОЖ.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭРГОСПИРОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ У БОЛЬНЫХ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Беляев И.А., Овчинников Ю.В., Матвеев А.А., Константинов Е.В.
Филиал «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Москва;
ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.
Мандрыка», Москва, Россия**

Введение. Согласно современным принципам, эргоспирометрия позволяет осуществлять одномоментную оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы и клеточного метаболизма, включая степень и локализацию нарушений, а также формировать прогноз заболевания. В части касающейся пациентов с кардиальной патологией, большая когорта исследований подтвердила достоверную прогностическую значимость отдельных параметров эргоспирометрии, однако крупных исследований, позволяющих спроецировать прогностическое значение этих и иных параметров эргоспирометрии на пациентов пульмонологического профиля, ранее не проводилось.

Цель. Определение корреляции между отдельными параметрами эргоспирометрии и степенью тяжести заболевания у больных с ХОБЛ, а также их прогностическое значение.

Материал и методы. В условиях кабинета функциональной диагностики 29 ГКБ ДЗМ г. Москвы во 2 половине 2019 года по сегодняшний день было исследовано посредством проведения кардиопульмонального тестирования 13 пациентов в возрасте 45-75 лет (9 мужчин, 4 женщины) с клинически подтвержденным диагнозом ХОБЛ, с длительным (более 20 лет) стажем курения.

Результаты. У всех без исключения пациентов имелось значимое снижение дыхательного резерва ниже порогового уровня, что отражает вентиляционные нарушения на фоне физической нагрузки. Среди мужчин преобладали пациенты с ХОБЛ преимущественно тяжелого течения (GOLD 3-4, ОФВ₁ < 50%), тогда как среди женщин преобладали испытуемые с ХОБЛ легкой и средней степени тяжести. Примечательно, что показатели $peakVO_2 < 10$ мл/кг/мин и $VE/VCO_2 > 34$, подтвердившие в исследованиях у больных кардиального профиля свое значение, как предикторы неблагоприятного прогноза, имеют аналогичную тенденцию к изменениям у больных ХОБЛ пропорционально тяжести заболевания. Прогностическая значимость и вариабельность данных параметров у пациентов с ХОБЛ разных групп по классификациям GOLD и COPD требует дальнейших проспективных исследований. Также представляет интерес динамика показателей при повторном исследовании через 3-6 месяцев на фоне назначенной базисной бронхолитической терапии и модификации образа жизни.

Заключение. Таким образом, очевидно, что эргоспирометрия является надежным и перспективным методом в дифференциальной диагностике у пациентов бронхолегочной патологией, в частности у пациентов с хроническими бронхообструктивными заболеваниями. Результаты исследований могут оказать

значимое подспорье в вопросах интенсификации терапии имеющихся заболеваний, а также в оценке динамики течения патологии.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ – ПРЕДИКТОР КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Блинова В.В., Богданова Т.М., Семенова В.А.

**ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
Саратов, Россия**

Цель. Изучить распространенность случаев агрессивного поведения со стороны пациентов и/или их родственников в отношении медицинских работников в течение последних 5 месяцев (за период внедрения в «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» статьи 6.36 «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи»).

Материал и методы. В исследование включено 60 медицинских работников (сотрудники скорой медицинской помощи, реанимации, общесоматических отделений), работающих в медицинских учреждениях г.Саратова, в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст $43 \pm 2,2$ лет). Исследование распространенности случаев агрессивного поведения со стороны пациентов и их родственников проводилось методом добровольного анкетирования медицинских работников.

Результаты. Подвергались агрессивному поведению в виде раздражения (вспыльчивость, грубость) и вербальной агрессии (словесные угрозы, разговор повышенным голосом, нецензурная речь, крики, ругать) со стороны пациентов или их родственников все участвовавшие в опросе респонденты. Большинство респондентов (80%) отмечают, что сталкиваются с грубостью, словесными угрозами, повышением голоса пациента чаще, чем один раз в неделю. По мнению медицинских работников, такое агрессивное поведение было связано с алкогольным опьянением, энцефалопатией различного генеза, а также уверенностью в абсолютной безнаказанности и проекцией пропагандируемого средствами массовой информации образа «некомпетентного специалиста» на всех «медиков». С агрессией в виде косвенного агрессивного поведения (сплетни, злобные шутки) со стороны пациентов и их родственников сталкиваются, как правило, молодые и пожилые специалисты. Косвенное агрессивное поведение, в основном присуще лицам с низким уровнем интеллекта вследствие разных причин, что обуславливает отсутствие соблюдения элементарных норм и правил поведения. При возникновении случаев раздражения, вербальной и косвенной агрессии со стороны пациентов, медицинские работники зачастую не ставят в известность о данном происшествии администрацию учреждения, так как данные случаи перестали быть редкостью и никаких последующих мер борьбы с данным поведением пациентов нет. Физической агрессии (рукоприкладство или его попытки) со стороны пациентов или их родственников подвергались 21,6% респондентов, речь идет в первую очередь о попытках рукоприкладства в отношении сотрудников скорой медицинской помощи и реанимации. Физическая агрессия со стороны пациентов в 2/3 случаев была обусловлено алкогольным или наркотическим опьянением, энцефалопатией различного генеза, со стороны родственников - алкогольным опьянением. Так как причинение вреда здоровью у

опрошенных было легкой степени тяжести, то заявление в правоохранительные органы не подавалось.

Заключение. Таким образом, повышение уровня безопасности медицинских работников можно рассматривать как один из факторов, ведущих к улучшению медицинской помощи.

КАРДИОГЕМАДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Блялова Д.Б., Байдурын С.А., Бекенова Ф.К., Ахметжанова Ш.К., Жакупов М.К., Сагындыкова Г.Ж.

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Цель. Оценить электрофизиологические показатели нарушений ритма сердца у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС пожилого возраста, страдающих ЭАГ в сочетании с хроническим коронарным синдромом.

Материалы и методы. Проанализированы данные 50 пациентов с ЭАГ ИБС в сочетании с ФП. Поскольку отсутствуют сведения о полученных ими дозах радиации, в зависимости от срока пребывания в экологически неблагоприятной зоне пациенты были разделены на 4 группы; 1- (апрель-июнь 1986 г) - 8 человек (16%); 2 (июнь-декабрь 1986 г) - 14 (28%); 3 (1987-1989 гг.) - 17 (34%); 4 - (1990-91гг) - 11 человек (22%). Все пациенты находились на базисной терапии. Функциональные методы исследования включали ЭКГ, ХМЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты. Все пациенты подверглись стратификации и анализу в зависимости от сроков пребывания на ЧАЭС. АГ 3 степени встречалась преимущественно у пациентов 1 и 2 групп (100%, 78,5%) с преобладанием высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Анализируя клиническое течение ИБС следует отметить, что стенокардия напряжения ФК 2 в основном наблюдалась у лиц 3-ей (88,2%) и 4 групп (75%). А стенокардия напряжения ФК 3 была выявлена преимущественно у пациентов 1-ой (62%) и 2-ой групп (57,14%). Различные варианты нарушений ритма сердца встречались во всех исследуемых группах (87,5 %-1 группа; 71,4%-2 группа, 70,5 %-3 группа, 63,6 %-4 группа). Следует отметить, что ФП чаще всего встречалась у пациентов 1 группы - $25 \pm 9\%$ ($p < 0,001$), во второй группе - $14 \pm 6\%$ ($p < 0,05$). Эктопические ритмы обнаружены преимущественно у пациентов 1-2 групп ($93 \pm 1\%$, $73 \pm 3\%$, $p < 0,05$). Также имели место нарушения проведения импульса у всех пациентов ($p < 0,05$). Синдром слабости синусового узла наблюдался в 1-группе $38 \pm 8\%$ ($p < 0,001$), 2 группе $25 \pm 9\%$ ($p < 0,001$). В 3-4 группах также встречались нарушения ритма, но статистической достоверности выявлено не было. Необходимо отметить, что данные изменения наблюдались преимущественно у лиц, участвовавших в ЛПА в период с апреля по декабрь 1986 года. Анализируя эхокардиографические показатели, необходимо отметить, что КДР в 1 группе составил 4,94 мл, во 2 группе 4,45, что достоверно выше, чем в других группах ($p < 0,05$). КСР в 1 и 2 группах также был выше (3,95 см; 3,49 см; $p < 0,001$), чем в 3 и 4 группах. Также показатели КДО и КСО достоверно выше у лиц, принимавших участие в первый год после аварии на ЧАЭС ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, прослеживаются достоверные различия некоторых электрофизиологических показателей нарушений ритма сердца во всех группах. Однако статистически значимыми оказались показатели в 1 и 2 группах, находившихся в неблагоприятной зоне с апреля по декабрь 1986 года. Что может быть связано с возрастными изменениями, сопутствующей соматической патологией, а также последствиями ионизирующего излучения.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА — АССОЦИАЦИЯ С МАРКЕРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Бродовская А.Н., Батрак Г.А.

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №4», Иваново,
Россия.**

На сегодняшний день сахарный диабет (СД) 2 типа принято рассматривать как эквивалент сердечно-сосудистому заболеванию (ССЗ). Развитие сосудистых поражений при СД 2 типа обусловлены сочетанием множества факторов, наиболее значимыми из которых являются дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), возраст пациента, наличие ожирения, а так же хроническая гипергликемия. Исследования последних лет продемонстрировали взаимосвязь вариабельности гликемии (ВГ) с факторами риска атеросклероза и сердечно-сосудистой смертностью, однако роль ВГ в патогенезе диабетических сосудистых осложнений остается до конца неизученной.

Цель. Оценить взаимосвязь ВГ с маркерами риска ССЗ у больных СД 2 типа в пожилом возрасте.

Материал и методы. Обследованы 63 пациента с СД 2 типа в возрасте от 59 до 74 лет. Больным производилась определение липидного профиля (включая ХС, ЛПНП, ТГ), альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). С помощью ультразвуковой доплерографии оценивали толщину комплекса интима-медиа в общей сонной артерии (ТКИМ_{ОСА}), для артерий нижних конечностей рассчитывали лодыжечный индекс давления (ЛИД). Мониторинг гликемии производили путем 7-ми кратного измерения глюкозы в течение суток, продолжительностью от 3-х до 5-ти дней. На основании полученных данных вычисляли SD (стандартное отклонение гликемии), CV (коэффициент вариации), MAGE (средняя амплитуда колебаний гликемии).

Результат. При клиническом обследовании пациентов средний индекс массы тела составил $31,6 \pm 5,3$ кг/м², в подавляющем большинстве (81%) больные имели АГ. Микроальбуминурия встречалась у 57% пациентов, еще у 33% диагностирована протеинурия. Снижение СКФ ниже 60 мл/мин обнаружено у 45% больных, среди которых 4 человека имели признаки хронической болезни почек (ХБП) 3Б ст. Пациенты с признаками ХБП в 61% случаев имели высокую ВГ (SD > 2 ммоль/л; CV > 36%). Так же была выявлена положительная корреляционная связь между CV и уровнем альбуминурии ($r = +0,71$, $p < 0,05$). ЛИД варьировал в обследованной группе от 1,43 до 0,61 ($1,17 \pm 0,24$), при этом значения ЛИД < 0,9 были отмечены у 8 пациентов (15%). ТКИМ_{ОСА} в среднем составила $0,98 \pm 0,12$ мм. У 13 человек выявлены стенозирующие изменения (максимальная степень — 34% по

диаметру). Достоверной корреляционной связи между уровнем ВГ и ТКИМ, также ВГ и ЛИД выявлено не было. Однако установлено, что больные с высокой ВГ имели худшие показатели липидного обмена. Коэффициент корреляции r между показателем МАГЕ и уровнем ТГ составил 0,59 ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных с СД 2 пожилого возраста установлена взаимосвязь ВГ с выраженностью альбуминурии, а также гипертриглицеридемией, что имеет важное значение в прогнозировании сердечно-сосудистых осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРИТЕРИЕВ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бродовская А.Н., Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №4», Иваново,
Россия.

Применение математических методов анализа вариабельности гликемии (ВГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) является перспективным инструментом для индивидуализированной оценки гликемического контроля, а также риска сосудистых поражений. По данным научной литературы описано около 20-ти различных индексов ВГ, позволяющих количественно судить о колебаниях гликемии в разных диапазонах значений и в разные временные отрезки. В некоторых исследованиях показано, что анализ ВГ может предоставить более полную информацию о структуре и изменчивости гликемии, а так же выявлять риск гипогликемических состояний.

Цель. Определить информативность параметров ВГ у больных с впервые выявленным СД 2 типа и их взаимосвязь с традиционными критериями компенсации углеводного обмена.

Материал и методы. Основой для анализа ВГ являлись данные повторных измерений уровня глюкозы, выполненных в лабораторных условиях. Мониторинг производили в 7 временных точках в разное время суток (до/после приема пищи и ночью). Длительность наблюдения составляла от 3 до 5 суток. Используя математические формулы, вычисляли стандартное отклонение гликемии (SD), коэффициент вариации (CV), среднюю амплитуду колебаний гликемии (МАГЕ). Наряду с вариабельностью, больным определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Статистический анализ данных проводили с помощью программы Microsoft Excel. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. Обследовано 58 больных с впервые выявленным СД 2 типа, в возрасте $55 \pm 8,0$ лет. Все пациенты получали терапию различными пероральными сахароснижающими препаратами и имели сопоставимый уровень гликированного гемоглобина (средний HbA1c $7,82 \pm 0,84$ %). Средние показатели гликемии натощак составляли $7,56 \pm 1,64$ ммоль/л, средние значения постпрандиальной гликемии - $10,82 \pm 2,51$ ммоль/л, среднесуточный уровень гликемии - $8,72 \pm 2,10$ ммоль/л. В то же время параметры ВГ у больных в исследуемой группе имели более широкий диапазон значений. Показатель CV варьировал от 18,9 до 38,2 %,

MAGE принимал значения от 1,6 до 4,5 ммоль/л, что свидетельствует о высокой изменчивости гликемии у отдельных больных. Выявлена сильная положительная корреляция индекса MAGE с уровнем постпрандиальной гликемии ($r=0,84$, $p<0,05$), в то время как HbA1c в большей степени соответствовал уровню среднесуточной гликемии ($r=0,84$, $p<0,05$).

Заключение. У больных с впервые выявленным СД 2 типа, несмотря на схожие показатели HbA1c, параметры ВГ могут существенно различаться. Определение средней амплитуды колебаний гликемии по данным 7-ми кратного измерения гликемии в течение суток может дополнить HbA1c, как интегральную оценку гликемического контроля.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА — АССОЦИАЦИЯ С МАРКЕРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Бродовская А.Н., Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №4», Иваново, Россия.

На сегодняшний день сахарный диабет (СД) 2 типа принято рассматривать как эквивалент сердечно-сосудистому заболеванию (ССЗ). Развитие сосудистых поражений при СД 2 типа обусловлены сочетанием множества факторов, наиболее значимыми из которых являются дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), возраст пациента, наличие ожирения, а так же хроническая гипергликемия. Исследования последних лет продемонстрировали взаимосвязь вариабельности гликемии (ВГ) с факторами риска атеросклероза и сердечно-сосудистой смертностью, однако роль ВГ в патогенезе диабетических сосудистых осложнений остается до конца неизученной.

Цель. Оценить взаимосвязь ВГ с маркерами риска ССЗ у больных СД 2 типа в пожилом возрасте.

Материал и методы. Обследованы 63 пациента с СД 2 типа в возрасте от 59 до 74 лет. Больным производилась определение липидного профиля (включая ХС, ЛПНП, ТГ), альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). С помощью ультразвуковой доплерографии оценивали толщину комплекса интима-медиа в общей сонной артерии (ТКИМ_{ОСА}), для артерий нижних конечностей рассчитывали лодыжечный индекс давления (ЛИД). Мониторинг гликемии производили путем 7-ми кратного измерения глюкозы в течение суток, продолжительностью от 3-х до 5-ти дней. На основании полученных данных вычисляли SD (стандартное отклонение гликемии), CV (коэффициент вариации), MAGE (средняя амплитуда колебаний гликемии).

Результат. При клиническом обследовании пациентов средний индекс массы тела составил $31,6\pm 5,3$ кг/м², в подавляющем большинстве (81%) больные имели АГ. Микроальбуминурия встречалась у 57% пациентов, еще у 33% диагностирована протеинурия. Снижение СКФ ниже 60 мл/мин обнаружено у 45% больных, среди которых 4 человека имели признаки хронической болезни почек (ХБП) 3Б ст. Пациенты с признаками ХБП в 61% случаев имели высокую ВГ (SD>2 ммоль/л; CV>36%). Так же была выявлена положительная корреляционная связь между CV

и уровнем альбуминурии ($r = +0,71$, $p < 0,05$). ЛИД варьировал в обследованной группе от 1,43 до 0,61 ($1,17 \pm 0,24$), при этом значения $ЛИД < 0,9$ были отмечены у 8 пациентов (15%). ТКИМ_{ОСА} в среднем составила $0,98 \pm 0,12$ мм. У 13 человек выявлены стенозирующие изменения (максимальная степень — 34% по диаметру). Достоверной корреляционной связи между уровнем ВГ и ТКИМ, также ВГ и ЛИД выявлено не было. Однако установлено, что больные с высокой ВГ имели худшие показатели липидного обмена. Коэффициент корреляции r между показателем МАGE и уровнем ТГ составил 0,59 ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных с СД 2 пожилого возраста установлена взаимосвязь ВГ с выраженностью альбуминурии, а также гипертриглицеридемией, что имеет важное значение в прогнозировании сердечно-сосудистых осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРИТЕРИЕВ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бродовская А.Н., Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

**Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №4», Иваново,
Россия**

Применение математических методов анализа вариабельности гликемии (ВГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) является перспективным инструментом для индивидуализированной оценки гликемического контроля, а также риска сосудистых поражений. По данным научной литературы описано около 20-ти различных индексов ВГ, позволяющих количественно судить о колебаниях гликемии в разных диапазонах значений и в разные временные отрезки. В некоторых исследованиях показано, что анализ ВГ может предоставить более полную информацию о структуре и изменчивости гликемии, а так же выявлять риск гипогликемических состояний.

Цель. Определить информативность параметров ВГ у больных с впервые выявленным СД 2 типа и их взаимосвязь с традиционными критериями компенсации углеводного обмена.

Материал и методы. Основой для анализа ВГ являлись данные повторных измерений уровня глюкозы, выполненных в лабораторных условиях. Мониторинг производили в 7 временных точках в разное время суток (до/после приема пищи и ночью). Длительность наблюдения составляла от 3 до 5 суток. Используя математические формулы, вычисляли стандартное отклонение гликемии (SD), коэффициент вариации (CV), среднюю амплитуду колебаний гликемии (MAGE). Наряду с вариабельностью, больным определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Статистический анализ данных проводили с помощью программы Microsoft Excel. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. Обследовано 58 больных с впервые выявленным СД 2 типа, в возрасте $55 \pm 8,0$ лет. Все пациенты получали терапию различными пероральными сахароснижающими препаратами и имели сопоставимый уровень гликированного гемоглобина (средний HbA1c $7,82 \pm 0,84$ %). Средние показатели гликемии

натошак составляли $7,56 \pm 1,64$ ммоль/л, средние значения постпрандиальной гликемии - $10,82 \pm 2,51$ ммоль/л, среднесуточный уровень гликемии - $8,72 \pm 2,10$ ммоль/л. В то же время параметры ВГ у больных в исследуемой группе имели более широкий диапазон значений. Показатель CV варьировал от 18,9 до 38,2 %, MAGE принимал значения от 1,6 до 4,5 ммоль/л, что свидетельствует о высокой изменчивости гликемии у отдельных больных. Выявлена сильная положительная корреляция индекса MAGE с уровнем постпрандиальной гликемии ($r=0,84$, $p<0,05$), в то время как HbA1c в большей степени соответствовал уровню среднесуточной гликемии ($r=0,84$, $p<0,05$).

Заключение. У больных с впервые выявленным СД 2 типа, несмотря на схожие показатели HbA1c, параметры ВГ могут существенно различаться. Определение средней амплитуды колебаний гликемии по данным 7-ми кратного измерения гликемии в течение суток может дополнить HbA1c, как интегральную оценку гликемического контроля.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Бродовская А.Н., Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

**Минздрава России, ОБУЗ «Городская клиническая больница №4», Иваново,
Россия**

Определение вариабельности гликемии (ВГ) является наиболее перспективным подходом к оценке эффективности управления сахарным диабетом (СД), а снижение ВГ можно рассматривать как одну из важных терапевтических целей его лечения. Соответственно, все больше внимания уделяется изучению влияния различных сахароснижающих препаратов на параметры гликемической изменчивости. В последнее время параметры ВГ все чаще входят в протоколы клинических исследований, где служат критерием эффективности при регистрации новых сахароснижающих препаратов.

Цель. На основании данных ВГ, полученных путем многократных измерений гликемии в течение суток, оценить эффективность сахароснижающей терапии у больных с впервые выявленным СД 2 типа, не получающих инсулин.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 37 пациентов (средний возраст $53,5 \pm 5,0$ лет) с впервые выявленным СД 2 типа, не достигших целевых значений гликемии на диетотерапии или монотерапии метформином. Мониторирование гликемии производилось путем измерения уровня глюкозы крови в 7 временных точках, в разное время суток (до и после приема пищи и ночью). В качестве индикатора ВГ применяли стандартное отклонение гликемии (SD), коэффициент вариации (CV), среднюю амплитуду колебаний гликемии (MAGE). В зависимости от схемы интенсификации терапии больные были разделены на 2 группы: группа 1 – назначение препаратов сульфонилмочевины (ПСМ), 19 больных; группа 2 – назначение ингибиторов дипептидилпептидазы 4 (и-ДПП 4), 18 больных. Сравнение эффективности лечения производили спустя 3 месяца наблюдения. Различие сравниваемых показателей считалось статистически значимым при $p<0,05$.

Результат. За период наблюдения в обеих группах отмечалось улучшение показателей углеводного обмена, которое заключалось в статистически значимом снижении уровня гликемии натощак и гликированного гемоглобина, что говорит об общей эффективности проводимой коррекции лечения. Вместе с тем, показатели ВГ имели различия в зависимости от выбранной терапии. Во 2-й группе были достоверно ниже показатели SD ($1,9 \pm 1,1$ ммоль/л и $2,5 \pm 1,7$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$) и CV ($28 \pm 5,3\%$ и $35 \pm 8,1\%$ соответственно, $p < 0,05$) по сравнению с группой 1. Процент пациентов с уровнем MAGE выше 4 ммоль/л (с высокой ВГ) в 1-й группе составил 72% , во второй – 46% ($p < 0,05$). Также в группе ПСМ чаще отмечались гипогликемические состояния.

Заключение. Применение и-ДПП 4 у больных с впервые выявленным СД 2 типа обеспечило снижение вариабельности гликемии у большего числа больных, в отличие от больных, получавших ПСМ. Суточное мониторирование гликемии с определением индексов ВГ позволяет эффективно оценить характер и уровни колебаний гликемического профиля, корректно определить схему лечения СД 2 типа сахароснижающими препаратами, добиться эффективной компенсации углеводного обмена и предупредить сосудистые осложнения при данной патологии.

УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Бубнов А.В., Михайлов Д.М., Чулков В. С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель. Оценить уровень физической активности (ФА) среди лиц молодого возраста.

Материал и методы. В работе были использованы опросник «ОДА-23+» и короткий международный опросник ФА (International Questionnaire on Physical Activity, IPAQ). Опросник «ОДА-23+» учитывает особенности образа жизни пациента. Согласно опроснику, выделяют 5 ступеней двигательной активности (ДА): очень низкая, низкая, умеренная (средняя), высокая и очень высокая. IPAQ основан на учете ФА за последнюю неделю. При суммарном балле < 21 у лиц молодого возраста респонденты относились к категории с наличием гиподинамии. Проводилось анкетирование в режиме online среди 198 обучающихся Южно-Уральского государственного медицинского университета (г. Челябинск) в возрасте 18-25 лет с применением Google формы. По каждому исследуемому проведены подсчет баллов и интерпретация результатов с выделением групп с различным уровнем двигательной активности (ДА) по «ОДА-23» и определением лиц с гиподинамией по IPAQ, зависящих от набранных баллов по пройденным опросникам. Применялся пакет статистических программ MedCalc (Версия 19.1, Бельгия, 2019). Проводился линейный корреляционный анализ с применением критерия Спирмена. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст респондентов составил 22 (21-23) года, из них 74,7% - лица женского пола. По данным опросника «ОДА-23+» практически каждый пятый респондент (19,7%) имел очень низкую и низкую ступени активности. Умеренный уровень ДА встречался у каждого третьего

обучающегося (32,8%). В то же время, высокая и очень высокая ДА отмечены у 26,8% и 21,7% соответственно. При анализе опросника IPAQ 40% респондентов имели гиподинамию. Наиболее часто в самостоятельные тренировки исследуемых входили гимнастические упражнения (64,1%), упражнения с гантелями (31,8%), тренировочная ходьба (26,8%). Количество физических тренировок в неделю у большинства респондентов составляло меньше 1-2 раза в неделю (38,4%), меньшее количество занималось менее 1 раза в неделю (37,4%), 3-4 раза в неделю (20,7%) и 5 раз и более в неделю (3,5%). Средние значения опросника «ОДА-23+» имели положительную линейную корреляцию с результатами физической активности за последнюю неделю по опроснику IPAQ ($r=0,48$; $p<0,001$).

Заключение. 1. По данным опросника «ОДА-23+» среди лиц в возрасте 18-25 лет около 20% респондентов имели низкую и очень низкую двигательную активность. 2. При использовании короткого международного опросника по физической активности за последнюю неделю IPAQ 40% респондентов имели гиподинамию. 3. Средние значения опросников «ОДА-23+» и IPAQ имели положительную линейную корреляцию умеренной силы. 4. Применение опросников «ОДА-23+» и IPAQ с использованием Google формы позволяет в течение нескольких минут объективно оценить уровень физической активности у респондентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 С ЭКСКРЕЦИЕЙ АЛЬБУМИНА С МОЧОЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

**Бугибаева А.Б., Алина А.Р., Амирханова Д.Т., Ларюшина Е.М.
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

Цель. Оценить взаимосвязь уровня галектина-3 с уровнем экскреции альбумина с мочой у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследование включены 74 больных с СД 2 типа, в возрасте $56,10 \pm 7,50$ лет, из которых мужчины – 36 (49%), женщины – 38 (51%). Средний возраст мужчин составил $55,5 \pm 6,2$ лет, средний возраст женщин – $57,1 \pm 6,1$ лет. Группа больных была разделена на три подгруппы в зависимости от уровня альбуминурии в соответствии с KDIGO (2012): в I группу вошли 39 больных с нормоальбуминурией (<30 мг), II группу 14 больных, которые имели микроальбуминурию (30-300 мг), и III группу составили 21 больной с макроальбуминурией (> 300 мкг/мг). Всем больным было проведено клинико - лабораторное обследование. Уровень сывороточного галектина-3 определен с помощью мультиплексного иммунологического анализа и стандартизированной иммунологической панели Bio-Plex Pro RBM Human Metab Panel 2.

Результаты. В трех группах не было выявлено достоверных различий по полу ($p=0,686$), возрасту ($p=0,859$), индексу массы тела (ИМТ) ($p=0,745$), длительности СД ($p=0,479$), уровню глюкозы крови натощак ($p=0,237$) и гликированного гемоглобина (HbA1c) ($p=0,304$). При оценке функционального состояния почек выявлено, что по мере ухудшения почечной функции достоверно увеличивались уровни альбумина мочи, креатинина и мочевины крови. Больные с макроальбуминурией имели значительно более высокие средние уровни креатинина и мочевины ($251,9 \pm 89,0$ ммоль/л; $419,6 \pm 115,4$ мкмоль/л), по сравнению с пациентами других групп ($p<0,001$, $p<0,002$, соответственно), также были выявлены снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у

исследуемых 2 и 3 группы (средний уровень $61,6 \pm 28,0$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ и $59,6 \pm 26,7$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$, соответственно, $p < 0,001$). При оценке альбумина в моче отмечается достоверное увеличение его уровня в зависимости от снижения функции почек: у пациентов I группы показатель белка в моче составил $9,63 \pm 4,4$ мг/л, II группы - $117,15 \pm 85,7$ мг/л и III группы - $305,23 \pm 122,1$ мг/л ($p < 0,001$). Средние уровни галектина-3 были значительно выше у пациентов с макроальбуминурией ($19170,26 \pm 11125,1$ пг/мл), чем у пациентов с микроальбуминурией и с нормоальбуминурией ($17427,86 \pm 10295,36$ пг/мл и $14431,55 \pm 11295,79$ пг/мл, соответственно, $p < 0,001$). Уровень галектина-3 достоверно коррелировали с микроальбуминурии ($r = 0,656$, $p < 0,001$), также выявлено сильная корреляционная связь между уровнями галектина-3 с протеинурией ($r = 0,985$, $p < 0,005$). Обнаружена значимая обратная корреляционная связь показателей галектина-3 и СКФ ($r = -0,873$, $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, значение галектина-3 ассоциировалось с уровнем экскреции альбумина с мочой у больных СД 2 типа, также с повышением креатинина, мочевины и снижением СКФ, что указывает на возможную роль галектина - 3 в механизмах развития диабетической нефропатии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Будникова Н.В.¹, Романенко И.А.²

¹ОБУЗ «ГКБ №3 г. Иванова», Иваново, Россия

²ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель работы. Изучение функционального состояния почек, наличия артериальной гипертонии и определение её степени у лиц с избыточной массой тела и ожирением.

Методы исследования. На базе поликлиники №3 ОБУЗ «Городская клиническая больница №3 г.Иванова» обследовано 143 человека, из которых были сформированы 2 группы сопоставимые по возрасту и полу в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). I группа – 100 пациентов с избыточной массой тела, II группа – 43 человека с ожирением 1 степени. У обследованных оценивалось наличие и степень артериальной гипертонии, проводилось анкетирование по использованию гипотензивных средств. С целью оценки функции почек проведен расчет и сравнительный анализ скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, мл/мин/ $1,73\text{м}^2$.

Результаты. При анализе данных было выявлено, что с повышением ИМТ увеличивается процент лиц с артериальной гипертонией (I группа – 35 %, II группа – 44%). Оценка частота различных степеней артериальной гипертензии по уровню артериального давления показала: в I группе артериальная гипертензия 1 степени имела место у 23% пациентов, 2 степени – у 9%, 3 степени – у 3%. Во II группе артериальная гипертензия 1 степени была у 27,9%, 2 степени – у 16,3%, 3 степень отсутствовала. Нельзя исключить, что на выраженность степени артериальной гипертензии в группах повлиял контроль артериального давления и прием гипотензивных препаратов, принимаемых пациентами с артериальной гипертонией в 48,6% в I группе, 58% во II группе.

При оценке функционального состояния почек по СКФ по формуле СКД-ЕРІ, мл/мин/1,73м² было выявлено, что в обеих группах имело место достоверное (p<0,016) снижение функции почек более выраженное у лиц с избыточной массой тела (66,96±1,5 мл/мин/1,73м²), чем у пациентов с ожирением 1 степени (74,0±3,07 мл/мин/1,73м²) при норме данного показателя более 90 мл/мин/1,73м².

Выводы. Таким образом, с прогрессированием ИМТ увеличивается частота артериальной гипертонии. Однако, лица с ожирением 1 степени, имеющие артериальную гипертонию более привержены к гипотензивной терапии и контролю артериального давления. Снижение функции почек имеет место у всех обследованных с повышенным ИМТ. Более выраженное снижение СКФ в группе с избыточной массой тела, вероятно, свидетельствует о значимости процессов у данной категории пациентов, что требует внимания и определения тактики ведения со стороны врача.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бунин Ю.А., Золозова Е.А., Чигинева В.В. Парусова Ю.В., Эйдман Е.М., Воробьев Д.О., Закаева М.И., Колотова Е.А., Кучук Е.А.
ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, Москва, Россия
Госпиталь ветеранов войн №1 ДМЗ, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить структуру нарушений ритма и проводимости среди пациентов пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 74 пациента со средним возрастом 84 года, находящихся на лечение в госпитале инвалидов войн №1. Из них мужчин- 24 % (средний возраст -80 лет) и 75% женщин (средний возраст -85 лет). 94% всех пациентов имели сочетание ИБС и АГ. **Результаты.** У большинства обследованных больных - 53 человека (71%) были выявлены нарушения ритма и проводимости сердца. В структуре нарушений ритма преобладали случаи с фибрилляцией предсердий -83,0%, в 13,2% выявлены нарушения внутрижелудочковой проводимости, в 3,8% - СССУ, представленный СА блокадой 2 ст. тип 2 и в 1,8% отмечалась АВ-блокада 1 степени.

При анализе характера течения ФП было обнаружено, что среди больных с этой формой нарушения ритма чаще всего выявлялась постоянная форма у 50% , пароксизмальная форма отмечалась 36,4% и персистирующая форма – только у 16%.

У 50% больных с постоянной формой фибрилляции предсердий имелся постинфарктный кардиосклероз, тогда как у больных с пароксизмальной формой ФП постинфарктный кардиосклероз встречался значительно реже - у 3,8%. И только в 1,9% с персистирующей формой.

Большинство обследованных больных имели хроническую недостаточность кровообращения (ХСН) - 38 больных -(51,3 %), из них у 22 больных (58%) ХСН сопутствовала фибрилляция предсердий.

Заключение. У лиц пожилого и старческого возраста с ИБС и АГ в 71,6% случаев выявлены нарушения ритма и проводимости.

В структуре нарушений ритма доля ФП составляет 83%. Из числа лиц с ФП постоянная форма выявлена у 50% и у половины этих больных отмечен постинфарктный кардиосклероз.

Полученные данные свидетельствуют о высокой вероятности выявляемости нарушений ритма сердца, особенно ФП, в группе больных с ИБС и АГ пожилого и старческого возраста.

ОТЕК ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Буркова Е.И.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

Введение. Артериальная гипертония является общепризнанным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, который охватывает более 1 миллиарда человек во всем мире. АГ является основной причиной смерти почти в 7,1 млн. случаев. Зарубежные исследования отмечают распространенность АГ в пределах 30-45% случаев среди взрослого населения. Артериальная гипертензия опасна развитием острого повреждения органов-мишеней таких как: острая левожелудочковая недостаточность, в частности, отек легких (ОЛ), инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

При анализе данных распространенности, более чем у половины пациентов с отеком легких развивался на фоне артериальной гипертензии и протекала более благоприятно, чем другие варианты. Несмотря на большие исследования и множество литературных данных остается актуальным вопрос в выборе способа купирования отека легких ассоциированного с артериальной гипертензией.

Цель. Анализ встречаемости и способов купирования отека легких ассоциированного с артериальной гипертензией.

Материал и методы. Был проведен статистический анализ, в качестве источника информации использованы карты вызовов (ф.110/у), программа АДИС по Областной станции скорой медицинской помощи (ОССМП) г. Караганды пациентов с отеком легких, сопроводительные листы (ф. 110 1/у), рапорта о смерти.

Результаты. Было выявлено 301 случай отека легких, из них женщины составляли 181 случай, соответственно мужчин меньше 120 случаев. Минимальный возраст был зафиксирован и составил 26 лет, а максимальный 95 лет, средний возраст пациентов от 60 до 80 лет. Среди 301 случая отмечено 6 случаев смерти, 28 пациентов были оставлены на месте или отказались от госпитализации, остальные после оказываемой помощи были госпитализированы. Длительность обслуживания бригадами вызовов варьировала от 12 минут до 307 минут.

Случаев отека легких ассоциированным с артериальной гипертензией составило 183 случая. Уровень артериального давления на фоне которого возникал отек легких варьировал от 160/80 до 300/120 мм. рт. ст.

Выводы. Распространенность отека легких на фоне артериальной гипертензии была выявлена в значительной части случаев, однако стоит отметить и

существенную разницу между мужчинами и женщинами и возрастном составе. Больше половины обследованных лиц, были госпитализированы. Эти наблюдения могут быть полезны при разработке различных стратегий лечения отека легких ассоциированного с артериальной гипертензией, а так же профилактики и лечения в Казахстане.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Лечение морбидного ожирения у пациентов с СД2, при отказе от проведения бариатрической операции, представляет сложности. Для таких больных следует рассматривать возможность использования индивидуальных программ, включающих современную фармакотерапию ожирения и немедикаментозных методов.

Целью представления клинического случая является описание опыта комплексного лечения СД2 в сочетании с морбидным ожирением с использованием фармакотерапии и немедикаментозных методов.

Описание клинического случая. Для лечения обратилась пациентка Ж., 43 года, с диагнозом: СД2 (цель HbA1c < 6,5%). Морбидное ожирение. Жалобы: на избыточную массу тела, сухость во рту, повышение уровня глюкозы крови до 14 ммоль/л.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, рост 165 см, масса тела (МТ) 152 кг, ИМТ 55,8 кг/м², окружность талии (ОТ) 139 см, бедер (ОБ) 143 см, ЧСС 89 ударов в минуту, артериальное давление (АД) 158/98 мм рт.ст. При обследовании: уровень HbA1c 7,9%, глюкозы натощак 9,7 ммоль/л, общего холестерина (ОХ) 7,4 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 3,08 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 4,8 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, лептина 92,14 нг/мл, 25(ОН)D₃ 14,6 нг/мл в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: жировая масса (ЖМ) 81,6 кг, тощая масса (ТМ) 69,4 кг, скелетно-мышечная масса (СММ) 30,1 кг. Пациентка прошла амбулаторную программу реабилитации: низкокалорийная диета, лечебная гимнастика в бассейне с занятиями на подводной беговой дорожке №15, общая магнитотерапия №10, лечебная физкультура в зале №15, занятия на горизонтальном велотренажере №15. Нежелательных явлений терапии не отмечено. Данные после завершения курса лечения: МТ 145 кг, ИМТ 53,3 кг/м², ОТ 132 см, ОБ 140 см, АД 128/88 мм рт.ст. Глюкоза 5,3 ммоль/л, ОХ 6,9 ммоль/л, ТГ 3,03 ммоль/л, ЛПНП 4,4 ммоль/л, ЛПВП 1,22 ммоль/л в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: ЖМ 73,4 кг, ТМ 70,6 кг, СММ 31,8 кг. Рекомендовано продолжить диетическую и медикаментозную терапию с увеличением дозы фармакопрепарата до 3,0 мг в день. Данные обследования через 3 месяца: МТ 139 кг, ИМТ 51,1 кг/м², ОТ 128 см, ОБ 132 см, АД 125/75 мм рт.ст. Глюкоза 5,1 ммоль/л, ОХ 5,9 ммоль/л, ТГ 3,01 ммоль/л, ЛПНП 3,52 ммоль/л, ЛПВП 1,36 ммоль/л, лептин 36,7 нг/мл, 25(ОН)D₃

31,1 нг/мл в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: ЖМ 69,3 кг, ТМ 68,7 кг, СММ 31,0 кг.

Выводы. Клинический случай демонстрирует новые возможности индивидуальной реабилитационной программы комплексного лечения с использованием немедикаментозных методов и фармакотерапии при СД2 в сочетании с морбидным ожирением.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА

Васильева В.А., Марченкова Л.А., Еремушкин М.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить изменение параметров ходьбы, определить устойчивость при ходьбе и стабилметрические показатели, оценить риск падений на фоне снижения веса у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов в возрасте от 23 до 69 лет. Длительность заболевания составила более 5 лет. Тест на скорость ходьбы, индекс массы тела (ИМТ), число падений за 6 месяцев, стабилметрия, «Тест Ромберга» оценивались перед госпитализацией и через 21 день, при окончании лечения (ОЛ). Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 11,1$ лет. Исходный вес составил $114 \pm 28,1$ кг, ИМТ составил $40,9 \pm 9,3$ кг/м². Тест на скорость ходьбы проводился всем пациентам. Для этого они проходили стандартное расстояние — 10 метров по ровной поверхности. Время засекалось с помощью секундомера. Число падений (ЧП) оценивалось за 3 недели, путем анкетирования. Устойчивость пациента с закрытыми и открытыми глазами оценивалась с помощью стабилметрии, «Теста Ромберга». Комплексная кинезиотерапия проводилась ежедневно в течение 3-х недель и включала интерактивные сенсомоторные тренировки на платформе Стабилан, гидрокинезиотерапию в бассейне, специальный комплекс физических упражнений в зале и занятия на велотренажере.

Результаты. Через 21 день лечения у пациентов с ожирением средняя динамика снижения веса составляет $\pm 26,5$ кг, $p = 0,0000001$ (ДИ: 2,79; 4,44), динамика снижения ИМТ составляет $\pm 38,8$, $p = 0,027$, (ДИ: 0,24; 3,83), исходно ЧП за 3 недели составляет $0,14 \pm 0,34$, $p = 0,023$ (ДИ: 0,02; 0,25), статистической динамики скорости ходьбы не было выявлено: исходно (ИСХ) $116,05 \pm 101,0$, после ОЛ $116,55 \pm 101,0$, $p = 0,05$. Анализ стабилметрических показателей до и после лечения выявил динамику в тесте Ромберга. Отмечено достоверное улучшение коэффициента устойчивости (КоеFRomb) $113,5 \pm 9,11$, $p = 0,012$ (ДИ: 3,035; 16,10), уменьшение девиации центра давления (ЦД) в сагиттальной и фронтальной плоскости (МО(х/у): ИСХ: $11,3 \pm 9,1$; ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$ (ДИ: 3,03; 16,1), увеличилась скорость перемещения ЦД (V), ИСХ: $11,3 \pm 8,9$; ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$, (ДИ: 3,04; 15,81), изменился индекс скорости (IV) ИСХ: $11,3 \pm 9,1$, ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$ (ДИ: 3; 16,1), изменилась общая оценка движения (OD): ИСХ: $10 \pm 6,8$, ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,0037$ (ДИ: 05; 11,2).

Выводы. Снижение массы тела у пациентов с ожирением ассоциируется с улучшением статических показателей при ходьбе, улучшает устойчивость при ходьбе и является профилактикой падений в повседневной жизни.

ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТАВА ТЕЛА В ДИАГНОСТИКЕ СИМПТОМОВ САРКОПЕНИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ

Васильева В.А., Марченкова Л.А., Сергеев В.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: сравнить эффективность трех методов исследования состава тела - биоимпедансометрии (БИМ), воздушзамещающей бодиплетизмографии (ВБПГ) и рентгенденситометрии по программе все тело (DXA Total Body) в верификации признаков саркопении (снижение массы скелетной мускулатуры) у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: Исследуемую группу составили 95 пациентов в возрасте от 21-69 лет (средний возраст $52,4 \pm 11$ лет) с ИМТ $\geq 30,0$ кг/м². В группу сравнения вошли 37 пациентов (средний возраст $50,73 \pm 10,6$ лет) без ожирения - ИМТ 20,0-29,9 кг/м². Все пациентам проводили исследование состава тела методами БИМ, ВБПГ и DXA Total Body с определением количества (кг) и % жировой, тощей и мышечной массы.

Результаты: По данным БИМ группы отличались только количеством жировой ткани (ЖТ) - 42,75 [4,8;6,3] против 33,15 [28,4;35,5] кг; $p=0,036$ и не отличались ($p>0,05$) количеством тощей (ТТ) и мышечной ткани (МТ) и % ЖТ и скелетно-мышечной ткани (СМТ). По данным ВБПГ исследуемые группы достоверно отличалась по количеству ЖТ - 3,4 [36,81;69,94] против 31,02 [23,22;38] кг, $p=0,007$, % ЖТ - 45,4 [42,1;53,8] против 37,7 [28,6;41,1], $p=0,003$ и % МТ - 54,6 [46,2;57,9] против 62,3 [58,9;71,4], $p=0,003$ при статистически равнозначных значениях количества ТТ - 55 [49,48;67,77] против 40,36 [33,12;49,06], $p=0,19$. По данным DXA Total Body выявлены статистически значимые различия ($p<0,05$) между группами в количестве и % ЖТ всех исследуемых отделов тела (руки, ноги, туловище, все тело), но не отмечено всего количество жира ($p=0,009$) было выявлено увеличение количества ЖТ и % ЖТ, но не было выявлено существенной разницы ($p>0,05$) в % и количестве МТ и ТТ между группами ни в одном участке тела.

Выводы: из трех методов оценки состава тела (БИМ, ВБПГ и DXA Total Body) наиболее чувствительным методом диагностики признаков саркопении у пациентов с ожирением является ВБПГ. Этот метод показывает, что пациенты с ожирением имеют значительно меньшую мышечную массу по сравнению с пациентами с избыточной массой тела.

ПРОФИЛАКТИКА САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КИНЕЗИОТЕРАПИИ

Васильева В.А., Марченкова Л.А., Еремушкин М.А.

**Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и
куртологии Минздрава России, Москва, Россия**

Цель. Оценка влияния комплексного 3-х недельного лечения с использованием 4-х методов кинезиотерапии на снижение массы тела и мышечную силу у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 человек в возрасте 21-69 лет с алиментарным ожирением (средний возраст $52,4 \pm 11$ лет, вес $111,3 \pm 24,5$ кг, ИМТ $40,3 \pm 8,1$ кг/м², окружность талии (ОТ) $113,4 \pm 16$ см, окружность бедер (ОБ) $124,2 \pm 16$ см). Комплексная кинезиотерапия проводилась ежедневно в течение 3-х недель и включала интерактивные сенсомоторные тренировки на платформе Стабилан, гидрокинезиотерапию в бассейне, специальный комплекс физических упражнений в зале и занятия на велотренажере. Вес, ОТ, ОБ, число падений за 3 месяца измерялись в начале лечения и после завершения лечения. Оценка результатов функциональных тестов мышечной силы и скорости ходьбы (тест 10-метровой ходьбы, тест «Встань и иди», 4 специальных теста на выносливость мышц спины и живота к статической и динамической нагрузке) также проводилась в начале лечения и через 3 недели.

Результаты. Наблюдалось значительное снижение массы тела ($111,3 \pm 24,4$ кг исходно против $107,9 \pm 23,1$ кг за 3 недели; $p=0,000$), ИМТ ($40,3 \pm 8,1$ против $39,1 \pm 7,7$ кг/м²; $p=0,000$), ОТ ($113,4 \pm 15,9$ против $109,2 \pm 15,1$ см; $p=0,000$), ОБ ($124,1 \pm 15,5$ против $119,7 \pm 14,1$ см; $p=0,000$) у пациентов с ожирением. Скорость ходьбы на 10 метров увеличилась с $0,84 \pm 0,15$ м/с исходно до $0,88 \pm 0,17$ м/с за 3 недели ($p=0,000$). Результаты теста «Встань и иди» улучшились с $8,4 \pm 2,1$ соответственно $7,9 \pm 2,09$ с ($p=0,000$). Мы выявили статически значимое повышение выносливости к статической нагрузке мышц живота с $13,1 \pm 9,7$ до $16,49 \pm 12,8$ с ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $14,8 \pm 11,9$ до $18,6 \pm 14,9$ с ($p=0,000$). Выносливость к динамической нагрузке увеличилась в мышцах живота с $29,9 \pm 11,2$ до $34,84 \pm 11,93$ раз ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $9,1 \pm 7,4$ до $12,2 \pm 9,2$ раза ($p=0,000$). Значительно уменьшилось число падений с $0,14 \pm 0,34$ исходно до $0,0$ (95% ДИ: $0,02; 0,25$) после окончания лечения.

Выводы. Комплексное лечение с помощью 4 методов кинезиотерапии способствует снижению массы тела, уменьшению ОТ, ОБ при ожирении. Специальная трехнедельная тренировка для пациентов с ожирением связана с увеличением скорости ходьбы, улучшением выносливости к статической и динамической нагрузке мышц спины и живота. Эти изменения улучшают функцию баланса и снижают риск падений у пациентов с ожирением, и является профилактикой саркопении у пациентов с ожирением.

ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВСЛЕДСТВИЕ ПАНКРЕАТИТА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Целью представления клинического случая является описание опыта междисциплинарного лечения СД вследствие панкреатита в сочетании с нарушениями функции статики и ходьбы.

Описание клинического случая: для лечения обратилась пациентка И., 56 лет, с диагнозом: СД 2 типа. Диабетическая полинейропатия. Нарушение статики и ходьбы после пункционного дренирования кисты поджелудочной железы, вследствие панкреонекроза.

Жалобы: на невозможность самостоятельно передвигаться, стоять, невозможность самообслуживания. **Анамнез:** Сахарный диабет вследствие хронического панкреатита с 2017 г. На диетотерапии. Глюкоза крови по самоконтролю от 6,5 до 8,0 ммоль/л. В мае 2017 г - острый приступ хронического панкреатита, панкреонекроз с развитием псевдокисты поджелудочной железы 29.06.17 г- пункционное дренирование кисты поджелудочной железы. 07.08.17 г - лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия, дренирование панкреонекротической клетчатки, гастроэнтеро- и энтероэнтероаностомоз. В последствии сформировался панкреатический свищ. С августа 2017 г пациентка самостоятельно не передвигается, не может стоять даже с опорой, встать с постели. В анамнезе психоэмоциональный стресс. Полное отсутствие способности к самообслуживанию. Передвигается только в инвалидном кресле, что на догоспитальном этапе было расценено как проявление диабетической полинейропатии. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, рост 163 см, вес 80 кг, ИМТ 30,1 кг/м², артериальное давление 118/68 мм рт.ст. При обследовании: клинический анализ крови, общий анализ мочи – без патологических изменений, МРТ груднопоясничного отдела позвоночника- дегенеративно-дистрофические изменения пояснично – крестцового отдела позвоночника, ротационный левосторонний сколиоз 1 ст. Уровень HbA1c 6,5%, глюкозы натощак 6,7 ммоль/л, через 2 часа после еды 8,1 ммоль/л. Пациентка осмотрена неврологом, психиатром, эндокринологом. Выставлен диагноз: Сахарный диабет вследствие панкреатита. Непролиферативная диабетическая ретинопатия. Индивидуальный целевой уровень гликированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение I ст. Хронический панкреатит, состояние после перенесенного оперативного лечения от сентября 2017 г. Псевдокиста хвоста поджелудочной железы. Неалкогольная жировая болезнь печени. Астено-невротический синдром. Гемангиома тела T12 позвонка. Гипертоническая болезнь 2 ст, 3 ст, риск ССО 4. Функциональный парез. Нарушение функции статики и ходьбы. Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства, являющиеся основной причиной нарушения функции ходьбы и стояния. Реабилитационный прогноз высокий. Назначена фармакологическая терапия: эсциталопрам 10 мг утром, фенибут 250 мг – 3 раза в день. Индивидуальная программа реабилитации: лечебная гимнастика в зале №10, массаж нижних конечностей №10, капитан №10, спелеокамера №10, вихревые ножные ванны

№10. Нежелательных явлений терапии не отмечено. Данные после завершения курса лечения: глюкоза крови 5,6 ммоль/л -натощак, 7,1 ммоль/л – через 2 часа после еды, пациентка стала самостоятельно передвигаться в пределах палаты при помощи ходунков – 30-50 шагов, увеличилась мышечная сила нижних конечностей, появилась способность к самообслуживанию (пациентка самостоятельно посещает туалет, может принимать душ при помощи опоры).

Вывод: клинический случай демонстрирует перспективы комплексного лечения коморбидного пациента с использованием немедикаментозных методов и фармакотерапии при СД в сочетании со смешанными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, явившимися причиной нарушения функции ходьбы и стояния.

СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПОД ВЛИЯНИЕМ АДРЕНАЛИНА

**Вебер В.Р., Жмайлова С.А., Прошина Л.Г., Румянцев Е.Е., Атаев И.А.,
Губская П.М.**

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого». Великий Новгород. Россия

Цель исследования: изучить изменение коллагеновой сети в миокарде левого и правого желудочков крыс линии Вистар при однократном введении адреналина.

Материал и методы: экспериментальное исследование проводилось на 10 крысах-самцов линии Вистар, которым однократно интраперитонеально вводился адреналин в дозе 50 мкг/г. Через 1 месяц, в течение которого крысы содержались в обычных условиях без медикаментозных и стрессовых воздействий, под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям.

Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) в каждой серии эксперимента, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности коллагена.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что через 24 часа после введения адреналина по сравнению с контрольной серией плотность коллагена в миокарде левого желудочка увеличилась в 2,3 раза ($p < 0,05$), тогда как в ПЖ плотность коллагена увеличилась в 6 раз ($p < 0,005$) по сравнению с плотностью коллагена контрольной серии крыс.

Через 24 часа увеличение плотности коллагена связано, прежде всего, с отеком коллагеновой сети и появлением новых коллагеновых волокон. Значительно увеличивается коллагеновая сеть, особенно в ПЖ. Избыточное содержание коллагена в миокарде может нарушать снабжение кардиомиоцитов кислородом, затруднять электрические контакты между ними, нарушать микроциркуляцию в миокарде.

Через месяц после однократного введения адреналина в ЛЖ несколько уменьшилась плотность коллагена (уменьшился отек), но по сравнению с

плотностью коллагена в контрольной серии оставалась увеличенной под влиянием адреналина в 2 раза ($p < 0,05$). В ПЖ избыточное разрастание коллагеновой сети было более выражено по сравнению с контрольной серией, через месяц после однократного введения адреналина плотность коллагена по сравнению с контрольной серией увеличилась в 3 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали, что однократное введение адреналина приводит к развитию фиброзных изменений в миокарде обоих желудочков, но более выражены они в правом желудочке. Через месяц после однократного введения адреналина регресса развившихся структурных изменений не выявлено.

ИЗМЕНЕНИЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Виноградов А.И., Прошина Л.Г., Губская П.М.

ФГБОУ ВО «Новгородский Государственный университет имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия

Цель исследования: изучить изменение показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) под влиянием метопролола.

Материал и методы. обследованы 22 женщины, больные АГ II ст. (ESC/ESH, 2018). Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью портативного носимого аппарата VPLab («Петр Телегин», Н.Новгород); интервал между измерениями составлял 15 минут/днем и 30 минут/ночью. Анализировалась динамика показателей: индекс времени (ИВ) повышенным и пониженным систолическим АД (САД) и диастолическим АД (ДАД) на органы-мишени, показатель вариабельности АД, скорости утреннего подъема (СУП) САД. Обследование больных проводилось до начала регулярной антигипертензивной терапии и через месяц лечения препаратом метопролол тартрат. В исследование включены больные, у которых по данным офисных измерений и данным самоконтроля давления был достигнут целевой уровень АД.

Результаты исследования показали, что на фоне терапии метопрололом через месяц отмечено снижение нагрузки повышенным давлением (как САД, так и ДАД), особенно в дневные часы.

В тоже время через месяц лечения метопрололом выявлено увеличение нагрузки пониженным САД. Так до лечения высокий показатель ИВ пониженным САД днем наблюдался в 9,1% случаев, то через месяц терапии метопрололом — у 50% больных ($\chi^2=7,863$; $p=0,005$). В ночные часы до лечения увеличение показателя ИВ пониженным САД не выявлено, а через месяц лечения высокий ИВ пониженным САД ночью наблюдался в 36,4% случаев. Анализ показателя СУД САД выявил его значительное увеличение у 75% больных.

Отмечено также значительное увеличение доли больных АГ с повышенными показателем вариабельности АД в течение суток (с 7,1% до лечения до 21,4% через месяц терапии метопрололом; $p=0,001$).

Заключение. Таким образом, под влиянием метопролола при достижении целевого офисного АД нарастает нагрузка пониженным САД у половины больных днем и в 36,4% случаев ночью. Избыточное снижение САД ночью приводит к увеличению показателя скорости утреннего подъема САД в 75% случаев. Отмечено также увеличение вариабельности АД в течение суток. Полученные данные показывают необходимость обязательного использования СМАД для контроля эффективности антигипертензивной терапии.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Вершинина Е.О., Репин А.Н.

НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Цель исследования: определить частоту, выявить предикторы и разработать прогнозные модели риска развития отдаленных осложнений у пациентов с хроническим коронарным синдромом после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материалы и методы. включено 148 пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было выполнено плановое ЧКВ. Исходы вмешательств оценивались через 6 лет после индексного ЧКВ путём анализа медицинской документации и телефонного интервью. Конечными точками исследования была частота смерти от сердечно-сосудистых причин (ССС), больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (МАССЕ = СССР + острый коронарный синдром (ОКС) + острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)).

Результаты. СССР была зарегистрирована у 10,6% пациентов, ОКС развился у 34,4%, ОНМК – у 6,6%. Таким образом, в целом МАССЕ произошло у 40,4% пациентов. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между развитием МАССЕ в отдалённый период и наличием рестенозов ранее установленных стентов (ОШ = 8.09; 95% ДИ [0,92-71,09]; $p = 0.027$), ХОБЛ (ОШ = 3.4; 95% ДИ [1, 1-10,5]; $p = 0.026$), наследственной предрасположенностью к ССЗ (ОШ = 2.94; 95% ДИ [1,48-5,86], $p = 0.002$); фибрилляция предсердий (ФП) (ОШ = 2.84; 95% ДИ [1,1-7,34]; $p = 0.027$); высоким риском развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) (более 11 баллов по шкале R.Mehran) (ОШ = 2.15; 95% ДИ [0,995-4,632]; $p = 0.049$), исходный уровень СРБ $\geq 5,5$ мг/л (AUC = 0,643; 95% ДИ [0,529-0,757]; $p = 0.021$). Наиболее значимыми предикторами МАССЕ, включёнными в разработанную модель, являются наследственная предрасположенность к развитию ССЗ, приём статинов в период выполнения ЧКВ, исходный уровень постпрандиальной глюкозы в крови, высокий риск развития КИН (11-15 баллов по шкале Mehran). Значение AUC для полученной модели составило 0,852 [95%ДИ 0,749-0,956]. Наиболее значимыми предикторами СССР, выявленными с помощью пошаговой логистической регрессии и включёнными в разработанную модель оценки индивидуального прогноза, были 3 исходные переменные: уровень глюкозы в крови натощак (ОШ=0,07 [95% ДИ 0,12-0,43]); функциональный класс недостаточности кровообращения по NYHA перед ЧКВ (ОШ=0,06, [95% ДИ 0,003-1,106]); наличие или отсутствие

сопутствующей ФП (ОШ=43,1 [95% ДИ 2,01-922,01]), а также два показателя, оцененные через 1 год после вмешательства: уровень креатинина в крови (ОШ=1,14 [95% ДИ 1,0-1,3]) и скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ (ОШ=1,4 [95% ДИ 1,09-1,81]). Значение показателя площади под кривой разработанной модели АUC (Area Under Curve) составило 0,976 [95%ДИ 0,000-1,000].

Заключение. Прогнозные модели риска развития отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после плановых ЧКВ позволяет на основе использования простых клинических характеристик выделять группы больных с высоким остаточным риском, требующих своевременного применения более активных стратегий последующего наблюдения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Вершинина Е.О., Репин А.Н.

НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, Томск, Россия

Цель исследования: определить частоту, выявить предикторы и разработать прогнозные модели риска развития отдаленных осложнений у пациентов с хроническим коронарным синдромом после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материалы и методы: включено 148 пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), которым было выполнено плановое ЧКВ. Исходы вмешательств оценивались через 6 лет после индексного ЧКВ путём анализа медицинской документации и телефонного интервью. Конечными точками исследования была частота смерти от сердечно-сосудистых причин (ССС), больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (МАССЕ = СССР + острый коронарный синдром (ОКС) + острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)).

Результаты: СССР была зарегистрирована у 10,6% пациентов, ОКС развился у 34,4%, ОНМК – у 6,6%. Таким образом, в целом МАССЕ произошло у 40,4% пациентов. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между развитием МАССЕ в отдалённый период и наличием рестенозов ранее установленных стентов (ОШ = 8.09; 95% ДИ [0,92-71,09]; $p = 0.027$), ХОБЛ (ОШ = 3.4; 95% ДИ [1, 1-10,5]; $p = 0.026$), наследственной предрасположенностью к ССЗ (ОШ = 2.94; 95% ДИ [1,48-5,86], $p = 0.002$); фибрилляция предсердий (ФП) (ОШ = 2.84; 95% ДИ [1,1-7,34]; $p = 0.027$); высоким риском развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) (более 11 баллов по шкале R.Mehran) (ОШ = 2.15; 95% ДИ [0,995-4,632]; $p = 0.049$), исходный уровень СРБ $\geq 5,5$ мг/л (AUC = 0,643; 95% ДИ [0,529-0,757]; $p = 0.021$). Наиболее значимыми предикторами МАССЕ, включёнными в разработанную модель, являются наследственная предрасположенность к развитию ССЗ, приём статинов в период выполнения ЧКВ, исходный уровень постпрандиальной глюкозы в крови, высокий риск развития КИН (11-15 баллов по шкале Mehran). Значение AUC для полученной модели составило 0,852 [95%ДИ 0,749-0,956]. Наиболее значимыми предикторами СССР, выявленными с помощью пошаговой логистической регрессии и

включёнными в разработанную модель оценки индивидуального прогноза, были 3 исходные переменные: уровень глюкозы в крови натощак (ОШ=0,07 [95% ДИ 0,12-0,43]); функциональный класс недостаточности кровообращения по NYHA перед ЧКВ (ОШ=0,06, [95% ДИ 0,003-1,106]); наличие или отсутствие сопутствующей ФП (ОШ=43,1 [95% ДИ 2,01-922,01]), а также два показателя, оцененные через 1 год после вмешательства: уровень креатинина в крови (ОШ=1,14 [95% ДИ 1,0-1,3]) и скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по формуле СКД-ЕРІ (ОШ=1,4 [95% ДИ 1,09-1,81]). Значение показателя площади под кривой разработанной модели AUC (Area Under Curve) составило 0,976 [95% ДИ 0,000-1,000].

Заключение: Прогнозные модели риска развития отдалённых неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после плановых ЧКВ позволяет на основе использования простых клинических характеристик выделять группы больных с высоким остаточным риском, требующих своевременного применения более активных стратегий последующего наблюдения.

ГИПОКАЛИЕМИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Вишняк Д.А., Хайруллина Г.М., Масталиева Э.Л., Шерифова Ф.Н.
**Сургутский государственный университет, Сургутская окружная
клиническая больница, Сургут, Россия**

Цель. Акцентировать внимание на редких причинах гипокалиемии в практике врача-терапевта и своевременной их верификации.

Материал и методы. Пациентка Т., 38 лет, предъявляла жалобы на: боли в суставах конечностей, повышение температуры тела при припухании кожи над суставами до 38*С без озноба, парестезии, слабость в кистях и стопах, боли в мышцах. Считала себя заболевшей с июля 2018 г., когда на фоне полного благополучия развилась атака артрита суставов стоп. Амбулаторно обнаружен стабильно высокий уровень мочевой кислоты (до 800 мкмоль/л), начата урикодепрессивная терапия аллопуринолом. В 2019 г. повторилось не менее 6-ти подобных атак. С января 2019 стала отмечать мышечную слабость, эпизодически продолжающуюся до нескольких дней. Амбулаторно обнаружено снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 27 мл/мин/1,73м², гиперазотемия (креатинин 126-160 мкмоль/л, мочевины 7-12 ммоль/л). Антигиперурикемическая терапия была усилена колхицином. В ходе лабораторного обследования обнаружены изменения в виде стойкой гипокалиемии (1,9-2,5 ммоль/л), метаболического алкалоза (рН 7,46-7,52), активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (альдостерон 848 пг/мл, ренин 237 пг/мл), артериальная гипотония, повышение экскреции электролитов с мочой (кальцийурия 0,55 ммоль/с). Мы обратили внимание на поразительное сходство пациентки со своим отцом. При объективном обследовании обращали на себя внимания дефицит массы тела, снижение глубоких рефлексов с рук, с ног - коленные рефлексы были оживлены без ассиметрии, ахилловы - не вызывались, стигмы дисэмбриогенеза (готическое небо, арахнодактилия, неправильный рост зубов, гипотелоризм).

Результаты. В качестве основной диагностической гипотезы появилась мысль о поздней манифестации наследственной тубулопатии, как причины стойкой

гипокалиемии, так как пациентка удовлетворяла всем критериям данной группы заболеваний. Основной диагноз был выставлен: Наследственная тубулопатия с гипокалиемией: вероятно, синдром Барттера (тип III) (?). Хроническая болезнь почек С4А1. Миастенический синдром. Стала очевидной необходимость проведения медико-генетического исследования, в очереди на проведение которого находятся пациентка и ее сын. На фоне проводимой урикодепрессивной, нефропротективной, калийзаместительной терапии отмечена нестойкая положительная динамика в виде уменьшения мышечной слабости, артралгий, улучшения фильтрационной способности почек.

Заключение. Редкая наследственная патология, трудность верификации основного диагноза на фоне полисимптомной клинической картины определяют интерес, актуальность и ценность данного клинического наблюдения. Гипокалиемия, как частый, не первостепенный лабораторный симптом ряда нозологий, приводит к затяжному периоду дифференциально-диагностического поиска, и, как следствие, к отсроченному активному лечению основного заболевания. На это стоит обратить внимание при проведении дифференциальной диагностики патологических состояний, сопровождающихся гипокалиемией в практике врача-терапевта.

АЛГОРИТМ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Вологодина И.В., Жабина Р.М.

**Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени
академика А.М. Гранова Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия**

Цель. Разработать алгоритм персонализированной профилактики кардиотоксичности на этапе подготовки к проведению лучевой терапии на основе анализа частоты развития, факторов риска и имеющейся коморбидной патологии.

Материал и методы. Для пациенток с раком молочной железы разработан метод анкетирования, включающий такие аспекты, как наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска, сердечно-сосудистой патологии в анамнезе, химиотерапии на предшествующем этапе. Проводилось биохимическое исследование крови, стандартная ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭХОКГ до и после окончания проведения 3D конформной лучевой терапии.

Результаты. В анализ результатов исследования вошло 127 пациенток среднего и пожилого возраста с HER2neu отрицательным раком молочной железы. Из общего числа больных рак левой молочной железы выявлен у 69 больных, рак правой — 58 больных. Все пациентки после радикальной мастэктомии через 3 месяца после окончания проведения химиотерапии (доксорубицин в кумулятивной дозе, не превышающей 360 мг/м²) были госпитализированы для проведения 3D конформной лучевой терапии СОД 39 Гр (эквивалентна 48 Гр обычного фракционирования). Среди женщин среднего возраста высокий риск выявлен у 19% больных, среди пациенток пожилого — в 32% случаев. У 34,3% больных среднего возраста и 62,1% пожилого возраста после проведенной химиолучевой терапии выявлены признаки кардиотоксичности в виде сердечной недостаточности, систолической и диастолической дисфункции и бессимптомных

нарушений сердечного ритма (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, короткие пароксизмы фибрилляции предсердий). Статистически значимого различия у пациенток в зависимости от локализации зоны воздействия (правая-левая) не выявлено. Показатель относительного риска свидетельствовал о наличии прямой связи между возрастом и признаками кардиотоксичности ($OR=1,8$, 95% ДИ 1,33—2,49). Из анализируемых факторов риска наиболее значимый вклад вносили предшествующая терапия антрациклинами, имеющаяся кардиоваскулярная патология, гипергликемия, низкая физическая активность. На основании полученных результатов разработан алгоритм, предусматривающий у пациенток с высоким риском раннее назначение препаратов с целью предупреждения кардиотоксичности и использование персонализированного подхода при расчете дозы облучения.

Заключение. С целью своевременного проведения профилактических мероприятий и предотвращения кардиотоксичности у больных раком молочной железы целесообразно использовать предложенный персонализированный алгоритм диагностических и профилактических мероприятий, включающий мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы, превентивную медикаментозную терапию и выбор режима дозирования облучения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕПСИДИНА У БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гадаев А.Г., Туракулов Р.И., Курбанов А.К., Рахимова М.Б.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Оценить взаимосвязь уровней гепсидина, провоспалительных цитокинов и показателей обмена железа в крови больных с ХСН.

Материал и методы. Обследованы 120 больных с ХСН в возрасте 62 ± 8 лет, находившихся в кардиологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Больные были подразделены на 2 группы: основную и контрольную. Основываясь на содержании железа и ферритина в сыворотке крови, основная группа в свою очередь была подразделена на 2 подгруппы. 1 А подгруппу составили больные с абсолютным дефицитом железа (содержание железа и ферритина в сыворотке ниже нормальных показателей) в сыворотке крови на фоне ХСН, тогда как 2 Б подгруппу составили больные с относительной недостаточностью железа в сыворотке крови (с низким содержанием железа и нормальным содержанием ферритина в сыворотке крови) на фоне ХСН. Анемию оценивали по критериям ВОЗ. Показатели периферической крови изучали на автоматическом гематологическом анализаторе МЕК-6400. Концентрацию железа в сыворотке крови (ЖС) и ее общую железосвязывающую способность (ОЖСС) измеряли колориметрическим методом. Методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови определяли уровни фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкина-6 (ИЛ-6), ферритина и гепсидина. Статистическую обработку результатов проводили в приложении MS Excel 2004 for Mac. Дисперсионный анализ полученных данных проводили с помощью критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В результате проведенных исследований нами была выявлена положительная корреляция между концентрацией гепсидина и ферритина сыворотки крови, а также гемоглобина, ИЛ-6 ($p < 0,05$). В 1 А подгруппе и контрольной группы значения гепсидина достоверно не различались ($p > 0,05$). В то время, как в 1 Б подгруппе уровень гепсидина был достоверно выше, чем в 1 А и контрольной группе ($p < 0,05$). В то же время мы определили уровень провоспалительных цитокинов, который было достоверно выше у больных с ХСН с анемией, чем без анемии. В контрольной группе показатели ИЛ-6 составил $17,2 \pm 1,78$, ФНО - α - $15,9 \pm 0,72$ нг/мл. В 1 А подгруппе показатели ИЛ-6 составили - $20,4 \pm 1,8$, ФНО - α - $19,6 \pm 0,62$ нг/мл, тогда как в 1 Б подгруппе показатели ИЛ-6 составили $26,6 \pm 1,7$ нг/мл ни, ФНО - α - $24,7 \pm 1,93$ нг/мл.

Заключение. В проведенных нами исследованиях у больных с железодефицитными состояниями и анемией хронических заболеваний, протекающих на фоне хронической сердечной недостаточности, при определении различными методами содержания ферритина, трансферрина, гепсидина в сыворотке крови было выявлено достоверное повышение уровня гепсидина ($23,3 \pm 3,5$ нг/мл, $p < 0,001$) во 1Б подгруппе. Также было отмечено умеренное повышение уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных с ХСН с анемией по сравнению с больными с ХСН без анемии ($p < 0,05$).

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

**Гаибов А.Д., Неъматзода О., Баратов А.К., Абдусаматов К.А., Мухаммадиева
Х.С., Давлатова Р.К.**

**Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ и
СЗН РТ, Душанбе, Таджикистан**

Цель исследования. Изучить результаты гибридного лечения при сочетанных поражениях коронарных и периферических сосудов у больных сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Изучены результаты опыта применения гибридного подхода у 23 пациентов, которым были выполнены одномоментная реваскуляризация коронарных артерий и операции по поводу хронической ишемии нижних конечностей. Мужчин было 21 (91,3%), женщин – 2 (8,7%). Средний возраст составил $58,4 \pm 2,2$ лет. У 10 (43,5%) пациентов имелся III степень хронической ишемии, у 13 (56,5%) – IV степень по классификации Fonten – А.В. Покровского. У 21 (91,3%) пациентов имелось значимое поражение ветвей левой коронарной артерии с соответствующей клиникой стенокардии, в 2 (8,7%) наблюдениях отмечалось поражение правой коронарной артерии. Инфаркт миокарда в анамнезе имело места у 13% пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех случаях первым этапом проводилось реваскуляризация миокарда путем стентирования передней межжелудочковой артерии (у 10 пациентов), огибающей артерии (в 5 случаев) и в 6 наблюдениях реваскуляризация обеих артерий. При поражениях правой коронарной артерии ($n=2$) были имплантированы по 2 стента. В общем 23 пациентам были имплантированы 31 стента в коронарных артерий.

При сопутствующем поражении почечных артерий операции на сосудах нижних конечностей выполнены после эндоваскулярной коррекции почечного кровотока.

Тип эндоваскулярной процедуры и вид открытой хирургической реконструкции на нижних конечностях зависели от уровня и протяженности поражения и тяжести ишемии. В основном пациентам были выполнены бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование (n=16) с установкой стента в общую (n=3) подвздошную артерию и ангиопластики артерий голени (n=13). В 3 наблюдениях производили эндартерэктомию из бифуркации бедренной артерии с установкой стента в подвздошную артерию и ангиопластика артерий голени. В четырех наблюдениях было выполнено бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование с балонной ангиопластикой подколенной артерии и артерий голени.

При проведении гибридных операций технический успех был, достигнут в 95,7% случаев. Лодыжечно-плечевой индекс после операций возрос с $4,44 \pm 1,18$ до $7,86 \pm 0,24$ ($p=0,007$). Клиническое состояние улучшилось значительно (3 – по категории Рутерфода). Послеоперационные осложнения отмечены в одном случае (нагноение раны), летальный исход отмечен так же в одном наблюдении. В сроки до 36 месяцев после операций все бассейны оперированных сосудов были проходимы.

Заключение. Технология гибридных операций при мультифокальных сосудистых поражений являются высокоэффективным методом имеющие хорошие ближайшие и средне-отдаленные результаты. Такие преимущества «гибридных» операций как малая травматичность, относительно короткое время операции, возможность коррекции нескольких сосудистых поражений в один этап позволяют улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми формами диабетической макроангиопатией.

ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ НЕПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИТЕ

Гаиров А.Д., Ньматзда О., Кобилбеков Б.И.

¹ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

²ГУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить возможности поражения коронарных артерий при неспецифическом аортоартериите (НАА).

Материалы и методы. За период с 2005 по 2020гг. в Государственном учреждении Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) были госпитализированы 38 больных с преимущественным поражением брахиоцефальных сосудов на почве НАА. Женщин было – 34, мужчин – 4, в возрасте от 15 до 53. Средний возраст 27. Согласно клиническим протоколам по проведению рентгеноконтрастной ангиографии (РКА) при НАА всем пациентам проводилась ангиография дуги аорты и коронарография.

Результаты. Из 38 больных с поражением ветвей дуги аорты патология коронаро-артериита было у 5 (13%). Женщин было – 3, остальные 2 были мужчины. Средний возраст пациентов с поражением коронарных артерий

составил 43 ± 1 года. Из них у 3 пациентов были гемодинамические значимые зоны поражения коронарных артерий, но клинически не проявлялись признаки ишемии сердца. У 2 остальных больных при госпитализации отмечались признаки коронарита, в виде загрудинной боли, сердцебиения и одышки при физической нагрузке. Во всех наблюдениях процесс локализовался в левой коронарной артерии сердца. Из них в 2 случаях отмечался стеноз ($\leq 50\%$) устья левой коронарной артерии вследствие утолщения интимы аорты и в 3 - поражение передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии. У больных с гемодинамически значимыми сужениями коронарных артерий на электрокардиографии (ЭКГ) не регистрировались признаки ишемии сердца. Клиника коронарита у этих больных наблюдалась только после проведения ЭКГ с нагрузочной пробой и суточного холтеровского мониторирования. У остальных 2 больных, у которых наблюдалась клиника ишемии сердца на ЭКГ отмечалось элевация сегмента ST. У этих больных симптомы стенокардии исчезли на фоне приема противоишемических препаратов (бета-блокаторов и нитратов).

Заключение. Вероятность поражения коронарных артерий сердца при системных заболеваниях сосудов (атеросклероз, НАА) высокая, хотя в ряде случаев это клинически не проявляется. В диагностике коронарита важную роль играют электрокардиографические исследование, с обязательным использованием нагрузочных проб, суточное холтеровское мониторирование и также коронарография. Коронарография является «золотым» стандартом для уточнения характера, локализации и протяженности поражения венечных артерий.

КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гаппарова К.М., Лапик И.А., Чехонина Ю.Г.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Известно, что для лиц пожилого возраста характерно снижение скорости обменных процессов. Это выражается в уменьшении показателей энерготрат покоя, в снижении интенсивности белкового обмена. Данные показатели в ряде работ изучались у лиц пожилого возраста и не были изучены у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Цель. Изучить композиционный состав тела и особенности метаболического статуса у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов с ожирением I–III степени и артериальной гипертензией, разделенных на 2 группы в зависимости от возраста. I группа – 40–50 лет, а II группа 60–70 лет. Всем пациентам оценивали состав тела методом биоимпедансометрии с использованием мультислотного анализатора «InBody 770». Исследование энерготрат покоя и метаболических субстратов (белков, жиров, углеводов) определяли методом непрямой калориметрии. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0. Уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. При изучении показателей состава тела у пациентов с ожирением и артериальной гипертензией были выявлены достоверные изменения анализируемых параметров в исследуемых группах. Так, содержание мышечной массы у пациентов II группы ($21,9 \pm 1,5$ кг) было достоверно ниже, чем у пациентов I группы ($28,4 \pm 1,5$ кг). Содержание жировой массы у пациентов двух групп было избыточно и в среднем составило ($47,4 \pm 3,6$ кг и $49,1 \pm 3,5$ кг), без статистически значимых различий между группами. Содержание общей жидкости у пациентов II группы ($43,8 \pm 1,9$ кг) было достоверно выше, чем у пациентов I группы ($39,2 \pm 1,5$ кг). При оценке метаболического статуса было установлено, что энерготраты покоя у пациентов II группы ($1630,9 \pm 85,6$ ккал) были достоверно ниже, чем у пациентов I группы ($1987,4 \pm 133,5$ ккал). При этом скорость окисления белка у пациентов II группы ($11,0 \pm 0,8\%$) была достоверно ниже, чем у пациентов I группы ($16,6 \pm 1,7\%$). Скорости окисления жиров у пациентов I группы ($44,4 \pm 5,8\%$) и II группы ($43,8 \pm 5,2\%$) достоверно не отличались. Скорость окисления углеводов у пациентов II группы ($41,6 \pm 5,8\%$) была достоверно выше, чем у пациентов I группы ($37,8 \pm 5,7\%$).

Заключение. При оценке показателей состава тела было установлено, что для лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией характерно снижение мышечной массы и повышение общей жидкости в организме. При изучении метаболического статуса у данной категории пациентов было отмечено уменьшение энерготрат покоя, снижение скорости окисления белка и повышение скорости окисления углеводов. Таким образом, оценка состава тела и метаболического статуса у лиц пожилого возраста позволит индивидуально подобрать диетотерапию для данной категории пациентов.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

**Горбунова Ю.Н., Кириллова И.Г., Попкова Т.В., Насонов Е.Л., Лиля А.М.
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, Россия**

В формировании метаболического синдрома (МС) при ревматоидном артрите (РА) ведущая роль принадлежит хроническому/аутоиммунному воспалению. Увеличение концентрации острофазовых белков, провоспалительных цитокинов ассоциируется с различными компонентами МС: абдоминальным ожирением (АО), нарушением толерантности к глюкозе, липидным обменом и артериальной гипертензией. Частота выявления МС у пациентов с ранним РА составляет 30-31%.

Цель. Уточнить частоту МС и его взаимосвязь с клиническими и лабораторными проявлениями раннего РА.

Материалы и методы. Обследовано 74 пациента (54 ж./ 20 м.) с ранним РА, не получавших ранее ГК и БПВП, медиана возраста - $56,0$ [46; 61] лет, длительность заболевания - $6,0$ [4,0;8,0] мес., серопозитивных по IgM РФ (87%) и АЦЦП (100%); активность заболевания - DAS28 $-5,6$ [5,1;6,4]; SDAI $-34,4$ [21,3;41,7]; CDAI $-30,6$ [19,6;39,0]. МС устанавливали согласно критериям IDF, которые

включали АО (ОТ ≥ 94 см (м.), ≥ 80 см (ж.)), уровень глюкозы $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие СД, ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л (м.), $< 1,3$ ммоль/л (ж.), ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.. Контрольная группа 30 здоровых доноров без ревматических заболеваний, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными больными.

Результаты. В целом по группе частота МС у пациентов с ранним РА была выше, чем в контрольной группе: 44 против 23% ($p < 0,05$). В зависимости от наличия или отсутствия МС, больные РА разделены на 2 группы: I группа - пациенты с РА и МС ($n=33$); II группа - без МС ($n=41$). Пациенты I-ой группы были старше по возрасту, чем больные II-ой группы (58,0 [54,0;64,0] лет против 51,0 [38,0;58,0] лет) ($p < 0,05$). Различий по клиническим проявлениям, длительности, активности РА в сравниваемых группах не наблюдалось. В то же время при поправке на возраст у пациентов с РА отмечалась корреляция индексов активности РА (DAS 28 ($r=0,39$), SDAI ($r=0,45$), CDAI ($r=0,43$)), острофазовых показателей (СОЭ ($r=0,21$), СРБ ($r=0,31$)) с наличием МС ($p=0,001$ во всех случаях). Повышение систолического АД коррелировало с длительностью заболевания ($r=0,23$), увеличение ОТ— с уровнем СРБ ($r=0,25$), снижение уровня ХСЛПВП— с клиническими (индексы DAS 28, SDAI, CDAI) ($r=0,5$) и лабораторными (СРБ, СОЭ) ($r=0,3$) проявлениями раннего РА ($p < 0,05$ во всех случаях).

Заключение. У пациентов с ранним РА до назначения противоревматической терапии частота МС выше, чем в контроле. Ассоциация клинических и лабораторных показателей РА с МС и его компонентами предполагает роль ревматоидного воспаления в развитии МС.

РАЗРАБОТКА МОДУЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ЗДОРОВЬЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СИСТЕМЕ МВД РОССИИ

Гращенко А.Н.^{2,3}, Пузин С.Н.^{1,2}, Богова О.Т.¹

1ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

2ФГАОУ ВО Сеченовский Университет Минздрава России, Москва

3ФКУЗ МСЧ МВД Центр восстановительной медицины и реабилитации "Березовая роща", Москва, Россия

Цель. Определение взаимосвязи различного подхода реабилитации для совершенствования реабилитации пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в амбулаторных условиях с применением новых инновационных технологий. Влияние ежедневных занятий терренкура, скандинавской ходьбой, а также механотерапией методом случайной выборки, с целью подтверждения факта её профилактического действия. Используя теоретические данные по теме исследования.

Материал и методы. Исследование проводилось на основе оценки потребностей пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и мнения экспертов. Был использован модуль терренкура, скандинавской ходьбы и механотерапии. Программа включала в себя разминку (подготовка для скандинавской ходьбы и механотерапии) и консультации. Структурированная анкета с комментариями к содержанию была независимо предоставлена десяти экспертам, работающим в области системы МВД России. Анализ состояния структурно-функциональных

систем, физиологических механизмов лечебного действия и методов построения механического дозированного воздействия аппаратов в процессе коррекции патобиомеханических изменений с учетом сокращения и расслабления глубоких мышц путем численного моделирования сочетанного действия механотерапии.

Результаты. У пациентов с перенесенным инфарктом миокарда использовался опыт экспертов в кардиологии и практике терренкура, скандинавской ходьбы и механотерапии. Данные методы, составляющие модуль разной реабилитации, были оптимизированы. Большинство экспертов (оценщиков) согласились с тем, что продолжительность 1-часовой тренировки в течение 1 месяца под наблюдением достаточна для последующей практики дома за исключением механотерапии.

Заключение. Результаты исследований требуют дальнейшего проведения научного поиска по данной проблеме с целью разработки и валидации алгоритмов персонализации применения медицинской реабилитации у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда на амбулаторном этапе. Это является теоретической предпосылкой к разработке подробного подхода к лечению пациентов перенесших инфаркт миокарда. В будущем наше исследование выявит лучшую эффективность одного из модуля реабилитации, который можно будет рекомендовать в терапевтический вариант реабилитации пациентов с сердечной недостаточностью после инфаркта миокарда, который можно будет применять в стационарных условиях.

ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО КЛАССУ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЭНЕРГЕТИКОВ

**Гребенева О.В., Рыбалкина Д.Х., Шадетова А.Ж., Дробченко Е.А.,
Алешина Н.Ю.**

Медицинский университет Караганды, Казахстан

Цель. Оценить риск заболеваемости с временной утратой трудоспособности по классу болезней системы кровообращения у работников энергетического предприятия с учетом воздействующих факторов производственной среды.

Материалы и методы. Гигиенические параметры производственной среды (шум, электромагнитное поле промышленной частоты (ЭМП ПЧ), микроклимат, освещенность, загазованность и запыленность) регистрировали на рабочих местах электромонтеров подстанций энергетического предприятия Карагандинской области, а состояние их здоровья оценивали по данным заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по IX классу МКБ-10 - болезни системы кровообращения (число случаев и дней на 100 работающих, продолжительность 1 случая заболевания) за 2010-2014 гг.. Статистическими методами (корреляционно-регрессионный, логистический анализ) были оценены зависимости уровня ЗВУТ от факторов труда, величина профессионального риска была рассчитана для электромонтеров при сравнении их уровней ЗВУТ в исследуемом классе с аналогичными данными в группе контроля (вспомогательные рабочие).

Результаты. Комплексная оценка условий труда по данным собственных замеров и материалов аттестации рабочих мест на подстанциях различной мощности (200 кВ и 500 кВ) выявила ведущие факторы производственной среды и трудового

процесса: высокие уровни напряженности электрического поля промышленной частоты 3 класса 2-3 степени, тяжесть и напряженность труда 3 класса 1 степени, которые могут оказывать вредное воздействие на организм электромонтеров. Средний стаж работы персонала составил 12,5 лет, средний возраст - 42,8 года, что соответствует началу возрастных изменений в сердечно-сосудистой системе. Хотя в структуре ЗВУТ болезни системы кровообращения (БСК) по числу случаев составляли 12%, анализ данных периодических медосмотров выявил, что наиболее частыми заболеваниями у персонала являлись гипертензия и нарушения ритма. С увеличением сменной дозы электрического поля (ЭП) возрастала продолжительность 1 случая заболевания сердечно-сосудистой системы, коэффициент корреляции был средней степени: $r=0,544$ ($p=0,029$). Продолжительность 1 случая ЗВУТ зависела от интенсивности магнитного поля, концентрации оксида азота и возраста работающих ($R^2 = 0,816$; $p=0,0000$). По данным логистического анализа вероятность шанса заболеть болезнями IX класса у электромонтеров возрастала в 1,37 раза при выполнении тяжелого труда и наличии на рабочем месте ЭП, в 1,39 раза при выполнении напряженного труда и наличии магнитного поля, в 1,36 раза при сочетанном воздействии сменной дозы шума и пыли, влажности и недостаточной освещенности. Риск возникновения БСК у электромонтеров соответствовал малой степени обусловленности ($RR=1,19$), профессионально обусловленные потери профессионального здоровья не превышали 40%. «Безопасным стажем», без роста хронических заболеваний, для электромонтеров явился стаж работы до 15 лет.

Заключение. Электромонтеры, работающие под воздействием вредных факторов производственной среды, имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ОТВЕТОМ НА СТАТИНОТЕРАПИЮ

Грибовская И.А., Маль Г.С.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск,
Россия**

Цель. Исследовать выраженность лекарственного ответа розувастатина при коррекции липидных нарушений у больных ишемической болезнью сердца стабильной стенокардией напряжения I-II функционального класса с изолированной или сочетанной гиперхолестеринемией при сопутствующей острой респираторной вирусной инфекции.

Материалы и методы. В исследование было включено 220 больных ишемической болезнью сердца (ИБС). На всех этапах наблюдения (12 недель) у больных определяли показатели липидного обмена (холестерин (ХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)). Вклад воспалительных факторов в развитие атеросклероза оценивался по уровню про-и противовоспалительных интерлейкинов (IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10) методом иммуноферментного анализа на анализаторе «Текан» наборами фирмы «Вектор Бест» (Россия). Генетическое

тестирование изучаемых генов IL-1 β -511C>T (rs16944), IL-6 -174G>C (rs1800795), IL-4 -589C>T (rs2243250) и IL-10 -1082G>A (rs1800896) проведено в НИИ генетической и молекулярной эпидемиологии КГМУ. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Больные получали розувастатин 10 мг/сут. согласно рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена 2012 г. При присоединении острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у пациентов снизилась возможность достижения целевого уровня ХС ЛНП при прежнем дозовом режиме, что требовало титрации дозы розувастатина до 20 мг/сут.

Активация процессов воспаления с последующим влиянием на изменения в липидном профиле подтверждалась ростом уровня провоспалительных IL-1 и IL-6 и снижением противовоспалительных IL-4 и IL-10 интерлейкинов на начальных визитах с инверсией показателей к концу наблюдения (12 неделя).

Изучение корреляционных связей между генами про- и противовоспалительных цитокинов и липидным профилем больных ИБС с ОРВИ показало наличие прямой слабой корреляционной связи между IL-1 и ХС ЛНП и ХС (при повышении IL-1 повышались указанные показатели липидного обмена). ХС ЛВП характеризовался наличием обратной связи. Между IL-6 и ТГ и ХС ЛНП имелась тесная прямая связь.

Заключение. К 12-й неделе наблюдения целевого уровня ХС ЛНП не достигли 33% исследуемых больных-носителей генотипа -589CC (IL-4). Следовательно, для достижения целевого ХС ЛНП необходимо назначение дозы выше 20 мг/сут.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, КУРЕНИЯ И ПРИЕМА СТАТИНОВ НА КОНЦЕНТРАЦИЮ МЕТАБОЛИТОВ МЕТОТРЕКСАТА В МОНОНУКЛЕАРАХ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Гриднева Г.И., Муравьев Ю.В., Аронова Е.С., Кудрявцева А.В.,
Сыгырта В.С., Баймеева Н.В.**

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия; ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья, Москва, Россия

Цель. Изучить влияние сопутствующих состояний и курения на концентрацию метаболитов метотрексата (МТ) в мононуклеарах (МО) больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Включено 33 больных (26 женщин, 7 мужчин) в возрасте $53,2 \pm 11,7$ лет с диагнозом РА, установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010. Все больные имели нормальную выделительную функцию почек. 13 (39%) больных имели коморбидность в виде артериальной гипертензии (АГ), 2 (6%) – сахарный диабет 2 типа, 3 (9%) хронический аутоиммунный тиреоидит, 5 (15%) имели другие сопутствующие состояния и заболевания. Статины принимали 6 (18%) пациентов. Больные были прослежены через 4, 12, 24 и 36 недель от начала терапии. Концентрации метотрексата (МТ), полиглутаматов метотрексата (2-4) (МТПГ 2-4), 7-гидроксиметотрексата (7-ОН) определялись методом высокоэффективной жидкостной масс-спектрометрии.

Результаты. Попарное сравнение концентраций МТ, а также полиглутаматов 2-4 и 7-ОН МТ, не выявило статистически значимых различий на неделях 4, 12, 24 и 36.

Концентрация исследуемых веществ не коррелировала с величиной индекса массы тела, приемом глюкокортикоидов, кумулятивной дозой МТ, частотой развития нежелательных реакций.

На 4 неделе терапии уровень МТПГ4 в МО обратно коррелировал с длительностью заболевания (коэффициент корреляции – 0,58, $p < 0,05$). На 4 и 12 неделе терапии значения концентраций МТПГ в клетках больных с АГ и без АГ не различались.

На 4 неделе терапии среди курильщиков суммарное количество МТПГ 2-4 в мононуклеарах свободного МТ, 7-ОН-МТ, МТПГ2 были статистически значимо ниже, чем у некурящих ($p = 0,027$; $0,015$; $0,006$ и $0,001$ соответственно). После 12 недель терапии концентрация свободного МТ, МТПГ2, 7-ОН МТ в МО была также ниже у курильщиков (МТ 11,2 [2,6;21,9], 7-ОН-МТ 2,1[0,5;10,4], МТПГ2 0,5[0,1;1,3]), чем у некурящих (МТ 46,5[25,3;97,5], 7-ОН-МТ 28,2[7,1;64,7], МТПГ2 8,2[4,1;32,9]), $p = 0,02$, $0,01$ и $0,003$ соответственно.

На 24 неделе терапии выявлена отрицательная корреляция между возрастом и уровнем МТПГ4 (коэффициент корреляции – 0,51, $p < 0,05$). На 4 и 12 неделе терапии значения концентраций МТПГ в клетках больных с АГ и без АГ не различались. Статины принимали 6 (18%) пациентов. На 12 неделе терапии концентрация МТПГ4 в МО была статистически значимо выше в группе больных, получавших статины (10,5 [7,1;17,1] против 3,5 [1,1;7,8] нмоль/л, $p = 0,04$).

Заключение. При РА недостаточный ответ на терапию МТ у курильщиков может быть связан с низкой концентрацией метаболитов метотрексата в МО. Уровень МТПГ-4 в МО медленнее нарастает у пациентов с большей длительностью заболевания. Прием статинов влияет на концентрацию МТПГ в МО.

ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАМОСТИ ПО КЛАССУ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЭНЕРГЕТИКОВ

**Гребенева О.В., Рыбалкина Д.Х., Шадетова А.Ж., Дробченко Е.А.,
Алешина Н.Ю.**

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить риск заболеваемости с временной утратой трудоспособности по классу болезней системы кровообращения у работников энергетического предприятия с учетом воздействующих факторов производственной среды.

Материалы и методы. Гигиенические параметры производственной среды (шум, электромагнитное поле промышленной частоты (ЭМП ПЧ), микроклимат, освещенность, загазованность и запыленность) регистрировали на рабочих местах электромонтеров подстанций энергетического предприятия Карагандинской области, а состояние их здоровья оценивали по данным заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) по IX классу МКБ-10 - болезни системы кровообращения (число случаев и дней на 100 работающих, продолжительность 1 случая заболевания) за 2010-2014 гг.. Статистическими методами (корреляционно-регрессионный, логистический анализ) были оценены зависимости уровня ЗВУТ от факторов труда, величина профессионального риска

была рассчитана для электромонтеров при сравнении их уровней ЗВУТ в исследуемом классе с аналогичными данными в группе контроля (вспомогательные рабочие).

Результаты. Комплексная оценка условий труда по данным собственных замеров и материалов аттестации рабочих мест на подстанциях различной мощности (200 кВ и 500 кВ) выявила ведущие факторы производственной среды и трудового процесса: высокие уровни напряженности электрического поля промышленной частоты 3 класса 2-3 степени, тяжесть и напряженность труда 3 класса 1 степени, которые могут оказывать вредное воздействие на организм электромонтеров. Средний стаж работы персонала составил 12,5 лет, средний возраст - 42,8 года, что соответствует началу возрастных изменений в сердечно-сосудистой системе. Хотя в структуре ЗВУТ болезни системы кровообращения (БСК) по числу случаев составляли 12%, анализ данных периодических медосмотров выявил, что наиболее частыми заболеваниями у персонала являлись гипертензия и нарушения ритма. С увеличением сменной дозы электрического поля (ЭП) возрастала продолжительность 1 случая заболевания сердечно-сосудистой системы, коэффициент корреляции был средней степени: $r=0,544$ ($p=0,029$). Продолжительность 1 случая ЗВУТ зависела от интенсивности магнитного поля, концентрации оксида азота и возраста работающих ($R^2 = 0,816$; $p=0,0000$). По данным логистического анализа вероятность шанса заболеть болезнями IX класса у электромонтеров возрастала в 1,37 раза при выполнении тяжелого труда и наличии на рабочем месте ЭП, в 1,39 раза при выполнении напряженного труда и наличии магнитного поля, в 1,36 раза при сочетанном воздействии сменной дозы шума и пыли, влажности и недостаточной освещенности. Риск возникновения БСК у электромонтеров соответствовал малой степени обусловленности ($RR=1,19$), профессионально обусловленные потери профессионального здоровья не превышали 40%. «Безопасным стажем», без роста хронических заболеваний, для электромонтеров явился стаж работы до 15 лет.

Заключение. Электромонтеры, работающие под воздействием вредных факторов производственной среды, имеют повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Горшенина Е.И., Куркина Н.В., Скоробогатова Л.Н., Ивлиева Е.Н.

Мордовский государственный национальный исследовательский университет имени Н.П. Огарёва, Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Исследование распространенности и выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью как основного критерия ремоделирования при данном заболевании, верификация модели ремоделирования данной категории больных.

Методы исследования. Включены 50 пациентов с длительностью анамнеза гипертонической болезни $14 \pm 2,4$ года. Критерии исключения - любые заболевания, сопровождающиеся гипертрофией миокарда левого желудочка: пороки сердца, выраженное ожирение, гипертрофическая кардиомиопатия; инфаркт миокарда в анамнезе, болезни накопления. Всем проведена

эхокардиография. Оценивалась абсолютная толщина стенки левого желудочка (ЛЖ) на уровне базального отдела межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (за норму принято значение до 11мм.), а так же выраженность утолщения миокарда. Данные измерения являются стандартными при эхокардиографическом исследовании.

Для описания гипертрофии и ремоделирования левого желудочка также была рассчитана относительная толщина стенки левого желудочка. Российскими авторами чаще используется специальная формула, учитывающая толщину задней стенки левого желудочка в диастолу, а так же толщину межжелудочковой перегородки в диастолу. В настоящее время выделяют четыре типа ремоделирования ЛЖ, характерных для больных с гипертонической болезнью: а) нормальная геометрия ЛЖ; б) концентрическая гипертрофия (увеличение массы миокарда и относительной толщины стенки ЛЖ); в) эксцентрическая гипертрофия (увеличение массы при нормальной относительной толщине); г) концентрическое ремоделирование (нормальная масса и увеличенная относительная толщина стенки)

Результаты. Средняя толщина межжелудочковой перегородки составила 1,04 см, толщина задней стенки составила 1,01 см. Несмотря на оптимальный диапазон средних значений вышеназванных показателей, анализ абсолютных величин позволил судить о распространенности гипертрофии левого желудочка у имеющих гипертензию пациентов. Показатель распространенности составил 12%. Средняя толщина стенки левого желудочка составила 1,2см., что позволяет верифицировать незначительную гипертрофию миокарда левого желудочка. ОТС ЛЖ составила 0,42 см, что идентифицировано как концентрическое ремоделирование.

Заключение. Распространенность гипертрофии миокарда у пациентов с гипертонической болезнью в целом невелика и составляет 12% . Степень выраженности гипертрофии в нашем наблюдении - незначительная. Ранним маркером геометрической перестройки левого желудочка является развитие концентрического ремоделирования. Расчет данного показателя позволяет доказать наличие процессов ремоделирования миокарда у данной категории больных при сохранении нормальной толщины стенок.

ВАЗОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕДИАБЕТОМ

Гутова С.Р., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

**ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, кафедра госпитальной терапии, Краснодар, Россия**

Цель исследования. Сравнить динамику показателей жесткости артериальной стенки и центрального аортального давления (ЦАД) при использовании двух вариантов комбинированной фармакотерапии у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с предиабетом.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов (52 женщины и 28 мужчин) с АГ в сочетании с предиабетом, медиана возраста - 57 (52-66) лет. Больные были рандомизированы на две группы: в 1 группе (n=40) пациенты получали

периндоприл 5-10 мг/сут, моксонидин 0,2-0,6 мг/сут и индапамид SR 1,5 мг/сут; во 2 группе (n=40) - периндоприл 5-10 мг/сут, моксонидин 0,2-0,6 мг/сут и метформин 1000 мг/сут. Всем включенным в исследование исходно и через 24 недели лечения проводилось суточное мониторирование артериального давления с использованием аппаратного комплекса BPLab Vasotens ООО «Петр Телегин» (Россия), позволяющего определять параметры ригидности сосудистой стенки и ЦАД. Оценивались среднесуточные показатели, характеризующие жесткость артериальной стенки и ЦАД: скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWV_{ao}), время распространения отраженной волны (RWTT), индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (AIx), систолическое аортальное давление ($САД_{ao24}$), диастолическое аортальное давления ($ДАД_{ao24}$), среднее давление в аорте ($АД_{ao24\text{cp}}$), пульсовое аортальное давление ($ПАД_{ao24}$), индекс аугментации в аорте (AIx_{ao24}).

Результаты. На фоне 24 недель терапии в обеих группах наблюдалось статистически значимое снижение PWV_{ao} на 1,0% и 6,0%, ASI на 6,6% и 17,7%, AIx на 12,5% и 32,5%, и повышение RWTT на 3,2% и 7,0% соответственно, что свидетельствовало об уменьшении жесткости сосудистой стенки. Кроме того, регистрировалось снижение $САД_{ao24}$ на 13,7% и 17,9%, $ДАД_{ao24}$ на 6,3% и 10,6%, $АД_{ao24\text{cp}}$ на 10,2% и 14%, $ПАД_{ao24}$ на 5,3% и 11,7%, и AIx_{ao24} на 15,8% и 41,1% в обеих группах соответственно, что способствовало уменьшению нагрузки на левый желудочек. Однако при проведении межгруппового анализа оказалось, что в группе пациентов, принимавших периндоприл в сочетании с моксонидином и метформинном имело место статистически более значимое улучшение практически всех изучаемых показателей по сравнению с группой больных, получавших периндоприл в комбинации с индапамидом SR и моксонидином.

Заключение. Таким образом, назначение ингибитора ангиотензин-превращающего фермента и агониста имидазолиновых рецепторов, в сочетании с тиазидоподобным диуретиком либо с бигуанидом сопровождалось значимым улучшением изучаемых показателей жесткости сосудистой стенки и ЦАД, что свидетельствовало об улучшении демпфирующей функции магистральных артерий. В то же время в группе пациентов, принимавших периндоприл, моксонидин и метформин отмечались более выраженные позитивные изменения оцениваемых параметров.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дедов Д. В.^{1,2}, Ковальчук А. Н.¹, Эльгардт И. А.², Леонтьев В. А.²,
Мазаев В. П.³

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический
диспансер», Тверь, Россия

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и
профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь показателей структурного и электрического ремоделирования левых отделов сердца у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования. Всего в работу было включено 65 больных (средний возраст $59,6 \pm 6,1$ лет) с ПИКС и АГ II стадии, II степени, высокого риска. Исследование было одобрено Этическим комитетом и проведено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера. Выполнили: изучение жалоб и анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления, стандартную электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ, велоэргометрию. По данным ЭКГ на фоне синусового ритма были измерены: максимальная, минимальная длительность, дисперсия зубца Р, а также интервалов PQ(R) и QT (P_{макс.}, P_{мин.}, P_{дисп.}; PQ(R)_{макс.}, PQ(R)_{мин.}, PQ(R)_{дисп.} и QT_{макс.}, QT_{мин.}, QT_{дисп.} соответственно) в миллисекундах (мс). При ЭхоКГ оценили конечно-диастолический и конечно-систолический размеры и объемы левого желудочка (ЛЖ), толщину задней стенки ЛЖ, толщину межжелудочковой перегородки, относительную толщину стенок (ОТС), передне-задний размер и объем левого предсердия (ЛП), нарушение региональной сократимости ЛЖ, массу миокарда (ММ) ЛЖ, индекс (и)ММЛЖ. На основании расчета ОТС, ММЛЖ и иММЛЖ из 65 больных было сформировано 3 группы пациентов с различными вариантами ремоделирования ЛЖ: 1-я – 10 (15,4%) пациентов с нормальной геометрией (НГ) ЛЖ; 2-я – 30 (46,1%) обследованных, имеющих концентрическую гипертрофию (КГ) ЛЖ; 3-я – 25 (38,5%) больных с эксцентрической гипертрофией (ЭГ) ЛЖ. Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Выполнен расчет средних значений, стандартного отклонения, $\pm 95\%$ доверительных интервалов, медианы. Изучение взаимосвязи непрерывных переменных в 3-х независимых группах провели с применением Н-критерия Краскела-Уоллиса.

Полученные результаты. У пациентов 2-й и 3-й групп показатель PQ(R)_{дисп.} был ниже чем в 1-й группе на 15,1% и 14,7% ($p = 0,013 - 0,021$). Во 2-й группе передне-задний размер ЛП и QT_{дисп.} оказались больше, чем в 1-й группе на 14,2% и 12,6% ($p = 0,009 - 0,024$) соответственно. Была найдена взаимосвязь диаметра ЛП, PQ(R)_{дисп.} и QT_{дисп.} с КГЛЖ (Н-критерий Краскела-Уоллиса = 7,4 – 14,0; $p = 0,001 - 0,024$).

Заключение. Таким образом, у больных с ПИКС и с АГ II стадии, II степени выявление КГЛЖ было связано, с увеличением размера ЛП, показателя QTдисп. и снижением значений PQ(R)дисп.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А.П.^{1,2}, Эльгардт И.А.², Масюков С.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь частоты сердечных сокращений (ЧСС) с возникновением пароксизма фибрилляции предсердий (ПФП) у больных со стенокардией напряжения (СН) и с артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования. Всего на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь) было обследовано 140 больных (средний возраст $58,9 \pm 5,9$ лет) с ранее верифицированными СН I – II функционального класса (ФК) и АГ I – II степени. Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них сахарного диабета, ожирения II – III степени, заболеваний щитовидной железы, предсердно-желудочковой блокады, синдрома слабости синусового узла, постоянной формы ФП, острого коронарного синдрома, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, хронической сердечной недостаточности, острого состояния. Выполнено: опрос жалоб, сбор анамнеза, измерение артериального давления, антропометрия, стандартная электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ. Из всех пациентов методом подбора пар было сформировано 2 группы сравнения: 1-я – 30 пациентов со СН I – II ФК и с АГ I – II степени без ПФП; 2-я – 30 больных со СН I – II ФК и с АГ I – II степени, предъявлявшие жалобы на «приступы сердцебиения и перебоев в работе сердца» и с зарегистрированными ПФП. Группы не имели различий по полу, возрасту, ФК СН и степени АГ. Были изучены средние, максимальные (макс.) и минимальные показатели суточной ЧСС, полученные при ХМ ЭКГ. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Рассчитаны: среднее, стандартное отклонение, $\pm 95\%$ доверительные интервалы, медиана, минимум, максимум, квартили. Выполнено: сравнение непрерывных переменных 1-й и 2-й групп с помощью U-критерия Манна–Уитни. Анализ взаимосвязи дискретных величин произведен с помощью четырехпольных таблиц сопряженности и Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что ЧСС_{макс.} у больных 2-й группы возрастала в отличие от 1-й (на 11,4%; $U = 155,0$; оба $p = 0,015$), а доля пациентов

со значением указанного параметра более 110 в минуту во 2-й группе была выше, чем в 1-й в 2,2 раза (50,7% и 22,8% соответственно; Хи-квадрат = 5,3; $p = 0,021$).

Заключение. Во-первых, у больных со СН I – II ФК, с АГ I – II степени и ПФП возрастание ЧССмакс. свыше 110 в минуту регистрировалось чаще, чем у пациентов со СН I – II ФК и с АГ I – II степени без ПФП. Во-вторых, более высокая ЧСС у больных со СН I – II ФК и с АГ I – II степени была связана с возникновением ПФП и повышением риска сердечно-сосудистых осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЕРСИИ ЗУБЦА Р ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И ОЦЕНКА РИСКА ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А.П.,^{1,2} Эльгардт И.А.², Масюков С.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Изучить значение дисперсии зубца Р электрокардиограммы (ЭКГ) в оценке риска пароксизма фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования. В исследование включили 105 пациентов (средний возраст $61,9 \pm 6,2$ лет) с ранее верифицированными ИБС и АГ II степени. ИБС проявлялась приступами стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК). Больные были обследованы и проходили лечение на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). Дизайн работы представлял собой исследование «случай-контроль». Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, пороков сердца, заболеваний щитовидной железы, острого состояния. Выполнено: клиничко-anamnestическое обследование, антропометрия, стандартная ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ. Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). При опросе у 54 больных выявили жалобы на «давящие» боли за грудиной, слабость и одышку при физической нагрузке, головокружение, приступы «сердцебиения и перебоев в работе сердца». При ХМ ЭКГ у 30 из них были зарегистрированы ПФП. Из этих пациентов сформировали основную группу. В группу сравнения вошли 30 мужчин и женщин с ИБС и АГ без ПФП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, классу СН и наличию АГ. У пациентов указанных групп по данным ЭКГ при регистрации синусового ритма были измерены максимальная и минимальная длительность зубца Р (R_{\max} и R_{\min} соответственно) в миллисекундах (мс), а затем рассчитана дисперсия Р по формуле: $R_{\text{дисп.}} = R_{\max} - R_{\min}$ в мс. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Рассчитаны: среднее значение и стандартное отклонение. Сравнение непрерывных переменных указанных групп выполнили с помощью U-критерия Манна-Уитни. Оценку риска возникновения ПФП произвели с помощью

таблиц сопряженности, расчета отношения шансов (ОШ), представляемых с доверительными интервалами (ДИ). Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что у мужчин и женщин основной группы значения Рдисп. выше, чем в группе сравнения (на 42,9%; $U = 85,0$; $p = 0,003$ и на 43,4%; $U = 220,0$; $p = 0,018$ соответственно), а ОШ возникновения ПФП для показателя Рдисп. более 32мс составило 1,9 ($\pm 95\%$ ДИ: 1,3 – 2,5).

Заключение. Таким образом, выявление у больных ИБС и АГ значений дисперсии зубца Р выше 32мс было связано с увеличением риска возникновения ПФП и, вероятно, ассоциировалось с процессами электрофизиологического ремоделирования миокарда предсердий.

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАРОКСИЗМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А.П.,^{1,2} Эльгардт И.А.², Масюков С.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Изучить спектральные показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) после перенесенного пароксизма фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования. В исследование включили 88 пациентов (средний возраст $65,2 \pm 6,7$ лет), прошедших обследование и лечение на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). У больных были диагностированы ИБС с приступами стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК) и АГ I – II степени. Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, пороков сердца, заболеваний щитовидной железы, острого состояния. Выполнено: изучение жалоб и анамнеза, антропометрия, стандартная электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, спектральный анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР). Из опроса выявили, что ухудшение состояния у 46 из всех обследованных мужчин и женщин сопровождалось «сердцебиением и перебоями в работе сердца». При ХМ ЭКГ у 30 из них были зарегистрированы ПФП. Из этих пациентов сформировали основную группу. В группу сравнения вошли 30 мужчин и женщин с ИБС и АГ без ПФП. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, ФК СН, степени АГ и различались только по признаку наличия/отсутствия ПФП. Спектральный анализ ВСР осуществлялся с расчетом общей мощности спектра (Total power – TP, в ms^2), относительного вклада в TP очень низких частот (Very Low Frequency – VLF, в ms^2), низких частот (Low

Frequency – LF, в mc^2), высоких частот (High Frequency – HF, в mc^2). Изучен индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF). Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Рассчитаны: среднее значение и стандартное отклонение. Сравнение непрерывных переменных указанных групп выполнили с помощью U-критерия Манна-Уитни. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что у больных в основной группе средние значения TF, VLF, LF и LF/HF оказались меньше, чем у пациентов в группе сравнения (на 23,9%; 27,9%; 30,7% и 31,6%; $U = 332,0 - 423,0$; все $p = 0,001 - 0,017$).

Заключение. Таким образом, снижение TF и волн VLF, LF у пациентов основной группы в отличие от группы сравнения свидетельствовало об угнетении у первых активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), а снижение у них индекса LF/HF, напротив, отражало преобладание парасимпатического влияния на ритм сердца. Можно полагать, такое состояние ВНС могло предрасполагать к возникновению ПФП у больных ИБС и АГ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО И СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАРОКСИЗМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дедов Д.В.^{1,2}, Масюков С.А.¹, Иванов А.П.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь показателей временного и спектрального анализа variability сердечного ритма (BCP) у пациентов, перенесших пароксизм фибрилляции предсердий (ПФП).

Методы исследования. Всего на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь) было обследовано 112 пациентов (средний возраст $69,2 \pm 7,3$ лет) с жалобами на приступы «сердцебиения и перебоев в работе сердца», слабости, «чувства нехватки воздуха и давления за грудиной». Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). У 52 больных были диагностированы ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертония (АГ) II степени. ИБС проявлялась у них приступами стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК)). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, пороков сердца, заболеваний щитовидной железы, острого состояния. Выполнено: стандартная электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, временной и спектральный анализ variability сердечного ритма (BCP). У 38 пациентов со СН и АГ при ХМ ЭКГ были зарегистрированы ПФП. У указанных мужчин и женщин были изучены временные показатели BCP: VAR, AVNN, SDNN, RMSSD, SDNNIDX, SDANN в миллисекундах (мс) и PNN50 в процентах. Спектральный анализ BCP

осуществлялся с расчетом общей мощности спектра (Total power – TP, в mc^2), очень низких частот (Very Low Frequency – VLF, в mc^2), низких частот (Low Frequency – LF, в mc^2). Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Рассчитана взаимосвязь непрерывных временных и спектральных показателей ВСП в группе больных с СН, АГ и ПФП. Изучение выполнено при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена – r_s . Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Найдено, что у больных СН, АГ и ПФП имелась положительная связь между параметрами: VAR и TF ($r_s = 0,71$; $p=0,031$), VAR и VLF ($r_s = 0,77$; $p=0,012$), VAR и LF ($r_s = 0,63$; $p=0,012$), SDNN и TF ($r_s = 0,72$; $p=0,021$), SDNN и VLF ($r_s = 0,74$; $p=0,043$), SDNN и LF ($r_s = 0,53$; $p=0,039$), PNN50 и TF ($r_s = 0,79$; $p=0,007$), PNN50 и VLF ($r_s = 0,71$; $p=0,048$), PNN50 и LF ($r_s = 0,69$; $p=0,029$), RMSSD и TF ($r_s = 0,53$; $p=0,045$), SDNNIDX и TF ($r_s = 0,97$; $p=0,029$), SDNNIDX и VLF ($r_s = 0,96$; $p=0,037$), SDNNIDX и LF ($r_s = 0,83$; $p=0,041$), SDANN и TF ($r_s = 0,62$; $p=0,045$), SDANN и VLF ($r_s = 0,64$; $p=0,033$), SDANN и LF ($r_s = 0,47$; $p=0,048$).

Заключение. Таким образом, изменение показателей ВСП могло ассоциироваться с возникновением ПФП, ухудшением клинического течения ИБС и утяжелением прогноза указанных пациентов.

ВРЕМЕННЫЕ И ДИСПЕРСИОННЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ(R) ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ – АССОЦИИИ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дедов Д.В.^{1,2}, Масюков С.А.¹, Иванов А.П.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический
диспансер», Тверь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь временных и дисперсионных значений интервала PQ(R) электрокардиограммы (ЭКГ) у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ПФП).

Методы исследования. Всего в обследование было включено 98 больных (средний возраст $61,2 \pm 6,4$ года) ишемической болезнью сердца (ИБС), проявляющейся приступами стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК), и артериальной гипертензией (АГ) I – II степени. Исследование было одобрено Этическим комитетом, выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета и проведено на базе Областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, пороков сердца, заболеваний щитовидной железы, острого состояния. Выполнено: изучение жалоб и анамнеза, ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиография, велоэргометрия. ЭКГ записывалась в 12 стандартных отведениях на аппарате «FUKUDA DENSHI CO., LTD.» (Токио, Япония) на фоне синусового ритма с компьютерным анализом общепринятых параметров зубцов и интервалов. При

анализе интервала PQ(R) отмечали его максимальную (макс.) и минимальную (мин.) длительность в миллисекундах (мс) – PQ(R)макс. и PQ(R)мин. в мс соответственно. Затем, рассчитывали дисперсию (дисп.) PQ(R) по формуле: PQ(R)дисп. = PQ(R)макс. – PQ(R)мин. в мс. ХМ ЭКГ было проведено на системе "Кардиотехника" ООО «ГД «ИНКАРТ»» (Санкт-Петербург). У 42 больных при опросе выявили жалобы на приступы «сердцебиения и перебоев в работе сердца», а при ХМ ЭКГ у них были зарегистрированы ПФП. Указанные пациенты были включены в основную группу. Группу сравнения составили пациенты с ИБС и АГ без ПФП. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, ФК СН, степени АГ. Анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Рассчитаны описательные статистики: среднее, стандартное отклонение, $\pm 95\%$ доверительные интервалы, максимум, минимум, медиана. Сравнение непрерывных переменных проведено с помощью критерия U-Манна-Уитни. Изучение дискретных параметров и их связи выполнили с применением таблиц сопряженности и Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что значение PQ(R)дисп. у больных основной группы было ниже, чем в группе сравнения (на 13,1%; $U = 13,5$; $p = 0,001$). Кроме того, доля пациентов с PQ(R)дисп. менее 30,0мс в основной группе оказалась выше, чем в группе сравнения в 1,2 раза (Хи-квадрат = 9,5; $p = 0,026$).

Заключение. Таким образом, у больных СН I – II ФК и АГ I – II степени, имеющих ПФП, уменьшение значений PQ(R)дисп. ниже 30,0мс ассоциировалось с возникновением приступов указанной аритмии.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА: ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Денисова А.Г., Позднякова Н.В.

**ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, Пенза, Россия**

Цель исследования - изучить параметры вазомоторной функции эндотелия артерий и показатели гомоцистеина у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2)

Материал и методы: 94 больных, возраст $58,7 \pm 4,5$ лет; I группа - 48 больных ИБС при сохраненной фракции выброса левого желудочка и СД2, II группа – 46 больных ИБС без признаков нарушения углеводного обмена и при сохраненной фракции выброса левого желудочка. Комплекс обследования: клинико-лабораторные исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ). Концентрация гомоцистеина (ГЦ) измеряли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов «Axis-Shield AS». Вазомоторную функцию эндотелия оценивали при дуплексном сканировании плечевой артерии с определением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Результаты: эпизоды депрессии ST сегмента зарегистрированы у 45 больных I группы (ИБС+СД). У 23 из 45 больных отмечено сочетание болевых эпизодов ишемии миокарда (БЭИМ) и периодов безболевой ишемии миокарда (БИМ), у 18 больных только эпизоды БИМ, в 4 наблюдениях - только эпизоды БЭИМ. Во II группе эпизоды БИМ и БЭИМ регистрировались у 18 пациентов, в 4 случаях –

только эпизоды БИМ, у 3 - только эпизоды БЭИМ. В I группе исходный диаметр плечевой артерии составил $4,2 \pm 0,18$ мм, после теста с реактивной гиперемией у 40 (83,3%) пациентов прирост диаметра плечевой артерии не превысил 6%, что значительно ниже в сравнении с аналогичным показателем II группы: исходное значение – $4,36 \pm 0,18$ мм, после теста с реактивной гиперемией – $5,2 \pm 0,12$ мм, $p < 0,05$. Умеренная ГГЦ определялась у 79,2% больных I группы и составила $22,43 \pm 3,21$ мкмоль/л, у остальных больных в этой группе уровень гомоцистеина соответствовал нормативным значениям $12,23 \pm 1,34$ мкмоль/л. В группе больных ИБС без нарушения углеводного обмена у 61% больных нормогомоцистеинемия с уровнем гомоцистеина $9,04 \pm 1,13$ мкмоль/л, у 39% больных отмечена ГГЦ с уровнем гомоцистеина $15,73 \pm 4,13$ мкмоль/л. Установлена корреляционная связь содержания гомоцистеина и ЭЗВД ($R=0,51$, $p < 0,03$), гомоцистеина и ЛПНП ($R=0,53$, $p < 0,03$). По данным ЭхоКГ соотношение E'/A' преобладало в II группе при более низком значении E/E' в сравнении с аналогичными показателями в I группе ($p < 0,05$), соответственно: $0,75 \pm 1,1$ и $0,56 \pm 0,83$; $11,3 \pm 0,17$ и $13,8 \pm 0,14$.

Заключение: на фоне гипергликемии и гипергомоцистеинемии у больных СД 2-го типа нарушения функционального состояния эндотелия приводит к срыву регуляторных механизмов, способствуют формированию и прогрессированию сердечно-сосудистых осложнений: ишемии миокарда и диастолической дисфункции левого желудочка. В качестве потенциального биомаркера риска развития и прогрессирования ангиопатий, прогнозирования ближайших и отдаленных исходов (в частности, ишемической дисфункции миокарда, хронической сердечной недостаточности) у больных ИБС при СД следует рассматривать гипергомоцистеинемию.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА, ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА

Дербенева С.А.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Российская Федерация

Целью настоящего исследования явилась оценка параметров метаболического статуса у пациентов с тяжелой ХСН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию сердца.

Материалы и методы. В отделении сердечно-сосудистой патологии клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» было обследовано 50 больных с тяжелой ХСН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию сердца (ОТТС). Проводилась оценка показателей энергетического обмена (величины основного обмена, скоростей окисления макронутриентов) методом непрямой респираторной и нагрузочной калориметрии с определением суточной экскреции азота и оценка фактического питания пациентов в домашних условиях методом частотного анализа.

Полученные **результаты** позволили заключить, что у пациентов перед ОТТС энергетическая ценность домашнего рациона питания достоверно больше, чем в среднем в популяции, в среднем на 21,0% ($p < 0,05$). Анализ баланса потребления и окисления жиров показал, что, не смотря на относительное увеличение потребления жиров с пищей по сравнению с нормой (на 41,2%), у больных

отмечается еще большее увеличение скорости окисления жира для обеспечения основного обмена, поэтому баланс потребления и окисления жиров у исследуемых больных приобретает отрицательные значения (-68,2%). Анализ баланса углеводного обмена выявил наиболее грубую диспропорцию: потребление углеводов - на 31,3% выше референсных значений, а скорость окисления углеводов - на 25,0% ниже. Анализ потребления и окисления белка не выявил значимых нарушений, что отражает сбалансированность питания больных по данному показателю и не требует диетологической коррекции. Пациенты перед ОТТС характеризуются также достоверно более низкими значениями потребления кислорода в покое по сравнению с общепопуляционными расчетными значениями. В частности, уровень фактически измеренного VO_2 покоя выявлен в среднем ниже расчетного значения на 32,5% ($p < 0,00001$).

Заключение. Полученные данные подтверждают гипотезу о наличии выраженного метаболического сдвига у больных с тяжелой ХСН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию сердца и необходимости разработки специализированной диетотерапии направленного действия, как компонента лечебного процесса в плане подготовки к трансплантации сердца.

Исследование проведено в рамках научной темы №0529-2019-0061. Источник финансирования - федеральный бюджет.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ АКШ

Дербенева С.А., Погожева А.В.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Цель исследования: оценка эффективности диетотерапии с включением специализированного пищевого продукта направленного действия у больных ИБС с многососудистым поражением КА и ожирением.

Материалы и методы. Оценка эффективности диетотерапии с включением специализированного пищевого продукта направленного действия у больных ИБС с многососудистым поражением КА и ожирением проводилась по динамике параметров антропометрии, композиционного состава тела, основного обмена, показателей кардиологического статуса, толерантности к физической нагрузке.

Сравнивались две группы больных: основная группа получала НКД, обогащенную разработанным СПП, контрольная группа - только НКД.

Результаты. При анализе динамики показателей антропометрии и композиционного состава тела было выявлено преимущество тактики НКД+СПП в отношении несколько более выраженной редукции массы тела и ИМТ (в ОГ - на 4,6%, в КГ - на 3,0%, $p > 0,05$). Установлена сильная разнонаправленная тенденция в динамике тощей массы тела (ТМ) у пациентов: в КГ - 1%, в ОГ +3,5%, что свидетельствует о прогностически более благоприятном эффекте у пациентов, получающих модифицированную диетотерапию (НКД+СПП).

Анализ результатов исследования энергетического обмена (непрямой респираторной калориметрии) пациентов показал, что обогащение базисного рациона специализированным пищевым продуктом способствовало позитивному воздействию на параметры энергетического обмена, и обмена макронутриентов (белков, жиров и углеводов), особенно рассчитанным в условных единицах -

отношение основного обмена к массе тела (ОО/МТ: +2,5% в ОГ vs -5% в КГ), отношение скорости окисления жиров к массе тела (СОЖ/МТ: -1% в ОГ vs -5% в КГ), отношение скорости окисления углеводов к массе тела (СОУ/МТ: +2% в ОГ vs -9,5% в КГ), отношение скорости окисления белков к массе тела (СОБ/МТ).

Заключение. На основании вышеизложенного, был сделан вывод, что дополнительное применение СПП на фоне стандартной диетотерапии способствовало нивелированию традиционных побочных эффектов диетотерапии пониженной калорийности в виде снижения активности энергетических процессов организма (величины основного обмена) и скоростей окисления макронутриентов (СОЖ и СОБ). Это особенно значимо с учетом того, что метаболический статус в виде снижения энерготрат покоя в сочетании с увеличением катаболического распада белка является особенностью пациентов с многососудистым атеросклеротическим поражением коронарных артерий, которым рекомендовано проведение АКШ.

Исследование проведено в рамках научной темы №0529-2019-0062. Источник финансирования – федеральный бюджет.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ИБС

Дербенева С.А., Погожева А.В.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка фактического питания пациентов с тяжелой формой ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения сердечно-сосудистой патологии клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии». Было обследовано 182 больных ИБС (стенокардией напряжения III –IV ФК) и ожирением II-III степени, обоого пола, 51 – 75 лет (средний возраст 59,6±3,5 лет). Проводилась оценка показателей фактического питания пациентов в домашних условиях методом частотного анализа. Изучалась энергетическая ценность рациона питания, потребление макронутриентов (белков, жиров, углеводов), холестерина, поваренной соли, пищевых волокон, витаминов и минеральных веществ.

Полученные **результаты** выявили следующие общие нарушения фактического питания данной категории больных: превышение среднесуточной калорийности пищи, общего белка, общего жира, насыщенных жирных кислот (НЖК), пищевого холестерина (ПХ), простых углеводов, натрия, на фоне недостатка пищевых волокон, омега-3 ПНЖК, кальция, магния, фосфора, калия, железа и витаминов А, В₁, В₂. В частности среднесуточная калорийность рациона питания больных в домашних условиях составила 2820±291 ккал/сут, что на 45% выше их потребностей в энергии. Превышение общей калорийности рациона было обусловлено повышенным потреблением всех макронутриентов пищи. Так, потребление белка составило 94±13 г/сут, что на 18% выше нормы. Потребление жиров составило 137±16 г/сут, что почти в 2 раза выше максимальной установочной нормы потребления. При этом превышение потребления жиров выявлено за счет увеличенного потребления НЖК - 31±5 г/сут (96,3%) и холестерина - 440,5±44 мг/сут (120,3%), на фоне недостаточного потребления

ПНЖК - $11,5 \pm 3,2$ г/сут. (на 28,1% ниже минимальной потребности) за счет снижения потребления омега-3 ПНЖК (на 25,0% от минимальной потребности) и нормального потребления омега-6 ПНЖК. Среднесуточное потребление углеводов соответствовало норме и составило $303,3 \pm 59,2$ г/сут. На фоне избыточного потребления макронутриентов, выявлен также дефицит потребления многих микронутриентов, в т. ч. витаминов. Например, потребление калия и магния зафиксировано на 40% ниже установленной нормы, фосфора – на 17% ниже установленной нормы; железа – на 37%, витамина В₁ – на 53%, витамина В₂ – на 22,2%, соответственно.

Заключение. Из этого следует, что, данной категории пациентов следует модифицировать привычный рацион питания, прежде всего за счет редукции в нем жирового компонента на фоне обогащения рациона дополнительным количеством белка, витаминов и минеральных веществ.

Исследование проведено в рамках научной темы №0529-2019-0062. Источник финансирования – федеральный бюджет.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Долбин С.С.,¹ Адашева Т.В.,² Задионченко В.С.,² Ли В.В.,² Павлов С.В.²

¹ФГКУ «Центральная поликлиника», Москва, Россия

²ФГБОУ «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования – изучение распространенности ХОБЛ и разработка алгоритмов диагностики ХОБЛ в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Группу наблюдения составила случайная выборка 1000 человек в возрасте от 40 до 75 лет прикрепленного контингента амбулаторного учреждения ведомственного подчинения. Группа обследуемых была лишена профессиональных факторов риска развития ХОБЛ, имела высокий социально-экономический статус и образовательный уровень (94% – высшее образование). После исключения пациентов с бронхолегочной патологией (рак, туберкулез) и больных, отказавшихся от исследования, проведен скрининг, который включал спирометрическое исследование на оборудовании Spirolab III (MIR (МИР), Италия). Для оценки обратимости обструкции всем обследуемым проводился бронходилатационный тест с КДБА (сальбутамолом 400 мкг через дозированный аэрозольный ингалятор). Все пациенты проходили оценочный тест ХОБЛ – COPD Assessment Test (CAT), а также заполняли вопросник для диагностики ХОБЛ – Chronic Airways Diseases, A Guide for Primary Care Physicians, 2005 (CAD).

Результаты. Обследовано 917 человек. Выявлен 41 пациент, соответствующий критериям диагноза ХОБЛ (до скрининга этот диагноз имели лишь 2 пациента).

Средний возраст обследуемых составил 57,0 лет [47,0; 66,0]. Распространенность ХОБЛ составила 4,1% (до скрининга 0,2%), что выше среднестатистических показателей почти в 3 раза. Среди лиц с диагностированной ХОБЛ 20 человек наблюдались с диагнозом «хронический бронхит». Средний стаж курения у обследуемых составил 45,8 пачко-лет.

Разделение по половому признаку: 81,9% мужчин и 18,1% женщин. Средний возраст мужчин, имеющих диагноз ХОБЛ, составил 61,8 лет, женщин – 65,3 лет. Распределение по степени тяжести функциональных нарушений: GOLD I – 4 человека; GOLD II – 25 человек; GOLD III – 12 человек. Была произведена оценка предсказательной способности рутинных опросников (CAT и CAD), построена ROC-кривая (Receiver Operating Characteristic). Площадь под ROC-кривой (AUC) для оценочного теста CAT составила 0,895 (95% ДИ 0,85–0,93). Пороговое значение для теста CAT=7,5. ROC AUC для вопросника CAD составил 0,89 (95% ДИ 0,83–0,94). Пороговое значение CAD=10,5.

Заключение. Выявляемость ХОБЛ в амбулаторно-поликлинической практике крайне низка. Предложенный алгоритм диагностики с помощью рутинных тестов и опросников в качестве скрининга и отбор пациентов для проведения спирометрии позволяет увеличить выявляемость ХОБЛ без увеличения количества необоснованных спирометрических исследований (95% исследований, выполненных в процессе скрининга, были нормальными), что значительно снижает затраты на диагностику.

Оба теста (CAD и CAT) обладают хорошей прогностической способностью и могут быть использованы для проведения скрининга в амбулаторных условиях и отбора пациентов с целью последующего проведения спирометрии для ранней диагностики ХОБЛ.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Доютова М.В., Евстропова С.В. Доютов Д.Н.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», учебно-исследовательский Центр инновационных технологий ГБУЗ НО «Городская поликлиника №50 Приокского района г. Н. Новгорода», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить современное состояние нормативно-правовых актов, регулирующих взаимодействие на уровне первичной-медико-санитарной и социальной помощи

Материал и методы: изучение Федеральных законов, постановлений Правительства Российской Федерации, законов Нижегородской области, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, приказов Министерства здравоохранения Нижегородской области, приказов и правовых актов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ГОСТов Российской Федерации

Результаты: в настоящее время в данной сфере правоотношений действует более 20 федеральных законов, более 20 законов Нижегородской области, столько же Постановлений Правительства Российской Федерации и Нижегородской области, 5 ГОСТов Российской Федерации, более 30 приказов и правовых актов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

В настоящее время современное законодательство в данной сфере определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации своих прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Предусмотренные в связи с этим законодательством меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслуживания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Наиболее серьезные изменения внесены в правовые акты в 2019 году. Большей частью регулируется взаимодействие на уровне Российской Федерации, деятельность в первичном звене, особенно в амбулаторных условиях и на дому регулируется мало и не отвечает реалиям времени. В связи с этим, существуют разные подходы на уровне субъектов Российской Федерации к спорным вопросам в данной сфере, а многие сферы взаимодействия на уровне первичной-медико-санитарной и социальной помощи отданы в частные организации.

Заключение: данная проблема требует дальнейшего изучения и решения неурегулированных вопросов на законодательном уровне.

ОСОБЕННОСТИ СВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ С МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА И РАННИМ ДЕБЮТОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

**Дроботя Н.В., Арутюнян Л.В., Пироженко А.А., Калтыкова В.В.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра кардиологии,
ревматологии и функциональной диагностики, кафедра терапии,
Ростов-на-Дону, Россия**

Цель. Оценить связь модифицируемых факторов риска (ФР) развития артериальной гипертензии (АГ) и раннего дебюта заболевания с полиморфизмом основных генов, участвующих в патогенезе АГ.

Материал и методы. В основу работы положены результаты комплексного клинического, инструментального и лабораторного обследования 100 больных АГ (мужчин-35, женщин-65). Медиана возраста пациентов составила 56 [32;73] лет, средняя длительность заболевания соответствовала 7,8 [1;30] лет. У всех больных, включенных в исследование, было установлено наличие основных ФР в различных комбинациях: повышенное потребление соли (50% обследуемых), наличие хронического стресса (49% обследуемых), избыточная масса тела (72 % лиц) и ранний дебют заболевания (61 % обследуемых). В настоящее время, в соответствии с рекомендациями ESH/ESC (2018), раннее начало заболевания также рассматривается как ФР, существенно влияющий на прогноз развития АГ.

В комплекс обязательного обследования было включено: определение полиморфизма генов на амплификаторе ДТ 96 (производство ДНК-технологии, Россия) на основании полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени

(изучены AGT T704C, AGT C521T, AGTR1 A1166C, AGTR2 G1675A, CYP11B2 C-344T, NOS3 T-786C, G894T), а также суточное мониторирование АД, эхокардиография, оценка жесткости сосудистой стенки.

Результаты. Полученные результаты позволили установить связь конкретного полиморфизма генов с определенным ФР. Так, избыточность потребления соли была достоверно ассоциирована с генотипом -344ТТ и аллелью -344Т гена CYP11B2, а носительство генотипа АА и аллель 1675А гена AGTR2 взаимосвязано с хроническим стрессом, в то время как у больных с отсутствием хронического стресса чаще встречалась аллель 1675G полиморфизма G1675A AGTR2. Выявлена также связь носительства аллели 825Т и генотипа 825ТТ полиморфного маркера С825Т гена GNB3 с избыточной массой тела. В то же время при сравнении полиморфных вариантов соответствующих генов нами не установлено статистически достоверных ассоциаций генов-кандидатов с курением. Полученные результаты также позволили выявить отчетливую статистически значимую связь генотипа 704ТС гена AGT ($\chi^2 = 5,11$; $p=0,02$), генотипа 1675АА и аллели 1675А гена AGTR2 ($\chi^2=5,48$; $p=0,011$ и $\chi^2=10,55$; $p=0,005$ соответственно), аллели -344Т гена CYP11B2 ($\chi^2 = 10,48$; $p=0,045$) и генотипа 825СТ гена CNB3 ($\chi^2 = 10,49$; $p=0,039$) с ранним началом АГ

Заключение. Таким образом, в обследованной группе больных АГ нами установлены статистически значимые связи полиморфизма различных генов с основными ФР – повышенным потреблением соли, хроническим стрессом, избыточной массой тела, сроками дебюта заболевания, что представляется перспективным для прогнозирования и установления групп повышенного риска развития АГ.

СОСУДИСТАЯ СТЕНКА И УРОВЕНЬ АД У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Муравьев К.А.,
Колесникова И.Г., Мураховская К.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Россия

К настоящему времени состояние сосудистой стенки как органа-мишени при артериальной гипертензии (АГ) изучено в основном у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель. оценить сосудистую жесткость при АГ у молодого контингента.
Материал и методы. В исследование включен 81 юноша-первокурсник. Они были распределены на три группы наблюдения: 1я группа (n=30) с пониженным, оптимальным и нормальным давлением (до 129/84 мм рт.ст.), 2-я группа (n=23) с высоким нормальным давлением (130-139/85-89 мм рт.ст.) и 3я группа (n=28) с АГ (140/90 мм рт.ст. и выше). Измерение сосудистой жесткости проводилось на аппарате Vasera 1500 (Fucuda Denshi, Япония) с определением показателей CAVI-R, CAVI-L и ABI. Обнаружение случаев более высокого сосудистого возраста по сравнению с паспортным возрастом расценивалось как проявление синдрома преждевременного сосудистого старения или синдрома EVA. Анализ материала проводился с помощью пакета статистических программ ANOVA. **Результаты.** Оказалось, что показатели CAVI-R и CAVI-L в трех указанных группах составили

5.8±0.15, 5.8±0.14, 5.6±0.15 и 6,0±0.15, 5.9±0.13, 5.8±0.14 соответственно. Отмечалась следующая динамика показателя АВІ от первой к третьей группе 1.09±0.01, 1.06±0.01, 1.00±0.01. То есть различие между крайними группами составило почти 10%, но не достигло достоверного уровня. Число лиц с наличием признаков синдрома EVA в трех группах равнялось 13,0%, 8,7% и 7,0%, т.е. преобладало у лиц с более низким артериальным давлением (АД). **Вывод.** В молодом возрасте сосудистая стенка не демонстрирует особо значимых изменений своих жёсткостных свойств под влиянием АГ. Из трех представленных параметров, характеризующих плотно-эластический статус артериальной стенки, наиболее ожидаемую тенденцию при повышении уровня АД показал АВІ. Преобладание лиц с признаками синдрома EVA среди нормотоников и гипотоников, возможно, связано с более частой встречаемостью среди них астеников с признаками соединительно-тканной недостаточности.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСУДИСТЫЕ ФЕНОТИПЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Евсевьева М.Е., Ростовцева М.В., Сергеева О.В., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Кудрявцева В.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Актуальность. Особенности сосудистого ремоделирования на ранних стадиях течения артериальной гипертензии (АГ) у лиц молодого возраста (ЛМВ) практически не изучены. Между тем, эти данные необходимы для совершенствования системы молодёжной профилактики.

Цель. Оценить представленность различных сосудистых фенотипов у ЛМВ с признаками АГ с учётом пола.

Материал и методы. Обследовано 243 студента (81 юноша и 162 девушки) на базе центра здоровья СтГМУ в рамках Национального профилактического проекта «Вуз территория здоровья». Определяли профиль основных факторов риска (ФР), включая АГ и прегипертензию (ПГ). Все обследованные разделены на квартильные группы по такому показателю сосудистой жёсткости, как кардиоваскулярный сосудистый индекс или CAVI, который определяли с помощью диагностического комплекса VaSera-1500 (Fucuda Denshia, Japan). Согласно представлениям ряда экспертов четвертый квартиль такого распределения соответствует преждевременному сосудистому старению или синдрому EVA (early vascular aging). Первый же квартиль соответствует благоприятному сосудистому старению. Затем проанализировали представленность носителей АГ/ПГ в каждой из четырёх квартильных групп. Обработка данных проведена с помощью программного пакета «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, USA).

Результаты исследования. Среди обследованных студентов носителей АГ оказалось среди юношей 51,8% (42 из 81), а среди девушек 9,9% (16 из 162). Распределение студентов с АГ от первой к четвертой квартильной группе для юношей было следующим - 16,1% (13 из 81), 12,3% (10 из 81), 12,3% (10 из 81) и 11,1% (9 из 81) от числа всех обследованных юношей. Для девушек такое соотношение

составило – 2,5% (4 из 162), 4,9% (8 из 162), 0% (0 из 162) и 2,5% (4 из 162) от числа всех обследованных девушек.

Заключение. Встречаемость указанного ФР, так и изменения сосудистого статуса при наличии АГ у ЛМВ имеют выраженный гендерный характер. Как среди юношей, так и среди девушек с АГ отмечаются носители различных сосудистых фенотипов. Причем, для юношей характерно преобладание числа носителей благоприятного сосудистого старения над числом носителей преждевременного сосудистого старения. У девушек же выявлено некоторое преобладание носителей преждевременного сосудистого старения над носителями благоприятного сосудистого старения. Представленные данные полезны для формирования более индивидуализированных программ превентивных вмешательств среди молодых людей с наличием АГ.

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ НАЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА В АСПЕКТЕ ОПТИМИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ

**Евсевьева М.Е., Пензова В.В., Овчинникова С.В., Борлакова Д.М.,
Горьковенко М.В.**

**Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Россия**

Цель: оценить показатели суточного мониторирования АД (СМАД) у лиц молодого возраста с учетом наличия факторов риска в процессе проведения ежегодной диспансеризации населения на предмет выявления артериальной гипертензии/прегипертензии белого халата, скрытой АГ/ПГ и явной АГ/ПГ.

Материал и методы. Обследованы 33 человека (женщин 21, мужчин 12) в возрасте от 18 до 30 лет в рамках диспансерного обследования на базе городского центра здоровья г.Ставрополя. Кроме скрининга основных факторов риска (ФР) (избыточная масса тела/ожирение, дислипидемия/гипергликемия, курение, отягощённая наследственность по раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний) изучали параметры суточного артериального давления с помощью диагностического комплекса VPLab (Компании ООО "Петр Телегин", Н-Новгород, Россия) по технологии Vasotens. Анализировали дневное, ночное, суточное систолическое артериальное давление, диастолическое артериальное давление, пульсовое артериальное давление, вариабельность систолического и диастолического артериального давления, индекс времени систолического и диастолического артериального давления, ночное снижение систолического и диастолического артериального давления. Обследованные разделены на две группы: 1я гр. – с ФР (20 человек); 2я гр. – без ФР (13 человек). Обработка данных проведена с помощью программного пакета «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, USA).

Результаты. АГ/ПГ белого халата одинаково часто встречается в двух группах наблюдения. Явная АГ/ПГ выявлена лишь в группе с наличием ФР. Скрытая АГ/ПГ зарегистрирована в первой группе в 2,4 раза чаще, чем во второй группе.

Выводы. Методика суточного мониторирования артериального давления у лиц молодого возраста позволяет определить участие различных механизмов в повышении давления на самых ранних стадиях формирования гипертензии/предгипертензии. Эти данные, в свою очередь, дают возможность

осуществления дифференцированной донозологической диагностики изменений гемодинамического статуса у молодых представителей из группы риска. Такой подход будет способствовать осуществлению более индивидуализированных профилактических мероприятий среди молодого контингента.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ СТАТУС У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

**Евсеева М.Е., Русиди А.В., Галькова И.Ю., Затонская Л.М., Малахова
Е.А., Колесникова И.Г., Карамова А.Р.**

**Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Россия**

Особенности взаимосвязи метаболических отклонений при повышенном артериальном давлением (АД) к настоящему времени исследовали в основном у лиц солидного возраста, а также у детей. **Цель.** Изучение некоторые показатели метаболического статуса у юношей в зависимости от уровня их АД. **Материал и методы.** Исследование проводили у молодых людей в количестве 81. В 1ую группу (n=30) вошли юноши с оптимальным и нормальным АД (до 129/84 мм рт.ст.), во 2ую (n=23) – с высоким нормальным давлением (130-139/85-89 мм рт.ст.), в 3ую группу (n=28) лица с артериальной гипертензией (АГ) (140/90 мм рт.ст. и выше). Проводились антропометрия, офисное измерение АД, исследование липидограммы на аппарате CardioChek PA (США) с определением показателей: общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности(ЛПВП), триглицеридов(ТГ). Анализ полученного материала осуществляли с помощью пакета статистических программ ANOVA.

Результаты. Оказалось, что встречаемость случаев с избыточной массой тела (МТ) в указанных трех группах составила 26,6%, 43,4% и 50,0% соответственно. Различия между первой и третьей группой были почти двукратными и вполне достоверными (P<0,005) Отмечалась следующая динамика показателя ТГ от первой к третьей группе $1,3 \pm 0,15$; $0,93 \pm 0,13$ и $1,45 \pm 0,02$ ммоль/л. То есть наиболее высокие показатели ТГ присутствуют в группах с крайними значениями уровня АД. Иными словами, тенденция изменений этого параметра в зависимости от АД приближается к U-образной кривой . Остальные показатели липидного статуса не демонстрировали особых изменений при повышении АД. **Заключение.** У юношей 17-18лет повышение АД сочетается с увеличением их массы тела (МТ) и гипертриглицеридемией. Остальные параметры липидограммы в таком возрасте, несмотря на рост давления и избыточную МТ остаются без особых изменений.

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО- ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Фурсова Е.Н, Русиди А.В., Галькова И.Ю.,
Сочилова С.Д. Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь, Россия

Актуальность. Профилактическое направление, провозглашённое приоритетным для российского здравоохранения, требует современного технологического сопровождения. В 1ую очередь речь идёт о цифровизации данных. Особого внимания требует молодёжная профилактика, так как практически все социально значимые заболевания (СЗЗ) признаны по своим механизмам развития возраст-ориентированными. Это означает, что их развитие начинается за несколько десятилетий до своей манифестации, то есть в молодые годы жизни. Поэтому скрининг факторов риска (ФР) и в частности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) должен начинаться в молодости и проводить его следует опираясь на современные цифровые технологии.

Цель - разработать интерактивное тестирование и автоматизировать подсчет данных при опросе студентов на предмет оценки их профиля ФР.

Материал и методы. Обследованы в ручном и интерактивном формате 200 студентов СтГМУ (77 юношей и 123 девушки) на базе университетского центра здоровья в рамках Национального профилактического проекта «Вуз здорового образа жизни». Для автоматизированного скрининга ФР создана страница веб-сайта MEDICAL TESTER по макету дизайна PSD-файла при помощи кода специального языка разметки (HTML, XHTML), состоящего из подключенных к ней каскадных таблиц стилей (CSS) и подключаемых дополнительных скриптов (JavaScript и др.) и объектов (Flash-анимация и др.). Язык HTML и стили интерпретировались интернет-браузерами и отображались в виде документа в удобной для восприятия форме. Для написания системы использовались языки PHP, CSS и JavaScript. Для написания сайта MEDICAL TESTER применялась программа Adobe Dreamweaver CC 2018. Для оценки психо-эмоционального статуса использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Результаты. Оказалось, что тревога субклиническая и клиническая отмечена у 15% и 67%, а депрессия субклиническая и клиническая – у 44% и 27% обследованных лиц. Субклиническая тревога и субклиническая депрессия чаще встречались у девушек по сравнению с юношами – 37% против 30% и 60% против 47%. Клиническая депрессия также чаще отмечена среди девушек – 27% против 20%. Клинически явная тревога чаще фиксировалась у юношей по сравнению с девушками – 41% против 25%.

Заключение. Опыт практического использования сайта MEDICAL TESTER в процессе массового обследования молодёжи показал наличие его несомненных положительных моментов – исключение человеческого фактора и значительное ускорение процесса обработки данных. Опыт ручной верстки сайта демонстрирует следующие преимущества: 1. четкое представление исходного кода страницы и сайта — верстальщик совершенно четко понимает ЧТО он делает и КАК; 2. отсутствие мусора в коде страницы — код получается правильный, легкий и не нагроможденный лишними тегами и символами; 3. быстрое усвоение языка разметки — постоянно набираются повторяющиеся элементы разметки и стилей. К недостаткам же ручной верстки относятся: большие временные затраты

на написание кода — все необходимые изменения производятся вручную. Относительно данных скрининга обсуждаемого ФР, то выявлен факт достаточно высокой встречаемости ТДР среди молодёжи и присутствия несомненных гендерных особенностей в проявлении этих расстройств у лиц молодого возраста.

**ГЕНЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО
ОБМЕНА, И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У МОЛОДЫХ,
ОТНОСИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

Елькина А.Ю., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г.

**ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им.
В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия**

Цель исследования. Изучить связь полиморфизма -482 С>Т (rs2854117) гена АРОС3, полиморфизма L55M (rs854560) гена PON1 и психовегетативных особенностей у молодых, относительно здоровых лиц.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 здоровых добровольцев европеоидной расы в возрасте 20-25 лет. Исследование соответствует положениям Хельсинской декларации. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета. После подписания информированного согласия проводилось общеклиническое обследование. Психовегетативный статус оценивали с использованием тестов для выявления панических атак PHQ (Patient Health Questionnaire Panic Screening Questions), для оценки уровня тревоги, а также при помощи опросника для выявления вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998г). Всем пациентам выполнялся забор венозной крови для проведения генетического анализа. Критерием исключения было наличие патологии сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Полиморфизм генов идентифицировали методом пиросеквенирования дезоксирибонуклеиновой кислоты с помощью системы генетического анализа «PyroMark Q24». Для статистической обработки результатов использовали программу Statistica-8.0.

Результаты. Было установлено, что наличие в генотипе обследуемых аллеля Т полиморфизма -482 С>Т (rs2854117) гена АРОС3 ассоциировано с более частой распространенностью ВСД, панических атак и повышенным уровнем тревожности у молодых, относительно здоровых лиц, что, вероятно, можно объяснить опосредованным, через участие в регуляции процесса распада триглицеридов, влиянием данного полиморфизма на нервную систему.

Подобные результаты были выявлены и при наличии в генотипе аллеля 55M полиморфизма L55M (rs854560) гена PON1 и, возможно, могут быть обусловлены меньшей стабильностью фермента параоксоназы в сыворотке крови, и, следовательно, снижением антиокислительных и антиатерогенных свойств данного фермента, что, в свою очередь, приводит к изменению функционирования нервной системы и развитию ее дисфункции.

Заключение. Присутствие в генотипе аллелей риска полиморфизма -482 С>Т гена АРОС3 и L55M А>Т гена PON1 ассоциировано с наличием ВСД, панических атак, а также повышенным уровнем тревожности, что, вероятно, может свидетельствовать о прямом или опосредованном влиянии изучаемого

полиморфизма генов, участвующих в обмене липидов, на регуляцию сосудистого тонуса и психовегетативный статус, у молодых, относительно здоровых лиц.

ГЕНЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РЕГУЛЯЦИЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У МОЛОДЫХ, ОТНОСИТЕЛЬНО ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Елькина А.Ю., Акимова Н.С., Шварц Ю.Г.

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить связь полиморфизма A1666C A>C (rs5186) гена AGTR1, полиморфизма T207M C>T (rs4762) и M268T T>C (rs699) гена AGT и психовегетативных изменений у молодых, относительно здоровых лиц.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 здоровых добровольцев европейской расы в возрасте 20-25 лет. Исследование соответствует положениям Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Саратовского государственного медицинского университета. После подписания информированного согласия проводилось общеклиническое обследование. Психовегетативный статус оценивали с использованием тестов для выявления панических атак PHQ (Patient Health Questionnaire Panic Screening Questions), для оценки уровня тревоги, а также при помощи опросника для выявления вегетативных изменений (Вейн А.М., 1998г). Всем пациентам выполнялся забор венозной крови для проведения генетического анализа. Критерием исключения было наличие патологии сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Полиморфизм генов идентифицировали методом пиросеквенирования дезоксирибонуклеиновой кислоты с помощью системы генетического анализа «PyroMark Q24». Для статистической обработки результатов использовали программу Statistica-8.0.

Результаты. Было установлено, что наличие аллеля С полиморфизма A1666C A>C гена AGTR1 имело отрицательную корреляционную зависимость с уровнем тревожности, что вероятно, можно объяснить, снижением выработки ангиотензина II при повышенной чувствительности рецепторов на фоне данной мутации, что и предупреждает появление психовегетативных нарушений в молодом возрасте. Достоверная взаимосвязь полиморфизма T207M C>T и M268T T>C гена AGT с наличием психовегетативных нарушений отсутствовала.

Заключение. Наличие в генотипе аллеля С полиморфизма A1666C A>C гена AGTR1 ассоциировано с пониженным уровнем тревожности, что может свидетельствовать о прямом или опосредованном влиянии на психовегетативный статус полиморфизма генов, участвующих в регуляции артериального давления, у молодых, относительно здоровых лиц.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Епифанцева Е.В., Муравлева Л.Е., Любченко М.Ю.

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение уровня реактивных карбонильных производных белков и малонового диальдегида в эритроцитах и плазме крови у пациентов с расстройствами адаптации на фоне медикаментозной коррекции.

Материал и методы. В ходе исследования проведен сравнительный анализ показателей венозной крови 20 пациентов, с установленным диагнозом расстройств адаптации, находящихся на стационарном лечении согласно утвержденным протоколам, в Областном психоневрологический диспансере города Караганды. У пациентов дважды производился забор венозной крови. Определение реактивных карбонильных производных белков и малонового диальдегида производилось методом спектрофотометрии с использованием цифрового UV-VIS спектрофотометра PD-303UV, производитель APOL, Япония. Сравнение показателей окисленного метаболизма до и после лечения проводили с использованием непараметрического T-критерия Уилкоксона ($\alpha=0,05$).

Результаты. Полученные в исследовании данные демонстрируют признаки «карбонильного стресса» у пациентов с расстройствами адаптации, что подтверждается повышенным уровнем реактивных карбонильных производных белков в плазме крови и понижением его в эритроцитах. Данный процесс приводит к изменению деформабильности эритроцитов и снижению биологической активности белков плазмы. Выявлено снижение уровня малонового диальдегида в эритроцитах и плазме крови, что изменяет структуру и биологическую функциональность белков. Результаты, сравнения показателей после терапии демонстрируют положительную динамику изменений. Так отмечается достоверное снижение уровня реактивных карбонильных производных белков в плазме крови и повышение их уровня в эритроцитах. Изменение уровня малонового диальдегида имеет тенденцию к снижению в плазме и достоверное снижение в эритроцитах крови.

Заключение. Таким образом можно предположить, что коррекция поведенческих расстройств, в том числе расстройств адаптации, имеет благоприятное влияние как на психическое здоровье пациента, так и на течение процессов окислительного метаболизма в организме. По результатам исследования подтверждается взаимосвязь биохимических окислительных процессов с расстройствами психической сферы и их динамическое взаимодействие. Изучение данных процессов может быть рекомендовано с привлечением большего количества участников исследования и с расширением количества изучаемых состояний.

ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ ПРИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Епифанцева Е.В., Муравлева Л.Е.

Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение изменения показателей метаболизма пуринов в эксперименте у крыс с моделью стресс-индуцированного расстройства.

Материал и методы. В эксперименте было использовано 40 самцов белых беспородных крыс массой 450-500 граммов. У всех животных до начала эксперимента произведен забор крови из хвостовой вены. В ходе эксперименты животные были подвергнуты стрессовому воздействию, согласно модифицированной методике P.Willner в модели «Хронического непредсказуемого умеренного стресса», длительностью 21 день. В ходе эксперимента животные проходили оценку в поведенческих тестах согласно рекомендованным стандартам. По завершению эксперимента повторно производился забор крови. Определение пуринов производилось методом спектрофотометрии с использованием цифрового UV-VIS спектрофотометра PD-303UV, производитель APPL, Япония. Измерение экстинций проводилось на волнах 246, 250, 261, 276, 293 нм, соответствующие концентрации в плазме и эритроцитах крови гуанина, гипоксантина, аденина, ксантина и мочевой кислоты. Сравнение показателей пуриновых метаболитов до и после эксперимента проводили с использованием непараметрического Т-критерия Уилкоксона ($\alpha=0,05$).

Результаты. По результатам исследования в поведенческих тестах к завершению эксперимента все животные демонстрировали признаки тревожного и депрессивного поведения. Результаты статистической обработки данных спектрофотометрического анализа пуриновых метаболитов в плазме крови показал увеличение гуанина в 3 раза ($p=0,005$), гипоксантина в 2 раза ($p=0,005$), аденина в 2.5 раза ($p=0,005$), ксантина в 2 ($p=0,005$) и мочевой кислоты в 2 раза ($p=0,005$). Увеличение концентрации пуринов в эритроцитах наблюдалось следующее: гуанина в 3 раза ($p=0,005$), гипоксантина в 2 ($p=0,005$), аденина в 2.5 ($p=0,007$), ксантина в 2 ($p=0,007$) и мочевой кислоты в 2,5 раз ($p=0,005$).

Заключение. Результаты исследования показывают, что длительное стрессовое воздействие умеренной силы является важным патогенетическим фактором в развитии заболеваний в том числе и сердечно-сосудистой системы. Так, выявленное в эксперименте повышение экстрацеллюлярной концентрации пуринов на фоне стрессового воздействия, может рассматриваться как значительный фактор риска сердечно-сосудистой патологии. Дальнейшее изучение механизмов метаболических изменений пуринового обмена при отсутствии органического повреждения представляет особый интерес в аспекте организации профилактических мероприятий кардиоваскулярных событий методами психотерапевтического воздействия.

КОМОРБИДНОСТЬ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефанова Е.Н., Русак Ю.Э., Васильева Е.А., Горшкова А.В.

**Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского
автономного округа - Югры «Сургутский государственный университет»,
Сургут, Россия**

Актуальность. В настоящее время востребован персонифицированный подход к лечению пациентов в практике врачей разных профилей. Хронические заболевания внутренних органов и систем нередко являются пусковыми факторами в развитии и обострении дерматозов, ограничивают возможности эффективного комплексного лечения, особенно в стадии декомпенсации.

Цель исследования: изучить структуру сопутствующих заболеваний у пациентов с atopическим дерматитом, получающих амбулаторную медицинскую помощь, для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинской документации (медицинских карт амбулаторных больных) за 2018 год. Критерии отбора: диагноз atopический дерматит, возраст от 18 до 60 лет. Сопутствующие заболевания устанавливались на основании консультаций смежных специалистов.

Результаты: проанализированы 123 медицинские карты амбулаторных больных с верифицированным диагнозом atopический дерматит. Из них лица мужского пола составили 59%, женского 41%. Средний возраст пациентов 29,1 лет. Основную часть составили пациенты в возрасте от 18 до 44 лет - 71%, пациенты в возрастной группе от 44 до 60 лет составили 29%.

По данным исследования установлено, что коморбидность у взрослых пациентов с atopическим дерматитом составили 61% от общей выборки. Наибольший удельный вес сопутствующей патологии принадлежал болезням органов дыхания (38,6%). Чаще всего у пациентов отмечались очаги хронической инфекции верхних дыхательных путей (риниты, фарингиты, тонзиллиты), реже регистрировались бронхиты и бронхиальная астма. Второе место по частоте встречаемости заняли болезни органов пищеварения (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки) - 26,2% в структуре коморбидных состояний. Сопутствующие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (ожирение, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет второго типа) выявлены у 23,7% пациентов. Болезни крови и кроветворных органов отмечены при atopическом дерматите в 11,5% случаев, преимущественно в возрастной группе от 44 до 60 лет.

Состоят на диспансерном учете у врача терапевтического профиля 13% больных. Постоянную терапию по сопутствующему заболеванию получает лишь 21% пациентов, регулярно обращаются к врачу 7% пациентов.

Выводы. Сопутствующие хронические заболевания внутренних органов и систем выявлены у 61% пациентов с atopическим дерматитом. В условиях Северного региона наиболее часто atopический дерматит сочетается с болезнями органов дыхания (38,6%), что, возможно, обусловлено климатическими факторами.

Необходимо тесное взаимодействие врачей различных специальностей при обследовании и лечении пациентов с atopическим дерматитом для улучшения

качества жизни больных, улучшения прогноза и повышения приверженности к лечению.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ.

Ефремова Е.В.¹, Апажев З.А.¹, Ахметзянов Ф.И.², Храмова А.А.¹, Антонова Е.С.¹, Самсонова Н.А.¹, Быкова А.С.¹, Черемных А.Н.¹

**1 - ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск,
Россия**

**2 - ГУЗ «Ульяновский областной клинический центр специализированных
видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е.М.
Чучкалова», Ульяновск, Россия**

Цель исследования: изучить приверженность к лечению и когнитивный статус больных с артериальной гипертензией (АГ) в условиях коморбидности.

Материал и методы. Обследовано 142 больных (54 женщины и 88 мужчин, средний возраст 62,8±9,4 лет) с АГ. АГ диагностировали и оценивали согласно Клинических рекомендаций Российского медицинского общества по АГ (2016г.). При анализе учитывались рекомендации 2019г. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона и расценивали как высокую при ИК ≥ 6 баллов. Для оценки приверженности к лечению использовали опросник Мориски-Грина. Когнитивный статус оценивали с использованием Клинической рейтинговой шкалы деменции (CDR).

Результаты. ИК с учетом возраста составил 5,2±2,2 балла. Группу с высокой коморбидностью составили 60 (42,3%) пациентов с АГ. В структуре коморбидности у больных с АГ наблюдалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (142; 100%), ишемическая болезнь сердца (114; 80%), хроническая болезнь почек (66; 46,5%). По результатам опросника Мориски-Грина только 46 (32,4%) больных с АГ полностью соблюдали рекомендации по приему лекарственных препаратов. ИАПФ были назначены 107 (75,4%) пациентам, однако из них только 65 (60,7%) принимали препараты постоянно. Сартаны были назначены 35(24,6%) пациентам, из них 27 (77,1%) принимали препарат постоянно. Бета-адреноблокаторы были рекомендованы 114 (80,3%) пациентам, 72 (63,2%) из них принимали препарат постоянно. Соблюдали рекомендации по приему диуретической терапии только 31 (30,3%) пациент. Комбинированная терапия в виде фиксированной комбинации была назначена 43(30,3%) больным. Основная причина пропуска приема препаратов со слов пациентов – хорошее самочувствие (69%) и забывчивость (36%). В группе больных с АГ и высокой коморбидностью наблюдались более выраженные когнитивные нарушения по шкалам CDR (память, мышление, взаимодействие в обществе, поведение дома и увлечения, самообслуживание) по сравнению с группой с низкой коморбидностью (p<0,001). Наблюдалась обратная связь между приверженностью к медикаментозной терапии и количеством принимаемых препаратов (r=-0,39; p<0,001), между приверженностью к медикаментозной терапии и нарушением памяти больных с АГ (r=-0,28, p=0,025).

Заключение. Больные с АГ и высокой коморбидностью характеризуются низкой приверженностью к медикаментозной терапии. Коморбидность оказывает негативное влияние на когнитивные функции и мотивацию к лечению больных с АГ, что необходимо учитывать при выстраивании диалогов «врач-больной» у данной категории пациентов.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОПРОЛОЛОМ И АМЛОДИПИНОМ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ АГ ЖЕНЩИН

**Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Виноградов А.И., Кулик Н.А.,
Рубанова М.П., Сухенко И.А.**

**ФГБОУ ВО «Новгородский Государственный университет имени
Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия**

Цель исследования: изучить изменение психоэмоционального фона у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин на фоне терапии амлодипином и метопрололом.

Материал и методы исследования: обследована 51 женщина, больная АГ II ст. (ESC/ESH, 2018), возраст 40-59 лет. Для оценки психоэмоционального фона (ПЭФ) использованы психометрические шкалы: а) шкала депрессии CES-D (Central for Epidemiologic Studies-Depression); б) шкала Бэка (Beck Depression Inventory); в) госпитальная шкала депрессии и тревоги – HADS. К «депрессантам» относились те больные АГ, у которых в ходе анкетирования по двум из трех шкал выявлялась субклиническая депрессия. По результатам анкетирования больные АГ женщины разделены на группы: больные с нормальным ПЭФ (27 чел.) и с субклинической депрессией (24 чел.). Группы были сопоставимы по возрасту. Терапия амлодипином проводилась 15 больным с нормальным ПЭФ и 14 - с субклинической депрессией, терапия метопрололом – 12 больным с нормальным ПЭФ и 10 – с субклинической депрессией.

Обследование больных проводилось до начала регулярной антигипертензивной терапии и через месяц лечения препаратами. В исследование включены больные, у которых по данным офисных измерений и данным самоконтроля давления был достигнут целевой уровень АД.

Результаты исследования показали, что через месяц лечения амлодипином в группе больных АГ женщин с нормальным ПЭФ только у одной больной на фоне лечения возникла субклиническая депрессия, тогда как у больных АГ женщин с субклинической депрессией в 90% случаев отмечалось нарастание бальности субклинической депрессии по шкале депрессии HADS (с $7,6 \pm 0,6$ до $9,7 \pm 0,8$; $p=0,043$). Ухудшение ПЭФ в 88,9% случаев было сопряжено с увеличением вариабельности АД и повышением нагрузки пониженным АД в ночные часы.

На фоне терапии метопрололом в группе больных АГ женщин исходно с нормальным ПЭФ субклиническая депрессия через месяц была выявлена также только у одной больной. В группе больных АГ, имевших исходно субклиническую депрессию через месяц терапии метопрололом, наряду с нарастанием бальности депрессии у 83%, у одной больной отмечен переход в клиническую депрессию.

Заключение. Таким образом, назначение амлодипина и метопролола может сопровождаться ухудшением ПЭФ, вплоть до развития клинической депрессии, особенно в группе больных, исходно имевших признаки субклинической депрессии. Полученные данные показывают необходимость контроля состояния психоэмоционального фона на фоне антигипертензивной терапии.

**ВОЗМОЖНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ
СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Жук Е.А., Мазанова О.С., Никитин Д.А.
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Иваново, Россия**

Цель. Оценить частоту факторов риска и клинических маркеров синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследованы 92 больных ХОБЛ, в том числе 77 (83,7%) мужчин и 15 (16,3%) женщин в возрасте от 45 до 80 лет. ХОБЛ легкого течения была у 3 (3,3%) пациентов, средне-тяжелого – у 26 (28,3%), тяжелого – у 52 (56,5%), крайне тяжелого – у 11 человек (11,9%). Бронхитический тип ХОБЛ отмечен у 25 (27,2%) больных, преимущественно эмфизематозный – у 67 (72,8%). Кроме клинического обследования всем больным проводилась спирометрия с пробой с сальбутамолом, эхокардиография, общий анализ крови, измерялся уровень гликемии натощак, заполнялась шкала дневной сонливости Эпворта, шкала STOP-BANG, измерялась окружность шеи.

Результаты. Сопутствующая артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 67 (72,8%) больных ХОБЛ: АГ 1 степени – у 25 (27,2%), АГ 2 степени у 38 (41,3%), АГ 3 степени – у 4 (4,3%). Избыточная масса тела наблюдалась у 27 (29,3%) пациентов, ожирение 1 степени – у 10 (10,9%), 2 степени – у 4 (4,3%), 3 степени – у 3 (3,3%) человек. Постинфарктный кардиосклероз имелся у 10 (10,9%), постоянная форма фибрилляции предсердий – у 6 (6,6%) человек. Окружность шеи более 40 см отмечена у 26 (28,3%) человек. Избыточная дневная сонливость – более 9 баллов по шкале Эпворта – наблюдалась у 10 (10,9%) пациентов. По шкале STOP-BANG высокий риск наличия СОАС имелся у 17 (18,4%) больных, средний риск – у 54 (58,7%). Прерывистый храп по ночам отмечался у 16 (17,4%) пациентов. 7 (7,6%) человек указывали на наличие остановок дыхания во время сна. Выявлены положительные корреляционные связи между количеством баллов по шкале Эпворта и степенью АГ ($r=0,23$), индексом массы тела ($r=0,51$), окружностью шеи ($r=0,54$), степенью бронхиальной обструкции ($r=0,27$), бронхитическим типом ХОБЛ ($r=0,29$), наличием фибрилляции предсердий ($r=0,24$), постинфарктного кардиосклероза ($r=0,21$), размерами правого желудочка ($r=0,34$), уровнем гликемии натощак ($r=0,37$), количеством эозинофилов периферической крови ($r=0,32$), отрицательные корреляционные связи с показателями спирометрии – мгновенной объемной скоростью при выдохе 50% форсированной объемной скорости легких ($r=-0,24$), средней объемной скоростью 25-75% ($r=-0,22$). Отмечены положительные корреляционные связи между числом баллов по шкале STOP-BANG и индексом массы тела ($r=0,44$), окружностью шеи

($r=0,47$), наличием фибрилляции предсердий ($r=0,24$), степенью бронхиальной обструкции ($r=0,22$), количеством эозинофилов периферической крови ($r=0,26$), количеством баллов по шкале Эпворта ($r=0,41$).

Заключение. У больных ХОБЛ нередко отмечается средний и высокий риск развития СОАС. Выявлены ассоциации риска развития СОАС не только с такими традиционными факторами как ожирение, АГ, но и с тяжестью бронхиальной обструкции, количеством эозинофилов крови. Чаще факторы риска СОАС, избыточная дневная сонливость отмечались при бронхитическом варианте ХОБЛ.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Жумабаева Т.Н., Сейпенова А.Н., Карсакова Г.Е., Дюсупова Д.С.

**Некоммерческое акционерное общество ЗКМУ имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан**

Цель. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) путем проведения скринингового исследования (СИ).

Материалы и методы. СИ проводилось 110 пациентам мужского и женского пола в возрасте от 25 до 60 лет, которые были разделены на 4 группы: 25-30; 35-40; 45-50; 55-65 лет по 15, 26, 30 и 39 в каждой группе соответственно. Всем пациентам проведено определения холестерина, глюкозы, измерение артериального давления (АД), индекса массы тела (ИМТ) по Кетле и сбор анамнеза (образ жизни, наследственность, курение, гиподинамия, сахарный диабет).

Результаты. Выявлено: в 1-ой группе: ожирение у 3-х (2.7%) пациентов, курение у 2-х (1.8%), гиподинамия у 3-х (2.7%), отягощенная наследственность у 1-ого (0.9%); во 2-ой группе: гиперхолестеринемия у 2-х (1.8%), гликемия у 3-х (2.7%), артериальная гипертензия (АГ) у 2-х (1.8%), ожирение у 3-х (2.7%), наследственность у 3 (2.7%), курение у 5-х (4.5%) пациентов; в 3-ей группе: у гиперхолестеринемия у 6-х (5.4%), 5-х (4.5%), гликемия у 4-х (3.6%), АГ у 7-х (6.3%) и сахарный диабет (СД) у 2-х (1.8%) и в 4-ей группе: гиперхолестеринемия у 5-х (4.5%), гликемия у 4-х (3.6%), избыточная масса тела у 2-х (1.8%) и ожирение у 4 –х (3.6%), гиподинамия у 3-х (32.7%), АГ у 7-х (6.3%) и СД у 3-х (2.7%).

Заключение. Таким образом, проведение скринингового исследования позволяет выявить сердечно – сосудистые заболевания на ранней стадий, проводить своевременно профилактические мероприятия и улучшить качества жизни пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА И РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Зарипова Ф.А., Абдрахманова А.И.

**ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань,
Россия**

Цель. Определение взаимосвязи между активностью воспалительного процесса у пациентов с ревматическими заболеваниями и наличием расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе МСЧ КФУ в отделении ревматологии, критериями включения было: подтвержденный диагноз (системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, болезнь Шегрена), продолжительность заболевания не менее 3 лет. В основную группу вошло 26 пациентов (средний возраст $51,23 \pm 13,57$ лет), группа контроля состояла из 15 человек без ревматологических заболеваний (средний возраст $50,4 \pm 9,32$ лет). Группы были рандомизированы по полу и возрасту. Проводилось анкетирование в трех разновидностях: ВАШ, NAIF, SF-36. Обработка данных и их интерпретация проводилась в Microsoft Excel и онлайн-калькуляторе критерия Манна-Уитни.

Результаты. Для SF-36 статистически достоверными оказались различия по всем шкалам. Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}(3)$ находится в зоне значимости – до 9 ($p \leq 0.01$). У лиц с наличием ревматологических заболеваний (основная группа) выявлено значительное снижение показателей физического и ролевого функционирования, отвечающих за выполнение физических нагрузок (46,53% против 82,66% контроля и 26,92% против 71,42%) - уровень надежности 95%, $p \leq 0.01$. В этой же группе было снижено ролевое функционирование (на 44,5%) и повышено влияние боли на повседневную деятельность (на 32,41% по сравнению с контролем), $p \leq 0.01$. В свою очередь сниженное эмоциональное состояние мешало выполнению работы и будничной деятельности (снижение ролевого функционирования на 29% по сравнению с группой контроля). Пациенты основной группы на 14% чаще испытывали затруднения в сфере физической мобильности и на 23,75% чаще отмечали трудности в экономическом положении ($p \leq 0.01$). Различия интегрального показателя по NAIF оказались статистически значимыми ($p < 0,05$) для пациентов с 1 и 2 степенью активности РЗ, и наблюдалось достоверное снижение качества жизни у больных 2 степенью активности на 10%, чем при 1 степени активности ($p < 0,05$). Среднее арифметическое значение ВАШ для контрольной и основной групп составило 1,6 см и 5 см ($p < 0,05$), что статистически не значимо.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты исследования, подтверждают данные литературы об ухудшении общего качества жизни пациентов с ревматологическими заболеваниями, но и выявляют достоверно негативное влияние заболевания на физический и психологический компоненты здоровья, эмоциональное состояние пациента и ролевое функционирование. Это в свою очередь может привести к снижению приверженности и эффективности лечения основного заболевания, и к ухудшению прогноза.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО ПРИЧИНЕ РАКА ЛЕГКИХ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ В КАЗАХСТАНЕ

Ибраева Л.К., Жарылгапова А.М., Жумабекова Г.А., Кыстаубекова Н.А.,
Каден А.А., Турдалы Ф.М., Ибрагим Ж.Т., Евменова О.А.
Кафедра внутренних болезней №3, Медицинский университет Караганды,
Караганда, Казахстан

Цель. Анализ заболеваемости, смертности и интегрального показателя Disability-adjusted life year (DALY), преждевременной потери лет, рассчитанного по стандартизированной методике, рекомендованной ВОЗ, по причине рака легких, трахеи и бронхов в Казахстане.

Материалы и методы. Эпидемиологические показатели по заболеваемости и смертности были получены в Республиканском центре электронного здравоохранения (РЦЭЗ). Период исследования составил 8 лет, с 2010г. по 2017г..

Результаты. Уровень впервые выявленной заболеваемости раком трахеи, бронхов и легких за 2010-2017 гг. в Казахстане был равен $19,7 \pm 0,9$ на 100 тысяч населения (ДИ 95% 18,6-20,9) со снижением показателя в динамике на 17,3%. Минимальный показатель был зарегистрирован в 2015г. ($17,98\% \text{ooo}$), а максимальный в 2010г. ($22,14\% \text{ooo}$). В структуре заболеваемости новообразований рак легких, трахеи и бронхов занимал в среднем $10,2 \pm 0,8\%$ (ДИ 95% 9,2-11,1), также со снижением в динамике на 24,2%. Уровень распространенности новообразований был незначительно выше впервые выявленной заболеваемости ($20,3 \pm 0,9\% \text{ooo}$, ДИ 95% 19,2-21,4), также со снижением уровня в динамике на 15,7%. Уровень смертности по причине рака легких, трахеи и бронхов, несмотря на его снижение в динамике на 17,5%, был относительно высоким, составив $20,2 \pm 0,9\% \text{ooo}$, ДИ 95% 19,0-21,4, что свидетельствует о высоком уровне летальности. Показатели некоторых регионов Казахстана (например, Северо-Казахстанская с приростом онкозаболеваемости и Костанайская области) достоверно превышали республиканские данные по заболеваемости и смертности от рака легких, трахеи и бронхов. Показатель потери лет по причине инвалидности с новообразованиями легких, трахеи и бронхов в РК был на уровне $4,4 \pm 0,2\% \text{ooo}$, ДИ 95% 4,2-4,7, со снижением в динамике на 16,4%. Доминирующую часть в потере лет составляла преждевременная смертность ($490,8 \pm 24,1\% \text{ooo}$, ДИ 95% 460,3-521,4). Среднемноголетний интегральный показатель DALY в РК был равен $495,3 \pm 24,3\% \text{ooo}$ (ДИ 95% 464,4-526,1) со снижением показателя в динамике на 18,4%. За аналогичный период в сравнении с рядом стран мира показатель был достоверно выше, чем в Австралии, Израиле, Мексике, Финляндии, Швеции и Японии и ниже, чем в США, Бельгии, Канаде, Польше и Турции, хотя во всех странах в динамике также отмечалось снижение уровня в той или иной степени. Среди факторов риска рака легких можно выделить: табакокурение - около 20% населения в РК ежедневно курит, в промышленных регионах имеет место профессиональный контакт с канцерогенами и антропогенное загрязнение воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами, хронические заболевания легких, иммунодефицитные состояния.

Заключение. Рак легких в настоящее время, несмотря на снижение эпидемиологических показателей в динамике, является глобальной проблемой, с

высоким уровнем летальности, в том числе и в Казахстане, занимая в структуре преждевременной потери лет весомое место, что требует усиления превентивных, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

АНАЛИЗ ПОТЕРЬ ОТ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ КАЗАХСТАНА

Ибраева Л.К., Ныгиметова А.А., Аманбекова А.У., Бакиева К.М., Мирзо Е.М., Кузен Д.С., Мамедова З.М., Тургынбек А.К.

Кафедра внутренних болезней №3, Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Цель. Изучение потерь от смертности по причине хронических заболеваний легких в Карагандинской области РК.

Материалы и методы. Эпидемиологические показатели по смертности от хронических неинфекционных болезней органов дыхания были получены в Департаменте статистики. Период исследования составил 10 лет, с 2008г. по 2017г.. В сравнении со среднереспубликанскими данными анализировались структура, динамика, а также интегральный показатель потери лет (YLL) от преждевременной смертности, определяемый по стандартной методике с подсчетом прямых экономических потерь от ВВП по региону.

Результаты. Хотя распространенность болезней органов дыхания за исследуемый период как в области ($28543,9 \pm 616,2\text{‰}$, ДИ 95% 27718,1-29369,7), так и в РК ($29198,4 \pm 264,8\text{‰}$, ДИ 95% 28843,5-29553,3) не имела прироста, но доля смертности (показатель летальности) в распространенности увеличилась с 0,2% до 0,4%. Уровень смертности по причине хронических неинфекционных болезней легких в Карагандинской области ($40,2 \pm 7,5\text{‰}$ (ДИ 95% 30,1-50,3), промышленном регионе Казахстана, вырос с 2008 г. по 2017 г. более чем в два раза, но без достоверной разницы со среднереспубликанским уровнем $32,6 \pm 1,1\text{‰}$ (ДИ 95% 31,2-34,0). В РК прироста смертности по причине ХОБЛ не отмечалось, с 1990 г. хронические болезни органов дыхания в структуре общей смертности занимали 4-5 место. В структуре смертности от болезней органов дыхания в Карагандинской области хронические болезни легких занимали лидирующее место (49,1%). Уровень смертности по причине хронических болезней легких у сельского населения ($67,9 \pm 15,1\text{‰}$ (ДИ 95% 47,6-88,1) был достоверно выше, чем у городского населения ($33,0 \pm 6,0\text{‰}$ (ДИ 95% 25,0-41,1), при этом доля сельского населения в Карагандинской области за 2008-2017 гг. была равной 21,4%. Показатели уровней смертности имели линейную зависимость от возраста и достигали максимума в возрасте 70 лет и старше. Доля мужчин трудоспособного возраста, умерших по причине хронических болезней легких в 2017 г. составила 23%, женщин - 5%. Смертность мужчин превышала показатели для женского населения в 2,4 раза. Общие потери лет по причине хронических болезней легких составили 4,0‰ YLLs, 5,2‰ - у мужчин и 3,0‰ YLLs - у женщин. Прямые медико-социальные потери от хронических болезней легких трудоспособного населения в Карагандинской области составили $0,21 \pm 0,06\%$, ДИ 95% 0,17-0,24 от валового внутреннего продукта (ВВП) региона (58151,3 млн. тенге за 10 лет). Увеличение потерь от смертности отчасти может быть связано с загрязнением окружающей среды взвешенными частицами,

профессиональными рисками (численность работников, занятых во вредных условиях труда на 2016 г. в РК составила 368765 чел. (22% от всех работающих), в Карагандинской обл.- 72666 чел., 40%) и поведенческими рисками (курение).

Заключение. Ретроспективный анализ смертности по причине хронических болезней легких в Карагандинской области выявил ее увеличение, что требует медико-социальных мероприятий по её снижению.

РОЛЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Цель. Оценка критериев коронарного резерва у пациентов с имплантируемыми мультипрограммируемыми электрокардиостимуляторами (ЭКС) с помощью метода стресс-эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материал и методы. Обследовано 64 пациента с ЭКС (35 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст – $61,4 \pm 7,3$ года). У 39 пациентов была VVI-стимуляция и у 25 пациентов – AAI-стимуляция. Пациентам проводили доплер-ЭхоКГ и определяли кинетику стенки левого желудочка (ЛЖ) в 16 сегментах, согласно Американской эхокардиографического общества. Стресс-тест заключался в последовательном учащении частоты электростимулов через каждые 5 мин на 10 имп/мин путем перепрограммирования, начиная с 90 имп/мин до порогового уровня, определяемого следующими критериями: достижение субмаксимальной частоты электростимуляции по возрасту; индуцирование ишемии миокарда, эквивалентами которой являлось нарушение локальной сократимости ЛЖ (акинезия, гипо- и дискинезия) и/или возникновение частой желудочковой экстрасистолии. Критериями невключения в исследование являлись: перенесенный инфаркт миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия.

Результаты. В исходном состоянии, нарушение локальной сократимости ЛЖ выявили у 8 пациентов (32,0%) с AAI-стимуляцией и у всех пациентов – с VVI-стимуляцией, что объясняется межжелудочковой дисинергией на фоне правожелудочковой электростимуляции. При стресс-ЭхоКГ у пациентов с AAI-стимуляцией дополнительно учитывали появление ишемических изменений сегмента ST на электрокардиограмме. При этом, из 25 пациентов с AAI-стимуляцией у 6 (24,0%) частотный порог индуцирования ишемии (ЧПИИ) достиг субмаксимального значения по возрасту и составил у 15 пациентов 110 имп/мин и у 4 пациента – 120 имп/мин. Положительный стресс-тест составил 76,0%. При VVI-стимуляции у 18 пациентов (46,1%) положительный стресс-тест подтвердился за счет появления новых сегментов нарушения локальной сократимости ЛЖ и у 21 пациента (53,9%) отмечено усугубление существующих нарушений. Индекс нарушение локальной сократимости ЛЖ у пациентов с AAI-стимуляцией вырос от $0,82 \pm 0,16$ в исходном состоянии до $0,95 \pm 0,12$ при достижении ЧПИИ ($p=0,012$) и у пациентов с VVI-стимуляцией – от $1,72 \pm 0,56$ до $2,6 \pm 1,1$ соответственно ($p=0,006$). Следует отметить, что у пациентов с AAI-стимуляцией величина ЧПИИ составила в среднем $120,5 \pm 8,3$ имп/мин и у

пациентов с VVI-стимуляцией – $109,1 \pm 9,4$ имп/мин ($p=0,012$). Также показано, что при ЧПИИ, равной 100 имп/мин, конечно-диастолическое давление в ЛЖ на 32,4% выше и сердечный индекс на 17,8% ниже, чем при значениях ЧПИИ – 120-130 имп/мин.

Заключение. Предложенный метод стресс-ЭхоКГ является информативным и может быть использован в оценке эффективности медикаментозной и интервенционной терапии у пациентов с имплантируемыми ЭКС.

ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ИНТЕРФЕРЕНЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ

Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Цель. Определение основных причин электромагнитной интерференции (ЭМИ) имплантируемых электрокардиостимуляторов (ЭКС) и ее последствия.

Материал и методы. В исследование было включено 578 пациентов (352 мужчины и 226 женщин) с имплантированным ЭКС в возрасте от 27 до 75 лет ($63,8 \pm 7,2$ года), которые наблюдались от 2 до 18 лет, в среднем $6,9 \pm 1,3$ года. Пациентам имплантировались ЭКС в следующих режимах электростимуляции (ЭС): у 108 пациентов ААI, у 274 пациента VVI, у 81 пациента DDD, у 35 пациентов VVIR, у 17 пациентов DDDR. Показаниями к первичной имплантации ЭКС являлись: дистальная атриовентрикулярная блокада II-III степени у 305 пациентов, синдром слабости синусового узла у 169 пациентов и постоянная форма фибрилляции предсердий у 104 пациента. Из них, у 426 пациентов (73,7%) до имплантации ЭКС выявлялись синкопальные и/или пресинкопальные приступы. По данным теста ингибиции ЭКС, из 578 пациентов 193 были признаны как «пейсмейкер-зависимыми» пациентами. Необходимо отметить, что 219 (37,9%) пациентов с ЭКС в разное время получали лечебно-диагностические процедуры, которые потенциально способны вызвать ЭМИ, поскольку создают электромагнитные поля.

Результаты. У 5 пациентов с ЭКС типа VVI в анамнезе была успешно проведенная электрическая дефибрилляция по поводу внезапной остановки сердца, после чего у двух пациентов выявлено переключение ЭКС в асинхронный режим ЭС, т.е. нарушение функции детекции (гипосенсинг). В отличие от суточного мониторинга ЭКГ при проведении телеметрического мониторинга ЭКГ в стационаре у 9 пациентов с биоуправляемой ЭС (режимы ААI, VVI, DDD) зарегистрированы эпизоды ингибиции ЭКС (гиперсенсинг) и у 5 пациентов – немотивированного активирования функции частотной адаптации с учащением сердечного ритма. Наиболее уязвимой к ЭМИ оказалась параметры ААI-стимуляции и предсердного канала DDD-стимуляции, что объясняется с относительно низкими характеристиками тока/напряжения стимулирующих импульсов и, наоборот, высокой чувствительностью ЭКС к предсердным и внешним (некардиальным) сигналам. У 13 пациентов, подвергшихся кардиоторакальным операциям с использованием электрокоагуляции и/или кардиоверсии для запуска сердца после кардиopleгии, возникли нарушения ЭКС в виде учащения частоты импульсов (эффект наружного магнита) и

автоматическое перепрограммирование ЭКС. У 20 пациентов проводилась лазеротерапия по поводу офтальмологических осложнений и у 65 пациентов – стоматологические процедуры с использованием электрических приборов, ультразвуковых скальпелей и очистителей. После этих процедур проверка ЭКС не выявило стойких нарушений, требующих перепрограммирования ЭКС.

Заключение. Таким образом, безопасность функционирования системы ЭС требует четкого определения показаний/противопоказаний к лечебно-диагностическим процедурам и при необходимости минимизировать риск возникновения ЭМИ, а также проводить проверку системы ЭС после них.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Цель. Сравнить динамику структурно-функциональных показателей сердца у больных с хронической болезнью почек (ХБП), подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), в зависимости от величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Материал и методы. В исследование были включены 544 больных (356 мужчин и 188 женщин), которым выполнялось КШ. Возраст больных составил от 52 до 67 лет (средний возраст – $61,3 \pm 5,2$ года) и период наблюдения после операции – 12 месяцев. До операции у 179 больных (32,9%) расчетный показатель СКФ был выше $90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (1-я группа), у 253 больных (46,5%) составил $89-60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (2-я группа) и у 112 больных (20,6%) – $59-45 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (3-я группа). Из них, у 294 больных (54,0%) была артериальная гипертензия ($\text{АД} \geq 140/90 \text{ мм рт. ст.}$), у 117 больных (21,5%) – сахарный диабет 2 типа, у 311 больных (57,2%) – хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II функционального класса (ФК), у 74 больных (13,7%) – III ФК и у остальных был I ФК. До операции в 1-й группе гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 61 больного (34,1%), во 2-й группе – у 107 больных (42,3%) и в 3-й группе – у 59 больных (52,7%). Больным до и через 6 и 12 месяцев после операции проводили суточное мониторирование АД и ЭКГ, доплер-эхокардиографию, определяли микроальбуминурию и СКФ.

Результаты. Следует отметить, что через 6 месяцев после операции 1-й группе изменения СКФ были незначительными и неоднозначными, а во 2-й и 3-й группах она достоверно увеличилась в среднем на 12,3% ($p=0,022$) и 23,6% ($p<0,001$). Эхокардиографические исследования, проведенные через 12 месяцев после операции, показали, что в 1-й группе ГЛЖ имеется у 49 больных (28,8%), во 2-й группе – у 90 больных (36,7%) и в 3-й группе – у 45 больных (47,4%). Уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка после операции составило в среднем на 8,3% ($p=0,016$), во 2-й группе – на 10,4% ($p=0,008$) и в 3-й группе – на 13,5% ($p<0,001$). В 3-й группе ИММЛЖ уменьшился в основном за счет уменьшения размеров полости ЛЖ – конечного систолического и диастолического объемов. Кроме того, достоверное улучшение показателей

диастолической функции ЛЖ – показателей трансмитрального диастолического потока, в 1-й группе отмечено у 23 больных (13,5%), во 2-й группе – у 47 больных (19,2%) и в 3-й группе – у 26 больных (27,4%). Выявлена прямая корреляция СКФ с ИММЛЖ ($r = 0,52$; $p=0,014$) и показателем V_e/V_a , обратная корреляция – с индексом объема левого предсердия ($r = 0,048$; $p=0,032$).

Заключение. Установлено, что динамика структурно-функционального ремоделирования левого желудочка у больных с хронической болезнью почек после хирургической реваскуляризации миокарда прямо коррелирует с выраженностью улучшения функции почек.

СОСТОЯНИЕ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ И ВНУТРИПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БЕЗ НЕЕ

Искендеров Б.Г.

**Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия**

Цель. Изучить корреляции показателей внутривисцерального кровотока и эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) у больных с хронической болезнью почек (ХБП) и артериальной гипертензией (АГ) и без нее.

Материалы и методы. Обследовано 85 больных (39 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 43 до 67 лет ($55,4 \pm 5,8$ лет), страдающих ХБП II стадии (скорость клубочковой фильтрации – СКФ 60-89 мл/мин/1,73м²). Из них у 51 больного была АГ I-II степени (1-я группа), а у 34 больных (2-я группа) АД было в пределах нормы ($АД < 140/90$ мм рт. ст.). С помощью ультразвукового доплеровского исследования плечевой артерии и по методу D.S. Celemajer et al. определяли величину ЭЗВД, а также изучали показатели почечного кровотока на различных уровнях сосудистого русла: устья почечной артерии; сегментарные и междолевые артерии. В исследование включали больных, у которых колебания показателей правого и левого почечного кровотока не превышали 5%, что позволило при оценке внутривисцерального кровотока учитывать средние значения показателей для обеих почек. Больным также проводили доплер-эхокардиографию, при необходимости суточное мониторирование АД. Инструментальные исследования проводили через 2-3 суток после отмены антигипертензивных препаратов.

Результаты. В 1-й группе показатели клинического измерения систолического и диастолического АД (САД, ДАД) соответствовали $165,5 \pm 10,3$ и $98,6 \pm 5,2$ мм рт. ст. и во 2-й группе – $130,4 \pm 8,6$ и $86,1 \pm 3,3$ мм рт. ст. соответственно. Эндотелиальная дисфункция (величина ЭЗВД $< 10\%$) в 1-й группе выявлена у 38 больных (74,5%), а во 2-й группе – у 13 больных (38,2%). Средние показатели ЭЗВД в 1-й группе были достоверно ниже, чем во 2-й группе: $5,6 \pm 0,4$ и $8,3 \pm 0,7\%$ соответственно ($p=0,006$). Выявлено, что в обеих группах показатели максимальной скорости систолического потока (V_{ps}) в устье почечных артерий и в сегментарных артериях по сравнению с нормативными показателями несколько снизились ($p > 0,05$) и различие между группами больных было недостоверным ($p > 0,05$). Однако показатели V_{ps} и индекса резистентности в междолевых артериях в 1-й группе оказались достоверно выше, чем во 2-й группе: $45,1 \pm 5,4$ против $36,0 \pm 6,7$ см/с ($p=0,002$) и $0,68 \pm 0,04$ против $0,62 \pm 0,05$ ($p=0,03$). Различие конечной

диастолической скорости в междолевых артериях в группах было недостоверно: $17,5 \pm 4,7$ см/с против $19,2 \pm 3,3$ см/с ($p > 0,05$). Между группами больных выявлена достоверная обратная корреляция показателей ЭЗВД и индекса резистентности в междолевых артериях: $R = -0,452$ ($p = 0,011$). Также уровни ДАД прямо коррелировали с показателем индекса резистентности ($R = 0,321$; $p < 0,05$), а уровни САД – с показателями V_{ps} в сегментарных и междолевых артериях.

Заключение. Таким образом, у 38,2% больных с ХБП II стадии и без АГ выявляется эндотелиальная дисфункция. Индекс резистентности и систолическая скорость кровотока в междолевых артериях у больных с АГ достоверно выше, чем у больных без АГ.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кадилова Ш.С., Камилова У.К., Алимов У.Х.

Бухарский Государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина, ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Бухара, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить взаимосвязь показателей психологического статуса и течения заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. В исследование были включены 62 мужчин ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной ХСН I-III ФК по NYHA. Оценку психологического статуса проводили с применением методики самооценки депрессии (шкала Цунга) и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты: У обследованных больных анализ данных опросников выявили нарушения психологического состояния различной степени выраженности у 42 (55,5%) больных. Среди обследованных больных с I ФК ХСН больные с депрессией составляли 19,4% и с тревожными расстройствами - 33,5%. При II ФК больные с депрессией составили 36,4%, тогда как с тревожными состояниями составили 23,2%. У больных с III ФК больные с депрессией составили 39,8%, тревога наблюдалась у 18,5% больных. Легкая степень депрессии встречалась у 43,7% больных, средней тяжести у 31,5% и тяжелая степень у 24,8% больных. Показатели депрессии ассоциировались с выраженностью клинических симптомов по ШОКС ($r = 0,46$; $P < 0,05$). Выявлена зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием $r = 0,42$; $P < 0,05$).

Вывод. Таким образом, у больных с ХСН изучение психологического статуса показало взаимосвязь между показателями психологического состояния и прогрессированием заболевания: у больных с III ФК выявляются чаще более тяжёлые нарушения с преобладанием депрессивных расстройств (39,8%), чем при I ФК (19,4%).

ОСОБЕННОСТИ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Мусаева Р.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан, Бухарский Государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сина, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности ангиографических параметров у больных с III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН).
Материал и методы. Обследованы 50 больных с III ФК ХСН в возрасте 45 до 55 лет (средний возраст $52,52 \pm 6,21$ лет), находившихся на стационарном лечении в областном многоцентровом медицинском центре Бухарской области. Всем пациентам проведены тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), шкала оценки клинического состояния (ШОКС) больных, клинико-физикальные и ангиографические исследования. Мужчины составляли 90% (45 пациентов) и женщины – 10% (5 пациентов). Критериями исключения из исследования явились: больные с ранее проведенной ЧКВ со стентированием или аортокоронарным шунтированием (АКШ) в анамнезе; с тяжелой сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы (аневризма аорты; клапанная патология, требующая хирургической коррекции; выраженная систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) ($ФВлж < 35\%$); тяжелая почечная недостаточность); пациенты не толерантные к приему антикоагулянтов/дезагрегантов; лица с наличием бифуркационных поражений. Для оценки рентгеноморфологических характеристик пациентов проводилась селективная коронароангиография (КАГ) венечных сосудов с учетом ангиографических параметров: процент стеноза, количество стенотических поражений, классификация стенотических поражений по типам А-В-С, локализация поражений (проксимальная, средняя, дистальная) и диаметр артерии. Изучались следующие бассейны коронарных артерий: передняя нисходящая артерия (ПНА), огибающая артерия (ОА), ветвь тупого края (ВТК), промежуточная артерия (ПрА), правая коронарная артерия (ПКА), задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) и левая желудочковая ветвь (ЛЖВ).
Результаты. Ангиографическая характеристика выявила, что у больных с III ФК ХСН превалировал правовенечный тип кровоснабжения у 64% ($p=0,053$; $\chi^2=2,138$). Второе место по частоте встречаемости атеросклеротических поражений принадлежало бассейну ПКА – 32% больных. Степень стенотических сужений в бассейне ПКА составил 55-60% у 6% больных, 60-670% у 4% больных, 70-85% - у 14% и 85-95% у 24% больных. Результаты показывают, что у больных III ФК ХСН наиболее часто встречалось поражение коронарных артерий до 85-95%, при этом у 10% больных наблюдалась тотальная окклюзия коронарных артерий. У 3(6%) больных коронарные артерии были без изменений. Сужение ЛКА до 50-60% выявилось у 12% пациентов, до 85-95% у 16% пациентов. У 4(8%) пациентов не было изменений в коронарных артериях. У 16 (32%) пациентов встречались 2-сосудистые поражения. При анализе взаимосвязи степени поражения коронарных сосудов и клинического течения ХСН выявлено, что при поражении коронарных артерий 55-60% ТШХ составил $234,7 \pm 28,2$ метров, при поражениях 85-95% - $197,7 \pm 24,8$ метров. При изучении показателей ШОКС также

установлено, что при поражениях коронарной артерии 85-95% данный показатель составил $13,19 \pm 0,68$ баллов, что было в 1,7 раз выше по сравнению с показателем ШОКС при поражениях коронарных артерий 55-60%.

Выводы: Таким образом, у больных ХСН поражения коронарных артерий имела взаимосвязь с тяжестью течения заболевания, оцениваемое по показателям ТШХ и ШОКС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Юнусова Н.Ш., Сафаров А., Тагаева Д.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить влияние комплекса физических тренировок на показатели толерантности к физической нагрузке, качества жизни и сердечную гемодинамику больных ХСН с ДП.

Материал и методы. Обследовано 137 больных с ИБС с I, II и III ФК ХСН. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (основная) – 55 больных ХСН I ФК (23), II ФК (20), III ФК (12), которым проводился курс физической реабилитации в сочетании с медикаментозной терапией (МТ) и 2 группа (группа сравнения) – 82 больных ХСН I ФК (27), II ФК (30), III ФК (25), получавших только МТ. Курс физической реабилитации включал комплекс физических упражнений: утренняя гимнастика, тренировка аэробной направленности в виде дозированной ходьбы. Продолжительность комплекса занимало – 30 минут. Обязательным компонентом тренировочной программы была ежедневная 30 минутная дозированная ходьба с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС). Показатели качества жизни (КЖ) оценивали с применением «Миннесотского опросника».

Результаты. У больных как 1 так и 2 группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p < 0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p < 0,001$) по сравнению с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p < 0,001$). Исходные показатели КЖ по суммарному индексу (СИ) показал достоверное увеличение его - у больных с I ФК - $24,3 \pm 1,32$ баллов, со II ФК - $36,8 \pm 2,36$, III ФК - $44,67 \pm 2,28$. Оценка показателей КЖ до лечения показала, что СИ КЖ у больных II ФК был на 17,1 % и 15,4% ($p < 0,01$), у больных III ФК на 38% и 37,7% ниже, чем у больных I ФК. После 6 месячного лечения в 1 группе больных СИ КЖ и сумма баллов ШОКС уменьшились от исходных значений - у больных I ФК на 35,5% и 50,7% ($p < 0,001$), у больных II ФК на 25,8% и 42,6% ($p < 0,001$), у больных III ФК на 23,8% и 29,2% ($p < 0,001$), соответственно. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 15,1%, 16,5% и 16,6% ($p < 0,001$). На фоне 6 месяцев лечения у больных 2 группы было отмечено достоверное повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции ТШХ у больных с I, II и III ФК на 14,0%, 14,9% и 12% ($p < 0,001$). Повышение толерантности к физической нагрузке больных сопровождалось улучшением показателей КЖ больных с ХСН, что выражалось в

уменьшении СИ КЖ и ШОКС: у больных с I ФК ХСН на 32,4% и 42,0% ($p<0,001$), со II ФК ХСН на 23,0% и 41,3% ($p<0,005$), с III ФК ХСН на 9,5% и 18,2% ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, включение курса физической реабилитации в комплексное лечение больных ХСН с ДП повышает эффективность медикаментозной терапии, улучшает клиническое состояние больных, общего самочувствия, сна, настроения, толерантности к физическим нагрузкам, повышению работоспособности и улучшению КЖ больных.

ВЕРОЯТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОЗА СТЕНТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Карнишкина О.Ю., Лещанкина Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева» Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучить факторы, влияющие на развитие тромбоза стента у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием.

Материал и методы. Обследовано 113 пациентов, перенесших ЧКВ со стентированием. Исходно все пациенты получали двойную антиагрегантную терапию (клопидогрель 75 мг 1 раз в сутки и ацетилсалициловая кислота 75-100 мг/сутки). Период наблюдения составил 36 месяцев после имплантации стента в симптом-зависимую артерию. 1 группу с развившимся тромбозом стента (ТС) составили 27 пациентов, 2 группу - 86 больных без развившегося осложнения. Референтную группу составили 100 здоровых лиц. Анализировались клинико-лабораторные и ангиографические параметры пациентов и результаты генетического исследования. Полиморфизм выявляли методом ПЦР в реальном времени с использованием тест-систем. Влияние независимых значений на зависимую переменную определяли путем проведения регрессионного анализа. Рассчитывались: критерий χ^2 , отношения шансов (Odds Ratio (OR)) и указанием 95% доверительного интервала (ДИ), критерий Фишера (F).

Результаты. В обеих группах преобладали мужчины (67%) в 1 группе против 86% - во 2 группе; ($F=0.04357$, $p<0,05$). Возраст обследуемых 1 группы составлял в среднем $56,8\pm 8,65$ лет, 2 группы - $56,3\pm 5,7$ лет ($p<0,05$). Среди факторов кардиоваскулярного риска преобладали артериальная гипертензия (100% и 62% соответственно, $\chi^2 = 5.101$, $p<0,05$), дислипидемия (89% и 67,4%; $p=0.030$), курение (44% и 22%; $\chi^2 = 5.157$, $p<0,05$) и ожирение (33% и 13%; $p=0.015$). В группе с ТС значимо преобладали пациенты с сахарным диабетом 2 типа (48% против 15%; $\chi^2=12.657$, $p<0,001$, $F=0.00108$, $p<0,05$). В 1 группе отмечен повышенный уровень общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), тромбоцитов, СОЭ, фибриногена ($p<0,05$). Значимыми предикторами тромбоза стента явились: многососудистое поражение ($\chi^2<0,001$, $F<0,001$), установка 2 и более стентов при ЧКВ ($\chi^2<0,001$, $F<0,001$), протяженное поражение симптом-зависимой артерии $>30\%$ ($\chi^2<0,001$, $F<0,001$), малый диаметр коронарной артерии (КА) <3 мм ($\chi^2<0,001$, $F<0,005$), стеноз (81%-90%) ($\chi^2<0,001$, $F<0,005$). В группе с ТС отмечены также неблагоприятные генетические предикторы: комбинация полиморфизмов системы гемостаза (сосудисто-тромбоцитарного и в большем количестве плазменного звена);

отсутствие протективного аллеля А гена F7 и Т гена F13A1 ($p < 0,05$), носительство генотипа 681GG гена CYP2C19, (CYP2C19*2 rs4244285) при наличии метаболических нарушений ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о многообразии причин, приводящих к развитию тромбоза стента (как традиционные факторы кардиоваскулярного риска, особенности поражения коронарного русла, а также наличие неблагоприятных генетических ассоциаций).

ЭКСПРЕССИЯ ТРОПОНИНА-1, ICAM-1, IL-6 В БУККАЛЬНОМ ЭПИТЕЛИИ КАК БИОМАРКЕРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА
Карпасова Е.А.¹, Бунин В.А.¹, Линькова Н.С.^{1,2}, Козлов К.Л.¹, Кветной И.М.^{1,3,4}

¹ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург Россия; ² Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва, Россия; ³ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург, Россия; ⁴ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) - одна из основных причин смертности населения в развитых странах. Ранняя диагностика инфаркта миокарда (ИМ) и его эффективное лечение улучшают прогноз выживаемости и качество жизни пациентов. Оценка экспрессии сигнальных молекул в буккальном эпителии (БЭ) представляет собой малоинвазивный метод ранней диагностики различных заболеваний.

Цель работы - исследование экспрессии тропонина I, молекулы адгезии ICAM-1 и плейотропного цитокина IL-6 в БЭ у лиц без ССЗ и у пациентов с ИМ.

Материал и методы. Материал БЭ у доноров без ССЗ и пациентов с ИМ получали от лиц среднего, пожилого и старческого возраста. Цитологические мазки готовили с использованием метода жидкостной цитологии. Экспрессию сигнальных молекул изучали методом иммуноцитохимии и флуоресцентной конфокальной микроскопии. Количественную оценку экспрессии сиртуина-6 проводили в программе Videotest Morphology 5.2 по площади экспрессии (%) с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. Экспрессия тропонина I у лиц разного возраста, перенесших ИМ, в 3-5 раз превышала соответствующие значения у лиц без ССЗ. Экспрессия молекулы адгезии ICAM-1 у пациентов пожилого и старческого возраста с ИМ была в 1,3-1,5 раз выше, чем у лиц среднего возраста без ССЗ. У лиц среднего, пожилого и старческого возраста с ИМ экспрессия ICAM-1 возрастала в 2-6 раз по сравнению с людьми без ССЗ. Экспрессия IL-6 у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста, перенесших ИМ, была в 4-5 раз выше чем у лиц без ССЗ.

Заключение. Определение уровня экспрессии тропонина I, ICAM-1 и IL-6 в БЭ у лиц среднего, пожилого и старческого возраста представляет собой перспективный метод оценки риска развития и эффективности лечения ИМ у лиц разных возрастных групп.

Работа поддержана грантом РФФИ 18-54-06012 Аз_а

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТУИЦИИ В СТРУКТУРЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Кириухин О.Л., Морозова Л.С., Сафонкина О.С., Лихоткина Е.А.,
Трусова Е.В.**

**ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Рязанской области»,
Рязань, Россия**

Известно, что каждый с рождения обладает интуицией, которую определяют, как антиципацию или опережающее отражение происходящего, т.е. предсказание или предвидение будущих событий. Развитие интуиции основано на накопленном жизненном опыте, углубленных и специальных знаниях и навыках и особенном чувственном восприятии мира. Существует несколько научных подходов к изучению способностей к предвидению событий, однако не выработано единого представления о роли интуиции в психопатологии и при различных заболеваниях.

Цель. Определение уровня интуиции у больных артериальной гипертензией в связи с особенностями психического состояния.

Материалы и методы. Обследовано 107 пациентов, поступивших в стационар терапевтического отделения для лечения по поводу артериальной гипертензии (49 мужчин и 58 женщин), средний возраст которых составил $57,2 \pm 3,9$ лет. Все они информировано согласились на диагностическую работу с врачом-психотерапевтом. Психодиагностическое обследование проводили с использованием системы тестов «МедиаБлок» Уровень развития интуиции оценивали по визуально-описательному тесту Макарова, где используются три категории: низкий, средний и высокий уровень интуиции.

Результаты. 28,9% (31 человек) пациентов по данным обследования обнаружили признаки пограничных психических расстройств. Среди них: 16% составили расстройства настроения (депрессия, тревога, дистимия), 59,8% - невротические расстройства (тревожные расстройства и панические атаки, соматоформные расстройства, неврастения и др. формы неврозов), 24,1% - нарушения адаптации. Тревога проявлялась психическим напряжением, нарушением ночного сна, беспокойством, чувством внутренней дрожи и другими соматовегетативными расстройствами, особенно усиливающимися под действием стрессовых факторов. У всех больных оценивался уровень интуиции. При этом 1/3 больных с тревожными расстройствами, обнаружили высокий уровень интуиции, а 1/3 из них обладали средним уровнем, тогда как среди «психически стабильных» пациентов уровень интуиции был в большинстве протоколов низким. Примечательно, что за время обследования и наблюдения за больными в стационаре, 6 пациентов были переведены с осложнениями, вызванными артериальной гипертензией (инсульт, нестабильная стенокардия, острый коронарный синдром) в сосудистый центр. По результатам тестирования их отличал высокий уровень ситуационной и личностной тревоги.

Заключение.

Полученные результаты заставляют задуматься над тем, не является ли тревога у больных с артериальной гипертензией предчувствием надвигающейся беды? Не является ли она онтогенетическим механизмом спасения индивида от угрожающего течения болезни? Не зависит ли манифестация тревоги проявлением ухудшения картины основного заболевания, которую предвосхищает сознание пациента? Очевидно одно - у больных артериальной

гипертензией, проявляющих тревогу, наряду с проведением психокоррекционных мероприятий, необходимо усилить контроль и лечение артериального давления.

УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Князева Т.А., Никифорова Т.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель данного исследования: использование вспомогательного кровообращения методом наружной контрпульсации в реабилитации пациентов ишемической болезнью сердца после перенесенной хирургической реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое рандомизированное исследование с включением 60 пациентов ишемической болезнью сердца в ранние сроки (через 7-10 суток) после перенесенной хирургической реваскуляризации миокарда (20 пациентов после аорто или мамаро-коронарного шунтирования, 40 пациентов после чрезкожной баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий). Пациенты были равномерно по виду реваскуляризации распределены на 2 группы: 1-ая группа (30 пациентов) получала на фоне стандартной медикаментозной терапии курс усиленной наружной контрпульсации, 2-я группа (30 пациентов) находилась только на стандартной медикаментозной терапии. Обследование проводилось при помощи суточного мониторинга ЭКГ, эхокардиографии, велоэргометрии, теста САН. Полученные результаты статистически обрабатывались при помощи программ EXEL, STATISTICA 10. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Получен достоверный антиангинальный, антиишемический, аритмический эффекты у пациентов ишемической болезнью сердца под влиянием курса усиленной наружной контрпульсации на фоне медикаментозной терапии: у 76% пациентов 1-й группы уменьшился класс тяжести стенокардии напряжения, уменьшилось количество эпизодов стенокардии за неделю с $2,66 \pm 0,15$ до $1,3 \pm 0,07$, на 50%, ($p < 0,01$), количество приемов нитратов за сутки уменьшилось с $2,8 \pm 0,18$ до $1,5 \pm 0,08$, на 47%, ($p < 0,01$), количество желудочковых экстрасистол уменьшилось с $52,98 \pm 5,8$ до $23,9 \pm 3,2$ на 55%, ($p < 0,01$). Во 2-й группе пациентов количество эпизодов стенокардии за неделю уменьшилось с $2,78 \pm 0,17$ до $2,1 \pm 0,09$, на 25%, ($p < 0,05$), количество приема нитратов уменьшилось с $2,6 \pm 0,15$ до $2,1 \pm 0,09$, на 20%, ($p < 0,05$), количество желудочковых экстрасистол за сутки уменьшилось с $57,65 \pm 7,8$ до $42,9 \pm 4,2$ на 26%, ($p < 0,05$). Улучшилась сократительная функция миокарда: фракция выброса повысилась в 1-й группе пациентов с $49,5 \pm 2,78$ до $53,46 \pm 4,2\%$, на 7,5%, ($p < 0,01$), во 2-й группе с $48,9 \pm 2,65$ до $50,32 \pm 3,5\%$, на 3%, ($p < 0,05$), что, можно объяснить влиянием усиленной наружной контрпульсации на ишемические и метаболические процессы миокарда. Объем выполненной нагрузки повысился в 1-й группе с $64,58 \pm 3,2$ до $95,6 \pm 3,4$ Вт, на 32,5%, ($p < 0,01$), во 2-й - с $64,58 \pm 3,2$ до $85,6 \pm 3,4$ Вт, на 24,6%, ($p < 0,05$). Вследствие улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы отмечено более выраженное восстановление психо-

эмоционального состояния пациентов 1-й группы, у которых САН повысился на 76 %, ($p < 0,01$), во 2-й группе – на 25%, ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, можно констатировать повышение антиишемического, антиангинального и антиаритмического эффектов с определенным повышением физической работоспособности под влиянием курса наружной контрпульсации в реабилитации пациентов ишемической болезнью сердца в ранние сроки после хирургической реваскуляризации миокарда.

ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМ: ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Кожемжарова М.К., Базарова А.В.

**НАО «Медицинский университет Астана», кафедра внутренних болезней №3,
Нур - Султан, Казахстан**

Диагностика и дифференциальная диагностика пациентов с признаками гиперкортизолизма является непростой задачей для врачей общей практики, может приводить как к гипердиагностическим ошибкам, так и позднему выявлению заболевания.

Цель исследования: оценить соответствие проводимых диагностических тестов при синдроме гиперкортизолизма (СГ) в общей клинической практике в сравнении с рекомендациями международных руководств.

Методы исследования: Мы проанализировали данные диагностических тестов, выполненных у 61 пациента с различными формами гиперкортизолизма в возрасте от 17 лет до 68 лет с 2014 года по 2016 годы на клинических базах кафедры внутренних болезней №3 АО «Медицинский университет Астана». Средний возраст обследуемых составил $34,8 \pm 12,9$ лет, из них 19 (31,2%) мужчин и 42 женщины (68,8%). Анализ подтверждения СГ проводился на основании алгоритма диагностики Endocrine Society clinical practice guideline 2008.

Результаты: У 24 пациентов патологический гиперкортизолизм был исключен, установлен функциональный гиперкортизолизм. Из оставшихся 37 пациентов с эндогенным гиперкортизолизмом (ЭГ) в 30 случаях (81,1%) у пациентов была диагностирована БИК, у 6 пациентов (16,2%) зарегистрировано первичное поражение надпочечников (ГКС), в одном случае (2,7%) установлен диагноз АКТГ-эктопированного синдрома (карциноид тимуса).

В группе больных с первично установленным диагнозом БИК (кортикотропинома) – у 16 больных (53,3%) диагноз не соответствует существующим международным руководствам, ни один из пациентов не был обследован по алгоритму. У 14 (46,7%) пациентов с подтвержденной БИК недообследованы 10 пациентов (71,4), у 4 пациентов (28,6%) данные обследования подтверждались руководствами международных сообществ.

Из скрининговых тестов первой линии при обследовании пациентов с подозрением на гиперкортизолизм: дексаметазоновый супрессивный тест был сделан только в 15% случаях, определение суточной экскреции кортизола с мочой и ночное определение кортизола в слюне в 5% и 4% соответственно. Во всех случаях (100%) диагноз патологического гиперкортизолизма устанавливался на

основании повышенного уровня кортизола крови, что не соответствует алгоритму диагностики Endocrine Society clinical practice guideline 2008.

Заключение. При установлении диагноза эндогенного гиперкортизолизма в рутинной практике врачей общей практики, врачей эндокринологов превалирует определение кортизола сыворотки крови в утреннее время. Скрининговые тесты, утвержденные клиническими руководствами, используются в малом проценте случаев от 4-5% до 15%, что приводит к гипо- или гипердиагностике и соответственно задержке активной терапии больных с синдромом Кушинга.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АКТГ ЗАВИСИМЫМ ГИПЕРКОРТИЗОЛИЗМОМ В ООБЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАЗАХСТАНА

Кожемжарова М.К., Базарова А.В.

**НАО «Медицинский университет Астана», кафедра внутренних болезней №3,
Нур - Султан, Казахстан**

Цель исследования: оценка эффективности методов лечения у пациентов с АКТГ зависимыми гиперкортизолизмом.

Методы исследования: Мы проанализировали данные амбулаторных карт и историй болезней у 30 пациентов с болезнью Кушинга в возрасте от 17 лет до 54 лет с 2014 года по 2016 годы на клинических базах кафедры внутренних болезней №3 АО «Медицинский университет Астана». Средний возраст обследуемых составил $34,5 \pm 12,6$ лет, из них 10 (66,7%) мужчин и 20 женщин (33,3%).

Результаты: Все пациенты с установленным диагнозом болезнь Кушинга были проанализированы на основании алгоритма диагностики Endocrine Society clinical practice guideline 2008 с использованием скринингов первой линии. В группе больных с первично установленным диагнозом болезни Кушинга (кортикотропинома) – у 16 больных (53,3%) диагноз не соответствует алгоритму диагностики, ни один из пациентов не был обследован по протоколу. У 14 (46,7%) пациентов с диагнозом болезни Кушинга был подтвержден.

При оценке эффективности проведенных методов лечения выявлено, что из 14 больных (46,7%) с верифицированным диагнозом БИК лечение с учетом современных протоколов проведено лишь у 6 пациентов, из них: трансфеноидальная аденомэктомия у 4 больных (29%), сочетание трансфеноидальной аденомэктомии и радиооблучения («гамма нож») у 1 пациента (7%), только радиооблучения у 1 пациента (7%). Среди оставшихся 8 пациентов с подтвержденным БИК 7 пациентов (50%) получают консервативную терапию карбегוליном и кетоконазолом, 1 пациенту (7%) проведена адреналэктомия.

После проведенных радикальных методов терапии болезни Иценко-Кушинга, только у 1 пациента (16,7%) достигнута клиничко-биохимическая ремиссия, у остальных 5 пациентов (83,3%) отмечается рецидив заболевания.

Заключение: Среди пациентов с АКТГ зависимым гиперкортизолизмом только в 46,7% диагноз был подтвержден, из них лишь у 6 пациентов проводилась активная терапия и только у одного пациента достигнута клиничко-биохимическая ремиссия.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ МОЛОДЫХ ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРА

Корнеева Е.В.¹, Воевода М.И.², Семаев С.Е.², Максимов В.Н.²

¹БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут,
Россия

²НИИ терапии и профилактической медицины» - филиал ФГБНУ
"Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО
РАН", Новосибирск, Россия

Цель: выявить ассоциацию между полиморфизмами генов и компонентами метаболического синдрома (МС) у молодых жителей северного региона.

Методы исследования. Обследовано 834 молодых человека в возрасте 18-44 лет, из них 695 пациентов с проявлением МС и 139 здоровых молодых людей. Проведено: измерение ИМТ, объема талии (ОТ), АД, исследование липидного и углеводного обмена, ПЦР с ПДРФ для выделения геномной ДНК rs1801133 (С677Т) гена MTHFR и rs1378942 гена CSK.

Результаты Частоты носительства генотипов rs1801133 гена MTHFR среди пациентов с МС составили СС – 54,1 %, СТ – 36,1 %, ТТ – 9,8 %. Носительство мутантного аллеля Т было отмечено у 27,8% всех пациентов с МС, ниже чем в контрольной группе (32,7%). Частота носительства гетерозиготного генотипа TG rs1378942 гена CSK у молодых людей с МС составила 50,3%, в то время как гомозиготное носительство GG - 20,4%, ТТ – 29,3%. При анализе распределения частот носительства генотипов rs1801133 (С677Т) гена MTHFR и rs1378942 гена CSK как среди коренных, так и некоренных жителей выраженных различий выявлено не было. Однако, встречаемость гомозиготного генотипа ТТ rs1378942 гена CSK и rs1801133 (С677Т) гена MTHFR среди коренных жителей с МС несколько выше, чем среди некоренных пациентов с МС. Среди пациентов с абдоминальным ожирением (АО) и без АО частота носителей гетерозиготного генотипа TG rs1378942 гена CSK составила 50,3% и 48,7%, соответственно, и встречалась чаще, чем гомозиготные варианты GG и ТТ. Носительство мутантного аллеля Т rs1801133 С677Т гена MTHFR среди пациентов с АО отмечено у 9,8%, среди пациентов без АО – у 10,8% (ОШ 0.856, 95%ДИ 0,474-1,545, p=0.302). Была выявлена ассоциация АГ с носительством мутантного аллеля Т rs1801133 С677Т гена MTHFR у пациентов с АГ (ОШ 1.777, 95%ДИ 1,004-3.146, p=0.291). При анализе липидного спектра, патологический аллель Т rs1378942 гена CSK ассоциирован с гипертриглицеридемией (ОШ 2.018, 95%ДИ 1.110-3.368, p=0.305), снижением уровня ХС ЛПВП в сыворотке крови (ОШ 1.234, 95%ДИ 0.944-1.612, p=0.136). Носители гетерозиготного TG rs1378942 гена CSK чаще встречались среди пациентов с АО (48,7%), с гипергликемией (53,5%), со снижением ХС ЛПВП (50,8%), с гиперхолестеринемией (50,6%), с гипертриглицеридемией (49,8%). Среди пациентов, имеющих мутантный аллель Т rs1801133 С677Т гена MTHFR в гетерозиготном и гомозиготном состоянии, выявлена ассоциация с АГ (ОШ 1.777, 95%ДИ 1,004-3.146, p=0.291), с гипертриглицеридемией (ОШ 1.365, 95%ДИ 0.575-3.237, p=0.441), с гипергликемией (ОШ 1.513, 95%ДИ 0.964-2.374, p=0.230).

Заключение. Нами выявлена связь полиморфизма rs1801133 C677T гена MTHFR, rs1378942 гена CSK с отдельными компонентами МС, что свидетельствует о генетической предрасположенности лиц к метаболическим нарушениям и необходимости ранней профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Косыбаева А.Е.,¹ Бакирова Р.Е.,¹ Шакенова Ж.С.,¹ Кожамбердиева Д.А.²

¹ - НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

² – Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Цель. Выявить клинические особенности больных внебольничной пневмонией в зависимости от степени тяжести.

Материал и методы. Проведено обследование 78 больных с внебольничной пневмонией (ВП) в возрасте от 21 года до 69 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли больные с ВП средней степени тяжести (n=45), во 2-ю – пациенты с заболеванием тяжелой степенью тяжести (n=33). В группу контроля вошли 35 практически здоровых лиц. Верификацию диагноза внебольничная пневмония проводили согласно общепринятым клинико-рентгенологическим и лабораторным критериям.

Результаты. Половозрастная характеристика больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести представлена больными в возрасте от 21 до 69 лет, в том числе, 22 мужчинами и 23 женщинами. Основную часть больных с ВП средней степени (86,3%) составили лица трудоспособного возраста – от 25 до 53 лет. По площади поражения пневмония охватывала не более одной доли или несколько сегментов. В 69,7% случаев по распространению и локализации пневмония была правосторонней (нижнедолевой). В клинической картине превалировал интоксикационный синдром, наблюдалась астенизация, снижение аппетита. В периферической крови пациентов отмечался умеренный лейкоцитоз с ускорением СОЭ. Положительная рентгенологическая динамика наблюдалась уже на 7-10 сутки терапии ВП.

Группа больных с тяжелой внебольничной пневмонией состояла из 18 мужчин и 15 женщин, среди которых 67% больных были лицами молодого и среднего возраста (от 26 до 59 лет). Площадь инфильтрации составляла более одной доли (полисегментарная) и/или наблюдалось двухстороннее поражение легочной ткани. Наличие двухсторонней пневмонии было зафиксировано у 35% больных. У 12,1% отмечался гемофтиз, 84,8% имели высокую лихорадку. Тяжелое состояние больных было обусловлено выраженным интоксикационным синдромом и дыхательной недостаточностью. В периферической крови длительно сохранялся лейкоцитоз со сдвигом в сторону палочкоядерных нейтрофилов и значительным преобладанием в лейкоцитарной формуле гранулоцитов. Рентгенологическая динамика в течение 10 дней после госпитализации была незначительной, несмотря на снижение симптомов дыхательной недостаточности и лихорадки.

В структуре осложнений следует выделить основные нозологии, которые были выявлены среди больных средней и тяжелой степени внебольничной пневмонии. У пациентов с ВП тяжелой степени тяжести отмечались следующие легочные

осложнения: в 9,% случаев имел место экссудативный плеврит, в 15,2% случаев – сухой плеврит. Наиболее распространенным осложнением (14%) стал экссудативный плеврит. У одного больного была зафиксирована эмпиема плевры.
Заключение. Таким образом, необходимо обратить внимание на дальнейшее изучение факторов, приводящих к утяжелению внебольничных пневмоний.

ВНЕКЛЕТОЧНЫЕ НУКЛЕИНОВЫЕ КИСЛОТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**Косыбаева А.Е., Муравлёва Л.Е., Бакирова Р.Е., Нурғалиева Э.Ф.
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

Цель. Изучить содержание внеклеточных нуклеиновых кислот в плазме крови у больных внебольничной пневмонией средней степени тяжести до и после лечения.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных (28 мужчин и 37 женщин) с внебольничной пневмонией (ВП) средней степени тяжести в возрасте от 21 года до 69 лет, которые были разделены на 2 группы: 1 группа – больные до лечения (n=33) и 2 группа – после лечения (n=32). В группу контроля вошли 35 практически здоровых лиц. Верификацию диагноза внебольничная пневмония проводили согласно общепринятым клинико-рентгенологическим и лабораторным критериям. Пациенты получали эмпирическую антибактериальную, дезинтоксикационную, отхаркивающую терапию с момента госпитализации после рентгенологической верификации заболевания согласно национальным протоколам ведения больных с пневмониями. В плазме крови определяли содержание внеклеточных дезоксирибо- и рибонуклеиновых кислот (вкДНК и вкРНК) и кислоторастворимые фракции (КРФ) в мкг/мл по методу Л.И Маркушевой и соавторов (2000). Результаты обрабатывали методами вариационной статистики.

Результаты. В плазме крови у больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести зафиксирован значимый рост КРФ и внеклеточных нуклеиновых кислот после лечения по сравнению с показателями до лечения. Так, отмечен рост уровня КРФ на 43,75%, значений вкДНК и вкРНК 35,43% и 37,12% соответственно. Установлено превышение показателей КРФ, вкДНК и вкРНК после лечения в сопоставлении с данными группы контроля.

Заключение. Полученные нами данные показали, что выбранная тактика лечения не способствует нормализации внеклеточных нуклеиновых кислот в крови больных. Ранее, исследованиями Zakrzewicz D. и соавторов (2016) было доказано, что вкРНК способствует адгезии *S. pneumoniae* в альвеолярные эпителиальные клетки. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований для уточнения механизмов реализации эффектов внеклеточных нуклеиновых кислот при внебольничной пневмонии.

ЗНАЧИМОСТЬ УЧАСТИЯ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ ПРОЕКТАХ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кочемасова Т.В.

Библиотека №6 имени В.В. Вересаева - ГБУК г. Москвы «ЦБС ЦАО»

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

**Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии, гематологии, КЛД,
Москва, Россия**

Цель: представление актуализированных данных научных исследований в ходе информационно-образовательного семинара проекта “Медицинская этика” Библиотеки им. В.В. Вересаева.

Методы: в ходе семинара, посвящённого рискам возникновения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), прочитана лекция, материалы которой могут быть предложены присутствовавшим студентам высших и учащихся средних специальных учебных заведений для последующего самостоятельного изучения. Посетителям Библиотеки разных возрастов и профессий, проявившие интерес к ранее накопленной и актуальной медицинской информации научного и научно-популярного характера, представлены сведения о роли эндотелиальной дисфункции в развитии как макро, так и микрососудистых осложнений у пациентов с различными заболеваниями (метаболическим синдромом, сахарным диабетом 1 и 2 типа, ожирением, дислипидемией). Освещены результаты исследований метаболических, иммунологических и гемореологических факторов в формировании атеросклеротических повреждений внутри сосудов крупного калибра. Рассмотрены различные способы влияния на неблагоприятные процессы активации эндотелия и форменных элементов крови (лейкоцитов и тромбоцитов). Суммированы, актуализированы и отражены методы медикаментозного и немедикаментозного терапевтического воздействия на данные механизмы. Представлены сведения о возможности применения как традиционных фармакологических препаратов, так и продукции растительного и иного происхождения, которая наряду с диетотерапией, может быть рекомендована для профилактики и лечения пациентов с ангиопатиями различного генеза.

Результаты: на основании проведенного опроса слушателей разных возрастов и профессий (n=30) выявлен интерес как к современным, так и ранее проведенным исследованиям эндотелиальной дисфункции в развитии метаболических заболеваний. Анализ ответов на вопросы учащихся медицинских ВУЗов выявил повышенный интерес к возможности участия в научно-исследовательской работе по изучению механизмов возникновения, разработке средств профилактики и лечения патологических процессов, которые характеризуются высоким риском развития патологии стенки сосудов. Слушатели, без медицинского образования, подтвердили важность получения доступной медицинской информации для понимания природы часто встречающихся болезней рассматриваемого спектра.

Выводы: участие в подобных мероприятиях представляет интерес как для специалистов, имеющих опыт лечебной, педагогической и научно-практической деятельности, так и для студентов высших медицинских и учащихся средних специальных учебных заведений. Данные подходы способствуют выявлению склонностей будущих врачей, интересу к профессиональной деятельности, установлению позитивного контакта со слушателями, имеющими

потенциальный риск возникновения заболеваний, главным образом, ССЗ. Семинары могут быть рекомендованы как для актуализации накопленных сведений, так и популяризации знаний из различных областей медицины.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

**Крыхивская К. М., Морозова Т. Е., Цурко В. В., Аракелянц А. А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва, Россия**

Цель. Провести сопоставительный анализ морфофункциональных показателей сердца, полученных с помощью эхокардиографического (ЭХО КГ) исследования, у пациентов, страдающих подагрой (П) и артериальной гипертонией (АГ), и пациентов, имеющих в анамнезе только АГ без нарушения пуринового обмена.

Материал и методы. Исследование включало анализ историй болезни 44 пациентов: в основную группу вошли 23 пациента с П, соответствующей диагностическим критериям EULAR 2016 г. с поправками 2018 г, и АГ, в группу контроля - 21 пациент с АГ без нарушения пуринового обмена.

В основной группе средний возраст пациентов в дебюте подагры составил 47,5 лет, на момент обследования - 56 лет, из них 19 (82,6%) муж и 4 (17,4%) жен. Средний уровень концентрации растворимой мочевой кислоты (МК) в венозной крови составил 0,536 мкмоль/л. У 3 (13,04%) пациентов выявлена АГ I степени, у 20 (86,96%) пациентов II степень повышения артериального давления.

Из сопутствующих заболеваний были выявлены: ИБС у 13 (56,5%) пациентов, мочекаменная болезнь у 6 (26,08%), сахарный диабет 2 типа у 2 (8,7%) пациентов. В группу контроля вошли 21 пациент с АГ без нарушения пуринового обмена, которые по основным демографическим и клиническим параметрам сопоставимы с основной группой.

Всем пациентам было проведено ЭХО КГ с оценкой конечного диастолического (КДР) и конечного систолического размеров (КСР), фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), расчет массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекса массы миокарда (ИММ), а также определение типа ремоделирования миокарда.

Результаты. Сравнение результатов ЭХО КГ у основной и контрольной групп пациентов соответственно позволяет привести следующие данные: КДР $4,97 \pm 0,08$ и $4,91 \pm 0,11$ ($p=0,66$), КСР $3,44 \pm 0,16$ и $3,15 \pm 0,11$ ($p=0,14$), ФВ ЛЖ $62,7 \pm 1,95$ и $61,29 \pm 0,8$ ($p=0,507$), ИММ $108,17 \pm 5,68$ и $107,71 \pm 5,89$ ($p=0,95$), ММЛЖ $217,83 \pm 11,9$ и $205,19 \pm 13$ ($p=0,47$). При определении типа ремоделирования миокарда были выявлено, что в основной группе у 9 (39,1%) пациентов концентрическое ремоделирование, у 6 (26,1%) концентрическая гипертрофия, еще у 6 (26,1%) человек нормальная геометрия и у 2 (8,7%) пациентов эксцентрическая гипертрофия миокарда. В группе контроля у 8 (38,1%) выявлена нормальная геометрия миокарда, еще у 8 (38,1%) концентрическая гипертрофия, у 3 (14,3%) концентрическое ремоделирование и у 2 (9,5%) человек эксцентрическая гипертрофия.

Заключение. В настоящем исследовании не выявлено достоверного различия в данных, полученных с помощью стандартного ЭХО КГ, у пациентов, страдающих

П и АГ в основной группе и АГ без нарушения пуринового обмена в группе контроля, что требует поиска дополнительных маркеров, свидетельствующих о вовлеченности миокарда в патологический процесс при П и АГ.

**ПОКАЗАТЕЛИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИИ, КАК
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Кубекова С.Ж., Жусупова Г.К., Бикташев Д.Б., Смаилова Г.Т.,
Загоруля Н.Л., Риб Е.А.**

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Цель исследования. Оценить взаимосвязь вероятности развития/усугубления ХСН и состояния правых отделов сердца.

Материал и методы. Было обследовано 43 пациента, страдающих стабильными формами ИБС. Контрольную группу представляли 30 мужчин (70,2%), средний возраст участников 60 [56; 64] года. Контрольную группу составили 32 человека, 24 мужчины (64%), средний возраст участников 56 [50,75; 60] лет.

Критериями исключения послужили: 1) врожденные и приобретенные пороки сердца; 2) сахарный диабет; 3) острый инфаркт миокарда; 4) нестабильная стенокардия; 5) нарушения ритма и проводимости; 6) хроническая обструктивная болезнь легких со средне-тяжелым и тяжелым течением, как вне обострения, так и в периоде обострения; 7) бронхиальная астма в стадии обострения; 8) пациенты с легочной гипертензией и рсдла более 25 мм. рт. ст; 9) кардиомиопатии неишемического генеза; 10) syntax score <32 баллов

Для оценки функционального состояния миокарда была использована стандартная эхокардиография с режимом ТДЭхо-КГ (тканевая доплерэхокардиография).

Результаты. При проведении двумерной эхокардиографии с использованием режима тканевого доплера был проведен корреляционный анализ взаимосвязи показателей левых отделов сердца с правыми. Среди всех значимых по данным корреляционного анализа ковариат были выбраны 4 наиболее весомые по коэффициенту корреляции, согласно общему принципу отбора предикторов для регрессионного анализа их число в десять раз меньше, чем общее количество наблюдений в исследовании. Среди включенных ковариат при пошаговом методе включения наибольшее достоверное значение имели показатель толщины свободной стенки правого желудочка (коэффициент регрессии 0,938 (p=0,014)) и ФАС (коэффициент регрессии 0,478 (p=0,002)).

Для оценки прогноза вероятности принадлежности пациента к одной из этих двух групп (с наличием/усугублением хронической сердечной недостаточности и без него) была построена логистическая регрессионная модель. Было построено уравнение, которое отражало зависимость вероятности наличия ХСН от показателей толщины свободной стенки правого желудочка и ФАС. Процент верного предсказания (Percent Concordant) для полученного уравнения составил 75%.

Заключение. Использование комбинации критериев толщины свободной стенки ПЖ и ФАС в выведенном логит-уравнении помогает предсказать

появление/усугубление ХСН в когорте пациентов, страдающих стабильными формами ИБС с вероятностью верного предсказания 75%.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО И АНТИДЕСТРУКТИВНОГО ЭФФЕКТОВ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.

Кудрявцева А.В., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Аронова Е.С., Гриднева Г.И.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Цель. Оценка и сопоставление клинического и антидеструктивного эффектов терапии ритуксимабом у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Клиническая и рентгенологическая оценка 61 пациента с ревматоидным артритом (средняя продолжительность болезни 10,1±7,7 лет, средний DAS28 6,3±0,94, РФ-позитивные-87%, АЦЦП-позитивных 93%), получавших терапию ритуксимабом. Клинический эффект оценивался по критериям EULAR, рентгенологическое прогрессирование по методу Шарпа в модификации Ван-дер-Хейде.

Результаты. К 48 неделе после лечения 2-мя курсами РТ хороший эффект отмечен у 29,7% пациентов, ремиссии достигли 14,6%, хороший и удовлетворительный эффект 85,3%. Антидеструктивный эффект, оцененный после 48 недель лечения РТ: прогрессирование отсутствовало у всех пациентов в ремиссии, у 83% пациентов с низкой степенью активности и у 43% пациентов с умеренной степенью активности. Примечательно, что прогрессирование сужения суставной щели было более выраженным, чем деструкция костной ткани - у 32% и 25 % пациентов соответственно. Стоит отметить также, что клинический и антидеструктивный эффекты терапии РТ часто не совпадали: костная деструкция тормозится у 54% пациентов без клинического улучшения.

Заключение. Клинический и антидеструктивный эффекты анти-В-клеточной терапии не всегда совпадают, что может свидетельствовать о различных механизмах действия препарата и требует дальнейшего изучения.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОДРОСТКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Кульниязова Г.М., Долотова Л.В., Давидович С.Г., Алтаева А.М., Кузденбаева Г.Е.

НАО ЗКМУ им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Исследователей привлекают дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС), локальные проявления общего синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в условиях которого патология принципиально отличается по тяжести и течению.

Целью исследования явилось изучение адаптивно-приспособительных реакций сердечно-сосудистой системы у подростков с некоторыми формами ДСТС.

Материалы и методы исследования. Исследованы 60 подростков в возрасте 10-17 лет с аномально расположенными хордами левого желудочка (АРХ ЛЖ) и пролапсом митрального клапана (ПМК): с АРХ ЛЖ-20, ПМК - 20 и их

сочетаниями (ПМК+АРХ ЛЖ) - 20. Диагностика на основании данных ДЭхоКГ. Контрольная группа – 60 практически здоровые подростки. Функциональное тестирование сердечно-сосудистой системы (ССС) включало определение частоты сердечных сокращений (ЧСС), минимального, максимального и пульсового артериального давлений ($АД_{max}$, $АД_{min}$, ПД) в покое и после физической нагрузки. Рассчитаны: адаптационный потенциал (АП), показатель качества реакции (ПКР) системы кровообращения на физическую нагрузку, индекс Руфье (ИР) и проведён анализ вегетативного индекса Кердо (ВИ).

Результаты. В целом, степень адаптации (СА) к обычным условиям в покое у 78,3% (n=47) обследованных колебалась в пределах 1,60 - 2,09 условных единиц (у.е.) и являлась удовлетворительной; у 21,7% (n=13) в пределах 2,0 - 2,59 у.е., отражающий напряжение механизмов адаптации. Сравнительный анализ СА выявил особенности: у подростков с АРХ ЛЖ в условиях относительного покоя напряжение механизмов адаптации наблюдалось лишь в 10,0% случаев, отражающее более стабильный уровень функционирования ССС. У подростков с ПМК удовлетворительный уровень адаптации был зарегистрирован у 55,0% (n=11), тогда как у 45,0% из них отмечено напряжение механизмов адаптации. При сочетании ПМК и АРХ ЛЖ напряжение механизмов адаптации отмечалась у 70,0%.

Значение ВИ, отражающий интегральные показатели адаптации, состояние вегетативного баланса и уровень функциональных возможностей ССС, выражалась также низкими функциональными показателями у исследованных. При этом, среди подростков ВИ симпатикотонический составил 70,0% против 53,3% ($\chi^2=52,515$, $p=0,000$), а эйтония (ВИ=0) - 6,7% против 15,0% ($\chi^2=26,204$, $p=0,000$). Выраженность ДСТС и вегетативная дисфункция у них показали тесные их корреляционные связи ($r=0,86$, $p < 0,05$).

ПКР, косвенно характеризующий минутный объём крови и резервные возможности ССС в условиях физической нагрузки, свидетельствовал у 38,3% (n=23) об ухудшении функционального состояния (0,3 и 1,1-1,3 при $N_0=0,5-1,0$). Индекс Руфье, характеризующий адаптивные возможности и работоспособность был у 43,3% (n=26) обследуемых пациентов в пределах 11-15, т.е. слабой работоспособности, а у 13,3% (n=8) выявил вовсе неудовлетворительную работоспособность.

Заключение. Таким образом, оценка резервных возможностей ССС организма у подростков с ДСТС свидетельствует о напряженном функционировании у большинства из них и может быть отнесена к методам доклинической диагностики.

РОЛЬ ГАЛЕКТИНА-3 В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ ФЕНОТИПАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Курбанов А.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Определение содержания галектина - 3 (Г-3) в сыворотке крови и оценка его корреляционной зависимости с показателями ремоделирования левого

желудочка у больных с различной тяжестью и гемодинамическими фенотипами хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. Исследование включило 84 больных с диагнозом ХСН различной тяжести, вследствие ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. У некоторых выявлены коморбидные заболевания: ожирение, сахарный диабет и анемия. Диагноз ХСН верифицировали на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторно - инструментальных исследований (иммуноферментное обследование – определяли содержание уровней галактина (Г-3) в плазме крови) на основе рекомендаций по диагностике и лечению ХСН и его функциональных классов (ФК) Европейского общества кардиологов и Нью – Йоркской ассоциации кардиологов (New – York Heart Association, 1964). Все больные на основании гемодинамических изменений и ЭхоКГ разделены на 3 группы: 1-я группа 28 больных с пониженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) < 40%; 2-я группа 25 больных с промежуточной ФВЛЖ 41-49%; 3-я группа со сохраненной ФВЛЖ > 50%. Средний возраст больных составил в 1, 2, 3-й группах составил $63,3 \pm 3,6$; $57,2 \pm 4,7$; $65,4 \pm 4,2$ год соответственно. В свою очередь каждая группа по ФК (II и III) ХСН была разделена на 2 подгруппы.

Результаты. У обследованных больных медианы концентрации Г-3 составил 14,7 - 46,4 нг/мл. Уровень Г-3 в сыворотке крови в 1 группе со II и III ФК ХСН составила $14,7 \pm 1,9$ и $36,4 \pm 2,7$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$), во 2 группе с II и III ФК составила $16,3 \pm 2,4$ и $39,2 \pm 1,8$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$) и в 3 группе со II и III ФК составила $26,8 \pm 3,2$ и $46,4 \pm 1,6$ нг/мл соответственно ($p < 0,001$). Выявлена повышенная концентрация Г-3 во 2 и 3 группе по сравнению, с 1 группой, а также у больных ХСН с коморбидной патологией, чем ХСН без неё ($p < 0,01$). Данные изменения свидетельствуют о выраженности фиброзных процессов в миокарде. Изучение корреляционной связи Г-3 и показателей ремоделирования миокарда со значениями конечно-систолического объема ($r = 0,41$ и $r = -0,44$; $p < 0,01$) и конечно-диастолического объема ($r = 0,43$ и $r = -0,45$; $p < 0,01$), а также толщиной межжелудочковой перегородки ($r = 0,39$, $r = -0,42$; $p < 0,01$) и относительной толщиной стенок левого желудочка ($r = 0,47$, $r = -0,51$; $p < 0,001$) выявил достоверную положительную связь, а с ФВ ЛЖ достоверную отрицательную взаимосвязь ($r = -0,39$, $r = -0,42$; $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, повышенная концентрация Г-3 в сыворотке крови у больных с высоким ФК ХСН, а также ХСН с коморбидной патологией, свидетельствуют об ускорении процессов фиброза и системной гипоксемии организма. Высокие значения уровня Г-3, а также его корреляционная взаимосвязь с показателями ремоделирования миокарда ассоциированная с увеличением ФК ХСН, определяет важную диагностическую ценность этого биомаркера у данной категории больных.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ФИБРОЗ МИОКАРДА И ПУТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Курбанов А.К., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка влияния азилсартана медоксомила и эплеренона на уровень маркеров фиброза и показателей трансмитрального потока крови (ТМПК) при

различных гемодинамических фенотипах хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. Исследование включило 84 больных с ХСН с подписанием информированного согласия. Диагноз ХСН верифицировали на основе рекомендаций по диагностике и лечению ХСН Европейского общества кардиологов. Все больные на основании гемодинамических изменений и ЭхоКГ были поделены на 3 группы: 1 группа - 28 больных с пониженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) < 40%; 2 группа - 25 больных с промежуточной ФВЛЖ = 41 - 49%; 3 группа с сохраненной ФВЛЖ >50%. Средний возраст больных в 3-х группах составил $63,3 \pm 3,6$; $57,2 \pm 4,7$; $65,4 \pm 4,2$ лет. Всем пациентам наряду со стандартным лечением был назначен азилсартана медоксомил по 40-80 мг/сутки (в 2 приема) и эплеренон по 25 – 50 мг в сутки в течении 6 месяцев. Оценивали активность галектина-3 (Г-3) и тканевого ингибитора матриксной металло-протеиназы-1 (ТИМП-1) в сыворотке крови до и после лечения через 6 месяцев с помощью твердофазного иммуноферментного анализа. ТМПК оценена методом доплерэхокардиографии.

Результаты. У обследованных лиц отмечалось повышение экспрессии Г-3 и ТИМП-1 в 1 группе на 3,9 и 5,2 нг/мл, во 2 группе - 4,2 и 5,5 нг/мл и в 3-й группе на 5,2 и 9,1 раза выше, по сравнению с референсными значениями в следующих значениях 28,1 [14,7; 36,4] и 452,32 [412,4; 501,6] нг/мл, ($p < 0,05$); 31,7 [16,3; 39,2] и 482,7 [443,6; 624,3] нг/мл, ($p < 0,05$); и 38,9 [26,8; 46,4] и 793,0 [690,5; 884,6] нг/мл, соответственно. Уровни Г-3 и ТИМП-1 оказались высоко достоверными в 3 группе ($p = 0,001$), превышая таковой на 38,4 и 75,4%; 22,7 и 64,5% во 1 и 2 группах, что отражает степень выраженности фиброза миокарда. На протяжении 6 месяцев лечения показатели Г-3 и ТИМП-1 достоверно снизились на 9,4 и 13; 11,6 и 20,4; 19,3 и 27,5% по сравнению с исходными данными в 1, 2 и 3 группе ($p < 0,01$). Уменьшение концентрации вышеуказанных биомаркеров в крови повлияло на показатели ТМПК следующим образом: при этом у больных в 1 группе статистически значимых изменений не выявлено, во 2 группе раннее наполнение левого желудочка (ЛЖ) (Е) увеличилось с 0,47 [0,38; 0,62] до 0,54 [0,39; 0,68], позднее диастолическое наполнение (А) снизилось с 0,71 [0,57; 0,88] до 0,65 [0,51; 0,81], а отношение Е/А повысилось с 0,66 [0,49; 0,87] до 0,83 [0,69; 1,12], в 3 группе раннее наполнение ЛЖ (Е) увеличилось с 0,44 [0,34; 0,56] до 0,52 [0,36; 0,66], позднее диастолическое наполнение (А) снизилось с 0,76 [0,61; 0,9] до 0,67 [0,53; 0,84], а отношение Е/А повысилось с 0,57 [0,44; 0,78] до 0,79 [0,65; 1,03].

Заключение. У 2-й и 3-й группе по сравнению с 1-й группой больных с ХСН, выявлено более отчетливое нарушение в синтезе и деградации коллагена экстрацеллюлярного матрикса, что параллельно сочетается с повышением показателей концентрации Г-3 и ТИМП-1 сыворотки крови. Назначение при лечении азилсартана медоксомила 40-80 мг/сутки и эплеренона 25-50 мг/сутки даёт положительный нейрогуморальный и гемодинамический эффект во всех трех группах.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПСИХОТЕРАПИИ

Кушникова И.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель исследования. Провести анализ невротических проявлений у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника и выявить возможные показания для психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов (16 женщин и 20 мужчин) с установленным диагнозом болезнь Крона или язвенный колит, которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы. В исследовании использован опросник, разработанный в «Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева для определения показаний к психотерапевтической лечебной модели у больных с невротическими расстройствами. Полученные данные обработаны при помощи программы Statistica 8.0. Оценивался критерий сопряженности хи-квадрат. Результат считался статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Определены психологические особенности функционирования личности по нескольким шкалам. Шкала «Личность и симптом», характеризует связь переживаний пациента с симптомами заболевания, либо с его последствиями в социальной сфере. Шкала «Растерянность» выявляет наличие поведенческих стратегий, направленных на преодоление симптомов. Шкала «Эмоциональная сопряженность» определяет степень сопряженности эмоциональных реакций с заболеванием. Учитывали в исследовании только высокие значения шкалы в качестве идентификатора невротического проявления. Высокие значения показателей шкалы «Личность и симптом» и «Эмоциональная сопряженность» характерны больше для женщин, чем для мужчин ($p < 0,05$). В зависимости от возраста пациенты имеют разную степень сопряженности эмоционального фона и проявлений заболевания. У большинства пациентов зрелого возраста значения в шкале «Эмоциональная сопряженность» оказались высокими в сравнении с молодыми и пожилыми ($p < 0,01$). А вот тягостные переживания, связанные с психосоциальным функционированием пациентов с заболеванием кишечника, с примерно одинаковой частотой присутствуют в любом возрасте. Длительность заболевания влияет на возникновение невротических проявлений. Так пациенты, страдающие воспалительным заболеванием кишечника более 5 лет, имеют высокие значения в шкале «Личность и симптом» чаще, чем у лица, с длительностью недуга менее 5 лет ($p < 0,05$). Показания к проведению консультации психотерапевта определены у 11,1% пациентов при сочетании высоких значений шкалы «Личность и симптом», «Растерянность» и «Эмоциональная сопряженность».

Выводы. Наличие воспалительного заболевания кишечника изменяет психо-эмоциональное состояние человека и способствует формированию невротических проявлений в виде тягостных переживаний. Выраженность тревожной симптоматики связана с полом, возрастом и длительностью заболевания. У пациентов, имеющих невротическую симптоматику, надо определять показания для психотерапевтического лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Кушникова И.П.

Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель. Провести анализ невротических проявлений у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника и выявить возможные показания для психотерапевтической помощи.

Материалы и методы. В исследование включено 36 пациентов (16 женщин и 20 мужчин) с установленным диагнозом болезнь Крона или язвенный колит, которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы. В исследовании использован опросник, разработанный в «Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева для определения показаний к психотерапевтической лечебной модели у больных с невротическими расстройствами. Полученные данные обработаны при помощи программы Statistica 8.0. Оценивался критерий сопряженности хи-квадрат. Результат считался статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты. Определены психологические особенности функционирования личности по нескольким шкалам. Шкала «Личность и симптом», характеризует связь переживаний пациента с симптомами заболевания, либо с его последствиями в социальной сфере. Шкала «Растерянность» выявляет наличие поведенческих стратегий, направленных на преодоление симптомов. Шкала «Эмоциональная сопряженность» определяет степень сопряженности эмоциональных реакций с заболеванием. Учитывали в исследовании только высокие значения шкалы в качестве идентификатора невротического проявления. Высокие значения показателей шкалы «Личность и симптом» и «Эмоциональная сопряженность» характерны больше для женщин, чем для мужчин ($p < 0,05$). В зависимости от возраста пациенты имеют разную степень сопряженности эмоционального фона и проявлений заболевания. У большинства пациентов зрелого возраста значения в шкале «Эмоциональная сопряженность» оказались высокими в сравнении с молодыми и пожилыми ($p < 0,01$). А вот тягостные переживания, связанные с психосоциальным функционированием пациентов с заболеванием кишечника, с примерно одинаковой частотой присутствуют в любом возрасте. Длительность заболевания влияет на возникновение невротических проявлений. Так пациенты, страдающие воспалительным заболеванием кишечника более 5 лет, имеют высокие значения в шкале «Личность и симптом» чаще, чем у лица, с длительностью недуга менее 5 лет ($p < 0,05$). Показания к проведению консультации психотерапевта определены у 11,1% пациентов при сочетании высоких значений шкалы «Личность и симптом», «Растерянность» и «Эмоциональная сопряженность».

Заключение. Наличие воспалительного заболевания кишечника изменяет психоэмоциональное состояние человека и способствует формированию невротических проявлений в виде тягостных переживаний. Выраженность тревожной симптоматики связана с полом, возрастом и длительностью заболевания. У пациентов, имеющих невротическую симптоматику, надо определять показания для психотерапевтического лечения.

ВИТАМИННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Актуальность. Ожирение является важнейшей медицинской проблемой мирового масштаба, так как приводит к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, метаболического синдрома. Прогрессированию ожирения способствует характерный для данной категории пациентов дефицит ряда микронутриентов, которые участвуют в регуляции обмена веществ. Таким пациентам для оптимальной обеспеченности витаминами требуется потребление больших порций пищевых продуктов, что неизбежно приведет к избыточной калорийности рациона, так как биологическая доступность микронутриентов из разных пищевых продуктов колеблется от 10% до 80% от их общего содержания. Данной категории пациентов необходимо дополнительное назначение микронутриентов, улучшающих состояние стенок крупных и мелких сосудов, обеспечивающих нормальное функционирование нервной системы, способствующих улучшению метаболизма. Остается актуальным вопрос оценки витаминного статуса у пациентов с ожирением с учетом данных молекулярно-генетических исследований.

Цель. Изучить витаминный статус у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с ожирением. Всем пациентам определяли содержание витамина С, В₆, В₁₂, фолата в сыворотке крови. ДНК выделяли из крови стандартным методом с использованием многокомпонентного лизирующего раствора. Генотипирование проводили с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. При проведении оценки витаминного статуса у пациентов с ожирением было установлено, что содержание витамина С и фолата в сыворотке крови соответствовало нормальным значениям. Уровень витамина В₆ в сыворотке крови был ниже оптимального у 28% пациентов, а витамина В₁₂ – у 9% пациентов. Сравнительный анализ проявлений полиморфного маркера rs659366 гена UCP2 у пациентов с ожирением показал, что носительство генотипов Т/Т и С/Т характеризуется более низким содержанием витамина С ($7,2 \pm 0,4$ и $9,4 \pm 0,2$ мг/л) в сыворотке крови, чем носительство генотипа С/С ($12,8 \pm 0,4$ мг/л). При изучении проявлений полиморфизма rs1801133 гена MTHFR у пациентов с ожирением выявлено, что у носителей генотипов С/Т и Т/Т отмечено более низкое содержание витаминов В₆ ($5,6 \pm 0,3$ и $4,8 \pm 0,3$ мкг/л), В₁₂ ($367,8 \pm 14,8$ и $239,2 \pm 9,1$ пг/мл), фолата ($12,8 \pm 0,8$ и $10,6 \pm 1,2$ мкг/л) в сыворотке крови по сравнению с данными показателями у носителей генотипа С/С ($9,8 \pm 1,4$ мкг/л, $518,2 \pm 36,5$ пг/мл, $20,8 \pm 2,1$ мкг/л).

Заключение. При подборе комплексной терапии пациентам с ожирением рекомендовано проведение молекулярно-генетических исследований, что позволит индивидуально подобрать необходимые микронутриенты для улучшения метаболических показателей и снижения риска развития сосудистых осложнений у данной категории пациентов.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОНУТРИЕНТНОГО СТАТУСА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лапик И.А., Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г., Алексеев Д.В., Гальченко А.В.
ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Актуальность. Прогрессированию ожирения способствует характерный для данной категории пациентов дефицит ряда микронутриентов, участвующих в регуляции обмена веществ. Однако для лиц пожилого возраста характерно снижение скорости обмена веществ, замедление скорости окисления белка, недостаток ряда витаминов и минеральных веществ. Данной категории пациентов необходимо дополнительное назначение микронутриентов, способствующих улучшению метаболизма. В ряде работ изучено содержание минеральных веществ у пациентов с ожирением, однако остается актуальным вопрос оценки микронутриентного статуса у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Цель. Изучить микронутриентный статус у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с ожирением I–III степени и артериальной гипертензией в возрасте от 60 до 75 лет. Концентрацию микронутриентов в сыворотке крови определяли пациентам колориметрическими методами с помощью наборов ОАО «Витал Девелопмент Корпорэйшн», Россия, на биохимическом анализаторе «KONELAB Prime 60i». Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. При проведении оценки микронутриентного статуса у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией было установлено, что содержание калия (в среднем $4,4 \pm 0,1$ ммоль/л), цинка (в среднем $12,6 \pm 0,3$ ммоль/л) и фосфора (в среднем $1,2 \pm 0,03$ мкмоль/л) в сыворотке крови соответствовало нормальным значениям. Содержание магния в сыворотке крови соответствовало нижней границы нормы и в среднем составило $0,7 \pm 0,01$ ммоль/л. Содержание кальция в сыворотке крови пациентов было ниже оптимального уровня и в среднем составило $2,14 \pm 0,01$ ммоль/л. При изучении обеспеченности микронутриентами пациентов с ожирением и артериальной гипертензией в зависимости от возраста было отмечено, что у пациентов в возрасте 60 лет содержание кальция в сыворотке крови достоверно выше по сравнению с данным показателем у пациентов 70 лет. При корреляционном анализе выявлена достоверная отрицательная взаимосвязь возраста с содержанием кальция в сыворотке крови ($r = -0,341$, $p = 0,001$). При корреляционном анализе выявлена достоверная положительная взаимосвязь между содержанием магния в сыворотке крови и уровнем его потребления ($r = 0,675$, $p < 0,01$). Корреляционный анализ показал наличие положительной взаимосвязи между содержанием фосфора в сыворотке крови и уровнем его потребления ($r = 0,552$, $p < 0,01$).

Заключение. При подборе комплексной терапии пациентам пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией необходимо проводить оценку их микронутриентного статуса, что позволит индивидуально подобрать необходимые микронутриенты для улучшения метаболических показателей у данной категории пациентов.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А., Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г., Гальченко А.В.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Цель. Оценить метаболический статус у пациентов с ожирением при различных полиморфных вариантах гена FTO.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с ожирением I–III степени. Средний возраст пациентов составил $66,5 \pm 5$ лет. Пациентам проводили генотипирование с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для исследования скорости окисления белков, жиров, углеводов использовали метод непрямой калориметрии с помощью стационарного метаболографа «Quark RMR». Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. При изучении показателей метаболического статуса у пациентов с ожирением при различных полиморфных вариантах гена FTO были выявлены достоверные изменения анализируемых параметров в исследуемых группах. Так, у носителей генотипа TT скорость окисления жиров составила $46 \pm 3\%$, у носителей генотипа AT - $14 \pm 2\%$, генотипа AA - $7 \pm 2\%$. Скорость окисления белка у пациентов с генотипом TT была $18 \pm 3\%$, с генотипом AT - $16 \pm 2\%$, с генотипом AA - $20 \pm 3\%$. Скорость окисления углеводов у носителей генотипа TT составила $29 \pm 5\%$, генотипа AT - $68 \pm 5\%$, генотипа AA - $72 \pm 5\%$. У пациентов с генотипами AT и AA наблюдались метаболические нарушения в виде снижения скорости окисления жиров в среднем на 29%. При этом у носителей мутантного аллеля А в гетерозиготном и гомозиготном варианте скорость окисления жиров была достоверно ниже, чем у носителей аллеля Т, $p < 0,05$. Скорость окисления углеводов у пациентов с генотипом TT была достоверно ниже, чем у пациентов с генотипами AT и AA, $p < 0,05$.

Заключение. Проведение пациентам с ожирением молекулярно-генетических исследований с оценкой полиморфизма генов, принимающих непосредственное участие в регуляции энергетического обмена, позволит определить особенности их метаболического статуса и разработать персонализированные подходы к диетотерапии ожирения.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лапик И.А., Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Цель. Оценить влияние диетотерапии на показатели состава тела у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с ожирением I–III степени и артериальной гипертензией в возрасте от 60 до 75 лет. Пациенты были разделены на две группы по 25 человек, идентичные по возрасту, полу (все женщины). В течение 2-х недель пациенты I группы получали основной вариант стандартной диеты с пониженной калорийностью, а II группа – персонализированный вариант диеты с контролируемым содержанием белков, жиров и углеводов. Для исследования энерготрат покоя и метаболических субстратов (белков, жиров, углеводов) использовали метод непрямой калориметрии. Уменьшение калорийности персонализированной диеты достигали за счет включения в нее продуктов с низким содержанием жира. Ограничивались в рационе продукты животного происхождения, богатые пуринами, за счет увеличения потребления молочных продуктов (сыр, творог, творожная запеканка, кефир). Показатели состава тела оценивали методом биоимпедансометрии. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. На фоне диетотерапии наблюдалась положительная динамика антропометрических параметров у пациентов двух групп. Однако снижение содержания жировой массы в I группе в среднем составило 4,5%, подкожно-жировой клетчатки – 2,9%, площади висцерального жира – 8,7% ($p < 0,05$), а у пациентов II группы наблюдалось более значимое снижение содержания жировой массы в среднем на 7,1%, подкожно-жировой клетчатки – на 3,4%, площади висцерального жира – на 9,4% ($p < 0,05$). Снижение содержания общей жидкости наблюдалось в двух группах (в среднем на 3,9%), без статистически значимых различий между группами. У пациентов I группы, получавших вариант стандартной диеты с пониженной калорийностью, было отмечено на фоне лечения достоверное снижение мышечной массы тела (в среднем на 2,8%), а у пациентов II группы – незначительное снижение мышечной массы (на 1,4%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости персонализированной коррекции диет у пациентов с ожирением и артериальной гипертензией, что позволит не только улучшить метаболические нарушения, но и уменьшить риск развития сопутствующих ожирению осложнений.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лапик И.А., Гаппарова К.М., Чехонина Ю.Г.

ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия

Актуальность. В основах долголетия, сохранения здоровья и трудоспособности лежит правильное питание с достаточным количеством витаминов и минеральных веществ. Различные нарушения в питании способствуют развитию ожирения, сахарного диабета и других заболеваний, а также сокращению продолжительности жизни. В настоящее время проведен ряд работ по изучению питания лиц пожилого возраста, однако мало изучен вопрос питания пациентов пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Цель. Провести оценку фактического питания и витаминного статуса у лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с ожирением I–III степени и артериальной гипертензией в возрасте от 60 до 75 лет. Средний возраст пациентов составил $65,2 \pm 5$ лет. Пациентам проводилась оценка фактического питания в домашних условиях с использованием компьютерной программы-опросника «Анализ состояния питания человека» (версия 1.2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003-2005 гг.). Содержание витамина С в сыворотке крови определяли фотометрическим методом с использованием набора «Vitamin C». Содержание витаминов В₆, фолата в сыворотке крови определяли микробиологическим методом с использованием наборов «ID-Vit Vitamin В₆» и «ID-Vit Folic acid». Для определения концентрации витамина В₁₂ и 25-гидроксивитамина D в сыворотке крови использовали иммуноферментный метод с помощью наборов «ID-Vit Vitamin В₁₂» и «25-Hydroxy Vitamin D EIA». Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS Statistics 21,0.

Результаты. При оценке фактического питания лиц пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией было установлено, что рацион питания данной категории пациентов в домашних условиях характеризовался повышенной энергетической ценностью преимущественно за счет избыточного потребления жира (в среднем $112,6 \pm 24,9$ г/сут). Было отмечено недостаточное потребление белка (в среднем $76,4 \pm 14,5$ г/сут), углеводов (в среднем $195,9 \pm 31,8$ г/сут) и пищевых волокон (в среднем $9,5 \pm 2,0$ г/сут). При изучении витаминного статуса у лиц пожилого возраста было отмечено, что содержание витамина С в сыворотке крови соответствовало нормальным значениям (в среднем $10,8 \pm 0,5$ мг/л), также как и содержание витамина В₆ (в среднем $5,9 \pm 1,0$ мкг/л), фолата (в среднем $14,8 \pm 2,1$ мкг/л). Однако содержание 25 (ОН) D (в среднем $17,2 \pm 1,3$ нг/мл) и витамина В₁₂ (в среднем $192,4 \pm 18,6$ мкг/л) в сыворотке крови было ниже оптимального уровня. При корреляционном анализе выявлена достоверная отрицательная взаимосвязь возраста с содержанием 25 (ОН) D ($r = -0,230$, $p = 0,033$) в сыворотке крови ($r = -0,341$, $p = 0,001$).

Заключение. При оценке фактического питания было установлено, что для пациентов пожилого возраста с ожирением и артериальной гипертензией характерно недостаточное потребление белка, сложных углеводов и пищевых волокон. При оценке витаминного статуса было отмечено, что содержание витамина В₁₂ и 25 (ОН) D в сыворотке крови ниже оптимального уровня.

Научно-исследовательская работа по подготовке рукописи проведена за счет средств субсидии на выполнение государственного задания.

ИЗМЕНЕНИЕ ВОДНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Левина Ю.В., Козырев О.А., Фаращук Н.Ф., Литвинова И.А.
ГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск, Россия

Цель. Изучить динамику изменения гидратации (содержания общей, свободной и связанной фракции воды) цельной крови, форменных элементов и плазмы крови у пациентов с острым инфарктом миокарда при поступлении, на третьи сутки и перед выпиской из стационара; сравнить полученные результаты с показателями распределения водных фракций у практически здоровых людей.

Методика. В рамках исследования было обследовано 35 пациентов с острым инфарктом миокарда, из которых 63% мужчин и 37% женщин, средний возраст пациентов 58 ± 10 лет, а также 35 практически здоровых людей, их них 69% мужчин и 31% женщин, средний возраст – 46 ± 11 лет. По данным ЭКГ и Эхо-КГ у 16 (46%) пациентов выявлен инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, у 13 (37%) – нижней стенки левого желудочка, у 4 (11%) – задне-боковой стенки левого желудочка, у 2 (6%) – высокой боковой стенки левого желудочка; по глубине повреждения миокарда у 21 (60%) пациента – Q-инфаркт миокарда, у 5 (14%) – QS-инфаркт миокарда, у 9 (26%) пациентов – non-Q-инфаркт миокарда. У 29 (83%) больных инфаркт миокарда развился впервые, а 6 (17%) пациентов имели повторное коронарное событие, 2 из них – в течение года после предшествующего. 4 (11%) пациента имели в анамнезе плановое чрескожное коронарное вмешательство со стентированием (более 5 лет назад). У всех пациентов определяли количество общей, свободной и связанной воды в цельной крови, плазме и эритроцитарной массе дилатометрическим методом в модификации Н.Ф.Фаращука при поступлении и в динамике.

Результаты. Выявлено увеличение связанной фракции воды в цельной крови на 12% у пациентов с инфарктом миокарда при поступлении в стационар, на 7% на 3-и сутки пребывания и на 8% перед выпиской. В плазме отмечалось увеличение связанной фракции воды на 10,5% при поступлении, на 3,9% на 3-и сутки госпитализации и уменьшение на 6,1% перед выпиской из стационара. В эритроцитарной массе следует отметить увеличение связанной фракция воды при поступлении на 8,6%, на 3-и сутки пребывания в стационаре – на 7,8% и перед выпиской пациентов на 8,6%. Выявлено увеличение коэффициенты гидратации эритроцитарной массы на 11% при поступлении у пациентов с инфарктом миокарда. Нами выявлено увеличение связанной фракции воды и в форменных элементах крови при поступлении, что является отражением защитной реакции организма на стресс, в данном случае – на развитие патологического процесса. Гидратная оболочка предохраняет клеточные и субклеточные структуры от повреждения, что позволяет им сохранить свою функциональную активность.

Заключение. Увеличение количества связанной фракции воды форменных элементов крови следует расценивать как предиктор высокого риска развития инфаркта миокарда; увеличение количества связанной фракции воды цельной

крови, плазмы и форменных элементов крови, а также увеличение их коэффициента гидратации у пациентов с инфарктом миокарда следует расценивать как показатель адекватной адаптационной реакции организма на патологический процесс.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИДРАТАЦИИ КРОВИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Левина Ю.В.

**ГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет,
Смоленск, Россия**

Цель. Оценить распределение водных фракций у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на разных стадиях течения на фоне ишемической болезни сердца в виде атеросклеротического кардиосклероза и стабильной стенокардии напряжения ИФК, получающих рациональное лечение в соответствии с современными клиническими рекомендациями, по сравнению с показателями у практически здоровых людей.

Материал и методы. На основании анамнеза, электрокардиографического, ультразвукового исследования сердца, биохимического анализа крови были выделены следующие группы пациентов. Пациенты с атеросклеротическим кардиосклерозом и стабильной стенокардией напряжения ИФК, осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIБ стадии на фоне терапии (клиническая группа 1, средний возраст 61 ± 4 лет) и ХСН III стадии (клиническая группа 2, средний возраст 56 ± 3 лет). Для сравнения была набрана группа практически здоровых людей (средний возраст 46 ± 4 лет). Определение общей, свободной и связанной фракций воды проводили объемно-весовым дилатометрическим методом в модификации Н.Ф.Фаращука.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у пациентов 1 клинической группы количество общей воды в цельной крови составило – 77,44%, в плазме – 90,23%, в эритроmasсе – 64,51%, количество свободной фракции в цельной крови – 62,63%, в плазме – 76,58%, в эритроmasсе – 39,37%, количество связанной фракции – 14,66%, 15,87% и 25,07% соответственно. У пациентов 2 клинической группы содержание общей воды в цельной крови составило – 80,02%, в плазме крови – 89,05%, в эритроmasсе – 62,89%, свободной фракции воды – в цельной крови – 66,15%, в плазме – 75,14%, в эритроцитарной массе – 38,5%, связанной фракции – 13,81%, 13,51% и 24,34% соответственно. При обработке полученных данных нами было установлено достоверное ($p < 0.05$) увеличение содержания общей воды на 3,6% и свободной фракции воды на 3,4% в цельной крови у пациентов 2 группы по сравнению с контрольной группой. У пациентов 1 группы отмечалось увеличение связанной фракции воды цельной крови на 8,3% при снижении свободной фракции воды в ней на 2,1%. В плазме крови отмечалось снижение свободной фракции на 2,7% у пациентов 2 группы при увеличении связанной фракции воды у них на 4,2% и на 22,3% у пациентов 1 клинической группы. Изменения в эритроцитарной массе заключались в увеличении свободной и связанной фракций воды на 2,2% у пациентов 1 клинической группы.

Заключение. Увеличение связанной фракции воды в цельной крови и плазме у пациентов с ПБ стадией ХСН на фоне адекватной терапии можно расценивать как компенсаторно-приспособительную реакцию организма, обеспечивающую клеточную дегидратацию. Увеличение содержания связанной воды в эритроцитарной массе у пациентов с ХСН ПБ стадией можно расценивать как показатель долговременной адаптации. Следовательно, описанные изменения можно использовать как диагностические критерии эффективности проводимой терапии ХСН и стадийности течения заболевания.

ФАКТОРЫ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Ленец Е.А., Жданова О.В., Чулков Вл.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель исследования: сравнить факторы кардиометаболического риска у мужчин и женщин в молодом возрасте.

Материал и методы. Тип исследования: поперечный срез. Исследуемая популяция: пациенты, обратившиеся в поликлинику ГКБ № 11 г. Челябинска в 2013-2016 гг. Критерии включения: возраст 18-44 лет, согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: симптоматические АГ, ассоциированные клинические состояния, сахарный диабет. В исследование включен 251 человек, разделенные на 2 группы: 1-я группа – мужчины - 124 человека (49,4%), 27 [21-36] лет; 2-я группа – женщины 127 человек (50,6%), 35 [26-41] лет. Определялись показатели липидного и углеводного обмена, адипокины, цитокины, вазоконстрикторы и показатели гемостаза в сыворотке крови в сыворотке крови. Применялся пакет статистических программ MedCalc (Версия 19.1, Бельгия, 2019). Данные в тексте представлены $M \pm SD$ и $Me [Q25-Q75]$. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Частота артериальной гипертензии (АГ) и абдоминального ожирения, отягощенной наследственности по АГ, ожирению и сахарному диабету была сопоставимой. Средние показатели индекса массы тела (ИМТ), систолического и диастолического артериального давления в группах не отличались. Среди женщин оказались выше показатели лептина (34,6 [13,8-49,1] vs 15,5 [4,4-16,2] нг/л, $p < 0,001$), адипонектина (8,9 [7,5-11,7] vs 7,9 [4,9-10,0], $p = 0,01$) мкм/л и фибриногена (3,9 [3,4-4,5] vs 3,4 [2,8-4,0], $p < 0,001$) г/л. У мужчин выявлены достоверно более высокие концентрации ангиотензина II (9,1 [6,4-24,4] vs 8,5 [5,0-15,5], $p = 0,04$) нг/мл, ингибитора активатора плазминогена 1 типа (РАI-1) (399,7 [264,1-597,9] vs 342,3 [221,9-453,5], $p = 0,02$) нг/мл и ИЛ-10 (6,3 [5,7-6,9] vs 5,2 [4,1-5,5], $p = 0,03$) пг/мл. Среди мужчин наиболее значимые линейные корреляционные связи выявлены между: лептином и индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ($r = 0,74$; $p < 0,001$), лептином и ИМТ ($r = 0,65$; $p < 0,001$), лептином и фибриногеном ($r = 0,47$; $p < 0,001$), лептином и ИЛ-10 ($r = -0,82$; $p < 0,001$); адипонектином и ИЛ-10 ($r = -0,88$; $p < 0,001$), адипонектином и фибриногеном ($r = -0,33$; $p < 0,001$). Среди женщин наиболее значимые линейные корреляционные связи были между: лептином и ИММЛЖ ($r = 0,64$; $p < 0,001$), лептином и ИМТ ($r = 0,80$; $p < 0,001$), лептином и РАI-1 ($r = 0,52$; $p < 0,001$), лептином

и ИЛ-10 ($r=0,83$; $p<0,001$), лептином и ФНО- α ($r=-0,47$; $p<0,001$), РАІ-1 и лептином ($r=0,52$; $p<0,001$), РАІ-1 и ИМТ ($r=0,41$; $p<0,001$), РАІ-1 и ИММЛЖ ($r=0,43$; $p<0,001$), РАІ-1 и ангиотензином II ($r=0,34$; $p<0,001$).

Заключение. Молодые пациенты имеют особенности изменений адипокинового, вазоконстрикторного и цитокинового баланса. У молодых женщин выявлены более высокие концентрации лептина, адипонектина и фибриногена в сыворотке крови в сравнении с мужчинами. У молодых мужчин обнаружены более высокие концентрации ангиотензина II, РАІ-1 и ИЛ-10 в крови по сравнению с женщинами.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леушина Е.А.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Цель. На сегодняшний день, большую проблему представляет частая резистентность микроорганизмов в связи с широким использованием антимикробной терапии. Сложившаяся ситуация с антибиотикорезистентностью приводит в замешательство клиницистов, так как ставит под сомнение эффективность и дальнейшую жизнеспособность большинства антибиотиков. Целью исследования являлся анализ рациональности применения антибактериальной терапии у больных с патологией органов дыхания и артериальной гипертонией.

Материал и методы. Произведен анализ 50 историй болезни терапевтического отделения, больные с патологией органов дыхания и артериальной гипертонией. Мужчины и женщины $52 \pm 2,5$ года. Пациентам проводились: общий анализ мокроты, посев мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам для выбора целенаправленной терапии. Для обработки данных был использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10 (StatSoft, USA).

Результаты. В ходе анализа выявлено, что острый бронхит встречался в 26%, обострение хронического бронхита в 20,5%, обострение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) I стадии у 5,5%, ХОБЛ II стадии у 11%, ХОБЛ III стадии в 1,5%, бронхоэктатическая болезнь выявлена в 2,7%, пневмония средней степени тяжести у 27,4%, пневмония легкой и тяжелой степени тяжести в 2,7 % случаев соответственно. Были высеяны *Klebsiella pneumoniae* и *Streptococcus pneumoniae* в 31,5%, скудный рост, *Acinetobacter* spp. в 4%, скудный рост, дрожжеподобные грибы рода *Candida* в 93% случаев судный и/или умеренный рост. Из АМТ: цефалоспорины IV поколения- цефепим в 1,5%, цефалоспорины III поколения- цефтриаксон в 45%, цефотаксим у 37%, цефалоспорины I поколения- цефазолин в 9,5%, макролиды- кларитромицин у 27,4%, пенициллины- амоксициллин в 4%, фторхинолоны- левофлоксацин в 8,2% случаев. Антибиотикорезистентность чаще наблюдалась на пенициллины (амоксициллин) и цефалоспорины I поколения (цефазолин), к остальным медикаментозным препаратам, высеянные микроорганизмы были чувствительны.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что из антибактериальной терапии препаратами выбора являлись цефалоспорины III

поколения (цефтриаксон, цефотаксим) и макролиды (кларитромицин). Комбинация из этих групп препаратов была наиболее эффективной, для достижения клинической ремиссии заболеваний органов дыхания. Борьба с прогрессирующим ростом антибиотикорезистентности является приоритетной задачей в клинической практике. Назначение антибактериальной терапии «прицельно» является наиболее рациональным с микробиологической и экономической точки зрения у больных с коморбидной патологией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ С И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Луконин И.А., Коваленко Ф.А., Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Григорян К.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Оценить эффективность влияния комбинированной антигипертензивной фармакотерапии на величину офисного и некоторые показатели суточного профиля артериального давления (СПАД) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), сочетанной с ожирением (ОЖ) и сахарным диабетом 2 типа (СД2) и без него.

Материалы и методы. Были обследованы 44 пациента: группа 1 включала пациентов с АГ и ОЖ, группа 2- пациентов с АГ, ОЖ и сопутствующим СД2. Больные были рандомизированы в 2 группы по 22 человека и получали комбинацию валсартана с амлодипином (160-320/5-10 мг). Сахароснижающая терапия в группе 2 была представлена метформином и инсулинотерапией в базис-болюсном режиме. Медиана возраста в 1-й группе составила 55 лет, во 2-й — 54 года, индекса массы тела- 33,7 кг/м² и 33,1 кг/м², гликированного гемоглобина- 5,5% и 7,3% соответственно. Исходно и через 4 недели лечения оценивались офисное артериальное давление (АД) в соответствии с современными рекомендациями и показатели суточного мониторирования АД (СМАД) с использованием аппаратного комплекса ВРLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия). Определялись среднесуточные систолическое и диастолическое АД (САД₂₄ и ДАД₂₄), а также дневные и ночные показатели: САД_д и ДАД_д, САД_н и ДАД_н, индекса времени САД и ДАД днём и ночью (ИВ САД_д и ИВ САД_д, ИВ САД_н и ИВ ДАД_н). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 12 (StatSoft Inc, США).

Результаты. В 1-й группе целевой уровень офисного АД и САД 24 был достигнут у 90,9% пациентов, в то время как во 2-й группе несколько реже- у 81,8%. У больных 1-й группы в сравнении со 2-й обращала на себя внимание более выраженная положительная динамика САД_д (-13,1% против -12,6%; p=0,04) и САД_н (-14,9% против -12,8%; p=0,04), ИВ САД_д (-45,6% против -42,1%; p=0,03), ИВ ДАД_д (-21,9% против -20,3%; p=0,02), ИВ САД_н (-40,5% против -38,1%; p=0,03). Кроме этого, в 1-й группе наблюдалось статистически более значимое снижение вариабельности АД как в ночные, так в дневные часы (p < 0,05).

Заключение. При использовании валсартана с амлодипином у больных АГ и ОЖ вне зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего СД2 наблюдается

достаточно быстрое достижение ЦУ АД уже через 4 недели лечения. Вместе с тем, более выраженные позитивные изменения показателей СПАД у больных АГ, сочетанной с ОЖ регистрируются у пациентов без СД 2. Необходимо дальнейшее исследование антигипертензивной активности изучаемой комбинации препаратов у данных групп пациентов с учетом других факторов, которые могут влиять на эффективность стартовой фармакотерапии.

СВЯЗЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ МЕЖДУ «ИНСУЛИНОВЫМИ» И «НЕИНСУЛИНОВЫМИ» ИНДЕКСАМИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Мадянов И.В.

**Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова, Институт
усовершенствования врачей Чувашской Республики, Чебоксары, Россия**

Цель. Оценить связь при метаболическом синдроме (МС) между «инсулиновыми» и «неинсулиновыми» индексами инсулинорезистентности (ИР).

Материалы и методы. Обследовано 77 чел в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст 39,3 года, медиана 38 лет), мужчин было 28, женщин - 49. Выборка сформирована случайным образом из числа обратившихся на амбулаторный прием к эндокринологу по поводу избыточного веса или ожирения. Критерии включения: наличие у пациента МС, отвечающего требованиям IDF (2005). Критерии исключения: онкологическое и/или острое заболевание, получение медикаментов. У всех обследованных измеряли рост, массу тела, окружность талии, определяли в крови натощак уровни инсулина, глюкозы (Г), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). На основании исследуемых показателей посредством общепринятых формул определяли «инсулиновые» и «неинсулиновые» индексы, характеризующие ИР. Из первых учитывали базальный инсулин, индексы НОМА, Caro, QUICKI, из вторых – индексы ТГ/ХС ЛПВП (McLaughlin T., et al., 2003), висцерального ожирения – ИВО (Amato M.C., et al., 2010), накопления липидов – ИНЛ (Kahn H.S., 2005), триглицеридно-глюкозный индекс – ТГИ (Simental-Mendia L.E., et al., 2008) и метаболический индекс – МИ (Ройтберг Г.Е. и др., 2014). Силу связи между показателями оценивали с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена (R_s).

Результаты. При МС из «неинсулиновых» индексов в наиболее тесных взаимоотношениях с «инсулиновыми» показателями ИР находились значения ТГ/ХС ЛПВП и ИВО (по 3 статически значимых корреляции), далее следовали ИНЛ и МИ (2 корреляции) и, наконец, ТГИ (1 корреляция). Значительно сильнее и чаще исследуемые индексы коррелировали у мужчин (14 корреляций с максимальным $R_s=0,76$), чем у женщин (1 корреляция с $R_s=0,26$). В общей группе пациентов с МС (мужчины и женщины) при сравнении R_s установлено, что в плане косвенной оценки ИР индекс ИВО не имеет дополнительных преимуществ перед индексом ТГ/ХСЛПВ.

Заключение. Таким образом, предложенные в последние годы «неинсулиновые» индексы ИР, рассчитываемые на основании рутинных клинических показателей, достаточно четко коррелируют при МС с более дорогостоящими и менее доступными «инсулиновыми» индексами. Следовательно, «неинсулиновые»

индексы вполне могут использоваться в повседневной клинической практике для оценки ИР. Особенно оправдано их использование при оценке ИР у мужчин. Лучше других с «инсулиновыми» индексами коррелируют два показателя - ИВО и ТГ/ХСЛПВП. С учетом простоты вычисления на практике (например, в условиях поликлиники) для косвенной оценки ИР при МС без особого ущерба для точности можно рекомендовать использование индекса ТГ/ХСЛПВП.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ФАКТОР, ОГРАНИЧИВАЮЩИЙ ПРИМЕНЕНИЕ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Мадянова Т.С., Мадянов И.В.

**Медицинский центр «Айболит М», Институт усовершенствования врачей
Чувашской Республики, Чебоксары, Россия**

Цель. Изучить отношение женщин перименопаузального возраста и врачей-интернистов к рискам сосудистых осложнений при менопаузальной гормональной терапии (МГТ)

Материалы и методы. Путем анонимного анкетирования опрошено 160 женщин в возрасте от 42 до 57 лет (М 51,4 года, Ме 51,5 года), направленных к гинекологу-эндокринологу для определения показаний к назначению МГТ, а также 56 врачей-интернистов в возрасте 29-60 лет (М 44,7 года, Ме 45 лет), прошедших обучение на сертификационном цикле по терапии. Женщинам и врачам предлагалось изложить свои основные опасения перед потенциальными осложнениями МГТ. Фиксация количества опасений количественно не ограничивалась.

При статистической обработке полученных результатов использовали пакет программ STATISTICA (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

Результаты. Установлено, что основным опасением женщин переходного возраста перед МГТ является боязнь «набрать вес» (n=76, 47,5±3,95%). Далее следует озабоченность рисками спровоцировать «какую-нибудь онкологию» (n=57, 35,6±3,79%), и заключало тройку лидеров опасений возможность развития на фоне МГТ сосудистых осложнений (n=17, 10,6±2,44). У врачей в тройке лидеров оказались те же опасения, но с другими акцентами. Обращает внимание, что врачи значительно чаще (в 3,7 раза, $\chi^2=23$, p=0,0000), чем женщины опасались сосудистых осложнений. Этому «страху» было подвержено практически 40% (n=22, 39,3±6,53%) врачей, и остерегались они в первую очередь острых венозных тромбозов. Не исключено, что такое отношение к МГТ среди врачей является отголоском скандального известного исследования WHI — Women's Health Initiative («Инициатива во имя здоровья женщин»), в предварительных выводах которого указано, что наряду с прочими нежелательными последствиями при МГТ трехкратно возрастает риск венозных тромбозов. Несмотря на то, что это исследование признано некорректным, а последующие многочисленные исследования указали на благоприятное влияние МГТ как на качество жизни, так и на сосудистую систему женщин, врачи-интернисты продолжают относиться к этому современному методу сохранения здоровья женщин в зрелом возрасте достаточно сдержанно.

Заключение. Таким образом, одним из факторов, ограничивающих применение МГТ у женщин перименопаузального возраста, вероятно, является их опасение спровоцировать этим лечением сосудистые осложнения. Этому опасению ещё в значительно большей мере подвержены врачи-интернисты, что также косвенно может отражаться на популярности использования МГТ, так как женщины с первыми проявлениями климактерического синдрома зачастую обращаются не к гинекологам, а к врачам-терапевтам.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ БАЛАНСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ

**Макарова Е.В., Марченкова Л.А., Еремушкин М.А., Чесникова Е.И.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия**

Актуальность. Наличие переломов позвонков (ПП) на фоне остеопороза (ОП) – значимо ухудшает функцию статического и динамического равновесия у пожилых пациентов, что в свою очередь повышает риск падений и повторных переломов у данной категории больных. Грамотная реабилитация, нацеленная на коррекцию функции баланса, способ снизить риски падений и переломов у пожилых людей с ОП.

Цель. изучить влияние комплекса физической реабилитации на функцию равновесия у пациентов с ПП на фоне ОП.

Материалы и методы. Были включено 90 человек (6 мужчин и 82 женщины) в возрасте 40-80 лет (средний возраст =65,4±9,1 лет), поступившие на медицинскую реабилитацию по поводу ПП на фоне ОП. Пациенты были разделены на две группы в соотношении 2:1. Группа вмешательства (№1) n=60 получала курс реабилитации, включавший: 1) тренировку мышц спины (Back Therapy Center, DrWolff, Германия) №10; 2) сенсомоторную тренировку (КОБС, Physiomed, Германия) №10; 3) кинезогайдотерапию в бассейне, №15; 4) лечебную физкультуру по методике Гориневской-Древинг, №10. Группа контроля (№2) n=30 получала только лечебную физкультуру по методике Гориневской-Древинг. До начала реабилитации пациентам была проведено исследование функции равновесия помощью стабилотрии (на аппарате Стабилан 1.0). Повторное обследование проводилось сразу после реабилитации и через месяц после окончания курса.

Результаты. Исходно между двумя группами не было выявлено достоверных различий в показателях стабилотрии и координационных тестов ($p>0,05$). В группе 1 после курса реабилитации достоверно улучшились показатели: коэффициента функции равновесия (КФР) с открытыми глазами ($77,0\pm 7,6\%$ и $84,1\pm 8,6\%$ $\Delta+7,1$, $p=0,01$) и КФР закрытыми глазами ($67,1\pm 9,7\%$ и $73,8\pm 9,6\%$ $\Delta+6,7$, $p=0,01$); смещения по фронтالي (СФ) ($3,7 [1,0;6,8]$ мм и $1,9 [0,7;2,4]$ мм, $\Delta-2,8$, $p=0,01$), площадь статокинезиограммы (СКГ) ($176,8\pm 170,2$ мм² и $131,9$ мм², $\Delta-44,9$, $p=0,04$); скорость перемещения центра давления (ЦД) ($9,5\pm 4,4$ мм/сек и $12,2\pm 10,1$ мм/сек, $\Delta+3,3$, $p=0,001$). В группе 2 наблюдалось: достоверное улучшение в отношении СФ ($4,1 [2,7;4,9]$ мм и $2,1 [1,9;5,2]$ мм, $\Delta-2,0$, $p=0,001$); скорости перемещения ЦД ($9,2\pm 4,7$ мм/сек и $10,1\pm 3,9$ мм/сек $\Delta+1,0$,

$p=0,05$). Через месяц после курса реабилитации в группе 1 сохранялась положительная динамика по параметрам: КФР с открытыми (80,7±9,1%, $p=0,01$) и закрытыми глазами (72,0±10,3%, $p=0,04$), СФ (2,6 [1,5;3,3]мм, $p=0,03$), скорость перемещения ЦД (11,3±3,6мм/сек, $p=0,008$), площадь СКГ (175,4±149,7, $p=0,009$). Через месяц после курса реабилитации показатели в группе 2 достоверно отличалась от результатов в группе 1 (КФР с закрытыми глазами: 65,0±9,7%, $p=0,01$; СФ: 4,5 [3,0;5,9] мм, $p=0,05$; скорость перемещения ЦД: 9,9±4,5 мм/сек, $p=0,01$; площадь СКГ: 209,2±195,7.

Выводы: 1) Новый трехнедельный комплекс реабилитации с использованием механо- и кинезиотерапии показал хорошую эффективность в отношении функции статического и динамического равновесия у пациентов, перенесших ПП на фоне ОП 2) Предложенный комплекс представляется более эффективным, в сравнении со стандартным комплексом физических упражнений, используемым у пациентов с ПП; 3) Достигнутый эффект сохраняется в течение как минимум 4-х недель после окончания терапии.

ВОСПОЛНЕНИЕ ДЕФИЦИТА МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ НА ФОНЕ ТРЕНИРОВКИ ГЛУБОКОЙ СТАБИЛИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ

**Макарова Е.В., Марченкова Л.А., Еремушкин М.А., Стяжкина Е.М.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия**

Актуальность. Компрессионные переломы позвонков (ПП) на фоне остеопороза влекут за собой нарушения двигательной активности, мышечную слабость и формирование гиперкифоза. Физическая реабилитация, нацеленная на тренировку мышечного корсета, представляется эффективной мерой коррекции этих нарушений: повышения силы мышц спины и функциональности пациентов.

Цель. изучить влияние комплекса физической реабилитации на силу мышц глубокой стабилизационной системы позвоночника у пациентов с ПП на фоне ОП.

Материалы и методы. Были включено 90 человек (6 мужчин и 82 женщины) в возрасте 40-80 лет (средний возраст =65,4±9,1 лет), поступившие на медицинскую реабилитацию по поводу ПП на фоне ОП. Пациенты были разделены на две группы в соотношении 2:1. Группа вмешательства (№1) $n=60$ получала курс реабилитации, включавший: 1) тренировку мышц спины (Back Therapy Center, DrWolff, Германия) №10; 2) сенсомоторную тренировку (КОБС, Physiomed, Германия) №10; 3) кинезоидротерапию в бассейне, №15; 4) лечебную физкультуру по методике Гориневской-Древинг, №10. Группа контроля (№2) $n=30$ получала только лечебную физкультуру по методике Гориневской-Древинг. До начала реабилитации пациентам была проведена тензодинамометрия на аппарате BackCheck (Dr. Wolff, Германия). Повторное обследование проводилось сразу после реабилитации и через месяц после окончания курса.

Результаты. Исходно между двумя группами не было выявлено достоверных различий в показателях силы мышц ($p>0,05$). Через 3 недели реабилитации в группе №1 сила мышц разгибателей спины (РС) повысилась с

15,8±10,1 до 21,7±13,1 кг, сгибателей спины (СС) с 14,5±9,1 до 18,9±10,2 кг, левых боковых сгибателей (ЛБС) с 12,8±7,2 до 17,5±9,6 кг, правых боковых сгибателей (ПБС) с 13,2±7,1 до 17,8±9,2 кг ($p<0,001$). В группе №2 через три недели так же наблюдалось улучшение в: РС с 15,10±7,4 до 17,07±11,0 кг, СС с 15,94±6,8 до 16,26±8,9 кг, ЛБС с 13,29±5,6 до 14,98±6,9 кг и ПБС с 13,34±5,3 до 15,30±7,0 кг ($p<0,05$). Через месяц после курса реабилитации в группе №1 сила РС составила 20,5±11,7 кг ($p=0,000$ и $p=0,56$ – до и после курса), СС – 20,2±11,8 кг ($p=0,000$ и $p=0,26$, соответственно), ЛБС – 15,6±8,1 кг ($p=0,007$ и $p=0,06$, соответственно), ПБС – 16,6±9,5 кг ($p=0,002$ и $p=0,26$, соответственно). В группе №2 показатели мышечной силы через месяц после завершения терапии были достоверно ниже, чем в группе №1 (РС= 14,00±3,3 кг и -37,11±18,0%, $p=0,01$; СС= 13,72±4,3 кг и -13,54±42,7%, $p=0,008$; ЛБС= 11,15±5,9 кг и -12,30±6,8%, $p=0,01$; ПБС= 12,52±7,23 и -10,05±13,8, $p=0,009$).

Выводы: 1) Новый трехнедельный комплекс реабилитации с использованием механо- и кинезиотерапии – значительно повышает силу всех групп мышц стабилизационной системы позвоночника и устраняет мышечный дефицит сгибателей и разгибателей спины у пациентов, перенесших ПП на фоне ОП; 2) Достигнутый эффект сохраняется в течение как минимум 4-х недель после окончания терапии.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ФАРМАКОТЕРАПИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения России, Курск, Россия**

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний обращает на себя внимание ишемическая болезнь сердца (ИБС), в основе которой лежит преимущественно атеросклеротическое поражение коронарных сосудов. Ведущим фактором в развитии и прогрессировании атеросклероза являются нарушения липидного обмена.

Цель настоящего исследования: разработать персонализированный подход в фармакотерапии дислипидемии у больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в зависимости от носительства полиморфных вариантов генов мембранных транспортеров липидного обмена.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 117 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК) с наличием дислипидемии. По ФК стабильной стенокардии пациенты распределились в соотношении: 22.2% пациентов с II ФК и 77.8% – с III ФК. Основные методы исследования включали в себя: определение липидного состава крови (ОХС, ХС ЛНП, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицериды (ТГ)); биохимическое исследование крови (определение уровней АсТ, АлТ, креатинина); КФК – на момент включения, затем при наличии жалоб на боли в мышцах); ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов (определение атеросклеротических бляшек в общей сонной артерии (ОСА), толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА);

молекулярно-генетические методы (экстракция ДНК из крови, детекция полиморфных вариантов генов мембранных транспортеров ABCG2 (rs1481012 и rs2199936).

Результаты исследования. Среди генов мембранных транспортеров, полиморфный вариант rs2199936 гена ABCG2 был связан со стартовым уровнем ХС ЛВП в виде более высоких уровней у гомозигот по минорному аллелю А ($p=0.04$). Другой полиморфный вариант гена ABCG2 rs1481012 был также связан со стартовым уровнем ХС ЛВП, более высокий уровень был характерен для гомозигот по редкому аллелю G ($p=0.04$).

Усиление гиполипидемического эффекта розувастатина было характерно для всех полиморфных вариантов гена: носителей генотипа А/А rs2199936 и генотипа G/G rs1481012 гена ABCG2 по итогам 1 месяца терапии ($p=0.014$ для обоих вариантов).

Вывод. У пациентов с ИБС установлены межиндивидуальные различия в эффекте розувастатина на показатели липидного обмена в зависимости от носительства генотипов полиморфных вариантов генов-регуляторов липидного обмена и мембранных транспортеров. Более выраженный гиполипидемический эффект наблюдался у носителей вариантных аллелей: rs2199936 (влияние на ОХС) и rs1481012 гена ABCG2 (влияние на ОХС).

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Мальчикова С.В., Максимчук-Колобова Н.С., Григорович М.С.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Россия

Цель. Изучить 5-летнюю выживаемость у пожилых больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от приема антикоагулянтов и индексов полиморбидности.

Материалы и методы. Анализ исходов проводился у 192 пациентов с ФП (средний возраст 73,1 года). Уровень полиморбидности оценивали с помощью шкалы Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) и индекса полиморбидности Чарлсон (ИЧ). При оценке риска развития фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений применялась многофакторная регрессионная модель Кокса. Для анализа «времени до наступления события» проводилось построение кривых Каплана-Мейера, межгрупповое сравнение кривых выполнялось с помощью лог-ранг теста.

Результаты. За 5 лет наблюдения у пожилых пациентов с ФП было зарегистрировано 57 фатальных (29,7%) и 118 нефатальных исходов (61,5%). Наиболее распространенной причиной смерти являлась хроническая сердечная недостаточность (ХСН), зарегистрированная у 16 пациентов (28,1%). Среди нефатальных событий преобладали госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (87 случаев, 45,3%).

У умерших больных ИЧ составил 5 баллов, а кумулятивный индекс по шкале CIRS-G – $13,4 \pm 3,9$, которые достоверно превышали показатели полиморбидности, полученные в общей выборке 4 и $9,7 \pm 3,0$ ($p=0,000$).

По данным анализа Каплана-Мейера у пациентов с ФП, получавших оральные антикоагулянты, выявлены статистически значимые различия в отношении снижения частоты смерти. В группе, принимавших варфарин, общая выживаемость за 5 лет составила 97,0%; в группе, не принимавших антикоагулянты – 77,2%, $p=0,001$. В зависимости от индексов полиморбидности также были получены достоверные различия: при ИЧ=1-2 баллов общая выживаемость была выше (90%); при ИЧ=3-4 баллов таковая составила 80% и при ИЧ >5 – 52,1%, $p=0,000$. Общая выживаемость пациентов с ФП при значении показателя CIRS-G до 5 составила 100%, от 6 до 10 – 82,0% и >11 – 53,8% за 5 лет, $p=0,000$.

Заключение. Таким образом основной причиной смерти у пациентов с ФП является ХСН. Неназначение оральных антикоагулянтов и высокие значения показателей полиморбидности ассоциированы с худшим прогнозом.

ПРЕДИКТОРЫ АРИТМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Масюков С. А.¹, Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А. П.^{1,2}, Эльгардт И.А.²

**¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия**

**²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический
диспансер», Тверь, Россия**

Цель. Изучить значение показателей электрокардиограммы (ЭКГ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших пароксизм фибрилляции предсердий (ПФП), и оценить риск повторных приступов аритмии.

Методы исследования. Всего было обследовано 128 пациентов (средний возраст $58,2 \pm 5,9$ лет) с приступами стенокардии напряжения (СН) II – III функционального класса (ФК). Исследование было одобрено Этическим комитетом и проведено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). Дизайн исследования представлял собой «случай-контроль». Выполнили: опрос жалоб, изучение анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД), стандартную электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, велоэргометрию, клиничко-лабораторное исследование. По данным ЭКГ на фоне синусового ритма были измерены: максимальная, минимальная длительность, дисперсия зубца Р и интервалов PQ(R) ($P_{\max.}$, $P_{\min.}$, $R_{\text{дисп.}}$ и $PQ(R)_{\max.}$, $PQ(R)_{\min.}$, $PQ(R)_{\text{дисп.}}$ соответственно) в миллисекундах (мс). При ХМ ЭКГ у 36 из включенных в исследование пациентов был верифицирован ПФП. Они составили основную группу. Группу контроля сформировали из пациентов без ПФП и иных нарушений ритма сердца. Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Выполнен расчет средних значений и стандартного отклонения. Сравнение данных в 2-х независимых выборках проведено непараметрическим методом с применением U-критерия Манна-Уитни. Изучение дискретных параметров проведено с помощью 2-входных таблиц частот. Анализ чувствительности (Se – sensitivity), специфичности (Sp – specificity), отношения шансов (ОШ) был проведен в

соответствии с методиками доказательной медицины. ОШ представлялись с $\pm 95\%$ доверительными интервалами (ДИ). Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. У больных основной группы значения R_{\min} и PQ(R)дисп. оказались ниже, а $R_{\text{дисп.}}$, напротив, выше, чем в группе контроля (на 17,9%; 13,1%; 42,9%; $U = 90,0$; $U = 95,5$; $U = 220,0$ соответственно; все $p = 0,001$). Оказалось, что наиболее высокое прогностическое значение для возникновения повторного ПФП демонстрировал PQ(R)дисп. (ОШ – 2,7; $\pm 95\%$ ДИ: 2,3 – 3,1; Se – 71,6%; Sp – 64,5%), среднее – R_{\min} . (ОШ – 2,1; $\pm 95\%$ ДИ: 1,7 – 2,5; Se – 86,3%; Sp – 76,9%), а низкое – $R_{\text{дисп.}}$. (ОШ – 1,9; $\pm 95\%$ ДИ: 1,3 – 2,6; Se – 70,5%; Sp – 58,3%).

Заключение. Таким образом, у больных ИБС, проявляющейся СН II – III ФК, снижение показателей R_{\min} , PQ(R)дисп. менее 67мс, 27мс соответственно и, напротив, возрастание значений $R_{\text{дисп.}}$ более 46мс ассоциировалось с возникновением пароксизма ФП. По-видимому, изученные показатели, с одной стороны, могли отражать выраженность процессов ремоделирования предсердий, а, с другой, служить предикторами не только новых приступов ФП, но и возможных аритмических осложнений у указанных пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Масюков С. А.¹, Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А.П.^{1,2}

**¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия**

**²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический
диспансер», Тверь, Россия**

Цель. Изучить взаимосвязь одиночной, парной и групповой наджелудочковой экстрасистолии и пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ) по данным холтеровского мониторирования (ХМ) электрокардиограммы (ЭКГ).

Методы исследования. Всего было обследовано 74 больных (средний возраст $54,6 \pm 5,8$ лет) с ранее верифицированными ИБС, проявляющейся приступами стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК) и АГ I – II степени. Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета на базе Областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них персистирующей или постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, постинфарктного кардиосклероза, пороков сердца, заболеваний щитовидной железы, острого состояния. Обследование включало: изучение жалоб и анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления, ЭКГ, ХМ ЭКГ, эхокардиографию, велоэргометрию. По данным ХМ ЭКГ у 30 из 74 включенных в исследование пациентов были зарегистрированы ПФП, а также одиночная, парная (ПНЖЭС) и/или групповая (ГНЖЭС) наджелудочковая экстрасистолия. Они

составили основную группу. Пароксизмы ФП длились от 30 секунд до 90 минут прекращались самостоятельно с последующим восстановлением синусового ритма без применения антиаритмических препаратов. Группа сравнения была сформирована методом подбора пар и включала 30 больных со СН I – II ФК и с АГ I – II степени без ПФП. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, ФК СН, степени АГ и отличались только наличием/отсутствием ПФП, экстрасистолии. Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Изучение дискретных параметров и силу их связи выполнили с применением таблиц сопряженности и Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что доли пациентов, имеющих ПНЖЭС и ГНЖЭС, в основной группе были выше, чем в группе сравнения (в 2,3 раза; Хи-квадрат = 4,0; $p=0,045$ и в 2,5 раз; Хи-квадрат=9,2; $p=0,002$ соответственно).

Заключение. Таким образом, у больных ИБС, проявляющей СН I – II ФК, и АГ I – II степени, выявлена положительная связь ПНЖЭС и ГНЖЭС с возникновением ПФП. При регистрации ГНЖЭС корреляция с ПФП имела более значимый характер, чем при обнаружении ПНЖЭС. Можно полагать, что возникновение указанных нарушений ритма сердца (НРС) могло свидетельствовать о более выраженных процессах структурно-функционального ремоделирования миокарда у пациентов, перенесших ПФП, в отличие от мужчин и женщин, не имевших указанное НРС.

АНАЛИЗ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАММЫ И ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Масюков С. А.¹, Дедов Д.В.^{1,2}, Иванов А. П.^{1,2}

**¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия**

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Анализировать связь показателей эхокардиограммы (ЭхоКГ) и возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ) I – II степени.

Методы исследования. Всего было обследовано 140 больных (средний возраст $60,2 \pm 6,4$ года) ИБС и АГ I – II степени. Они прошли обследование и получали лечение на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера (Тверь). У пациентов были диагностированы приступы стенокардии напряжения (СН) I – II функционального класса (ФК). Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). Критериями исключения служили: возраст пациентов старше 72 лет, наличие у них персистирующей или постоянной формы ФП, СН III – IV ФК, острого состояния. Обследование включало: изучение жалоб и анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления, стандартную электрокардиографию (ЭКГ),

холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ. При ЭхоКГ были изучены конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический объем (КСО) ЛЖ в миллилитрах (мл), толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ, передне-задний размер левого предсердия (ЛП) в сантиметрах (см). У 30 пациентов со СН I – II ФК и с АГ I – II степени при ХМ ЭКГ были зарегистрированы ПФП. Они составили основную группу. В группу сравнения включили 30 мужчин и женщин, имевших СН I – II ФК и АГ I – II степени, без ПФП. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, ФК СН, степени АГ. Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Выполнены описательные статистики: среднее и стандартное отклонение. Сравнение непрерывных переменных сделано с помощью U-критерия Манна-Уитни. Изучение меры взаимосвязи дискретных параметров выполнили с применением таблиц сопряженности и Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что средние значения КДО, КСО, ТЗС ЛЖ, размера ЛП у пациентов основной группы были выше, чем в группе сравнения (на 32,5%; 36,8%; 17,5%; 14,1%; $U=190,0 - 299,5$; все $p = 0,001 - 0,004$ соответственно). Кроме того, доля больных основной группы с показателями КДО, КСО, ТЗС ЛЖ, размера ЛП более 115,2 мл, 44,2 мл, 1,07 см, 3,95 см соответственно оказалась больше, чем в группе сравнения (в 1,6 раза; Хи-квадрат=4,1; $p=0,043$).

Заключение. Таким образом, найдена положительная связь между возрастанием значений КДО, КСО, ТЗС ЛЖ, передне-заднего размера ЛП выше 115,2 мл, 44,2 мл, 1,07 см, и 3,95 см соответственно и возрастанием частоты регистрации ПФП у больных ИБС, проявляющейся приступами СН I – II ФК, и АГ I – II степени.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПАРОКСИЗМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Масюков С. А.¹, Дедов Д.В.^{1,2}, Эльгардт И.А.², Иванов А. П.^{1,2}, Маслов А. Н.¹

**¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Минздрава России, Тверь, Россия**

**²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический
диспансер», Тверь, Россия**

Цель. Выполнить сравнительный анализ максимальной длительности и скорректированных значений интервала QT у пациентов со стенокардией напряжения (СН) и с артериальной гипертонией (АГ), перенесших пароксизм фибрилляции предсердий (ПФП).

Методы исследования. Всего на базе Тверского областного клинического кардиологического диспансера было обследовано 140 пациентов (средний возраст $54,1 \pm 5,6$ лет) со СН I – II функционального класса (ФК) и АГ II стадии, II степени, высокого риска. Исследование было одобрено Этическим комитетом и выполнено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). Выполнили: изучение жалоб и анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД),

суточный мониторинг (СМ) АД, стандартную электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), доплер-ЭхоКГ, ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий, УЗИ брюшной полости, доплеровское исследование почечных артерий, клиничко-лабораторное исследование. У 30 из включенных в работу пациентов при ХМ ЭКГ были зарегистрированы ПФП. Они составили основную группу. Группу сравнения сформировали методом подбора пар. В нее включили 30 мужчин и женщин со СН и АГ без ПФП. Группы были сопоставимыми по полу, возрасту, ФК СН, стадии и степени АГ. По данным ХМ ЭКГ изучили максимальную (макс.) длительность и скорректированные (корр.) значения интервала QT в миллисекундах (мс). Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Выполнен расчет средних значений и стандартного отклонения. Сравнение непрерывных переменных сделано с помощью U-критерия Манна-Уитни. Изучение меры взаимосвязи дискретных параметров выполнили с применением таблиц сопряженности и Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. Показано, что средние значения QT_{макс.} и QT_{корр.} у пациентов основной группы возрастали в отличие от группы сравнения (на 13,6%; $U = 92,5$ и на 15,2%; $U = 166,0$ соответственно; оба $p = 0,001$). Анализ частотных таблиц показал, что доля пациентов со значениями QT_{макс.} и QT_{корр.} более 424,0 мс и 410,0 мс в основной группе была выше, чем в группе сравнения (в 2,4 и 2,1 раза соответственно; Хи-квадрат = 15,4; $p = 0,001$).

Заключение. Таким образом, найдена ассоциация между возникновением ПФП и увеличением QT_{макс.} и QT_{корр.} у больных СН I – II ФК и АГ II стадии, II степени, перенесших ПФП. Возрастание QT_{макс.} и QT_{корр.} более 424,0 мс и 410,0 мс у указанных пациентов могло отражать большую выраженность у них процессов структурного и электрофизиологического ремоделирования миокарда с увеличением, в конечном итоге, вероятности внезапной сердечной смерти.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Масюков С. А.¹, Дедов Д.В.^{1,2}, Эльгардт И.А.², Иванов А. П.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Минздрава России, Тверь, Россия

²ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер», Тверь, Россия

Цель. Выполнить корреляционный анализ показателей структурно-функционального ремоделирования левых отделов сердца у больных со стенокардией напряжения (СН) и с артериальной гипертонией (АГ), перенесших пароксизм фибрилляции предсердий (ПФП).

Методы исследования. Всего в Тверском областном клиническом кардиологическом диспансере (Тверь) было обследовано 105 пациентов (средний возраст $58,2 \pm 5,9$ лет). На приеме у кардиолога они предъявляли жалобы на «давящую боль за грудиной», «чувство нехватки воздуха», слабость, приступы «сердцебиения и перебоев в работе сердца». Исследование было одобрено

Этическим комитетом и выполнено по плану научно-исследовательских работ Тверского государственного медицинского университета (Тверь). Выполнили: изучение жалоб и анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД), стандартную электрокардиографию (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиографию (ЭхоКГ), велоэргометрию, клиничко-лабораторное исследование. У пациентов были диагностированы: СН I – II функционального класса (ФК) и АГ II стадии, II степени, высокого риска. По данным ЭКГ на фоне синусового ритма были измерены: максимальная, минимальная длительность, дисперсия зубца Р и интервала PQ (R) (P_{макс.}, P_{мин.}, P_{дисп.} и PQ (R)_{макс.}, PQ (R)_{мин.} и PQ (R)_{дисп.} соответственно) в миллисекундах (мс). При ХМ ЭКГ у указанных пациентов был верифицирован ПФП. При ЭхоКГ оценивали конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический размер (КСР) ЛЖ, толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), массу миокарда (ММ) ЛЖ, размер левого предсердия (ЛП). Анализ данных провели с помощью пакета прикладных программ "Statistica 6.1". Выполнен расчет средних значений и стандартного отклонения. Изучение взаимосвязи непрерывных параметров был выполнен с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена – r_s . Уровень значимости всех статистических тестов был принят – $p < 0,05$.

Полученные результаты. У больных СН I – II ФК и АГ II стадии, II степени, высокого риска, перенесших ПФП, положительная связь найдена между значениями ЛП и КСР ЛЖ ($r_s = 0,38$; $p = 0,018$), ЛП и ТМЖП ($r_s = 0,39$; $p = 0,013$), ЛП и КДР ЛЖ ($r_s = 0,52$; $p = 0,001$), P макс. и ММЛЖ, ($r_s = 0,34$; $p = 0,041$), PQ (R)_{мин.} и КДР ЛЖ ($r_s = 0,26$; $p = 0,033$).

Заключение. Таким образом, у пациентов со СН I – II ФК и АГ II стадии, II степени, высокого риска, перенесших ПФП, наиболее значимая связь выявлена между передне-задним размером ЛП и КДР ЛЖ. Найдены ассоциации между временными параметрами зубца Р, интервала PQ (R) и ММЛЖ, КДР ЛЖ. Повидимому, комбинация показателей размера ЛП, КДР ЛЖ, ММЛЖ, P макс. и PQ (R)_{мин.} могли служить предикторами структурного и электрофизиологического ремоделирования миокарда, прогрессирования ПФП, утяжеления течения СН и АГ.

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ GRACE В КАЧЕСТВЕ ИНСТРУМЕНТА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Матвеева А.М.

БУ ВО «Сургутский государственный университет» Медицинский институт,
Сургут, Россия

Цель исследования: выявить взаимосвязь между результатами шкалы GRACE и данными нагрузочного теста (велоэргометрии), с целью прогнозирования реабилитационного потенциала на первом этапе кардиореабилитации.

Задачи исследования:

1. Провести оценку риска госпитальной и амбулаторной летальности с помощью шкалы GRACE. 2. Оценить толерантность к физической нагрузке пациентов по

результатам велоэргометрии 3. Провести сравнительную оценку результатов велоэргометрии в группах разного риска госпитальной летальности.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 55 историй болезни пациентов кардиологического отделения БУ «Сургутская окружная клиническая больница» с диагнозом: Острый коронарный синдром. Острый инфаркт миокарда. На первом этапе исследования была проведена оценка риска летальности с использованием Шкалы GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events).

Результаты. По результатам оценки риска госпитальной летальности (к концу 1 месяца) большинство пациентов 50 человек (90,9%) оказалось в группе низкого риска (менее 125 баллов). Пациентов группы высокого риска летальности (155-319 баллов) не оказалось. На втором этапе исследования был проведен анализ данных велоэргометрии в группах пациентов различного риска летальности. Степень толерантности к физической нагрузке определяли по мощности выполненной работы в ваттах. Сравнительный анализ толерантности к физической нагрузке в группах с разным риском летальности: в группе пациентов низкого риска большинство пациентов (59,4%) продемонстрировали низкую толерантность, среднюю - 21,9% и высокую 18,7%. В группе пациентов с промежуточным риском госпитальной летальности в 100% случае пациенты продемонстрировали низкую толерантность к физической нагрузке. При анализе структуры пациентов, продемонстрировавших высокую толерантность к физической нагрузке выявлено, что это были пациенты исключительно мужского пола с преимущественно низким (60%) и промежуточным риском (40%). Выводы: наиболее высокая толерантность к физической нагрузке, наблюдается в группах пациентов с низким риском летальности по шкале GRACE на госпитальном и амбулаторном этапах, преимущественно у лиц мужского пола.

Заключение. Шкала GRACE может быть использована при прогнозировании реабилитационного потенциала и темпов включения пациентов в программу кардиореабилитации I этапа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ИНФАРКТ МИОКАРДА У БЕРЕМЕННОЙ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Махмудова М.Р., Баратова М.С.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Синдром Марфана - аутосомно-доминантное наследственное заболевания соединительной ткани с вовлечением сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем. У пациенток с синдромом Марфана беременность протекает с высоким риском осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы как инфаркт миокарда, разрыв аорты и инсульта.

Приводим клинический случай наблюдения за беременной сроком 39 недель, у которой установили диагноз синдром Марфана после третьих родов, с развитием ишемической болезни сердца, острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Были предприняты срочные мероприятия по лечению ИМ и проведена операция кесарева сечения в срочном порядке.

Пациентка М., 26 лет, обратилась в акушерский стационар при сроке беременности 39 недель. В анамнезе заболевания: с 4-х часов утра отмечает

беспокойство, нехватку воздуха, боли за грудиной. Начало заболевания ни чем не связывает.

С детского возраста беспокоит ощущения учащенного сердцебиения, одышка при физической нагрузке, частые вывихи суставов. Состоит на учете кардиолога по заболеванию сердца (порок митрального клапана). Данная беременность третья. Две предыдущие беременности и роды протекали без особенностей. Во время поступления в стационар осмотрена кардиологом, проведено ЭКГ и ЭхоКГ обследования, где было выявлено подъём сегмента ST во II, III и AVF отведениях и нарушения сократимости миокарда, участки гипо-акинеза по заднему сегменту ЛЖ, ФВ составляла 57%, а так же расширения корня аорты на уровне синусов Вальсальвы до 52 мм, МР 1-2 ст, пролапс передней створки МК 2 ст. Проведена ургентная лапаротомия по Дж.Коэну ретровезикальное кесеревосечение. Родилась девочка, масса 3450г, рост 57 см по шкале APGAR 6/7 баллов. Больная переведена в палату и лечилась по поводу ИМ. У неё был заподозрен синдром Марфана и она была обследована и диагноз подтвердился. Так же были обследованы её дети (3 девочек) У всех выявлен и поставлен диагноз синдрома Марфана.

Заключение. Таким образом наиболее рациональной и с прогностической точки зрения для благоприятного течения и исхода беременности у пациенток с синдромом Марфана и патологией ССС является своевременная диагностика. В целях предупреждения таких последствий как ИМ, разрыва аневризмы аорты беременным следует систематически наблюдаться у кардиолога. Немало важный момент для больных с синдромом Марфана предварительно планировать беременность и согласовать её с кардиологом.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ

Мехдиев С.Х., Мустафаев И.И., Касумова Ф.Н., Мамедов М.Н.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им.

А.Алиева, Баку, Азербайджан; ФГБУ научный медицинский

исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Изучить клинико-эпидемиологические особенности артериальной гипертензии (АГ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) в зависимости от уровня контроля гликемии.

Методы исследования. В когортное исследование было включено 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет (30,5% мужчин, 69,5% женщин). Больные отвечали на вопросы анкеты «ARIC» о продолжительности, степени тяжести АГ, тактике и форме принимаемой антигипертензивной терапии. Уровень артериального давления (АД) измерялся дважды, в положении сидя с 5-ти минутным интервалом и принимались средние значения 2-х кратного измерения. За электрокардиографические (ЭКГ) признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) брались критерии Соколова-Лайона и вольтажный индекс Корнеля, а эхокардиографические (ЭхоКГ) признаки ГЛЖ определялись при наличии значений индекса массы левого желудочка у мужчин $>115 \text{ г/м}^2$, а у женщин $>95 \text{ г/м}^2$. Показатели гликогемоглобина (HbA1c) $\geq 7\%$ расценивались как неадекватный

контроль гликемического статуса. Статистический анализ полученных данных проводился с применением дискриминантного метода.

Результаты. Средние показатели HbA1c в стадии неадекватного контроля были на 50,3% выше, чем в стадии компенсации (соответственно, 9,42% vs 6,27%; $p < 0,001$). У больных с $Hb1c \geq 7\%$ частота встречаемости АГ была 83,5%. При обеих формах контроля гликемии преобладало число больных, страдающих АГ ≤ 5 лет, в сравнении со стажем АГ > 30 лет ($p = 0,104$). При декомпенсации диабета чаще регистрировались различные степени АГ, а с увеличением тяжести заболевания частота их встречаемости снижалась ($p = 0,023$). У больных с $Hb1c \geq 7\%$ частота ЭКГ признаков ГЛЖ была больше, по сравнению с ЭхоКГ ее проявлениями (74,3% vs 56,9%, $p > 0,05$). Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента больше всего назначались при декомпенсации (21,9%), а β -адреноблокаторы (4,8%), антагонисты кальция (4,8%) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (4,8%) - при компенсации диабета ($p = 0,773$). Частота встречаемости больных, принимавших комбинированную антигипертензивную терапию, была практически одинаковой при обоих уровнях контроля гликемии (51,0% vs 52,4%). Независимо от уровня гликемического статуса, наибольшая часть больных с СД2 и АГ принимали антигипертензивную терапию длительно (63,0% vs 78,9%), лишь незначительная ее часть - в виде курсового лечения (6,2% vs 0%) и во время подъёма АД (30,9% vs 21,1%; $p = 0,159$).

Заключение. Исследование продемонстрировало, что 54,9% лиц с плохим контролем гликемии не достигали целевого уровня АД. Лечение блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы получали 24,0% опрошенных, а комбинированная и длительная антигипертензивная терапия назначалась лишь половине исследуемых. Для коррекции сложившейся ситуации, необходимо усилить приверженность больных к лечению, а также мероприятия, направленные на усовершенствование знаний и навыков эндокринологов и терапевтов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Мехтиев Т.В., ²Мамедов М.Н., ¹Мустафаева Л.С., ¹Керимов Е.А.
¹Центральная районная больница, Шеки, Республика Азербайджан
²ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучение роли течения диабета, а также факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на развитие диабетической нефропатии (ДН) у больных СД.

Материалы и методы. Включены 659 больных, поступивших в эндокринологическое отделение Шекинского РЦБ с 2017 по 2018 гг. Из них 87 человек (13,2%) больные СДТ1 и 572 человек (86,8%) – СДТ2 типа. Пациенты по возрастному критерию были разделены на 5 групп: 18-29 лет – 31 (4,7%), 30-39 лет – 37 (5,6%), 40-49 лет – 44 (6,7%), 50-59 лет – 204 (31,0%), старше 60 лет – 343 (52,0%). Проводились: анкетирование по опроснику ARIC, клинический осмотр, биохимические исследования, ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ. Статистический анализ проводился вариационным (t-Student) и дискриминантным (χ^2 -Pirson) методами.

Результаты. Из 659 больных с СД, включенных в исследование у 543 (82,4%) была выявлена ДН. У 72,8% больных из группы с СД 1 типа ДН была на 1⁰-2⁰ стадии, у 22-х (27,2%) на стадии протеинурии (ДН 3⁰-5⁰). В группе больных с СДТ2 в 55,2% ДН была 1⁰-2⁰, а у 207-х (44,8%) на 3⁰-5⁰ стадии. При определении тяжести диабета было выявлено, что, из 59 больных с СДТ1 с выявленным ДН 1⁰-2⁰ стадии у 53-х (89,8%), а из 22-х больных с ДН 3⁰-5⁰ стадии у 15-ти (68,2%) наблюдалось состояние декомпенсации. Из 255 больных СДТ2 состояние декомпенсации выявлено у 75,7% ДН 1-2 и у 63,3% с ДН 3-5. наблюдалось диабета. У больных с выявленным ДН среди пациентов с СДТ1 у 83,9%, с СДТ2 у 70,1% наблюдалось состояние декомпенсации диабета.

Из всего 543-х больных ДН 242 (44,6%) человека – мужчины, 301(55,4%) – женщины. Среди женщин курящих выявлено не было. Из 242-х мужчин больных ДН 189 (78,1%) человек – это были пациенты продолжавшие курить, 37 (15,3%) – бросившие курить, 16 (6,6%) – никогда не курившие. При анализе частоты развития АГ у больных ДН было установлено, что 83,2% обнаруживается АГ. При увеличении числа больных с ДН 1⁰-2⁰ стадии с АГ 1⁰ и 2⁰ наблюдался статистически достоверный рост ДН 3⁰-5⁰ стадии с АГ 2⁰-3⁰. Среди больных СДТ1 больных с АГ оказалось меньше, по сравнению с больными СДТ2. При этом АГ у них имел двойственный характер и проявлялся в дальнейшем при развитии ДН.

По продолжительности диабета анализ данных показал, что число больных с СД больше 10 < лет превосходит числа больных с СД продолжительностью 6-10 лет и ≤5 (p<0,001). Из 314-ти больных ДН 1⁰-2⁰ стадии, только у 15-ти человек (5,1%), а из 229-ти больных ДН 3⁰-5⁰ стадии, только у 29-ти человек (17,0%) было отмечено снижение гематокрита или анемия. У 37 (16,6%) больных ДН 3⁰-5⁰ стадии из 229 больных в субклинической стадии компенсации диабета был обнаружен феномен Зоброда-Дана. У пациентов, принимавших пролонгированные препараты инсулина и пероральных сахароснижающих средств, несмотря на состояние компенсации диабета, из 104-х больных у 23-х (22,1%) обнаруживались показатели легкой гипергликемии, сопровождающееся резким повышением САД и ДАД.

Выводы.

1. У больных СД состояние длительной декомпенсации диабета повышает риск развития ДН на 70,1%-83,9%.
2. На 1⁰-2⁰ стадии ДН внутриклубочковая гипертензия обнаруживается на 83,6% чаще, что дает основание для проведения превентивной терапии.
3. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, дислипидемия, курение и др.) ускоряют развитие ДН.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛУЧЕВОГО ДОСТУПА

Миленькин Б.И.(1), Миленькина С.Г.(2), Самочатов Д.Н.(1)

- 1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы, Городская клиническая больница № 67 имени Л.А.Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы**
- 2. Федеральное государственное бюджетное учреждение Научный медицинский исследовательский центр кардиологии Минздрава России, Москва, Россия**

Цель. Определить и исследовать распространенность случаев повреждения лучевого нерва, факторов прогнозирования риска развития данного осложнения и зарегистрировать неврологические нарушения, используя исследование нервной проводимости.

Материалы и методы. С января по декабрь 2019 года все пациенты, которым были проведены эндоваскулярные вмешательства с использованием лучевого доступа, были включены в исследование. Пациенты, которые испытывали онемение в руке в проекции места пункции артерии, регистрировали свои симптомы с использованием визуальной аналоговой шкалы, впоследствии у этих пациентов была проведена регистрация нервной проводимости кожной ветви лучевого нерва.

Результаты. Всего с использованием лучевого доступа были проведены пункции у 235 пациентов, из них 148 (63%) мужчин и 87 (37%) женщин. Средний возраст мужчин составил 64 года, женщин - 72 года. У 230 пациентов было проведено диагностическое эндоваскулярное вмешательство, из них у 25 (11%) пациентов с использованием 5F интродьюсера и у 205 пациентов (89%) - с использованием 6F интродьюсера. Лечебные эндоваскулярные вмешательства были проведены у 150 пациентов с использованием 6F интродьюсера. Из всех 235 пациентов в выборке онемение в проекции места пункции после вмешательства наблюдалось у 9 (4%) пациентов. Исследование нервной проводимости кожной ветви лучевого нерва было выполнено у всех пациентов, 6 из которых имели отрицательный результат. У всех пациентов с нарушением чувствительности определялась значимая гематома в месте пункции артерии, эндоваскулярные вмешательства проводились с использованием 6F интродьюсера и эти пациенты принимали антикоагулянтные препараты. Симптомы исчезли у всех пациентов в течение 1-4 месяцев.

Заключения. Временная травма поверхностного лучевого нерва может быть одной из причин онемения конечности в проекции места пункции после эндоваскулярных вмешательств с использованием лучевого доступа. Как правило, данное состояние возникает или из-за травмы нерва во время пункции или из-за сдавления гематомой. Также выбор интродьюсера большего размера является независимым предиктором развития нарушенной чувствительности, в связи с чем при выполнении эндоваскулярных вмешательств, следует использовать интродьюсеры меньшего размера.

ПОВТОРНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Миленькина С.Г., Староверов И.И.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить случаи повторного введения тромболитических препаратов у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в блок интенсивной терапии, выявил 2457 случаев проведения тромболитической терапии (ТЛТ) в первые 6 часов основного заболевания. Средний возраст пациентов составил 60 лет (от 23 до 80 лет), 68,8% пациентов - мужчины. Все включенные пациенты сопоставимы по возрасту, полу. Всем пациентам была назначена терапия в соответствии с клиническими рекомендациями. В исследование были включены только те случаи, когда дозы и способ введения тромболитического препарата соответствовали указанным в официальной инструкции.

Результаты. В 148 случаях выполнялось повторное введение тромболитического препарата отечественного производства рекомбинантной проурокиназы (Пуролаза). Повторное введение иного тромболитического препарата зарегистрировано не было. В большинстве случаев необходимость повторного введения была вызвана реокклюзией инфарктсвязанной артерии. Тем не менее, косвенные критерии реперфузии инфарктсвязанной артерии были достигнуты в 74,8% случаев. Клинически значимое кровотечение, потребовавшее переливания компонентов крови, было зарегистрировано у 1 пациента (0,68% случаев) с длительным анамнезом язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Незначительные кровотечения, не требовавшие вмешательства, были зарегистрированы в 3,7% случаев. Аллергических реакций не было выявлено ни у одного пациента. В 13,6% случаев чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) после ТЛТ не выполнялось по причине отказов пациентов. В 0,6% случаев ЧКВ не было выполнено по техническим причинам (выраженный кальциноз сосудов сердца, извитость коронарного русла, диаметр инфарктсвязанной артерии менее 2 мм и прочие технические сложности). Среди госпитальных наблюдений был зарегистрирован случай эффективного трехкратного введения препарата в связи с категорическим отказом пациента от эндоваскулярного лечения острого инфаркта миокарда и рецидива инфаркта миокарда, без осложнений, с достижением косвенных критериев реперфузии.

Заключение. ЧКВ является золотым стандартом реваскуляризации при инфаркте миокарда. Тем не менее, существует ряд причин, по которым не всегда возможно своевременно доставить пациентов в лабораторию рентгенэндоваскулярных методов лечения. Помимо логистических причин, а также технических особенностей, возможен также категорический отказ больного от вмешательства. Именно в таких ситуациях, когда выполнение первичного ЧКВ в рекомендованные сроки невозможно, проведение ТЛТ является медикаментозным ресурсом и методом выбора для максимально быстрого достижения реперфузии инфарктсвязанной артерии. Повторное проведение тромболитической терапии современным препаратом третьего поколения рекомбинантной проурокиназой является эффективным и относительно безопасным способом восстановления коронарной перфузии.

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ ВИДОВ
СПОРТА С ГИПЕРТОНИЕЙ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ
КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Мирошников А.Б., Смоленский А.В.

**ФГБОУ ВО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)» (РГУФКСМиТ),
Москва, Россия**

Цель. Исследовать, как влияет высокоинтенсивная работа на велоэргометре на окислительные способности, гипертрофию рабочих мышц и артериальное давление у гипертензивных спортсменов силовых видов спорта тяжелых весовых категорий.

Материал и методы. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 55 представителей силовых видов спорта (пауэрлифтинг), тяжелых весовых категорий (масса тела - $101,4 \pm 5,3$ кг). Спортсмены были рандомизированы на две группы: группа основная (n=35) и контрольная группа (n=20). Средний возраст спортсменов-мужчин составил $31,0 \pm 7,3$ года. Задачи исследования выполнялись с помощью следующих методов: опрос, осмотр, трехкратное измерение артериального давления, газометрический анализ, измерение уровня оксигенации мышечной ткани, ультрасонографические измерения анатомической площади поперечного сечения четырехглавой мышцы бедра и методы математической статистики. Спортсмены основной группы тренировались 60 дней (3 раза в неделю) по следующему протоколу: к традиционной силовой работе была добавлена аэробная работа на велоэргометре, 7 высокоинтенсивных интервалов (на мощности педалирования 100% от максимального потребления кислорода) по 2 минуты и низкоинтенсивные интервалы с частотой сердечных сокращений на уровне 75% от анаэробного порога продолжительностью 2 минуты. Время тренировочной сессии составляло 28 минут. Спортсмены контрольной группы тренировались 60 дней (3 раза в неделю) по своему традиционному силовому протоколу.

Результаты. После 60 дней тренировок произошло снижение оксигенации на 72 %, увеличение мощности и времени работы на уровне максимального потребления кислорода и увеличение площади поперечного сечения четырехглавой мышцы бедра у спортсменов основной группы. У спортсменов основной группы произошло достоверное снижение артериального давления: систолическое артериальное давление на 4,7%, диастолическое артериальное давление на 5,6%. В контрольной группе изменения артериальное давление не было статистически значимым.

Заключение. Разработанный нами протокол физической реабилитации позволяет спортсменам силовых видов спорта эффективно и безопасно влиять на гипертрофию, а также окислительные способности рабочих мышц и артериальное давление.

**УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО,
ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВЕСА У
МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗМЕНЕНИЙ В РАЦИОНЕ
ПИТАНИЯ**

Молчанова О.В.

ФГБУ «НМИЦ ПМ» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение. Из немедикаментозных методов вмешательства самым физиологичным и постоянно действующим является питание.

Цель. Определение возможностей немедикаментозного контроля АД изменением питания у мужчин и женщин среднего возраста с ПАГ и ФР ССЗ для профилактики АГ.

Материалы и методы. Из двух организованных популяций одинаковых профессий по критериям включения и исключения были отобраны 2 группы - группа вмешательства (ГВ) 287 человек, из них 203 согласились изменить питание и группа сравнения (ГС) - 252. Критерии включения: лица 25-39 лет с АД=130-159/85-94 и 40-45 лет с АД=135-159/85-94 мм рт.ст.; 25-39 лет с АД<130/85 и 40-45 с АД <135/85 мм рт. ст., но с ЧСС в покое >85 уд. в мин.; 25 - 39 лет с АД<130/85 и 40-45 с АД<135/85 мм рт.ст., но с положительным семейным анамнезом. Изменения питания состояли: ↑ К до 4 г, ↓ Na до 2,5 г, ↑ клетчатки до 20 г в день. Калорийность - до 2300 ккал, у лиц с ИМТ > 27 кг/м² ↓ до 2000 ккал. Изменения в питания проводились не только в личном рационе, но и на рабочем месте - в общественной столовой.

Результаты. ГВ и ГС сравнимы между собой по всем изученным показателям. В результате 3-х летнего изменения питания: ГВ ж - САД ↓ на 3,27(p<0,05); ДАД ↓ на 2,09 мм рт.ст.(p<0,05); МТ ↓ 2,43 кг. В ГС произошла естественная динамика САД ↑ 2,97 (p<0,05); ДАД ↑ на 1,29 мм рт.ст.(p<0,05); МТ ↑ на 2,39 кг(p<0,05). ГВ м - САД ↓ на 1,92(p<0,05); ДАД ↓ на 1,91 мм рт.ст.(p<0,05); МТ ↓ на 2,63 (p<0,05). ГС м - САД ↑ 2,56(p<0,05); ДАД ↑ на 2,39 мм рт.ст.(p<0,05); МТ ↑ на 6,16 кг(p<0,05).
Заключение. Длительное диетическое вмешательство может быть эффективным в отношении контроля АД у лиц среднего возраста с ПАГ и ожирением или избыточной массой тела при изменении питания как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМОРБИДНОСТИ
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ
СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ
"КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ" В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Морозова Т.Е., Барабанова Е.А., Заугольников Т.В., Попова Т.С.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва, Россия; ООО Клиника «Первый доктор», Москва, Россия**

Цель. Изучить особенности формирования коморбидности хронических неинфекционных заболеваний у пациентов 18-54 лет, проживающих в сельской

местности. Оценить эффективность применения наглядного пособия шкалы "Коморбидный пациент" в повышении приверженности пациентов к лечению.

Материал и методы. Объектом исследований являлись 1444 пациента в возрасте с 18 до 54 лет сельского участка врача общей практики Тверской области, из них 694(48,1%) мужчин и 750 (51,9%) женщин. Проведена статистическая обработка медико-социальных данных пациентов: основные (ФР) и хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). Для оценки приверженности пациентов к лечению был использован опросник Мориски – Грина.

Результаты. У мужчин ФР ХНИЗ и ХНИЗ распределялись следующим образом: в группе 18-24 года курение - 47,52%, артериальная гипертензия (АГ) - 2,44%, гиперхолестеринемия (ГХС) - 1,98%, избыточная масса тела и ожирение - 4,95%, СД - 1,48%, хронические заболевания нижних дыхательных путей (ХЗНДП) - 7,32%, болезни костно - мышечной системы и соединительной системы (БКМС) - 8,34%. В группе 25-34 года: курение - 81,50%, избыточная масса тела и ожирение - 15,84%, АГ - 36,62%, ГХС - 6,73%, СД - 2,00%, ХЗНДП - 51,40%, БКМС - 8,92%. В группе 35-44 года: курение - 78,60%, избыточная масса тела и ожирение - 26,93%, АГ - 40,35%, ГХС - 9,90%, СД - 3,50%, ХЗНДП - 51,47%, БКМС - 12,28%. В группе 45-54 года: курение - 64,50%, избыточная масса тела и ожирение - 36,63%, АГ - 42,11%, ГХС - 7,42%, СД - 7,91%, ХЗНДП - 64,57%, БКМС - 37,43%. Структура распределения ФР и ХНИЗ у женщин: в группе 18-24 года курение - 42,31%, АГ - 1,20%, ГХС - 1,78%, избыточная масса тела и ожирение - 5,47%, СД - 0,07%, ХЗНДП - 2,51%, БКМС - 9,64%. В группе 25-34 года: курение - 8,91%, избыточная масса тела и ожирение - 15,34%, АГ - 24,60%, ГХС - 6,43%, СД - 0,95%, ХЗНДП - 19,50%, БКМС - 16,02%. В группе 35-44 года: курение - 0%, избыточная масса тела и ожирение - 35,33%, АГ - 40,43%, ГХС - 6,93%, СД - 3,76%, ХЗНДП - 31,80%, БКМС - 20,87%. В группе 45-54 года: курение - 0%, избыточная масса тела и ожирение - 42,37%, АГ - 46,40%, ГХС - 2,77%, СД - 3,79%, ХЗНДП - 32,12%, БКМС - 45,01%. У мужчин оценка приверженности к лечению до использования шкалы "Коморбидный пациент": приверженные - 50%, недостаточно приверженные - 12,5%, неприверженные - 37,5%. У женщин - 63,25%; 24,7% и 12,1% соответственно. После использования шкалы у мужчин: приверженные - 71,4%, недостаточно приверженные - 21,5%, неприверженные - 7,1%. У женщин - 84,2%; 15,8% и 0% соответственно.

Выводы. В структуре распределения ФР ХНИЗ преобладало курение, избыточная масса тела и ожирение. Составляющими коморбидности ХНИЗ у мужчин и женщин являлись АГ, БКМС, ХЗНДП. Применение наглядного пособия повысило приверженность пациентов к лечению на 20,6%.

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Мусаева А.К., Фараджева Н.А., Касумова Ф.Н.

Медицинский центр ELMED, «Kаrоnа» LTD, Баку, Азербайджан
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
им. А.Алиева, кафедра терапии, Баку, Азербайджан

Цель: Раннее выявление нарушений легочной и внутрисердечной гемодинамики у больных ХОБЛ с избыточной массой тела

Материал и методы: Исследование пошло 25 мужчин в возрасте 35-45 лет, которых имели в анамнезе стаж курения более 20 лет. Продолжительность болезни составила 10-12 лет. Для определения степени избыточной массы тела больным проводилось антропометрическое обследование, с вычислением индекса Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$). В зависимости от индекса ВМІ все исследуемые делились на 3 группы: I группа - $\text{ВМІ} = 20 \text{ кг}/\text{м}^2$ – 8 больных, II группа - $\text{ВМІ} = 27 \text{ кг}/\text{м}^2$ - 9 пациентов, III группа - $\text{ВМІ} = 35 \text{ кг}/\text{м}^2$ - 8 больных. Всем больным проводили измерение артериального давления (АД), определение пульса, транстаракальную цветную доплер Эхокардиографию на аппарате VIVID 7 Dimension.

Собственные результаты: Наше исследование продемонстрировало, что в I группе больных: АД=115/70 мм рт.ст, пульс в среднем - 75 уд. в мин. Эхо КГ показатели были следующие: конечный диастолический размер левого желудочка (LVIDd) – 46 мм (N-37-55мм); конечный систолический размер левого желудочка (LVIDs)-30 мм (N-24-40 мм), левое предсердие (LA)-36 мм (N-19-39 мм), правое предсердие (RA) -30 мм (N-21-36 мм), левый желудочек (RVDd)-20 мм (N-базальный уровень -20-28 мм, средний уровень - 27-33 мм), конечный диастолический объём (EDV (Teich)) - 86 мл (N-70-156 мл); конечный систолический объём (ESV (Teich))-30 мл (N-13-66 мл), фракция выброса левого желудочка (LVEF (Teich)) - 60% (N-53-77%); систолическое давление легочной артерии (SPAP)-20-25 мм Hg.(N<30); во II группе больных: АД=140/85 мм рт.ст., пульс – 88 уд. в мин, Эхо КГ-е показатели: LVIDd=53 мм; LVIDs=40 мм; LA=39 мм; RA=38; RVDd =36 мм; EDV (Teich) =126 мм; ESV (Teich)=56 мм; LVEF(Teich) =55%; SPAP-38 мм Hg; III больных: АД=160/90 мм рт. ст., пульс – 95 уд. В мин., показатели Echo КГ - LVIDd =58 мм; LVIDs=42 мм; LA=44 мм; RA=46; RVDd=44; EDV (Teich) =156 мм; ESV (Teich)=79 мм; LVEF (Teich)=50%, SPAP-45 мм Hg.

Заключение: У больных ХОБЛ с избыточной массой тела в сравнении с лицами с нормальным весом выявляются более существенные нарушения гемодинамики. Увеличение размеров правого предсердия >38 мм, базального уровня > 29 мм, среднего уровня > 34 мм, с точки зрения влияния на прогрессирование правожелудочковой недостаточности может рассматриваться как ранний его предиктор.

НУТРИТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ СТЕАТОГЕПАТОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мусаева О.М., Сергеев В.Н., Нувахова М.Б.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия**

Сердечно – сосудистые заболевания часто являются следствием (клиническим исходом) метаболического синдрома (МС), в состав которого входят шесть главных компонентов: абдоминальное ожирение, атерогенная дислипидемия, повышенное артериальное давление (АД), резистентность к инсулину и нарушение толерантности к углеводам, провоспалительное и протромботическое состояния. При этом печень подвергается мощному и постоянному воздействию свободных жирных кислот, что приводит к целому ряду метаболических нарушений, приводящих к развитию стеатоза и стеатогепатита, усугубляющих течение метаболического синдрома на фоне выраженных нарушений основных функций печени: детоксикационной, белковосинтетической, желчеобразующей. Это сопровождается изменением адекватной регуляции обмена веществ, приводя к накоплению в организме ксенобиотиков (продуктов перекисного окисления липидов, аммиака и пр.), инициации образования атерогенных фракций липопротеидов, провоспалительных цитокинов, что усугубляет полисистемные дисфункции в организме у больных с МС.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния продуктов функционального питания в комплексе с синбиотиками и гепатопротекторами на течение стеатогепатоза.

Материалы и методы. В зависимости от применяемых лечебно-профилактических методик все больные со стеатогепатозом (90 человек) были разделены на 3 сопоставимые по основным клинико-функциональным характеристикам группы:

1 группа исследования (30 пациентов) получала: разработанную гипокалорийную диету (1500 – 1600 ккал), гепатопротектор -гепамин по 2таб. 3р/д, в качестве анорексика использовали гель из водорослей -Натив гастро по 1столовой ложке 3 р/д за 30мин. до еды, который запивался стаканом жидкости, в также пребиотик стимбифид по 2 табл. 3 раза в день, в течение месяца.

2 группа исследования (30 человек): также получала гипокалорийную диету, анорексик - (мукофальк по 1пак. 2р/д за 30 минут до еды, гепатопротектор - фосфоглив по 1таб. 3р/день и пребиотик стимбифид по 2таб. 3р/д), курс 1 месяц.

3 группа контроля (30 человек): получала только гипокалорийную диету.

Всем больным, до и после лечения, помимо общеклинического обследования, проводилось биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, билирубин общий, прямой), исследование индекса массы тела, оценивался психовегетативный статус.

Результаты. Наиболее эффективным оказалось применение на фоне гипокалорийной диеты гепатопротектора гепамин в комплексе с Натив гастро и пребиотиком стимбифидом. В этой группе в сравнении с двумя другими группами достоверно нормализовались нарушенные биохимические показатели, более эффективно происходило снижение избыточной массы тела, нормализовался психоэмоциональный фон и общее самочувствие пациентов.

Заключение. Таким образом, применение продуктов функционального питания в комплексе с гепатопротекторами и пребиотиками приводит к восстановлению нарушенных клинико-биохимических показателей и повышению качества жизни пациентов с МС, в сравнении с другими коррегирующими технологиями.

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ОТ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ.

Мухина А.А.¹, Лобанов А.А.¹, Бадалов Н.Г.^{2,3}, Воловец С.А.², Андронов С.В.¹, Чукина И.М.⁴, Никитин М.В.⁴.

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

² ГБУ НПЦ МСР имени Л.И.Швецовой, Москва, Россия

³ ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

⁴ Санаторно-курортный комплекс «Вулан», Геленджик, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния метеорологических факторов на риск развития сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы: проведен анализ данных обращаемости за скорой медицинской помощью г. Геленджик по поводу сердечно-сосудистой патологии («гипертонический криз», «инфаркт миокарда», «острое нарушение мозгового кровообращения») и данных метеостанции г. Геленджик (44°36'с.ш. 38°08'в.д.) и сайта gismeteo.ru за период с 01 января по 31 октября 2019 г. Для оценки связи между показателями использован коэффициент корреляции Спирмена (r_s). В проведенном исследовании использован метод иерархической агломеративной кластеризации, который предполагает последовательную группировку объектов во все более крупные сегменты. В качестве метода определения расстояния между кластерами выбран метод Варда. Для построения моделей риска использовалась нелинейная логит-регрессия с пошаговым включением переменных по методу максимального правдоподобия. Достоверность различий и корреляционных связей считалась установленной при $p < 0,05$.

Результаты: данные были проанализированы с целью поиска наиболее ассоциированного патологического состояния (гипертонический криз, нарушения сердечного ритма, ИБС) с погодными факторами. Исходя из межкластерных дистанций, выявлена наиболее тесная ассоциация температуры воздуха, К-индекса, скорости ветра и атмосферного давления с гипертоническим кризом (ГК). С помощью метода иерархической агломеративной кластеризации было выявлено, что в наибольшей мере с обращаемостью по поводу ГК ассоциированы К-индекс геомагнитной активности (Ed 0,82), температура воздуха (Ed 0,8) и атмосферное давление (Ed 0,83). Было выявлено, что наибольшая обращаемость по поводу ГК наблюдалась в весенний сезон (на 33,0% больше чем в летний), кроме того, короткий, но выраженный пик обращаемости наблюдался в конце октября при резком переходе к более холодному сезону. Так последнюю неделю октября обращаемость по поводу ГК была в 2 раза выше, чем в июле.

Была построена прогностическая логит-модель развития ГК в зависимости от погодных факторов. Чувствительность модели составила 56,0%,

Специфичность 77,3%. Общая точность 76,0%. Данная модель является удобным практическим инструментом для врача курортолога и специалистов других специальностей. С помощью данной модели было показано, что в зимний сезон, дней с низким риском развития ГК не более 75,0%, весенний сезон 59,0%, летний сезон 89,0%, осенний сезон 77,0%.

Было выявлено, что во все сезоны года наибольший вклад в риск развитие ГК вносит повышение амплитуды К-индекса и атмосферного давления. Так увеличение К-индекса, в период геомагнитного возмущения, всего на один балл с (3 до 4 баллов) повышает риск ГК на 50,0%. Изменение атмосферного давления за сутки на 5 мм. рт. ст. повышает риск на 55,0%, изменение температуры на 5 °C на 26,0%.

Заключение: полученные данные свидетельствуют, что на основе общедоступных данных о температуре воздуха, относительной влажности, атмосферном давлении, К-индексе геомагнитной активности можно составить достаточно точные прогностические модели для определения риска развития гипертонического криза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ МЕТЕО-ПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Мухина А.А.¹, Бадалов Н.Г.^{2,3} Бородулина И.В.⁴, Воловец С.А.²,
Марфина Т.В.⁴, Лобанов А.А.¹, Родькина М.В.¹**

**¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва,
Россия**

²ГБУ НПЦ МСР имени Л.И.Швецовой, Москва, Россия

**³ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва,
Россия**

**⁴ФГБОУ «Медицинский научно-практический центр МГУ им.
М.В.Ломоносова», Москва, Россия**

Целью работы была оценка эффективности бальнеотерапии в коррекции метеопатических реакций у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы В исследование было включено 66 человек с диагнозом гипертоническая болезнь: 35 женщин (53%), 31 мужчина (47%). Средний возраст больных составил 56,9±2,3 лет. Пациенты были разделены на 3 группы, рандомизированные по полу, возрасту и тяжести заболевания. Пациенты 1 группы (n=29) на фоне базовой лекарственной терапии получали 10 процедур «сухих» углекислых ванн температуры 28°C, скоростью подачи углекислого газа 15 л/мин, продолжительностью 15 минут; 2 группы (n=17) - на фоне базовой терапии получали 10 процедур кремнистых ванн концентрацией 100 мг/л температурой 36-37°C продолжительностью 15 минут. Пациенты 3 группы (n=20) получали только базовую гипотензивную терапию. Больным в ходе исследования проводилось ком-плексное обследование, включающее: осмотр, сбор анамнеза, ЭКГ, клинический анализ крови, определение липидного профиля, определение фибриногена, суточное мониториро-вание АД. Больные также вели дневник самонаблюдений для отслеживания метеопатичес-ких состояний.

Результаты: После курса лечения во всех группах наблюдалось незначительное снижение АД и ЧСС, однако данные изменения не были достоверны.

При оценке уровня фибриногена в 1-ой группе отмечалось снижение его уровня с 3235,0 (3230,0-3890,0) до 3080,0 (2930,0-3807,5) ($p<0,05$), в остальных группах данный показатель недостоверно увеличивался с 3390,0 (2780,0-3669,0) и 3280,0 (2880,0-3550,0) до 3435,0 (3230,0-3722,5) и 3325,0 (3150,0-3632,5), соответственно. Анализ показателей липидного обмена обнаружил недостоверное снижение уровня холестерина во всех группах, изменения остальных показателей были недостоверны. По данным СМАД во всех группах наблюдалась тенденция к снижению систолического и диастолического АД, среднего АД. Показатель пульсового АД по данным повторного обследования увеличивался в 1 группе, с 40,0 (32,0-38,5) до 46,5 (38,7-53,2), во 2 и 3 группах данный показатель снижался с 45,0 (36,5-55,5) и 45,0 (40,0-52,0) до 37,5 (33,7-40,6) и 45,0 (37,5-51,2) соответственно, что свидетельствовало об увеличении ударного объема только в группе пациентов, получавших углекислые ванны. Однако, вышеописанные тенденции не достигли уровня статистической значимости. По данным дневника самонаблюдений отмечалось уменьшение количества жалоб в группах, получавших бальнеопроцедуры.

Заключение: Предварительные данные проспективного исследования свидетельствуют о целесообразности включения бальнеопроцедур в программы коррекции метеопатических реакции у больных ГБ. Разработка итоговых клинических рекомендации требует увеличение числа наблюдений.

АПНОЭ ВО СНЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КОМОРБИДНОСТЬ, УХУДШАЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ИЛИ ВЛИЯЮЩАЯ НА ПРОГНОЗ?

Нагиев Ю.К., Алиева З.А.

**Центральная клиническая больница, Кафедра внутренних болезней
III, Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан**

Цель: Выяснить, влияет ли Obstructive Sleep Apnea (OSA) на течение артериальной гипертензии (АГ), эффективность фармакотерапии и прогноз.

Материал и методы: Выборку составили 108 лиц мужского пола в возрасте $55\pm 0,7$ лет, имеющие АГ 1-3 степени, разделенных на 2 группы по 54 человека в каждой. В 1-ю группу (основная – ОГ) были включены пациенты с OSA, во вторую (контрольная – КГ) – без таковой. Оценивались количество факторов риска ССЗ (ФР) и риск развития ССО, офисное АД и его суточных профиль по данным СМАД, функция и геометрия ЛЖ по данным ЭхоКГ, объем и результативность антигипертензивной терапии, частоту ССО в течение 24 мес.

Результаты: Число ФР в ОГ составило $3,7\pm 0,2$, в КГ – $1,7\pm 0,1$ ($p<0,001$). 65% больных ОГ имели высокий, 35% – очень высокий риск развития ССО. В КГ по 50% больных имели повышенный и высокий риск ССО. По уровню САД группы не различались, тогда как ДАД была достоверно выше в ОГ ($110\pm 1,6$ vs $97\pm 1,5$ mm Hg, $p<0,001$). В ОГ 30% больных имели кризовое течение АГ, в КГ – только 11%. Данные СМАД показали нарушение суточного профиля АД в ОГ: 67% больных были «non dipper»-ами, 33% – «night picker»-ами. Повышение АД в ранние утренние часы отмечено у 64% пациентов ОГ, и лишь у 18% больных КГ.

Пациенты с OSA характеризовались повышенной нагрузкой давлением в ночные часы и вариабельностью АД в течение суток. У пациентов обеих групп имелась диастолическая дисфункция, при этом в КГ она была дисрелаксационной, в ОГ – псевдонормальной. В геометрии ЛЖ выявлена разница по КДО (179 ± 1.3 vs 156 ± 1.2 мл, $p < 0.01$). и ИММЛЖ (134 ± 0.8 vs 125 ± 0.7 г/м², $p < 0.001$). Абсолютное большинство больных обеих групп получали комбинированную 2-х компонентную фармакотерапию (ИАПФ/БРА+Д/АК). При этом, контроль АД был достигнут лишь в КГ и только у 35% больных. Это побудило нас к усилению антигипертензивной терапии: все больные ОГ и 65% больных КГ были переведены на 3-х компонентную терапию (ИАПФ/БРА+АК+Д). Через 3-6 мес 26% больных ОГ была переведена на 4-х компонентную терапию (был добавлен β -блокатор), тогда как в КГ она осталась неизменной. К концу наблюдения фармрезистентность не была устранена у 36% больных ОГ (все – с тяжелой формой OSA). В КГ на 3-х компонентной терапии полный контроль был достигнут у 88% больных; фармрезистентность в этой группе отсутствовала. За 24 мес ССО в виде преходящих ишемических атак, церебрального инсульта, инфаркта миокарда развились у 9-ти больных в ОГ (при этом, у троих – дважды) и у 2-х пациентов в КГ. ИММЛЖ в ОГ вырос на 4%, в контрольной уменьшился на 2% (в обоих случаях $p < 0.05$).

Заключение: Пациенты с тяжелой формой обструктивного апноэ во сне характеризуются высоким риском ССО, агрессивным течением АГ, формированием резистентности к антигипертензивной терапии. Тяжелая форма OSA приводит к дальнейшему ремоделированию ЛЖ и ухудшает прогноз.

ОБСТРУКТИВНОЕ АПНОЭ СНА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Нагиев Ю.К., Алиева З.А., Алиев Ф.В.

Центральная клиническая больница, Азербайджанский медицинский университет, Бакинский центр здоровья, Баку, Азербайджан

Цель: Идентифицировать механизмы развития рецидива фибрилляции предсердий (ФП) после катетерной аблации (КА) у больных с нарушениями дыхания во время сна.

Материал и методы: Выборку составили 32 больных мужского пола в возрасте 44.6 ± 0.5 лет с рецидивом пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) в раннем периоде (3 мес) после успешной катетерной аблации (КА). При отсутствии противопоказаний проводили фармакологическую или электрическую кардиоверсию, после которой с целью профилактики все больные получали пропafenон 300 мг/сут и варфарин 5 мг/сут. У 70% ($n=22$, основная группа) диагностирован синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) средней и тяжелой степени, в половине случаев назначена CPAP-терапия. Больные без СОАС ($n=10$) составили группу контроля. Критериями исключения были ФВ ЛЖ $< 40\%$, инфаркт/инсульт в анамнезе. Исходно и через 12 мес оценивали ЭКГ по Holter, ЭхоКГ, через 12 мес – частоту рецидивов ФП и неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты: Исходно у пациентов с СОАС диастолическая дисфункция миокарда (ДДМ) была обнаружена у большего числа больных, чем в группе контроля; при этом, преобладала ДДМ 2-го типа. Не выявлена разница по степени увеличения ЛП, тогда как КДО ЛЖ и ИММЛЖ у пациентов с СОАС были больше (188 ± 1.2 мл vs 170 ± 1.2 мл и 130 ± 0.5 г/м² vs 124 ± 0.5 г/м², $p < 0.001$). Острая гипоксия и растяжение миокарда предсердий во время эпизодов апноэ длительностью более минуты вызывала активацию блуждающего нерва, замедление проведения импульса по предсердиям, электрическую нестабильность миокарда, что повышало риск рецидива ФП. У пациентов с СОАС, не получавших CPAP-терапию, повторный рецидив ФП в течение года наблюдения развился у 50% (при этом, сроки рецидива ФП коррелировали с тяжестью синдрома, глубиной десатураций и степенью ночной гипоксемии), среди больных без СОАС – у 30%. Тогда как на CPAP-терапии рецидивов не было. При мониторинговании ЭКГ зафиксированы тахи-брадикардия, преходящие блокады, короткие пароксизмы ФП в REM-фазу сна, во время которой частота эпизодов апноэ и глубоких десатураций росла. Геометрия ЛЖ улучшилась у пациентов с СОАС, получавших CPAP-терапию, не изменилась у больных без СОАС, ухудшилась у больных с СОАС без CPAP-терапии. За 12 мес неблагоприятные сердечно-сосудистые события в виде преходящих ишемических атак или церебрального инсульта развились у 4 больных с СОАС (все – без CPAP-терапии) и у 2 пациентов в контрольной группе.

Заключение: СОАС повышает риск рецидива ФП после успешной аблации. В основе этого лежит интермиттирующая гипоксия, активирующая САС, возбудимость и сократимость миокарда. Индуцированное гипоксией нарушение наполнения ЛЖ вызывает острую дилатацию ЛП во время эпизода апноэ, что может спровоцировать ФП. Тяжелая СОАС характеризуется высоким риском ССО. CPAP-терапия улучшает отдаленные результаты и прогноз у больных с ФП после успешной КА, предотвращает рецидивы ФП. Возможным механизмом электрической стабилизации миокарда является улучшение сатурации, геометрии и наполнения ЛЖ, устранение симпатикотонии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Нагиев Ю.К., Алиева З.А.

ЦКБ, Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: Определить, влияет ли наличие обструктивного апноэ во сне (Obstructive Sleep Apnea, OSA) и степень его тяжести на диабетическую нефропатию (ДН) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (T2DM).

Материал и методы: В перекрестное исследование включены 242 пациента с T2DM. Диагноз OSA ставили согласно критериям American Academy of Sleep Medicine Manual for Scoring Sleep (2012) по результатам 18-канальной полисомнографии, выполненной на системе «Somnolab-2» (Weinmann, Германия). Степень тяжести OSA определяли по индексу апноэ-гипопноэ (АHI). Были сформированы 4 группы наблюдения: без нарушения дыхательной функции во время сна (АHI 0-4 в час), с легкой (АHI 5-15), умеренной (АHI 16-30) и тяжелой

(АнИ >30) формой OSA. Клинико-лабораторные данные из амбулаторных медицинских карт [рост, вес, суточная экскреция креатинина (CR) и альбумина (А)] были подвергнуты перекрестному анализу между подгруппами. Связь между соотношением альбумина и креатинина в моче (UACR) с такими параметрами OSA, как АнИ, наименьшее и среднее насыщение гемоглобина крови кислородом во время ночного сна (Mn-SpO₂, Md-SpO₂), оценивали с помощью корреляционного анализа. Стадии ДН были классифицированы на подгруппы без ДН, микро- и макроальбуминурии. Анализ факторов, способных оказывать влияние на ДН, был проведен посредством многофакторного регрессионного анализа.

Результаты: Пациенты с легкой, умеренной и тяжелой формой OSA имели более высокий индекс массы тела (BMI), уровень креатинина, UACR и более длительную продолжительность T2DM ($p < 0,05$), чем в группе без OSA. Распространенность ДН в группе без OSA составила 19,4%, в группах с легкой, умеренной и тяжелой формами OSA – соответственно 20,6%, 33,5% и 50,4%, соответственно ($p < 0,05$). Многофакторный регрессионный анализ показал, что систолическое АД (отношение шансов, ОШ = 1,02), АнИ (ОШ = 1,04) и длительность T2DM (ОШ = 1,03) коррелировали с ДН ($p < 0,05$).

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о наличии независимой связи синдрома OSA с ДН у больных сахарным диабетом 2 типа.

АССОЦИАЦИЯ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ТЯЖЕСТЬЮ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ИХ ДИНАМИКА НА СРАР-ТЕРАПИИ

Нагиев Ю.К., Алиева З.А.

Центральная клиническая больница, Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Цель: Изучить связь центрального ожирения, дислипидемии, инсулинорезистентности (ИР), артериальной гипертензии (АГ) с нарушениями дыхания во время сна.

Материал и методы: Выборку составили 260 больных (220 мужчин, 40 женщин) в возрасте 50 ± 2 лет с метаболическим синдромом (МС) и сопутствующим синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС). Выделены подгруппы с легкой, средней и тяжелой степенью СОАС. МС диагностировали согласно критериям Международной федерации диабета и Европейского общества по атеросклерозу (2009). Пороговое значение ТГ/ЛВП в ммоль/л принимали за 1,32. Изучали объем талии, бедер и их соотношение (ОТ/ОБ), ИМТ, АГ, иммунореактивный инсулин (ИРИ). В зависимости от проведения СРАР-терапии пациенты были разделены на получавших (основная группа) и не получавших вентиляционную поддержку во сне (группа контроля). В течение 18 мес оценивали структуру и геометрию ЛЖ, активность САС (кортизол, ночная ЧСС), агрегацию тромбоцитов, частоту сосудистых осложнений.

Результаты: Индекс ОТ/ОБ коррелировал с тяжестью СОАС. С увеличением АнИ соотношение ТГ/ЛВП нарастало с 1,38 при легкой до 1,77 при тяжелой форме. Повышение количества висцерального жира сочеталось с гиперинсулинемией, ИР, АГ, и дислипидемией; максимальные значения выявлены у больных с ИМТ

>40 кг/м². Гликемия натощак, ИРИ, были повышены у 30% с легкой, у 50% со средней и 67% с тяжелой формой СОАС. HbA1c был на 1.8% и 3.2% повышен при средней и тяжелой форме СОАС. Выявлена прямая корреляция ИР с АНІ, ночной ЧСС и индексом дневной сонливости по Epworth Sleepiness Scale (ESS). Параллельно тяжести СОАС росли суточная экскреция метаболитов кортизола, агрегация тромбоцитов, ДДМ и ИММЛЖ. Немедикаментозная терапия включала повышение физической активности с целью сжигания 1000 ккал/нед (ходьба 30-60 мин с приростом ЧСС на 60%, 5 раз/нед) и СРАР-терапию. Ходьба способствовала уменьшению ИР в обеих группах при легкой и средней форме СОАС, при тяжелой – только в группе СРАР-терапии, что сопровождалось снижением ОТ/ОБ, ИМТ, индекса дневной сонливости, повышением ХС ЛВП. Проведена коррекция антигипертензивной терапии: гидрохлортиазид заменен индапамидом ретард, метопролол и бисопролол – карведилолом; при сопутствующей ДГПЖ назначен тамсулозин (силодозин). Повышение приверженности к терапии было достигнуто назначением фиксированных комбинаций периндоприла с амлодипином (Престанс), периндоприла с индапамидом ретард (Нолипрел форте). При непереносимости ИАПФ назначали телмисартан в фиксированной комбинации с амлодипином (Телзап АМ). В контрольной группе контроль АГ, улучшение наполнения ЛЖ, снижение ОТ/ОБ и ТГ/ЛНП до целевых значений достигнуты лишь при легкой форме СОАС. В основной гр при средней и тяжелой форме СОАС целевые значения ТГ/ЛНП достигнуты у 67% и 50% больных, на 4-25% снизились ОТ/ОБ, HbA1c, ИРИ, индекс сонливости, агрегация тромбоцитов, активность САС. Контроль АГ (70%) достигнут на меньшей по объему терапии, снизилось число сосудистых осложнений (ОР по сравнению с контролем составил 0.78; p <0.01).
Заключение: СОАС усугубляет тяжесть компонентов метаболического синдрома. СРАР-терапия способствует его регрессии.

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В., Ефанова Е.Н.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель: изучение особенностей гемодинамических изменений у больных диссеминированным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.

Материалы и методы. Проведен анализ данных исследования 24 больных диссеминированным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, завершивших интенсивную фазу лечения в Сургутском клиническом противотуберкулезном диспансере в 2016 году.

Результаты. Преобладали мужчины (20 человек, 83,3%), средний возраст составил 31,3±1,1 год. Хронический вирусный гепатит С имели 16 больных (66,7%), еще 4 больных (16,7%) имели хронический вирусный гепатит С и В, у 13 больных (54,2%) выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. У 83,3% наблюдений клиническая симптоматика туберкулеза развивалась подостро (в среднем за 3,2±1,9 месяца). До начала лечения у 12 человек (50%) обнаружена

ДНК МБТ в мокроте методом ПЦР, их них у половины больных выявлена ДНК МБТ с устойчивостью к рифампицину. Метод люминисцентной микроскопии позволил выявить бактериовыделение у 16 человек (66,7%), посев на жидкие питательные среды – у 18 человек (75%), посев на плотные среды – у 19 больных (79,2%). У 22 больных (91,7%) выявлена множественная и у 2 (8,3%) широкая лекарственная устойчивость. Полости распада выявлены у 16 больных (66,7%). При спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД - у 10 человек (41,7%), значительное снижение - у 8 больных (33,3%), резкое снижение - у 6 пациентов (25%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (20,8%), преимущественно по обструктивному типу - у 3 человек (12,5%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое лёгочное сердце установили у 7 пациентов (29,2%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к склонность к гипотонии (среднее систолическое АД – 104,3±3,0 мм.рт.ст., диастолическое АД - 64,5±2,3 мм.рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией и распространенным процессом составило 104,8±3,0 мм.рт.ст., у больных без бактериовыделения и с ограниченным процессом -118,4±2,5 мм.рт.ст., (P <0,05), диастолическое- 61,7±1,3 мм.рт.ст. и 76,7 ±1,9 мм.рт.ст. (P <0,05). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулёзной интоксикации и, соответственно, выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулезом лёгких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чём свидетельствовало повышение объёмов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 9 больных (37,5%).

Заключение. Сердечно-сосудистые нарушения у больных диссеминированным туберкулезом проявляются снижением функции левого и правого желудочков, нарушением показателей центральной гемодинамики.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В., Ефанова Е.Н.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Целью работы явилось изучение структуры сопутствующей патологии у больных туберкулезом.

Материалы. Проведен анализ 60 медицинских карт стационарных больных, получавших лечение в КУ ХМАО-Югры «Сургутский противотуберкулезный диспансер».

Результаты. В исследование было включено 60 пациентов с сопутствующей патологией. Средний возраст составил 34,7+ 1,2 года. Преобладали мужчины – 48 человек (81,4%). Впервые диагноз туберкулеза установлен у 28 человек (45%), рецидив туберкулеза у 12 человек (20%), у остальных наблюдалось прогрессирование туберкулезного процесса. При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего встречался диссеминированный туберкулез - у 76,7% пациентов (46 человек). Микобактерии

туберкулеза в мокроте обнаружены у 37 больных (61,7%). У 22 человек (36,7%) отмечен распад ткани легкого.

В структуре сопутствующей патологии наиболее значимую роль играли вирусные заболевания: ВИЧ-инфекция (у 49 человек, 81,7%), хронический вирусный гепатит С (у 41 человека, 68,3%). У большей части больных выявлены психические заболевания: 35 больных (58,3%) страдали алкогольной зависимостью, 31 пациент (51,7%) наркотической зависимостью, 2 больных (3,3%) шизофренией. В 40% случаев туберкулезу легких сопутствовала анемия (24 человека), причем у четверти больных отмечалась анемия средней степени тяжести и у 7 больных тяжелой степени. У 28,3% пациентов по данным объективного обследования и, проведенной фиброгастроуденоскопии, выявлены хронический гастрит и гастродуоденит, у 3 больных язвенная болезнь желудка и ДПК. У 19 больных (31,7%) выставлен хронический панкреатит. У 18 больных (30%) туберкулезу сопутствовал хронический бронхит, у 16 больных (26,7%) – хроническая обструктивная болезнь легких. Среди офтальмологической патологии преобладала миопия разной степени выраженности – у 24 больных (40%), по 2 человека имели пресбиопию, катаракту и нарушение аккомодации (3,4%).

Анализ дерматологической патологии показал преобладание пациентов с дерматомикозами (43,3%). Кроме того, у 35% больных выявлен ксероз кожи, 16,7% лекарственных токсикодермий.

Более половины больных имели в сопутствующем диагнозе 3 и более сопутствующих заболевания – 39 человек (65%), что требовало назначения дополнительных методов обследования и лечения, консультирование пациентов у врачей соответствующих специальностей.

Заключение. У больных туберкулезом с сопутствующими заболеваниями преобладали распространенные процессы в ткани легких с бактериовыделением у половины и распадами у третьей части из них. В структуре сочетанной патологии превалировали ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С, наркотическая и алкогольная зависимости.

КОМОРБИДНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТА С.

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Целью работы явилось изучение особенностей коморбидности туберкулеза, ВИЧ-инфекции и гепатита С.

Материалы. Проведен анализ 177 историй болезни пациентов, имеющих активный туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С.

Результаты. В исследование было включено 177 больных с сочетанной патологией. Превалировала возрастная группа от 31 до 40 лет – 112 человек из 177 (63,3%), средний возраст составил 34,7±1,2 года. Преобладали мужчины – 152 человека (85,9%). Впервые диагноз туберкулеза установлен у 120 человек (67,8%). При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего среди этой группы больных встречался диссеминированный туберкулез - у 62,7% пациентов (111 человек),

инфильтративный туберкулез выявлен у 22% (39 человек), очаговый туберкулез имели 7 человек (4%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 3 человека (2%), по одному больному – туберкулезный спондилит, туберкулезный менингит. Среди осложнений чаще встречался экссудативный плеврит – у 13 человек (6,8%). У 4 больных (2,25%) выявлен туберкулезный менингит, 5 больных (2,8%) – туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6%) имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Генерализацию туберкулеза с поражением кроме легких нескольких органов или систем имели 8 человек (4,5%). Среди сопутствующих заболеваний выявлены следующие нозологии: хронический вирусный гепатит В (9,6%, 17 человек), миопия (16,3%, 29 человек), наркотическая и алкогольная зависимости (70%, 124 человека), 22 человека (12,4%) имели хронический описторхоз. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 107 больных (60,5%), лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, из них множественную лекарственную устойчивость имел 21 человек (11,7% больных с сочетанной патологией и 19,6% бактериовыделителей) и 1 больной имел широкую лекарственную устойчивость (0,05% и 2,2% соответственно). У 74 человек (41,8%) отмечен распад ткани легкого. На момент проведения исследования все больные находились в стадии вторичных заболеваний (46,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 61 человека (34,5%) оказались доступными данные исследования уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 9 человек (14%) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение - у 53 больных (86,9%), причем у 46 человек (75,4%) отмечено снижение его ниже $0,2 \times 10^9$ л. Высокоактивная антиретровирусная терапия проводилась у 88 человек (49,7%), 31 больному (17,5%) она была не показана по тяжести состояния, остальные пациенты отказались от приема препаратов.

Заключение. У больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С преобладали распространенные процессы (диссеминированный и инфильтративный туберкулез легких). Среди сопутствующих заболеваний у больных активным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С превалировала наркотическая и алкогольная зависимости. Бактериовыделение выявлено более чем у половины больных. У всех больных выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. Практически все больные имели снижение уровня CD4-лимфоцитов, причем у 2/3 пациентов он был ниже $0,2 \times 10^9$ л.

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нелидова Н.В., Кузьмина Н.В., Соколова Е.В.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель: изучение особенностей гемодинамических изменений у больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Материалы. Нами проведен анализ данных исследования 30 больных генерализованным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией.

Результаты. В группе преобладали мужчины – 21 человек (70%), средний возраст пациентов составил $31,2 \pm 7,02$ лет. Чаще всего встречался диссеминированный туберкулез - у 93,3% пациентов (28 человек). Туберкулез легких чаще всего осложнялся развитием туберкулеза мочеполовой системы – у 12 больных (40%), по 9 пациентов имели туберкулезный менингит и туберкулезный спондилит (30%), у 8 больных (26,7%) выявлен туберкулез кишечника, у 5 больных (16,7%) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии, у 1 больного (3,3%) - туберкулезный перикардит. У 6 пациентов (20%) диагностировано поражение трех и более систем. У 19 человек (63,3%) выявлен вирусный гепатит С, у 3 человек (10%) вирусный гепатит С и В, у 21 пациента (70%) наркотическая и алкогольная зависимости. Среди жалоб наиболее значимыми являлись одышка, общая слабость, потливость, лихорадка. Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 14 больных (46,6%). Распад ткани легкого у 46,7% больных (14 человек). У большей части больных туберкулез появился на фоне ВИЧ-инфекции в продленной стадии со снижением абсолютного уровня CD4-лимфоцитов, у 66,7% больных – ниже $0,2 \cdot 10^9$ л. При спирометрическом обследовании больных туберкулезом умеренное снижение ФВД - у 10 человек (33,3%), значительное снижение - у 8 больных (26,7%), резкое снижение - у 6 пациентов (20%). Изменение ФВД преимущественно по рестриктивному типу отмечали у 5 больных (16,7%), преимущественно по обструктивному типу - у 3 человек (10%), у остальных – по смешанному типу. Электрокардиографически преобладали диффузные изменения миокарда, хроническое лёгочное сердце (ХЛС) установили у 4 пациентов (13,3%). Показатели системного артериального давления в среднем имели тенденцию к склонности к гипотонии (среднее систолическое АД – $108,3 \pm 3,0$ мм.рт.ст., диастолическое АД - $61,5 \pm 2,2$ мм.рт.ст.). Системное систолическое АД у бактериовыделителей с более выраженной интоксикацией составило $106,3 \pm 3,0$ мм.рт.ст., у больных не выделявших микобактерии туберкулёза в мокроте - $118,4 \pm 2,5$ мм.рт.ст., ($P < 0,05$), диастолическое - $64,7 \pm 1,3$ мм.рт.ст. и $76,9 \pm 1,9$ мм.рт.ст. ($P < 0,05$). Таким образом, чем больше выражены явления туберкулёзной интоксикации и соответственно выше показатели СОЭ, тем ниже системное АД у больных туберкулёзом лёгких. По данным эхокардиографии функция левого желудочка у исследуемых больных была существенно нарушена, о чём свидетельствовало повышение объёмов и снижение фракции выброса. Утолщение передней стенки правого желудочка установили у 5 больных (16,7%).

Выводы. Таким образом, сердечно-сосудистые нарушения у больных генерализованным туберкулезом проявляются снижением функции левого желудочка, нарушением показателей центральной гемодинамики в виде повышения ЧСС и гипотонии.

ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Носов А.Е., Байдина А.С., Устинова О.Ю.

ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками
здоровью населения», Пермь, Россия

По данным эпидемиологических исследований повышение жёсткости артериального русла является независимым фактором кардиоваскулярного риска. Японскими учеными предложен новый метод определения артериальной жесткости – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), который основан на расчете параметра жесткости β , не зависящего от текущего уровня артериального давления у обследуемого. Кроме индекса CAVI аппараты, реализующие этот метод, позволяют получить ряд дополнительных параметров артериальной жесткости, имеющих клиническое значение: индекс прироста (AI), время подъема волны (UT), степень «сглаженности» АД (%MAP).

Цель работы. Изучить особенности изменения параметров артериальной жесткости, полученных методом сфигмоманометрии, у пациентов с сочетанием факторов сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. Обследовано 208 работников предприятия горнодобывающей промышленности, которые имели кардиальные факторы риска: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение и курение (группа наблюдения). Группу сравнения составили 75 работников данного предприятия, у которых отсутствовали эти факторы риска. Исследование жесткости артериальной стенки проводилось на аппарате Fukuda denshi VS-1500 VaSera с определением CAVI, UT, %MAP, AI.

Результаты. В группе пациентов с сочетанием факторов риска (артериальная гипертензия, курение, абдоминальное ожирение) индекс жесткости CAVI достигал значения 7,1 (6,5;7,6) против 6,6 (5,8;7,3) в группе сравнения ($p=0,003$). Индекс прироста (AI) в данной группе составил 0,92 (0,82;1,04) при его значении 0,84 (0,76;0,91) в группе сравнения (0,00002). Индексы UT на верхних и нижних конечностях и %MAP на верхних конечностях показали статистически значимое превалирование в наблюдения. Наиболее выраженное повышение UT установлено на плечевых артериях, где его значение составило 152 (105;205) мс и 150 (107;196) мс против 104 (100;114) мс и 109 (102;151) мс в группе сравнения соответственно ($p=0,0007-0,006$). UT на артериях голеней у пациентов с сочетанием факторов риска также статистически значимо превышало данный индекс в группе сравнения и составило 141 (128;152) мс и 140 (130;150) мс против 134 (126;143) мс и 134 (126;142) мс соответственно ($p=0,004-0,01$). Значение RB-%MAP и LB-%MAP в группе наблюдения составило 48 (45;52)% и 49 (46;53)% против 46 (43;49)% и 48 (44;50)% в группе сравнения ($p=0,0009-0,01$).

Выводы. В группе пациентов с сочетанием факторов риска установлено статистически значимое превалирование по отношению к группе сравнения индексов сфигмоманометрии, характеризующих жесткость артерий (CAVI, AI, UT, %MAP), что свидетельствует о менее благоприятном долгосрочном прогнозе у данной категории пациентов. Пациенты, имеющие отклонения по параметрам жесткости, должны включаться в группу риска по развитию сердечно-сосудистой патологии с дальнейшей детальной оценкой имеющихся факторов риска с целью

профилактики. Целесообразно включение объемной сфигмоманометрии в программы скрининговых обследований.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У РАБОТНИКОВ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧИ ХРОМОВЫХ РУД

Носов А.Е., Ивашова Ю.А., Байдина А.С., Устинова О.Ю.

ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками
здоровью населения», Пермь, Россия

Современное производство по добыче хромовой руды характеризуется многообразием вредных профессиональных факторов (хром, пыль, шум, вибрация, тяжесть и напряженность труда, охлаждающий микроклимат), которые могут нарушать нормальное функционирование сосудистого эндотелия и приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – изучить особенности эндотелиальной функции у работников, занятых подземной добычей хромовой руды во вредных условиях труда.

Материалы и методы. В исследование включены 98 шахтеров предприятия по добыче хромовой руды. Условия труда группы наблюдения соответствуют классу 3.1-3.3. Группу сравнения (работающие в условиях вне воздействия исследуемых производственных факторов) составили 75 работников – руководители и специалисты административно-управленческого персонала предприятия, сопоставимых по возрасту и стажу с группой наблюдения. Для оценки вазомоторной функции эндотелия выполнялась проба поток-зависимой (эндотелий-зависимой) вазодилатации по методике D.S. Celermajer. Оценивались постокклюзионный прирост диаметра плечевой артерии, коэффициент чувствительности плечевой артерии к изменению сдвига на эндотелий.

Результаты. Эндотелиальная функция у работников шахты достоверно не отличалась от группы сравнения при стаже работы до 10 лет (значения относительного прироста диаметра плечевой артерии 12,2% в группе наблюдения и в группе сравнения 12,6%, $p=0,74$). При стаже более 10 лет значение относительного прироста диаметра плечевой артерии у работников группы наблюдения соответствовало признакам эндотелиальной дисфункции и составило 8,6%, в то время как в группе сравнения этот показатель равнялся 12,4%, что соответствовало нормальной функции эндотелия ($p=0,019$). Значение коэффициента чувствительности к напряжению сдвига в группе наблюдения также было статистически значимо меньше, чем в группе сравнения ($0,06\pm 0,027$ против $0,16\pm 0,048$, $p=0,0003$).

Заключение. Для работников, занятых подземной добычей хромовой руды более 10 лет, характерна сниженная вазодилатационная реакция на реперфузию после окклюзионной пробы и низкий коэффициент чувствительности эндотелия к напряжению сдвига. При этом статистически значимое снижение прироста диаметра плечевой артерии и коэффициента чувствительности эндотелия к напряжению сдвига по отношению к группе сравнения был установлен только у лиц со стажем более 10 лет. Сравнительный анализ результатов оценки функциональной активности эндотелия у работников шахты свидетельствует о том, что изменение функционального состояния эндотелия у шахтеров связано не

только с возрастом, но и с условиями работы. Выявленные изменения предрасполагают работников подземной добычи хромовой руды к развитию сердечно-сосудистой патологии.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нувахова М.Б., Сергеев В.Н., Мусаева О.М.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
реабилитации и куртологии» Минздрава России, Москва, Россия**

В последнее время получены доказательства, что метаболический синдром (МС) обусловлен наследственным характером. В качестве факторов риска следует также рассматривать нарушение питания, гиподинамию, эмоциональный стресс, фармакологический прессинг. Люди, предпочитающие вести неактивный образ жизни, но при этом потребляющие большее количество калорий, чем они тратят в повседневной жизни, являются основной категорией, предрасположенной к этому заболеванию. Распространенность МС в популяции позволяет рассматривать его в качестве эпидемии. Статистически чаще болеют мужчины, переступившие возрастной порог в 35 лет. У женщин МС чаще диагностируется при наступлении климактерического периода на фоне возникающего гормонального дисбаланса.

Известно, что при МС диагностируются комплексные нарушения метаболизма на фоне изменения адекватной нейроиммуноэндокринной регуляции, что сопровождается разнообразной психо-соматической симптоматикой. Для пациентов данной категории характерны следующие жалобы: слабость, адинамия, быстрая утомляемость, потливость, одышка при физических нагрузках, нарушение сна, тревожность, колебания артериального давления, сердцебиения, что связано с повышением функции симпатoadренальной системы у пациентов с МС. В то же время для пациентов с МС характерны и эпизоды депрессивных состояний, что напрямую связано с нарушением, количественного и качественного состава симбионтной микрофлоры кишечника, которая участвует в выработке гормона серотонина, дефицит которого и обуславливает возникновение депрессивных эпизодов. Так, по данным немецких исследователей 98% серотонина синтезируется при участии кишечной микрофлоры, как и естественного релаксирующего гормона гамма – аминокислоты, дефицит которого при МС обуславливает нарушение сна у данной категории больных. Доказано, что изменения количественного и качественного состава микрофлоры кишечника способствуют нарушению гормональной связи оси кишечник – мозг, которая осуществляется при участии блуждающего нерва, и сопровождается сочетанными нарушениями метаболического статуса на фоне изменения функциональной активности органов и систем организма. Учитывая нарушения психосоматического статуса больного с МС, важная роль отводится тщательной не только клинико – биохимической, но и психоневрологической диагностике с использованием различных шкал и других тестовых методик. Данные пациенты должны обязательно направляться на консультацию психоневролога, рекомендации которого должны учитываться при составлении комплексной лечебно – профилактической программы для пациента с МС.

Таким образом, МС представляет собой междисциплинарную проблему, решение которой требует участия специалистов различного профиля: не только традиционно занимающихся ею эндокринологов, кардиологов, диетологов, но и психоневрологов, гастроэнтерологов, иммунологов. Так как именно сочетанный подход к решению этой проблемы будет сопровождаться наиболее значимым терапевтическим эффектом в лечение данной категории больных и способствовать профилактике рецидивов заболевания.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК – КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Нургалиева Р.Е., Аманжолкызы А., Астраханов А.Р., Баспакова К.Е.,
Изтелеуов А.А.**

**Некоммерческое акционерное общество «Западно-Казахстанский
медицинский университет имени Марата Оспанова», Актобе, Республика
Казахстан**

Цель. Оценка взаимосвязи между функциональным состоянием почек и состоянием экстракраниальных сосудов у практически здоровых лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование 128 студентов мужского пола 1-5 курсов Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова. Были оценены показатели функционального состояния почек (уровень мочевины, креатинина и скорость клубочковой фильтрации рассчитанная по формуле Кокрофта-Гоулта) и состояния кровотока (пиковая систолическая скорость кровотока, индекс резистентности, диаметр сосуда) в экстракраниальных сосудах. Обработка результатов осуществлялась с использованием пакета статистических программ STATISTICA 10.

Результаты. В исследовании была выявлена обратная корреляционная связь между уровнем креатинина и пиковой (линейной) систолической скоростью кровотока ($r=-0,25$, $p\leq 0,05$). Также, при оценке скорости клубочковой фильтрации были определены некоторые взаимосвязи данного параметра с диаметром общей сонной артерии ($r=0,21$, $p\leq 0,05$) и пиковой (линейной) систолической скоростью кровотока во внутренней сонной и позвоночной артериях ($r=0,27$, $p\leq 0,05$), ($r=0,20$, $p\leq 0,05$). Также была выявлена достоверная связь между уровнем мочевины и диаметрами внутренней сонной и позвоночной артерии ($r=0,22$, $p\leq 0,05$), ($r=0,20$, $p\leq 0,05$). Имеющаяся взаимосвязь патологических изменений, развивающихся как в сердечно-сосудистой системе, так и в почках, нередкая двунаправленность действия факторов риска, а также клиническая прогнозируемость конечных результатов указанного сочетания позволяют рассматривать данные взаимоотношения как непрерывную цепь событий, определяющим дальнейшее ведение пациентов.

Заключение. В данной работе мы видим связь между функциональным состоянием почек и состоянием сосудов брахиоцефального ствола. Это исследование привело к выводу что, функциональное состояние почек является независимым предиктором развития изменений сосудистой стенки, и может быть использована для оценки факторов риска сосудистых заболеваний.

ГЕМОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б., Зохидов Ж.М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Выявление изменений морфологической картины тромбоцитов в зависимости от степени выраженности тревожно-депрессивного синдрома (ТДС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Исследование проводилось у 125 лиц, из них 102 больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) II-III ФК, обоих полов, в возрасте от 48 до 76 лет (в среднем $61,9 \pm 1,31$). Определение уровня психоэмоционального статуса проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии - HADS (Hospital Anxiety and Depression scale). Высокотехнологичные гемобиологические исследования проводились с использованием флюоресцентно-цитометрических методов для оценки общего анализа крови включая развернутый фенотип тромбоцитов (PLT, PDW, MPV, P-LSR, PCT и IPF).

Результаты. Результаты анкетирования с помощью опросника HADS двух групп: I группа – 40 (47,6 %) пациентов с ТДС; во II группе – у 44 (52,4 %) пациентов без ТДС. У пациентов основной группы фактор тромбогенного риска - средний показатель тромбоцитов (PLT) составил $312,1 \pm 17,17 \times 10^9/\text{л}$, что достоверно преобладало над средним значением PLT $220,4 \pm 10,48 \times 10^9/\text{л}$ группы сравнения ($p < 0,01$). Средние значения PDW, индекса гетерогенности тромбоцитов с учётом их размера, оказались достоверно выше в основной группе пациентов по сравнению с группой сравнения, $17,0 \pm 0,94 \text{ fL}$ против $13,6 \pm 0,76 \text{ fL}$ ($p < 0,05$). Средний объём тромбоцитов (MPV), статистически значимо превалировал, в основной группе, что составило в среднем $11,3 \pm 0,42$, в отличие от данных группы сравнения и контроля: $9,7 \pm 0,23$ и $8,7 \pm 0,28 \text{ fL}$, соответственно ($p < 0,01$). Однако, отличие по показателям P - LCR, IPF и PCT между группами пациентов с ССН были статистически незначительными, их значения в основной группе в среднем составили $31,2 \pm 1,49\%$, $0,3 \pm 0,02\%$, $2,4 \pm 0,35\%$, в группе сравнения $27,7 \pm 1,19\%$, $0,2 \pm 0,01\%$, $1,9 \pm 0,30\%$ и в группе контроля $25,9 \pm 1,9\%$, $0,23 \pm 0,02\%$, $2,1 \pm 0,39\%$, соответственно. Логистический регрессионный анализ установил, что независимыми предикторами риска повышенной агрегационной активности тромбоцитов у больных ИБС являются как депрессия (ОШ 8,95, ДИ 2,08-38,49; $p = 0,003$) и тревога (ОШ 1,78, ДИ 1,12-2,84; $p = 0,015$) самостоятельно, так и смешанные тревожно-депрессивные состояния (ОШ 2,32, ДИ 1,57-3,44; $p = 0,001$).

Заключение. Таким образом, при тревожно-депрессивном синдроме у пациентов ССН риск развития сдвигов в морфологической картине тромбоцитов, повышается в 2,3 и 2,5 раза, что свидетельствует о высоком тромбогенном риске крови, обусловленным психосоциальными факторами риска ССЗ. Наличие ТДС у пациентов ИБС ассоциировалось с достоверно повышенным значением среднего показателя тромбоцитов (PLT) в 1,4 раза ($p < 0,001$), ширины распределения тромбоцитов (PDW) в 1,3 раза ($p < 0,05$), среднего объёма тромбоцитов (MPV) в 1,2 раза ($p < 0,001$) и незрелых тромбоцитов (IPF) в 1,5 раза ($p < 0,01$) относительно пациентов без тревожно-депрессивных состояний.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ОСНОВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА

Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б., Хасанова Н.А.,
Абдулбасит Бурхан Туркестаний

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан
King Abdullah medical complex, Саудовская Аравия

Цель. Оценка степени приверженности к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от поведенческих и психосоциальных факторов риска.

Материал и методы. В исследовании участвовало 102 пациента со стабильной стенокардией напряжения (СН) II-III ФК, обоих полов, в возрасте от 48 до 76 лет (в среднем $61,9 \pm 1,31$). Назначены общеклинические лабораторно-инструментальные методы, исследованы психометрические параметры (HADS, Тест Ридера, DS-14), применены современные методы оценки качества жизни (EUROQOL - 5D и EQ-VAS) и приверженности пациентов к лечению (8-item Morisky Medication Adherence Scale - MMAS-8).

Результаты. Больные СН по результатам оценки психоэмоционального статуса с помощью опросника HADS, были разделены на две группы: I группа – 40 (47,6 %) пациентов с тревожно-депрессивным синдромом (ТДС); во II группе – у 44 (52,4 %) пациентов без ТДС. У лиц со СН был подсчитан суммарный балл степени приверженности к основной терапии, который составил по MMAS-8 в среднем $3,1 \pm 0,29$ балла и в процентном исчислении $40,5 \pm 4,29\%$ в основной группе, что соответствовало очень низкому уровню комплаентности. Тогда как, в группе сравнения степень приверженности к терапии была достоверно выше и составила $5,6 \pm 0,27$ балла и $68,7 \pm 3,76\%$, соответственно ($p < 0,01$). Следует отметить, что в ходе исследования с целью оценки ассоциативной взаимосвязи использованных методов расчёта степени приверженности, проведен корреляционный анализ между показателями MMAS-8 и процентными значениями ($r = 0,79$; $p < 0,001$). Сравнительный анализ основных применяемых классов лекарственных препаратов (ЛП), показал, что пациенты с ТДС имеют более низкую приверженность по сравнению с больными без ТДС к ЛП, в частности в отношении статинов, т.е. ниже на 15,8% ($p < 0,01$), БАБ 17% ($p < 0,01$) и АК 13,2% ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что приверженность к терапии статинами является наименьшей в обеих исследуемых группах. На основании данных влияния психоэмоционального статуса на степень соблюдения пациентами врачебных рекомендаций медикаментозного лечения, проведен корреляционный анализ взаимосвязи психосоциальных ФР ССЗ (тревога, депрессия, стресс, личностный тип Д) с уровнем комплаентности больных СН. Так, непрямая сильная корреляционная связь отмечена между уровнем приверженности и депрессией ($r = -0,60$; $p < 0,01$), тревогой ($r = -0,58$; $p < 0,01$) и типом Д ($r = -0,53$; $p < 0,01$). Соответственно, чем выше уровень психосоциальных факторов, тем ниже степень приверженности к лечению.

Заключение. Таким образом, оценка взаимосвязанного влияния ТДС и психологического дистресса на степень приверженности к терапии пациентов с СН показала, что у исследуемых с типом личности Д несмотря на наличие и выраженность ТДС были самые низкие значения уровня приверженности.

Однако, самые неприверженные лица были с сочетанием дистрессорного типа Д с депрессией, у них степень приверженности к лечению снижалась в 3,4 раза.

ОЦЕНКА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА

Олесин А.И.¹, Константинова И.В.¹, Зуева Ю.С.², Гацура В.Ю.³

**¹Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского
ФГБОУ ВО «Северо-западного Государственного медицинского
университета им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург,
Россия,**

**²СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург, Россия, ³ФКУЗ
«МЧС МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области», Санкт-
Петербург, Россия**

Цель исследования – возможность определения продолжительности положительного антиаритмического эффекта терапии желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) на основании анализа от характера желудочковой эктопии у пациентов без структурных изменений сердца.

Материал и методы. Наблюдалось 122 пациента в возрасте от 20 до 43 лет без структурных изменений сердца с ЖЭ IV-V классов по классификации В. Rayn (1984). Выбор противоаритмической терапии ЖЭ проводился путем тестирования антиаритмических препаратов, причем их эффективность оценивалась по данным суточного мониторингирования электрокардиограммы. Противоаритмические препараты принимались 5-7 дней, критерием положительного эффекта являлось уменьшение числа экстрасистол на 75% и более в сравнении с исходными данными, а также устранение парных, групповых экстрасистол. Всем больным при проведении тестирования до и после каждого приема препарата рассчитывали индекс экстрасистолии (ИЭ) и скорректированный индекс экстрасистолии (ΔИЭкорр.) соответственно. Продолжительность наблюдения составила от 1 года до 5 лет. Конечной точкой наблюдения являлось продолжительность сохранения положительного антиаритмического эффекта терапии ЖЭ используемых противоаритмических средств.

Результаты. У 19,67% пациентов положительный противоаритмический эффект сохранялся в среднем $0,7 \pm 0,05$ лет, у остальных - $3,9 \pm 0,09$ лет. У пациентов с продолжительностью положительного эффекта до 1 года достоверно чаще применялся метопролол, пропранолол, соталол, в то время как использование средств I класса, амиодарона, а также комбинированного применения препаратов разных классов не наблюдалось. У пациентов без структурных изменений сердца при выявлении наклона линейной регрессии $\geq 0,12$ ед./ΔИЭкорр. прогнозируется сохранение антиаритмического эффекта терапии ЖЭ на протяжении 1 года и более с положительной прогностической значимостью, составившей 96,08%.

Заключение. У пациентов без структурных изменений сердца продолжительность положительного эффекта антиаритмической терапии ЖЭ при

выявлении наклона линейной регрессии $\geq 0,12$ ед./ΔИЭкорр. определяется на протяжении 1 года и более.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ ПУТЕМ АНАЛИЗА ХАРАКТЕРА ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКТОПИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА

Олесин А.И.¹, Константинова И.В.¹, Зуева Ю.С.², Гацура В.Ю.³

**¹Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского
ФГБОУ ВО «Северо-западного Государственного медицинского
университета им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург,
Россия,**

**²СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург, Россия, ³ФКУЗ
«МЧС МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области», Санкт-
Петербург, Россия**

Цель исследования – оценка использования анализа характера желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) для выбора дифференцированной терапии вентрикулярной эктопии у пациентов без структурных изменений сердца.

Материал и методы. Наблюдалось 248 пациентов в возрасте от 21 до 43 лет (в среднем $29,6 \pm 0,8$ лет) без структурных изменений сердца с ЖЭ IV-V классов по классификации В. Раун (1984) с фракцией выброса левого желудочка более 52% (в среднем $63,4 \pm 0,8\%$). Выбор противоаритмической терапии ЖЭ проводился путем тестирования антиаритмических препаратов, причем их эффективность оценивалась по данным суточного мониторирования электрокардиограммы. Критерием положительного эффекта являлось уменьшение числа экстрасистол на 75% и более в сравнении с исходными данными, а также устранение парных, групповых экстрасистол. Всем больным, помимо клинико-лабораторного обследования, включающие суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ), проводилась регистрация сигнал-усредненной ЭКГ желудочков, дисперсии интервала QT, турбулентность ритма сердца. Кроме того, оценивался характер желудочковой эктопии, включающий определение продолжительности комплекса QRS_{ЖЭ}, наличие ретроградного проведения на предсердия ЖЭ и т.д. Результаты тестирования сопоставлялись с предикторами развития желудочковых аритмий и характером ЖЭ.

Результаты. У 29(11,69%) больных положительный эффект был выявлен при использовании метопролола, у 28(11,29%) – пропранолола, у 16(6,45%) – аллапинина, у 46(18,55%) - этацизина, у 16(8,96%) – морицизина, у 34(13,71%) – пропафенона, у 25(10,08%) – соталола, у 11(4,44%) – амиодарона, у 15(6,05%) – комбинации метопролола с пропафеноном, у остальных – соталола с пропафеноном. Между характером проводимой антиаритмической терапии и предикторами развития желудочковых аритмий значимой корреляции обнаружено не было. Однако была выявлена высокая корреляция ($r > 0,85$) с использованием препаратов I или II классов и продолжительностью QRS_{ЖЭ} ≤ 160 мс и/или соотношением QRS_{ЖЭ}/QRS_{ср.} $\leq 1,59$ ед., III класса или комбинации средствами этого класса с I или II - > 161 мс и/или соотношением QRS_{ЖЭ}/QRS_{ср.} $\geq 1,60$ ед. У пациентов с ЖЭ и ретроградным проведением на предсердия была

выявлена высокая корреляция при применении препаратов I и/или III классов ($r=0,89$).

Заключение. Между характером проводимой антиаритмической терапии и предикторами развития желудочковых аритмий у пациентов без структурных изменений сердца значимой корреляции выявлено не было. При выборе дифференцированной терапии ЖЭ у пациентов без структурных изменений сердца следует учитывать продолжительность комплекса $QRS_{ЖЭ}$ и наличие ретроградного проведения на предсердия преждевременного желудочкового комплекса.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Позднякова Н.В., Денисова А.Г., Морозова О.И.

**ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, Пенза, Россия**

Цель работы: изучить клиничко-функциональные показатели электрической нестабильности сердца у больных дилатационной кардиомиопатией. Материал и методы: 52 пациента (14 женщин и 38 мужчин), средний возраст $44,5 \pm 6,3$ лет. Комплекс обследования: холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ variability ритма сердца (BPC) и турбулентности ритма (начало турбулентности $TO > 0\%$, наклон турбулентности $TS < 2,5$ мс/RR), оценка временной реполяризации желудочков - дисперсия интервала Q-T (QTd), скорректированный интервал Q-T (QTc). Выделено две группы: ППЖ+ ($n=19$) – с наличием патологических показателей СУ-ЭКГ; ППЖ- ($n=33$) - пациенты без патологических изменений СУ-ЭКГ. Наблюдение длительное, проспективное; длительность наблюдения $7,4 \pm 2,1$ лет. Результаты и обсуждение: желудочковые нарушения ритма (ЖНР) зарегистрированы в 100% наблюдений. У 15 (83,3%) пациентов с ППЖ+ классифицирована желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких градаций - III, IV, V классов по Lown B., у 9 из них пробежки желудочковой тахикардии; выявленная ЖЭ у 3 пациентов с ППЖ+ отнесена ко II градации, ещё у 1 пациента с ППЖ+ к I градации. У больных группы ППЖ- отмечена лишь ЖЭ III-V классов в 8 (24%) случаях, у 19 (57,6%) больных ЖЭ I градации, у 6 (18%) - ЖЭ II градации. Показатели BPC (SDNN, BB50, rMSSD, LH/HF) указывают на резкое снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы у больных с кардиомиопатиями при повышенной симпатической активности: SDNN- $36,3 \pm 2,3$ мс, LF/HF - $4,71 \pm 0,48$ усл.ед., BB50- $8,8 \pm 2,6\%$; признаки вегетативного дисбаланса отмечены в 50 (96%) случаях. При анализе показателей турбулентности сердечного ритма (TRC) патологические значения TS ($TS < 2,5$ мс/RR) и $TO > 0\%$ достоверно чаще регистрировались в группе ППЖ+ (37% и 47,4%) в сравнении с группой ППЖ- (15% и 18%), $p < 0,05$. Установлена достоверная разница в регистрации патологических значений TO и TS у пациентов при ЖЭ III-V градаций ($n=23$) и ЖЭ I-II градаций ($n=29$), соответственно: 47,8% и 56,5% против 3,4% и 6,8% ($p < 0,05$). Получены

корреляционные связи дисперсии скорректированного интервала Q-T с показателями СУ-ЭКГ: продолжительностью фильтрованного QRS комплекса - HF QRS-Dauer- $R=0,5574$ ($p<0,05$), продолжительностью низкоамплитудных сигналов в конце фильтрованного QRS комплекса - LAN Fd- $R=0,6271$ ($p <0,05$); между QTd и градациями ЖНР- $R=0,6642$, $p<0,001$. В ходе проспективного наблюдения летальность составила 4 пациента, во всех случаях постоянно регистрировались ППЖ, SDNN не превышала 16 мс, rMSSD не более 4мс при патологических параметрах TPC.

Вывод: для определения неблагоприятного стратификационного риска с целью профилактики аритмических осложнений у больных с кардиомиопатиями необходимо учитывать различные составляющие электрической нестабильности миокарда: анализ вариабельности и турбулентности ритма сердца, замедленной фрагментированной активности сердца (поздние потенциалы желудочков) и дисперсии QT-интервала.

ЦИСТАТИН С В ОЦЕНКЕ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Полозова Э.И., Сорокина Н.Н., Пузанова Е.В., Сеськина А.А.
ФГБОУВО «Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия**

Почечная дисфункция запускает механизм формирования патологических изменений в сердечно-сосудистой системе у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС). Поэтому один из важных вопросов современной медицины - это поиск маркеров для ранней диагностики ренальной дисфункции.

Цель. Сравнительное исследование ренальной дисфункции у больных АГ и МС на основании оценки скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной на основании показателей креатинина и цистатина С.

Материалы и методы. Проведено обследование 63 пациентов с МС (основная группа) и 65 пациентов с АГ без метаболических нарушений (группа сравнения). В обследование были включены пациенты терапевтического отделения ГБУЗ РМ «РКБ №5» г. Саранска за период 2017-2019 гг. Анализировались данные лабораторных методов исследования: креатинин сыворотки крови, цистатин С (определялся методом иммунотурбидиметрии). За норму были взяты предлагаемые производителем реагентов референтные значения цистатина С - 0,5–1,2 мг/л. СКФ рассчитывали по формуле СКD-EPI, 2009 г., в модификации от 2011 г. Формула расчета СКD-EPI применима для расчета по показателям цистатина С, стандартизованных по международному стандарту ERM-DA471/IFCC. Статистический анализ данных проводился по общепринятым формулам с использованием пакета программ Excel-10.

Результаты. При сравнении уровня креатинина в сыворотке крови у пациентов с МС выявлены более выраженные изменения данного показателя (уровень креатинина в группе с МС составил $96,3\pm 3,2$ мкмоль/л, в группе сравнения - $86,2\pm 0,2$ мкмоль/л ($p<0,05$)). Также наблюдалось достоверно более выраженное снижение СКФ, рассчитанной по уровню креатинина, у пациентов с

МС (показатель СКФ составил $71,6 \pm 3,5$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ в группе сравнения и $85,1 \pm 2,5$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ - в основной группе соответственно ($p < 0,05$)). При определении уровня цистатина С выявлены достоверно более высокие показатели у пациентов с МС (уровень цистатина С составил $1,26 \pm 0,04$ мг/л). У пациентов с АГ без метаболических нарушений содержание цистатина С составило $1,15 \pm 0,02$ мкмоль/л ($p < 0,05$). При расчете СКФ по показателям цистатина С у пациентов с МС определено достоверно более выраженное снижение СКФ (СКФ составила $55,8 \pm 0,03$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$) по сравнению с пациентами с АГ без МС (СКФ составила $63,1 \pm 2,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$). При сравнении показателей СКФ по уровню креатинина и цистатина С выявлены более низкие показатели СКФ по цистатину С, достоверно более выраженные у пациентов с МС ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, можно сделать заключение о том, что у больных с МС отмечается более значимая почечная дисфункция, выражающаяся в снижении СКФ в отличие от пациентов с АГ без МС. В качестве ранней диагностики ренальной дисфункции целесообразнее оценивать показатели СКФ, рассчитанные по цистатину С.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ХРОНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Попова Е.П.¹, Богова О.Т.², Пузин, С.Н.^{1,2}, Сычев Д.А.², Фисенко В.П.¹

**1 - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия**

2 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Цель работы. Выяснить влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Изучены спектральные характеристики вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий. Исследование выполнено на базе ГБУЗ городской клинической больницы №24 ДЗМ (отделение кардиореанимации). В качестве антиаритмической терапии применяли следующие препараты: амиодарон (600 мг в вену капельно), соталол (40-80 мг 2 раза в день, внутрь) и бисопролол (2,5-5,0 мг 1 раз в день, внутрь). Обследовано 317 больных обоего пола в возрасте от 46 до 94 лет с фибрилляцией предсердий. В исследование были включены пациенты как с впервые выявленной фибрилляцией предсердий, так и имеющие давность заболевания от 6 мес до 8 лет (персистирующая форма). У всех пациентов в качестве сопутствующего заболевания отмечена артериальная гипертония 3 стадии, 3 степени, риск 4.

Результаты. У пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий амиодарон и соталол вызывают сходное действие: на их фоне преобладают симпатические влияния, об этом свидетельствует высокий уровень медленных колебаний, и низкий уровень – быстрых, тогда как на фоне бисопролола преимущественное влияние принадлежит блуждающему нерву, доля быстрых колебаний преобладает на медленными. У пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий на фоне амиодарона наоборот преобладает влияние

блуждающего нерва, а на фоне бисопролола и соталола выражены симпатические влияния.

Заключение. Антиаритмические препараты, такие как амиодарон, бисопролол и соталол оказывают влияние на спектральные показатели variability сердечного ритма, что свидетельствует об изменении вегетативной регуляции деятельности сердца на фоне лекарственной терапии фибрилляции предсердий, при этом, амиодарон и бисопролол оказывают противоположное действие на пациентов, имеющих различную длительность заболевания. Спектральный анализ variability сердечного ритма можно использовать для подбора адекватной антиаритмической лекарственной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий.

**ВЫЯВЛЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ
У СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Пушкина Я.А., Сычёв И.В., Гончарова Л.Н., Сергутова Н.П.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарёва», Медицинский институт,
кафедра факультетской терапии с курсами физиотерапии, лечебной
физкультуры, Саранск, Россия**

Цель. Оценить параметры сосудистой жёсткости у студентов 4-6 курсов обучающихся по специальности «Лечебное дело» медицинского института.

Материал и методы. Обследовано 163 студента (71 юноша и 92 девушки) старших курсов медицинского института в возрасте от 20 до 29 лет. Средний возраст обследуемых составил $22,42 \pm 1,66$ года. Средний возраст юношей $22,23 \pm 1,67$ года, девушек $22,51 \pm 1,70$ года. Определялись антропометрические данные, отягощённая наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), наличие вредных привычек (курение, алкоголь), перенесённые заболевания, сопутствующая патология, продолжительность и вид физических нагрузок (занятия профессиональным спортом или в тренажёрных залах), а также с использованием объемной сфигмографии VaSera VS-1000 (Japan) оценивали состояние сосудистой стенки по показателям сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) справа (R) и слева (L).

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) колебался от 17,2 до 35,6 кг/м². Избыточная масса тела (ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²) выявлена у 17 обследованных студентов, что составило 10,4% и у 9 (5,5%) студентов выявлено ожирение с ИМТ более 30 кг/м². При сборе анамнеза выявлено 9 (5,5%) студентов, среди которых были только юноши, признались в «активном» курении. Минимальная физическая активность отмечена у 98 (60,2%) студентов, периодически спортом занимаются 29 (17,8%) человек, регулярно посещают спортивные секции 36 (22%) студентов. Отягощённая наследственность по ССЗ выявлена у 40 (24,5%) человек. При проведении анализа данных сердечно-лодыжечного сосудистого индекса у 27% обследованных студентов выявлен повышенный показатель CAVI = $7,3 \pm 0,14$ относительно показателей CAVI остальных студентов, где анализ выявил значения, соответствующие показателям нормы для данного возраста: для юношей R/L-CAVI $5,62 \pm 0,55$ и $5,73 \pm 0,61$ и для девушек $5,85 \pm 0,65$ и $5,84 \pm 0,61$. Среди юношей (n=7, 9,8%) с повышенными значениями данного индекса (R/L-

CAVI составил $7,3 \pm 0,40$ и $7,4 \pm 0,50$) у 5 в анамнезе с детства вегето-сосудистая дистония с максимальным повышением АД до 150/90 мм рт. ст. и у 2-их юношей выявлена отягощённая наследственность по ССЗ. Среди девушек было выявлено 10 студенток (10,8%) со значением R/L-CAVI $7,6 \pm 0,3$ и $7,5 \pm 0,14$ превышающие нормальные значения, но без отягощённой наследственности по ССЗ и уровнем АД, относящихся к нормально-оптимальным.

Заключение. Таким образом, полученные в ходе исследования данные подтверждают необходимость более раннего и в дальнейшем детального дообследования молодых лиц с определением показателей сосудистой жёсткости, особенно, имеющих отягощённую наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПОДИНАМИИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ражабова Р.Ш., Нуриллаева Н.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение физической активности больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) городского и сельского населения с оценкой превалирующих факторов риска заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось с участием 80 больных ИБС (40 женщин, 40 мужчин) в возрасте от 55 до 65 лет, не занятого контингента. В работе был использован суточный дневник пациентов ИБС в виде приложения к исследованию по Холтеру с данными рутинной жизни респондентов и оценка уровня двигательной активности по опроснику «ОДА23+». Пациенты были разделены на две группы по месту проживания, т.е. городской и сельской местности. В первой группе средний возраст больных составил $59,4 \pm 3,8$ года, во второй группе $63,7 \pm 5,1$ года.

Результаты. Результаты показали, что мужчины, живущие в сельских условиях, тратят в среднем 10 часов на сон (ночной и дневной), около 4 часов на просмотр телевизора, около 3 часов в день на легкие физические упражнения и ходьбу в среднем темпе. Кроме того, в течение тех же 3-х часов пациенты выполняли работу, не требующую затрат большого количества энергии, например, полив участка, уход за домашними животными. Вместе с этим, эти же 75% сельских мужчин курят сигареты в среднем 1 пачку в день, 95% употребляют алкоголь и 75% пациентов страдают различными степенями ожирения. Мужчины, проживающие в городе тратят в среднем 11 часов на сон (ночной и дневной), 5 часов на просмотр телевизора, а прогулки в среднем по 2 часа в день сочетаются с легкими физическими упражнениями. Курят и употребляют алкоголь в городской зоне по 65% мужчин соответственно и 50% имеют различные степени ожирения. Женщины, живущие в городских условиях, тратят в среднем 10 часов в день на такой же сон, около 4 часов на просмотр телевизора, на ходьбу в среднем темпе 2,5 часа в день в сочетании с легкими физическими упражнениями и не требующие значительных усилий домашние дела, имея при этом в 90% случаев различные степени ожирения. Женщины, живущие в сельских условиях, тратят в среднем 11 часов в день на сон, около 5 часов на просмотр телевизора, ходьбу в

среднем темпе в течении 1,5 часа в день в сочетании с легкими физическими упражнениями, 80% из них имеют различные степени ожирения.

Вывод. Таким образом, мужчины, живущие в городских условиях страдают гиподинамией больше, чем мужчины, живущие в сельской местности, тогда как, мужчины села больше курят сигареты, чем мужчины, живущие в городе. В такой же пропорции распространены: потребление алкоголя и различные степени ожирения. 40% сельских женщин гиподинамичны и не используют физические упражнения. Доля городских женщин, страдающих ожирением, выше чем женщин сельской местности. Оценка уровня двигательной активности по опроснику «ОДА23+» у 40 мужчин городского населения показала превалирование очень низкого уровня двигательной активности, чем у мужчин проживающих на селе, тогда как у женщин с ИБС сельской местности уровень двигательной активности по опроснику «ОДА23+» ниже, чем у женщин городского населения.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Ракшина Н.С., Соколова Е.В.

Медицинский колледж БУ ВО ХМАО–Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель. Первичная оценка функционального состояния организма студентов-первокурсников для выявления потенциальной группы риска с заниженными возможностями процесса адаптации к условиям внешней среды.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ноябре 2019 года на базе Медицинского колледжа СурГУ. Участвовали 85 студентов-первокурсников, средний возраст: $18 \pm 1,2$ лет (из них 7 юношей, остальные – девушки). Сформированы две группы: родившиеся в ХМАО (42), группа А, и прибывшие впервые из южных регионов РФ и ближнего зарубежья (43), группа В. Определялись следующие параметры: ЧСС, САД и ДАД, масса тела, рост. Вычисления: вегетативный индекс Кердо и индекс функциональных изменений (ИФИ), являющиеся важными итоговыми показателями внешних воздействий на систему кровообращения в целом и баланса симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

Результаты. Комплексное влияние факторов внешней среды в регионах, традиционно считающихся климатически неблагоприятными, приводит к формированию основы для патологических изменений в сердечно-сосудистой системе и организме в целом. В ходе первичного исследования было выявлено следующее. В группе А по индексу Кердо: нормотония у 76% (30 чел), симпатикотония у 19%, остальные – ваготония, свидетельствующая об активности парасимпатического звена регуляции. Не выявлено гиперсимпатикотонии. ИФИ не превышает значения 2,11 (что соответствует достаточной, удовлетворительной адаптации). Таким образом, большинство студентов-первокурсников, родившихся на территории ХМАО, имеют достаточную степень уравновешенности процессов адаптации и отделов вегетативной нервной системы.

В группе В по индексу Кердо выявлено: гиперсимпатикотония у 67% (29 чел), симпатикотония у 9%, нормотония у 7% (это только юноши), остальные –

ваготония. В данной группе норма ИФИ определена у 25% первокурсников. Состояние функционального напряжения выявлено у 29 человек (ИФИ: $2,8 \pm 0,7$), остальные показали неудовлетворительный уровень адаптации (ИФИ: $3,5 \pm 0,4$).

Заключение. Напряжение регуляторных систем, необходимых для сохранения гомеостаза и нормальной работоспособности индивида, характеризует общее функциональное состояние и адаптационные резервы организма. Чем больше эти резервы, тем выше биологическая надежность организма в негативных климатогеографических условиях. Переселенцы первого года, студенты колледжа с гиперсимпатикотонией и симпатикотонией, приехавшие из благоприятных климатических территорий находятся в зоне риска срыва адаптационных процессов, что может существенно повлиять на психическое и физическое напряжение в период усиленных умственных нагрузок, с которыми сталкиваются первокурсники.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МСЧ МВД
РОССИИ ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЙ СТАДИИ**

**Рогачиков А.И., Пыко А.А., Чугунова Г.Н., Славинская Т.А., Маврина О.А.
Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области», Рязань,
Россия**

Цель. Определить наличие и распространенность эндотелиальной дисфункции у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией и у пациентов с гипертонической болезнью первой стадии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 59 пациентов, из которых 29 (средний возраст $32 \pm 2,8$ лет) наблюдались в поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области» с диагнозом: впервые выявленная артериальная гипертензия (1 группа) и 30 пациентов (средний возраст $46 \pm 1,8$ лет) наблюдались с диагнозом: гипертоническая болезнь I стадии (2 группа). Пациенты из первой группы не принимали антигипертензивных препаратов (за исключением единичных приемов препаратов скорой помощи), пациенты из второй группы получали лечение в полном объеме (в лечении у всех присутствовали препараты из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента). Критерием исключения стало наличие онкологических, системных, эндокринных, метаболических и других патологий, способных существенно влиять на сердечно-сосудистую систему. Пациентам проводилось: электрокардиографическое исследование (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ), проводился тест с реактивной гиперемией (Celermajer - Sorensen), который заключался в измерении диаметра плечевой артерии в обычном состоянии и через 80 секунд после пятиминутной компрессии давлением 200 мм рт. ст. Проба считалась отрицательной (что соответствует отсутствию эндотелиальной дисфункции) если прирост диаметра плечевой артерии составил 10% и более от исходного. Положительный результат пробы соответствовал приросту диаметра плечевой артерии менее 5% от исходного, сомнительный результат при приросте 5-10%.

Результаты. По результатам ЭКГ мы не выявили патологических изменений в обеих группах. По результатам эхокардиографии основные различия выявлены по следующим показателям: увеличение объема левого предсердия во второй группе: 26 [19; 31] мл/м² и 31 [26; 33] мл/м² в первой и второй группе, соответственно; увеличение время изоволюметрического расслабления левого желудочка во второй группе: 72 [62; 88] мс и 80 [76; 92] мс, в первой и второй группе, соответственно. По другим показателям эхокардиографии значимых различий и отклонений от нормы не найдено. По результатам теста с реактивной гиперемии: в первой группе тест был отрицательный у всех пациентов, средний процент прироста составил 16,5[11; 20]%, во второй группе тест был положительным у 9 пациентов, что составило 30% от второй группы, сомнительный результат был у 3 пациентов (10%), средний процент прироста в группе составил 10 [0; 25]%

Заключение. У пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией мы не выявили наличие эндотелиальной дисфункции по тесту с реактивной гиперемии. У пациентов с гипертонической болезнью I стадии мы выявили эндотелиальную дисфункцию у 30% исследуемых, сомнительный результат был у 10%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МСЧ МВД РОССИИ ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЙ СТАДИИ

**Рогачиков А.И., Пыко А.А., Чугунова Г.Н., Славинская Т.А., Маврина О.А.
Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области», Рязань,
Россия**

Цель. Определить наличие и распространенность эндотелиальной дисфункции у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией и у пациентов с гипертонической болезнью первой стадии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 59 пациентов, из которых 29 (средний возраст 32±2,8 лет) наблюдались в поликлинике ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области» с диагнозом: впервые выявленная артериальная гипертензия (1 группа) и 30 пациентов (средний возраст 46±1,8 лет) наблюдались с диагнозом: гипертоническая болезнь I стадии (2 группа). Пациенты из первой группы не принимали антигипертензивных препаратов (за исключением единичных приемов препаратов скорой помощи), пациенты из второй группы получали лечение в полном объеме (в лечении у всех присутствовали препараты из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента). Критерием исключения стало наличие онкологических, системных, эндокринных, метаболических и других патологий, способных существенно влиять на сердечно-сосудистую систему. Пациентам проводилось: электрокардиографическое исследование (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ), проводился тест с реактивной гиперемией (Celermajer - Sorensen), который заключался в измерении диаметра плечевой артерии в обычном состоянии и через 80 секунд после пятиминутной компрессии давлением 200 мм рт. ст. Проба считалась отрицательной (что соответствует отсутствию эндотелиальной

дисфункции) если прирост диаметра плечевой артерии составил 10% и более от исходного. Положительный результат пробы соответствовал приросту диаметра плечевой артерии менее 5% от исходного, сомнительный результат при приросте 5-10%.

Результаты. По результатам ЭКГ мы не выявили патологических изменений в обеих группах. По результатам эхокардиографии основные различия выявлены по следующим показателям: увеличение объема левого предсердия во второй группе: 26 [19; 31] мл/м² и 31 [26; 33] мл/м² в первой и второй группе, соответственно; увеличение время изоволюметрического расслабления левого желудочка во второй группе: 72 [62; 88] мс и 80 [76; 92] мс, в первой и второй группе, соответственно. По другим показателям эхокардиографии значимых различий и отклонений от нормы не найдено. По результатам теста с реактивной гиперемии: в первой группе тест был отрицательный у всех пациентов, средний процент прироста составил 16,5[11; 20]%, во второй группе тест был положительным у 9 пациентов, что составило 30% от второй группы, сомнительный результат был у 3 пациентов (10%), средний процент прироста в группе составил 10 [0; 25]%

Заключение. У пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией мы не выявили наличие эндотелиальной дисфункции по тесту с реактивной гиперемии. У пациентов с гипертонической болезнью I стадии мы выявили эндотелиальную дисфункцию у 30% исследуемых, сомнительный результат был у 10%.

АДЕКВАТНЫЙ КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

¹Романенко А.В., ²Гринштейн В.Б., ³Будникова Н. В., ²Романенко И.А.

¹ОБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, ²ФГБОУ ВО ИвГМА, ³ГКБ №3,
Иваново, Россия

Актуальность. Исследования последних лет показали, что ожирение тесно связано с развитием артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2 типа, оно является важной составной частью метаболического синдрома. Ожирение, особенно висцеральное, способствует развитию инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии, замыкая порочный круг нарушений пищевого поведения. Лечение ожирения – сложная клиническая задача, требующая продолжительных усилий как со стороны пациента, так и со стороны врача; процесс этот не быстрый и между его участниками должна существовать обратная связь, способствующая сохранению и повышению комплаентности больного назначениям врача.

Цель работы. Оценка контроля лечения ожирения у женщин с метаболическим синдромом биоимпедансным методом.

Методы. В течение 4 месяцев проводился контроль лечения ожирения у 65 женщин в возрасте $51,8 \pm 6,6$ с метаболическим синдромом (диагностирован в соответствии с критериями ВОЗ, 1999 г.). В комплекс лечения входили: диетотерапия, дозированные физические нагрузки; препараты ингибиторов панкреатической липазы, бигуанидов. Контроль терапии висцерального ожирения осуществлялся традиционными методами: регистрация динамики индекса массы тела (ИМТ), измерение объема талии (ОТ), массы тела, кроме того определялась

инсулинорезистентность посредством индекса НОМА и измерялась масса жировой ткани биоимпедансным методом. Регистрация содержания висцерального жира проводилось с помощью определителя жировых отложений в организме «BF- 360» (Япония).

Результаты. Достоверной положительной динамики показателей при измерении ИМТ и ОТ за период наблюдения получено не было, хотя прослеживалась тенденция к их снижению; при этом зарегистрировано достоверное уменьшение содержания висцерального жира в организме ($31,83 \pm 0,76\%$ против $39,68 \pm 0,63\%$, $p < 0,05$) с одновременным снижением инсулинорезистентности, индикатором которого является индекс НОМА ($2,23 \pm 0,61$ против $5,86 \pm 0,63$, $p < 0,05$). Между содержанием жировой ткани в организме и индексом НОМА была выявлена достаточно тесная корреляционная взаимосвязь ($r = 0,47$), что важно, поскольку патогенетическая значимость лечения ожирения у этого контингента лиц во многом определяется именно снижением инсулинорезистентности. Однако, использование индекса НОМА в повседневной амбулаторной практике связано с существенными временными и финансовыми затратами.

Выводы. Таким образом, измерение массы жировой ткани в организме биоимпедансным методом повышает эффективность контроля лечения ожирения у женщин с метаболическим синдромом.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ НЕЙРОПАТИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Романенко А.В., ²Гринштейн В.Б., ²Романенко И.А.

¹ОБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, ²ФГБОУ ВО ИвГМА,
Иваново, Россия

Актуальность. Среди осложнений сахарного диабета (СД) диабетической висцеральной нейропатии (ДВН) принадлежит особое место. Поражение вегетативных волокон с развитием той или иной степени вегетативной дисфункции – характерная черта диабетической нейропатии, отражающая особую уязвимость вегетативных нервных волокон к метаболическим нарушениям при СД. Наличие ДВН сопряжено с неблагоприятным прогнозом СД и увеличивает смертность почти в 5 раз. Диабетическая висцеральная кардионейропатия (ДВКН) является достаточно частым клиническим вариантом ДВН у больных СД 2 типа, с одной стороны, а с другой – вариантом, наиболее прогностически неблагоприятным.

Цель. Проанализировать клинические проявления диабетической автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. На базе областного госпиталя ветеранов войн наблюдалось 40 больных сахарным диабетом с ишемической болезнью сердца и автономной нейропатией, средний возраст составил $69 \pm 5,2$ года; им проведено общее клиническое обследование, исследование вегетативной нервной системы по опроснику и схеме для диагностики вегетативных нарушений (А. М. Вейн), выявляли степень функциональной зависимости больных СД, осуществлялись ортопроба и пульсоксиметрия, проводилось лабораторно-инструментальное обследование:

ЭКГ, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии (МАУ), уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c), исследование глазного дна. Результаты. У 85% обследованных выявлены осложнения СД: полинейропатия, нефропатия 2-3 стадии, офтальмопатия 2-3 стадии. Среднее содержание HbA1c - $8,6 \pm 0,7\%$. По результатам ЭКГ-исследования у 34 больных выявлены признаки постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), но по данным анамнеза, у 19 человек не было типичных ангинозных приступов и поэтому они не были госпитализированы в остром периоде инфаркта миокарда, у них общее количество баллов по опроснику А.М. Вейна составило $42,8 \pm 2$, а по схеме А.М. Вейна – $48,4 \pm 2$, уровень сатурации опустился до $93,5 \pm 0,03\%$, снижение артериального давления в ортопробе составило 32 ± 2 мм. рт. ст.

Выводы. Основные клинические проявления у больных СД 2 типа с ДВКН и ИБС: затруднения при дыхании, перебои в работе сердца, головные боли и головокружение при вертикализации, выраженная утомляемость. При объективном обследовании у больных СД 2 типа с ДВКН и ИБС часто выявляются лабильность АД, нарушения сердечного ритма, наличие гипервентиляционного синдрома, повышение потливости; эти больные отмечают непереносимость жары и духоты. У больных с выраженностью средних значений ДАН $42,8$ по опроснику и 48 по схеме А.М. Вейна клиника ИБС появилась в среднем спустя $7,3$ лет от диагностики СД 2 типа. У больных затруднено выявление гипогликемий и имеется выраженное снижение SpO₂.

У 50% обследованных больных СД с ИБС выявлены признаки диабетической висцеральной нейропатии, а 30% из них оказались функционально зависимыми и требующими в повседневной жизни помощи других людей.

ДОСТУПНОСТЬ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.

Романенко И.А.¹, Волкова А. А.², Назарова В.А.¹, Орлов Р.Б.²

¹ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, ²ОКБ, Иваново, Россия

Актуальность работы. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) нередко является одним из самых тяжелых клинических проявлений макроангиопатий у больных сахарным диабетом (СД), определяющим ближайший и отдаленный жизненные прогнозы пациента. Известно, что СД повышает риск сердечно-сосудистой смертности в 2,5 раза у мужчин и в 4 раза у женщин, что включает этот контингент пациентов в категорию высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. Интервенционная кардиология наиболее эффективна в лечении ИБС, доступна ли она для больных СД?

Цель исследования. Выяснить долю больных сахарным диабетом среди пациентов, которым было проведено чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Оценить состояние компенсации углеводного, липидного обмена, наличие микрососудистых осложнений у этого контингента пациентов.

Материалы и методы исследования. Из 425 больных, которым осуществлялось ЧКВ в отделении кардиологии ОКБ г. Иваново, доля больных СД составила 25%, а направлено на ЧКВ было 32% пациентов с СД. Всем предварительно проводилась коронарография, в результате которой 7% пациентам ЧКВ было не показано из-за обширности поражения коронарного русла и наличия

коморбидных состояний. У 60 больных СД с ИБС, отобранных путем случайной выборки, анализировали метаболические параметры: содержание гликозилированного гемоглобина (HbA1c), показатели липидного профиля, креатинина, мочевины, калия, натрия, производили расчет скорости клубочковой фильтрации согласно формуле СКД-ЕРІ; они были проконсультированы окулистом и неврологом.

Результаты. Средний возраст пациентов равен $60,2 \pm 5,1$ лет, из них 64% составили женщины и 36% - мужчины, длительность анамнеза СД была $12,7 \pm 4,6$ года. Среднее значение ИМТ $32,3 \pm 1,9$ кг/м², % HbA1c $8,9 \pm 0,9\%$, глюкозы - $10,1 \pm 3,5$ ммоль/л, холестерина - $6,8 \pm 0,6$ ммоль/л, ЛПНП $3,9 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПВП $0,84 \pm 0,1$ ммоль/л, креатинина - $147,7 \pm 79,0$ мкмоль/л, калия - $4,6 \pm 0,4$ ммоль/л, натрия - $138,9 \pm 3,8$ ммоль/л. Среди всех пациентов с СД у 67,7% выявлена диабетическая нефропатия (ДН): из них 48,4% - в стадии МАУ, 18,6% - в стадии протеинурии, 4,2% - ДН в стадии ХПН. Средний уровень СКФ $60,4 \pm 11,0$ мл/мин. В структуре осложнений СД наряду с ДН ретинопатия (ДР) выявлена у 47,3% пациентов, а нейропатия имела место у 74,2% пациентов. В структуре ЧКВ у 74,2% пациентов выполнено стентирование, у 15% - коронарное шунтирование КШ. Выводы: 78% нуждающихся в ЧКВ больным СД оно успешно выполнено, в 22% наблюдений причиной отказа в выполнении операции были тяжелые обширные поврежденные коронарных сосудов и опасные коморбидные состояния. У большинства прооперированных больных СД имелись микрососудистые осложнения: диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая нейропатия.

Заключение. При плановом проведении ЧКВ у больных СД целесообразно достигать коррекции липидного профиля, целевых показателей HbA1c и компенсации коморбидных состояний для предупреждения развития ростооперационных осложнений.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Рыбалка О.О. БУ ВО ХМАО – Югры СурГУ, Сургут, Россия

Цель. Оценить результаты опроса пациентов с сахарным диабетом, с целью выявления приверженности к лечению и провести сравнительный анализ полученных результатов в зависимости от пола.

Материалы и методы. Проведено анкетирование пациентов с диагнозом сахарный диабет 1 и 2 типа, находившихся на стационарном лечении в КДЦ эндокринологии и эндокринной хирургии БУ «Сургутская окружная клиническая больница»: n=50, средний возраст - $54 \pm 10,8$ лет. Из них мужчин - n=18, средний возраст - $52 \pm 9,9$ лет. Женщин - n=32, средний возраст - $54 \pm 1,8$ лет. Для оценки приверженности пациентов, была использована анкета, где учитывались следующие факторы: соблюдение диеты, проведение самоконтроля уровня глюкозы пациентом, регулярность приема лекарственных средств, прохождение обучения в условиях «Школы диабета», уровень доверия к лечащему врачу.

Результаты и выводы. В группе наблюдения большинство пациентов страдает СД 2 типа (78%), при этом у большей части пациентов длительность заболевания составила более 10 лет (46%). В результате исследования обнаружили, что среди больных сахарным диабетом преобладают лица пожилого возраста – 44% и по 28% соответственно, приходится на молодой и средний возраст.

Ежедневный контроль глюкозы осуществляют в основном мужчины (56%) в сравнении с женщинами (38%), 88% женщин и 78% мужчин принимают лекарственные препараты регулярно. Женщины более привержены к соблюдению строгой диеты (72%), тогда как лишь 44% мужчин придерживается правильного питания, обучение в «Школе Диабета» проходило больше мужчин(56%), чем женщин(41%) и доверие к лечащему врачу испытывают 100% мужчин и 91% женщин.

Учитывая полученные результаты, установлено, что большинство пациентов не соблюдают рекомендованную диету (84% женщин, 94% мужчин). Лечащему врачу необходимо регулярно проводить профилактические беседы и рекомендовать регулярное посещение «Школы диабета».

При проведении сравнительного анализа приверженности пациентов к лечению сахарного диабета 1 и 2 типа в зависимости от пола установлено, что мужчины более дисциплинированы и склонны выполнять рекомендации лечащего врача, регулярно контролируют уровень глюкозы крови в сравнении с женщинами (38% женщин, 56% мужчин) и в 100% доверяют лечащему врачу.

Заключение. Лечащий врач должен учитывать, что низкая приверженность лечению является следствием многих факторов: необходимость постоянного использования лекарственных препаратов, зачастую нескольких, особенности характера и поведения самого пациента, способность его к обучению, готовность пациента изменить свой образ жизни, необходимость соблюдать диету.

ФАКТОРЫ РИСКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Рыбалка О.О.

БУ ВО ХМАО – Югры СурГУ, Сургут, Россия

Цель: Выявить и проанализировать факторы риска, приводящие к частым обострениям бронхиальной астмы у жителей г. Сургута, госпитализированных в отделение пульмонологии БУ ХМАО – Югры Сургутской окружной клинической больницы.

Методы исследования: Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (историй болезни) пациентов (n=55), которые находились на стационарном лечении по поводу обострения бронхиальной астмы в отделении пульмонологии БУ ХМАО – Югры «СОКБ» в течение 2018 года. Полученные данные анамнеза, клинические данные пациентов были обработаны с применением методов описательной статистики.

Полученные результаты: При анализе факторов риска, приводящих к частым обострениям бронхиальной астмы, выявлено, что в 28% случаев значение имело наличие ожирения у пациентов. В 18% случаев встречалась пагубная привычка в виде курения. В 46% случаев отмечаются крайне низкие значения ОФВ₁ (менее 60%), в 31% случаев отмечается отсутствие базисной терапии ингаляционными

глюкокортикостероидами и в 18% случаев отмечалось частое бесконтрольное использование короткодействующих β_2 – агонистов.

При анализе сопутствующих заболеваний в 14% случаев в анамнезе у пациентов отмечается наличие риносинусита. В 11% случаев пациенты не исключили контакт с аллергенами, в 13% выявлена эозинофилия крови. В 10% случаев бронхиальная астма протекала на фоне беременности и при этом отмечается неконтролируемое течение БА.

В 9% случаев неконтролируемой бронхиальной астмы у пациентов выявлены психологические и социальные проблемы (злоупотребление алкоголем, наличие инвалидности по совокупности заболеваний, недостаточно материальных средств на приобретение лекарственных препаратов). Пищевая аллергия отсутствовала в анамнезе пациентов из группы наблюдения и потребности в госпитализации в реанимационное отделение не выявлено.

Выводы. Таким образом, в процессе исследования определены основные факторы риска обострений бронхиальной астмы у пациентов в группе наблюдения на первом месте – крайне низкие значения ОФВ₁ (менее 60%) – 46%, это можно рассматривать как результат воздействия остальных факторов риска, таких как отсутствие базисной терапии глюкокортикостероидами (31%), нельзя исключать отказ самого пациента от использования препаратов, боязнь перед «гормонами», страх развития системных осложнений, неправильная тактика использования ингаляторов. В 28% случаев к ухудшению приводило наличие повышенной массы тела и на третьем месте (18%) курение в анамнезе и бесконтрольное частое использование коротких β_2 – агонистов (18%). Необходимо обратить внимание, что все эти факторы являются модифицируемыми и задача врача активно использовать меры профилактики для устранения данных факторов риска, с целью уменьшения частоты обострений и улучшения степени контроля у пациентов с бронхиальной астмой.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БРЕМЕНИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО КЛАССУ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В КАЗАХСТАНЕ

**Рыбалкина Д.Х., Бачева И.В., Капинос Е.В., Умирбаева А.И., Загитова К.Р.,
Туружанова С.К., Комарова О.С., Жанкорозов М.Н.**

**Кафедра внутренних болезней №3, Медицинский университет Караганды,
Караганда, Казахстан**

Цель. Эпидемиологическая оценка медико-социальных потерь по классу мочеполовой системы в Карагандинской области РК.

Материалы и методы. Эпидемиологические и экономические показатели были взяты из Департамента статистики. Расчет показателя YLL, числа потерянных лет жизни в связи со смертью, выполнялся согласно стандартной методике, рекомендованной ВОЗ. Для расчета медико-социальных потерь абсолютные потери лет в трудоспособном возрасте умножались на ВВП в денежном эквиваленте на душу населения. Период исследования составил с 2008 по 2017гг..

Результаты. Заболеваемость по классу мочеполовой системы в РК и Карагандинской области имела северо-восточное зонирование по регионам и тенденцию к хронизации. Доля впервые выявленной заболеваемости МПС в распространенности заболеваний составила в Карагандинской области $40,8 \pm 0,8\%$,

ДИ 95% 39,7-41,9, а уровень распространенности заболеваемости был на 8,3% выше, чем в РК. Средняя длительность пребывания больного в стационаре по заболеваниям мочеполовой системы в Карагандинской области также была выше и составила $9,8 \pm 0,3$ дня (ДИ 95% 9,4-10,2), а в РК - $9,0 \pm 0,3$ дня (ДИ 95% 8,6-9,4). Доля смертности по причине болезней мочеполовой системы в общей смертности составила 1,7% в области и 1,3% в РК. Доля смертности по причине злокачественных новообразований (ЗНО) мочеполовой системы была выше, чем по причине заболеваний МПС и составила по области 1,8%, в РК - 2,1%. Прирост смертности по причине болезней мочеполовой системы в области составил 2,9 раза, в РК наблюдалось снижение аналогичного показателя на 11,9%. Максимальный прирост смертности отмечался по причине почечной недостаточности, в 10,3 раза с $1,0\text{‰}$ до $10,7\text{‰}$. В структуре смертности по причине заболеваний мочеполовой системы ХБП 5 степени составили 36,2%. В группе мужчин за исследуемый период средний возраст умерших был равен 65,2 года, у женщин - 68 лет. Максимальные потери лет по интенсивным показателям отмечались в группах 70-79 и старше 80 лет. Максимальные суммарные потери за 10 лет в абсолютных показателях выявлены в группе трудоспособного населения 45-59 лет. Потери в группах трудоспособного возраста были выше последующей возрастной в 2,4 раза, а в группах пенсионного возраста - в 1,4 раза. Медико-социальные потери от заболеваний МПС по отношению к внутреннему валовому продукту области за 2007-2018 гг. составили в среднем $0,16 \pm 0,01\%$, ДИ 95% 0,14-0,18, в денежном эквиваленте составив $4374162,9 \pm 955855,9$ тыс. тенге, ДИ 95% 3093154,5-5655171,4. За период исследования потери выросли в 4,6 раза.

Заключение. В Карагандинской области РК наблюдается рост медико-социальных потерь по классу мочеполовой системы, что требует выявления факторов риска и организации мероприятий по снижению уровней заболеваемости и смертности.

КОМОРБИДНОСТЬ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ У ЖИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИИ, ПРИРАВНЕННОЙ К КРАЙНЕМУ СЕВЕРУ

Савш П.А.^{1,2}, Лазаревская А.А.¹, Арямкина О.Л.¹

¹Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,

²БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) сегодня в связи с распространенностью и нередко неблагоприятным течением является актуальной проблемой, особенно у лиц с коморбидной патологией и у жителей сложных для проживания территорий.

Цель исследования: изучить клинику и течение ВП, развившейся на фоне хронической патологии органов дыхания.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки за 2016-2018 годы изучены клинические и этиологические параметры ВП у 128 (11,5%) из 1109 госпитальных больных с соблюдением норм биомедицинской этики. Диагнозы установлены в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями. Для

диагностики ВП и коморбидных хронических болезней органов дыхания (ХБОД) использован весь необходимый арсенал лабораторных и инструментальных методов исследования. Правила включения – госпитальные случаи ВП, правила исключения – иная пневмония. Дизайн исследования – когортное, выполненное методом сплошной выборки. Статистическая обработка проведена на ПК с пакетом Statistica 10,0, оценен индекс коморбидности Чарлсон (ИКЧ). Работа выполняется на клинической базе кафедры внутренних болезней Сургутского государственного университета по инициативной теме НИР «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6).

Результаты. Анализ 2-х летнего периода госпитальные случаи ВП сформировались на фоне хронических заболеваний органов дыхания в каждом девятом случае (11,5%). Возраст больных варьировал от 19 до 88 лет - $52,1 \pm 1,52$ (95% ДИ 49,1-55,1) года с равным соотношением мужчин к женщинам – 75 против 53 ($\chi^2_{2 \times 2} = 2,2$, $p = 0,1384$). Преобладала ВП средней степени тяжести ($n = 85$, 66,4%) над тяжелым ($n = 16$, 12,5%) и легким ($n = 27$, 21,1%) вариантами течения. Коморбидные ХБОД представлены ХОБЛ ($n = 111$, 86,7%) и экзогенной БА ($n = 17$, 13,3%) ($\chi^2_{2 \times 2} = 47,4$, $p = 0,0000$) с ИКЧ у всех $3,1 \pm 0,2$ (95% ДИ 2,7-3,5). В трети случаев ($n = 35$, 27,3%) ВП развилась в холодное и переходное время годов - во время увеличения среди населения заболеваемости гриппом и ОРЗ ($\chi^2_{2 \times 2} = 17,1$, $p = 0,0000$). Прививки против гриппа сделаны лишь в 3-х случаях (2,34%). Треть больных ВП ($n = 41$, 32%) – курильщики. Течение коморбидной ВП с ХБОД в 46-ти (35,9%) случаях было осложненным – ОДН ($n = 21$, 45,7%), обострением и БОС ($n = 10$, 21,7%), острым повреждением почек ($n = 7$, 15,2%), сепсисом ($n = 4$, 8,7%). Исход ВП в 96,9% случаев ($n = 124$) был благоприятным, а четверо пациентов скончались от осложнений ВП – от ОДН ($n = 3$) и от сепсиса, СПОН ($n = 1$).

Заключение. Таким образом, к неблагоприятным факторам развития ВП относится заболевание ХОБЛ (86,7%), систематическое курение ($\chi^2_{2 \times 2} = 10,5$, $p = 0,0012$), отсутствие прививок против гриппа, холодные периоды года на Северных территориях и повышенным порогом заболеваемости гриппом и ОРЗ.

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У КОМОРБИДНОГО БОЛЬНОГО ЖИТЕЛЯ ТЕРРИТОРИИ, ПРИРАВНЕННОЙ К КРАЙНЕМУ СЕВЕРУ

Савш П.А.^{1,2}, Лазаревская А.А.¹, Арямкина О.Л.¹

¹Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,

²БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

Актуальность. Сегодня внебольничная пневмония (ВП) представляет собой серьезную медико-социальную проблему в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности от нее. Больные в настоящее время имеют по несколько заболеваний одновременно, что возможно имеет значение для неблагоприятного течения и исходов ВП.

Цель исследования: изучить течение ВП и ее этиологическую структуру у коморбидного пациента.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки за 2016-2018 годы изучены клинические и этиологические параметры ВП у 1109 госпитальных больных СОКБ г. Сургута. Диагноз ВП установлен в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями с использованием всей необходимой лабораторной и инструментальной базы клиники. Исключены больные с бактериально-вирусной ВП, больные с ВИЧ/СПИД и онкологическими заболеваниями. Данные обработаны пакетом Statistica 10,0, соблюдены нормы биомедицинской этики. Работа выполняется в рамках инициативной темы НИР кафедры внутренних болезней Сургутского государственного университета «Предикторы генеза развития, течения и исходов хронических и коморбидно протекающих заболеваний» (№ АААА-А19-119062490051-6).

Результаты. Микробиологические исследования проведены в 681 (61,4%) случаев, из них возбудители идентифицированы у 221 (32,5%) больных. Данная группа представлена мужчинами (56,6%) и женщинами (43,4%) ($p=0,1306$) возрасте $50\pm 1,22$ (95% ДИ 47,6-52,4) лет имеющих коморбидность (100%) с ИК Чарлсон $3,7\pm 0,16$ (95% ДИ 3,4-4,1), в половине случаев работающих ($n=122$, 55,2%) У них ВП протекала в среднетяжелой (54,3%) и тяжелой (28,1%) формах, реже в двухсторонних поражениях (13,1%; $\chi^2=83,7$, $p=0,0000$), с летальным исходом в 26-ти случаях (11,8%). Чаще определялись *St. aureus* (44,3%), *St. pneum.* (24,9%), *Cand. alb.* (17,2%), *Kl. pneum.* (13,1%), *Escher. coli* (7,7%), из них в ассоциациях (38%), чаще 2-х возбудителей (54,8%), 3-х и 4-х по 17,9% и у 9,5% еще и с грибковой флорой. Чувствительность к антибиотикам определена в 172-х (77,8%) случаях, из них АБ-резистентность - у 76 (44,2%) - к ципрофлоксацину (92%), цефотаксиму (73,7%), гентамицину (72,4%), эритромицину (64,5%), цефтриаксону (50%), ко-тримазолу (48,7%), цефтазидиму, ванкомицину и к амикацину (по 47,4%) и к др. В 53-х (69%) случаях диагностирована множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) ($\chi^2=7,3$, $p=0,0071$), преимущественно к 2-м препаратам (43,4%), но у единичных больных к 6-ти, 7-ми, 9-ти, 10-ти и даже к 20-ти лекарственным средствам.

Т.о., неблагоприятное течение ВП у жителей территорий приравненных к Крайнему Северу определяется высокой коморбидностью (ИКЧ до 11 баллов), этиологической структурой, в ассоциациях бактерий и грибов, МЛУ.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ

Саушкина С.В., Рахматуллов Ф.К.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить влияние рацемического амлодипина и левовращающего изомера амлодипина (S-амлодипина) на спектральные и временные показатели variability ритма сердца (BPC) и частоту побочных действий препаратов у больных с хронической артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 44 больных АГ (23 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 41 до 64 лет (средний возраст – 55 ± 5 лет). Из них у 24 больных диагностировалась I степень и у 20 больных – II степень АГ. В 1-й группе (21 больных) больным назначали рацемический амлодипин и во 2-й

группе (23 больной) – S-амлодипин. Критериями исключения из исследования являлись: сахарный диабет; хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; нарушения сердечного ритма. Больные получали монотерапию препаратами амлодипина и при необходимости для нормализации АД их комбинировали с ингибиторами АПФ. Продолжительность лечения составляла 10-12 недель. До и после лечения больным проводили холтеровское мониторирование ЭКГ с автоматическим анализом показателей ВРС и суточное мониторирование АД.

Результаты. Установлено, что при сопоставимой антигипертензивной эффективности дозы S-амлодипина были достоверно меньше, чем рацемического амлодипина: $8,5 \pm 0,8$ и $14,7 \pm 1,3$ мг/сут ($p < 0,05$). В 1-й группе снижение систолического АД составило $28,1 \pm 3,4$ мм рт. ст. и во 2-й группе – $25,5 \pm 4,4$ мм рт. ст. Анализ показателей ВРС выявил более выраженную их динамику у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой, хотя различие недостоверно. При этом достоверно увеличились показатели стандартного отклонения интервалов R-R (SDNN) и уменьшились показатели низкочастотного компонента спектра мощности (LF). Показатель рNN50 на фоне лечения в 1-й группе увеличился в среднем на 12,8% и во 2-й группе – на 12,6% соответственно ($p < 0,05$). Также достоверно увеличился показатель LF/HF в среднем в 1-й группе на 14,3% и во 2-й группе – на 15,6%. Частота сердечных сокращений существенно не изменилась и не различалась между группами. Признаки избыточной афферентной вазодилатации, в частности, отечность стоп и другие в 1-й группе встречались у 4 больных (14,1%) и во 2-й группе – лишь у одного больного (4,1%). Анализ потенциальных причин развития отечного синдрома выявил, что данное побочное действие препаратов носит дозозависимый эффект и прямо коррелирует с выраженностью антигипертензивного эффекта. Важно, что у больных с побочными эффектами препаратов показатели ВРС были хуже. Необходимо отметить, что частота и выраженность отечного синдрома коррелировала с ЧСС недостоверно. Одной из причин отечного синдрома являлась варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Заключение. Выявлено, что у S-амлодипина преобладает дозозависимый антигипертензивный эффект и улучшение вегетативного контроля ритма сердца, а также имеется лучшее переносимость лечения по сравнению с рацемическим амлодипином.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН- ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТАЖА КУРЕНИЯ

Саушкина С.В.¹, Искендеров Б.Г.²

¹ - ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза,

² - Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, Пенза

Цель. Оценить особенности ремоделирования сонных артерий у мужчин – работающих железнодорожников и изучить ее корреляции с возрастом, стажем курения и наличием артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты обследований 123 мужчин-железнодорожников в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст – $48,6 \pm 5,7$ лет), которые были разделены на 4 группы: 1-я группа – 38 пациентов с АГ I-II степени и стажем курения более 10 лет; 2-я группа – 32 некурящего пациента с АГ I-II степени; 3-я – 26 нормотензивных курильщиков со стажем курения 10 и более лет; 4-я группа – 27 практически здоровых некурящих нормотоников. Проводили ультразвуковую доплерографию плечевой артерии для оценки вазомоторной функции эндотелия с помощью пробы с реактивной гиперемии и структурно-функциональных изменений общих сонных артерий (ОСА). По возрасту группы были однородными. Критериями исключения из исследования являлись: сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса, ожирение, нарушения сердечного ритма.

Результаты. Гипертрофия сосудистой стенки (толщина комплекса интима-медиа – КИМ более 0,9 мм) при нормальной вазомоторной функции эндотелия выявлена у 32 больных (24,4%), в том числе у всех из них была АГ, а сочетание эндотелиальной дисфункции с ремоделированием (гипертрофией) ОСА – у 83 пациентов (67,5%). Эндотелиальная дисфункция с нормальной толщиной КИМ выявлена у 10 пациентов (8,1%), относящихся к курильщикам со стажем более 10 лет. Средние показатели КИМ в 1-й группе составили $0,90 \pm 0,11$ мм, во 2-й группе – $0,85 \pm 0,09$ мм, в 3-й группе – $0,74 \pm 0,15$ мм и в 4-й группе – $0,74 \pm 0,06$ мм. Различие показателей КИМ было достоверно выше в 1-й группе по сравнению с 3-й и 4-й группами ($p < 0,05$). Это означает, что наличие АГ является основным патогенетическим фактором, способствующим развитию гипертрофии сосудистой стенки, даже без учета фактора курения. Частота и выраженности гипертрофии стенки ОСА у пациентов с АГ имели прямые корреляции с давностью АГ и среднесуточными показателями АД. Также величина эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД в норме более 10%) в сравниваемых группах отличалась и в 1-й группе составила $4,9 \pm 0,5\%$, во 2-й группе – $5,6 \pm 0,6\%$, в 3-й группе – $5,7 \pm 0,8\%$ и в 4-й группе – $9,1 \pm 0,7\%$. Как видно, наиболее выраженная эндотелиальная дисфункция, т.е. наименьшая величина ЭЗВД выявляется в 1-й группе, которая достоверно ниже, чем в остальных группах. Однако в 2-й и 3-й группах величина ЭЗВД отличалась недостоверно, что свидетельствует о равнозначной роли АГ и курения в нарушении вазомоторной функции.

Заключение. Показано, что структурное ремоделирование и эндотелиальная дисфункция артерий наиболее выражены при сочетании АГ и табакокурения со стажем более 10 лет.

СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ИЗОМЕРОВ АМЛОДИПИНА НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Саушкина С.В.¹, Искендеров Б.Г.²

¹ - ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза,

² - Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, Пенза

Цель. Сравнить влияние на вазомоторную функцию плечевой артерии (ПА) рацемического амлодипина и его левовращающего изомера у больных артериальной гипертензией (АГ) I-II степени при монотерапии.

Материал и методы. В открытое исследование были включены 127 больных (88 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 37 до 64 лет ($52,7 \pm 3,4$ лет). Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным изучаемым показателям. В I группе (61 больной) назначали левовращающий изомер в стартовой дозе 2,5 мг/сут и во II группе (66 больных) – рацемический амлодипин 5 мг/сут и при необходимости дозы препаратов титровали. Всем проводили суточное мониторирование артериального давления (АД) и эндотелийзависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию (ЭЗВД, ЭНЗВД) оценивали путем ультразвуковой доплерографии ПА по методике D.S. Celermajer et al. до и через 16 недель после монотерапии.

Результаты. На фоне лечения в обеих группах среднесуточные уровни систолического и диастолического АД снизились достоверно, однако различие было недостоверным ($p > 0,05$). При этом среднесуточная доза левовращающего изомера составила $7,0 \pm 0,8$ мг и рацемического амлодипина – $10,5 \pm 1,4$ мг ($p = 0,006$). Эндотелиальная дисфункция до лечения в I группе выявлялась в 85,2% случаев и во II группе – в 87,9% случаев. В исходном состоянии, парадоксальная реакция ПА на компрессионную пробу в I группе выявлена у 8 (13,1%) больных, а во II группе – у 10 больных (15,2%) и после лечения – ни в одном случае и у трех больных соответственно. На фоне лечения в I группе величина ЭЗВД увеличилась с $4,5 \pm 0,9$ до $8,0 \pm 1,6\%$ ($p < 0,01$) и во II группе – с $4,3 \pm 0,6$ до $6,5 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$). При этом в I группе нормализация функции эндотелия, то есть прирост ЭЗВД более 10% во время компрессионной пробы отмечено у 6 больных (9,8%), на 5-9% – у 32 (52,5%) больных и менее 5% – у 23 больных (37,7%), а во II группе – 7,6%, 43,9% и 48,5% соответственно. Изучение эндотелий-независимой вазодилатации показало преобладающее увеличение ЭНЗВД во II группе по сравнению с I группой почти в 2 раза. При этом у 25 больных (37,9%) II группы на фоне лечения ЭНЗВД нормализовался (более 20%), в I группе это наблюдалось у 14 больных (23,0%). Также на фоне лечения ЭНЗВД увеличилась с $12,0 \pm 0,9$ до $17,0 \pm 3,1\%$ ($p = 0,003$) и во II группе – с $11,1 \pm 2,0$ до $20,5 \pm 3,7\%$ ($p < 0,001$). Выявлена прямая корреляция величины прироста ЭЗВД и выраженности гипотензивного эффекта на фоне лечения. Кроме того, в обеих группах отмечена автокорреляция между исходной величиной ЭЗВД и ее приростом после лечения.

Заключение. Показано, что левовращающий изомер амлодипина в отличие от его рацемического изомера обладает более выраженной вазоселективностью, проявляющейся сопоставимой эндотелий-зависимой вазодилатацией при использовании суточной дозы, уступающей в 1,5 раза.

СЕЗОННО-КЛИМАТИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сейсембеков Т.З., Нургалиева Н.К., Загоруля Н.Л., Онгарбаева А.Е., Смаилова Г.Т.

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Республика Казахстан

Цель. Определить влияние сезонных климато-метеорологических факторов (КМФ) на смертность при ишемической болезни сердца (ИБС) взрослого населения г.Нур-Султан у лиц различного пола и возраста.

Материал и методы. Анализированы данные официальной статистики по заболеваемости и смертности при ИБС взрослого населения г. Нур-Султан за 2009-2018 гг.; данные ежесуточных КМФ: температура воздуха (t_{cp} , t_{max} , t_{min}), относительная влажность воздуха (f_{cp}), средняя скорость ветра (v). Материал analyzed по месяцам, сезонам и периодам года, по полу и возрастным группам: молодой (18-44 лет), средний (45-59 лет), пожилой (60-74 лет) и старческий возраст (75 лет и старше).

Результаты. За 2009-2018гг. в г.Нур-Султан впервые диагностированная ИБС среди взрослого населения увеличилось с 228,5 до 377,0 и острый инфаркт миокарда (ОИМ) с 56,8 до 116,6 на 100 тыс. населения. За этот период в городе имело место 5865 случаев смерти от ИБС (муж.-3032, жен.-2533). По возрастным группам: 315 (5,4%), 1240 (21,1%), 1874 (31,9%) и 2439 (41,6%) случаев с превалированием мужчин, особенно в молодом в 4,7 раза и среднем возрасте в 5,3 раза, в старческом смертность от ИБС в 1,8 раза выше среди женщин. Выявлено достоверно различие показателей смертности в зависимости от возраста среди лиц 60 - 74 года: тест Левена $F=14,259$, ($p=0,001$), критерий Стьюдента $t=3,739$ ($p=0,001$), а также среди женщин старше 75 лет ($p=0,001$). Показатели смертности по сезонам года: весной 1609 (27,5%), зимой 1527 (26,0%), осенью 1381 (23,5%) и летом 1348 (23,0%), во все сезоны превалировала смертность среди мужчин. Регрессионный анализ Пуассона выявлено влияние t_{cp} t_{min} на смертность от ИБС: $OR_{t_{cp}} = 0,994$ (95% ДИ: 0,990; 0,997); $p \leq 0,001$, $OR_{t_{min}} = 0,993$ (95% ДИ: 0,990; 0,997); $p \leq 0,001$, а также t_{cp} с лагом 3 дня и f_{cp} на смертность: $OR_{t_{cp}(0-3)} = 0,990$ (95% ДИ: 0,985; 0,994); $p \leq 0,001$, $OR_{f_{cp}} = 0,996$ (95% ДИ: 0,993; 1,000), $p=0,031$. Аналогичная, но более выраженная динамика гендерно-возрастных и др. показателей наблюдается при ОИМ. У показателей смертности от ОИМ была обратная корреляция со всеми t , более выражено у женщин t_{max} ($r = -0,809$), T_{min} ($r = -0,882$), за исключением старческого возраста. Случаев смертности ОИМ по сезонам – несколько больше зимой и весной, меньше осенью и летом.

Заключение. Заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца и острого инфаркта миокарда в г. Нур-Султан заметно увеличивается с возрастом, преобладает среди мужчин, особенно молодого и среднего возраста. Установлена определенная взаимосвязь смертности с показателями температуры и относительной влажности воздуха, а также с весенне-зимними сезонами года.

**АССОЦИАЦИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D
И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ
У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

¹ Селезнева Е.Ю., ² Алексеева Н.С.

¹КДП «Авиценна», Киселевск, Россия

²НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
Новокузнецк, Россия

Цель. Установить связь дефицита витамина D с лабораторными маркерами неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. В исследовании участвовали 102 пациента (61,2% – женщин, 38,8% – мужчин) с МС и НЖБП с дефицитом витамина D, в возрасте 45,0 (36,5; 57,0), длительно (>10 лет) проживающих в Кемеровской области. Диагностику МС проводили согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению НЖБП (2016) инсулинорезистентность фиксировали при индексе НОМА-IR > 2,27. Уровень витамина D (25(ОН) витамина D в крови) определяли по рекомендациям Международного общества эндокринологов (2011). Дефицитом витамина D считали концентрацию 25 (ОН) витамина D < 20 нг/мл. Качественные признаки представлены в виде абсолютных значений (n) и процентной доли (%). Для оценки связи проводили расчет коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. Окружность талии (ОТ) более 80 см диагностировали у 61,2% женщин и более у 38,8% мужчин. Избыточную массу тела зарегистрировали у 26,5% пациентов, ожирение 1 степени – у 32,4%, ожирение 2 и 3 степени у 36,3% и 4,9% пациентов соответственно. Повышение уровня триглицеридов > 1,7 ммоль/л наблюдали у 83,3% пациентов, повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) > 3,0 ммоль/л – у 73,5% пациентов, а снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин – у 38,2% пациентов. Гипергликемию натощак выявили у 68,6% пациентов, нарушение толерантности к углеводам у 20,5% пациентов. Артериальную гипертензию (уровень артериального давления \geq 130/85 мм рт. ст.) диагностировали у 79,4% пациентов. Повышение активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз в 3-4 раза зарегистрировали у 86,3% пациентов, повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) – у 43,1% и гамма-глутамилтранспептидазы – у 35,3% пациентов, гипоальбуминемию – у 29,4%. Индекс инсулинорезистентности НОМА-IR > 2,27 диагностировали у всех (100%) пациентов с дефицитом витамина D. При этом была выявлена тесная корреляционная связь уровня 25 (ОН) витамина D с основными лабораторными маркерами НЖБП и МС: с повышенным уровнем аланиновой аминотрансферазой ($r=-0,378$, $p=0,001$), ЩФ ($r=-0,398$, $p=0,001$), ХС ЛПНП ($r = -0,453$, $p<0,001$), гипертриглицеридемией ($r = -0,553$, $p<0,001$), гипоальбуминемией ($r = -0,433$, $p=0,007$), индексом инсулинорезистентности НОМА-IR ($r = -0,684$, $p<0,001$), с индексом массы тела ($r = -0,344$, $p=0,001$) и ОТ ($r = -0,294$, $p=0,010$).

Заключение. Тесная связь дефицита витамина D и инсулинорезистентности – как основного патогенетического звена МС и НЖБП определяет необходимость коррекции уровня 25 (ОН) витамина D с целью повышения эффективности терапии НЖБП.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Серова Е.Н., Шерегова Е.Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить возможности применения теста Мини-Ког с одновременным определением общего холестерина (ОХС) для ранней диагностики поражения органов-мишеней (ПОМ) при ГБ.

Материалы и методы. Обследовано 34 пациента в возрасте от 48 до 66 лет с АГ, из них 14 мужчин и 20 женщин. Всем измеряли систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) на плечевой артерии методом Н.С. Короткова, мм рт ст. Регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ) покоя (электрокардиограф CARDIOVIT AT-2, производства Schiller, Швейцария). Проводили эхокардиографию (ЭХОКГ) и ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) сонных артерий. Использовалась ультразвуковая система HD15, производства Philips, США. По результатам ЭКГ и ЭХОКГ рассчитывали индекс Соколова-Лайона (мм) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), г/м². Наличие гипертрофии миокарда левого желудочка констатировали при величине индекса Соколова-Лайона ≥ 38 мм, ИММЛЖ ≥ 115 г/м² для мужчин и ИММЛЖ ≥ 95 г/м² для женщин. По результатам УЗДГ утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии констатировали при значении более 0,9 мм. Всем пациентам проводили тест Мини-Ког (Borson S., 2000) и определяли уровень ОХС биохимическим методом. Результаты теста оценивали по 5-ти балльной шкале. При результате теста менее 3-х баллов констатировали наличие когнитивных нарушений. За повышенный уровень ОХС принимали значение более 5,2 ммоль/л.

По всем показателям рассчитывали средние арифметические и их стандартные отклонения ($M \pm SD$) с использованием пакета программ Excel 2007.

Результаты. По результатам измерения АД и выявленным признакам ПОМ обследуемых разделяли на 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу с диагнозами ГБ I стадии, 1 и 2 степени вошли 16 пациентов без признаков ПОМ. В подгруппу 2 с диагнозами ГБ II стадии, 1 и 2 степени вошли 18 пациентов с величиной индекса Соколова-Лайона $40,1 \pm 1,5$ мм, величиной КИМ сонной артерии $1,1 \pm 0,1$ мм, ИММЛЖ $117,4 \pm 1,7$ г/м² и $97,3 \pm 1,79$ г/м² для мужчин и женщин соответственно. За 1-ю и 2-ю степень повышения АД принимали значения $147,7 \pm 2,8/94,5$ мм рт ст; $166,8 \pm 2,6/102,4 \pm 1,4$ мм рт ст для САД и ДАД соответственно. Значение теста Мини-Ког менее 3-х баллов выявлялось у всех пациентов 2-ой подгруппы и у большинства пациентов 1-ой подгруппы (в 12 случаев из 16). Умеренное повышение уровня ОХС до $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л было выявлено в 14 случаев из 16 в подгруппе 1. Для подгруппы 2 было характерно увеличение уровня ОХС у всех пациентов и соответствовало значениям $6,5 \pm 0,3$ ммоль/л.

Заключение. Выявление когнитивных нарушений в сочетании с умеренным повышением уровня ОХС на ранней стадии ГБ опережает диагностику ПОМ инструментальными методами. Преобладание когнитивных нарушений и выраженной дислипидемии при более высокой стадии ГБ показывает необходимость подбора адекватной гипотензивной, ангио- и церебропротективной терапии на ранних стадиях заболевания.

ТАКТИКА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.

Сергеев В.Н., Мусаева О.М., Нувахова М.Б.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время в лечение и профилактики метаболического синдрома (МС) рекомендуется использовать методы и средства, относящиеся к так называемым «двум линиям защиты».

Первая линия защиты (первый этап) базируется на принципе нормализации жизни пациента и включает в себя немедикаментозные методы воздействия - персонифицированное питание, дозированные физические нагрузки, отказ от вредных привычек алкоголя, курения). Только при отсутствии терапевтических эффектов воздействий, предусмотренных на первом этапе, начинают использоваться методы и средства «второй линии защиты», когда предусматривается использование фармакологических средств: анорексиков, противодиабетических препаратов (метформин), гипотензивных (блокаторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов); статины, тромболитики. Учитывая полиморфизм клинической симптоматики при МС, это может сопровождаться полипрагмазией, которая, с одной стороны, будет вызывать затруднения в прогнозе конечного терапевтического результата, с другой стороны, усугублять риск инициирования медикаментозной мальабсорбции, на фоне негативных влияний на органы и системы организма. Доказана приоритетная роль в восстановлении адекватной нейроиммуно-эндокринной регуляции метаболизма при метаболическом синдроме нормализации нарушенных функций пищеварительно — транспортного конвейера, которые диагностируются у большинства пациентов с метаболическим синдромом. за счет использования методов и нутритивно –метаболических средств, разработанной нами метаболической терапии, включающей три взаимосвязанных составляющих: детоксикационную, регуляторную и аддитивную терапию (анорексик, сорбенты, гепатопротекторы, витаминно-минеральные комплексы, пре- и пробиотики). Это следует рассматривать в качестве основного шага адекватной нутритивной поддержки при МС, что позволит:

- восстановить адекватную способность организма к перевариванию пищи и оптимизации ассимиляции нутриентов, для компенсации дефицитов эссенциальных макро – микронутриентов, повсеместно выявляемые у пациентов с МС;

-нормализовать адекватную нейроиммуно-эндокринную регуляцию и, как следствие, нарушенный метаболизм у больных данной категории, с одной стороны, повысить терапевтическую эффективность других немедикаментозных технологий, используемых у больных, с другой;

-снизить дозу и сроки курсового использования синтетических фармакологических средств, используемых в качестве препаратов «второй линии» при метаболическом синдроме, минимизируя их негативное влияние на органы и системы организма и повышения качества жизни пациентов с метаболическим синдромом.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РАБОТНИКОВ ОАО «РЖД»

Синцова С.В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Цель: оценка безопасности применения гипотензивных препаратов у работников ОАО «РЖД», связанных с операторской деятельностью.

Материалы и методы: проанализировано 54 истории болезни пациентов, находившихся на госпитализации в кардиологическом отделении в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Киров» в 2019 г. Из них машинистов 94%, помощников машиниста 6%. Средний возраст пациентов 48,14±7,29 лет. Статистический анализ

Результаты. Проведении анализа историй болезни показало, что достоверно чаще ($p < 0.05$) у данной категории пациентов встречается 2 степень (55%) и 2 стадия гипертонической болезни (63 % случаев). При этом 3 степень зарегистрирована лишь у 9% обследованных пациентов, а 3 стадия заболевания - у 1 пациента (1,8%). Анализ гипотензивной терапии у работников железнодорожного транспорта, чьи профессии связаны с операторской деятельностью и требуют способности специалиста быстро обрабатывать информацию, поступающую извне, показал, что чаще всего применялась комбинированная терапия в лечении артериальной гипертензии в данной категории больных. Двух и трехкомпонентная терапия применялась в 67% анализируемых случаев. Из средств гипотензивной терапии применялись: ингибиторы АПФ в 57% случаев; тиазидоподобные диуретики в 44%; бета-адреноблокаторы 44%; сартаны – 26% и антагонисты кальция дигидропиридиновая группа в 15% случаев.

Безопасное применение лекарственных препаратов, особенно у данной категории пациентов, является актуальной задачей современной медицины. Основной особенностью фармакотерапии у лиц операторских профессий является то, что нежелательные реакции, применяемых лекарственных препаратов, могут приводить к нарушению работы, грубым ошибкам и даже к аварийным ситуациям. Из всех, зарегистрированных в России, основных групп гипотензивных препаратов, с особой осторожностью рекомендуют назначать этой категории пациентов, бета-адреноблокаторы, особенно неселективные, поскольку имеются предположения, что применение данных препаратов снижает концентрацию внимания.

В проведенном нами исследовании бета- адреноблокаторы были назначены 44% пациентам. Назначение данной группы препаратов у всех пациентов было обусловлено, имеющимися у этих больных, помимо артериальной гипертензии, различными видами нарушений ритма (преимущественно экстрасистолии). Из них, чаще всего применялся бисопролол и небиволол, лишь у 1 пациента метопролол сукцинат.

Заключение. Артериальная гипертензия является наиболее часто встречающейся кардиологической патологией у работников ОАО «РЖД». Современные возможности фармакотерапии позволяют безопасно применять лекарственные средства, даже у пациентов, имеющих профессии, связанные с безопасностью людей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Скоробогатова Л.Н., Горшенина Е.И., Куркина Н.В., Назаркина М.Г.
ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт,
Саранск, Россия

Цель. Оценить функцию почек у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Материал и методы. Проанализировано 90 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РМ «РКБ №4».

Среди обследованных больных было 44 женщины и 46 мужчин. Возраст больных от 18 до 79 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе - 50 пациентов с диагнозом сахарный диабет 1 типа, во второй – 40 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Средняя длительность сахарного диабета 1 типа со времени постановки диагноза составила $8,88 \pm 0,5$ лет, 2 типа – $13,75 \pm 0,5$ лет. У пациентов исследовались уровень сывороточного креатинина, суточная альбуминурия и проводился расчет скорости клубочковой фильтрации по формуле MDRD.

Результаты. Повышение уровня креатинина в биохимическом анализе крови наблюдалось у 2% больных сахарным диабетом 1 типа и у 3,5% больных сахарным диабетом 2 типа. Альбуминурия выявлена у 6 % пациентов первой группы и у 25% больных второй группы.

Снижение скорости клубочковой фильтрации, рассчитанной по формуле MDRD, наблюдалось всего у 32 больных. В первой группе - у 22 человек (44%), во второй группе - у 10 больных (25%). Все пациенты были распределены по стадиям хронической болезни почек. В первой группе пациентов с сахарным диабетом 1 типа хроническая болезнь почек 1 стадии отмечалась у 41 человека (82%), 2 стадии у 8 человек (16%), 3а стадии у 1 человека (2%). Во второй группе пациентов с сахарным диабетом 2 типа хроническая болезнь почек 1 стадии была выявлена у 9 человек (22,5%), 2 стадии у 16 человек (40%), 3а стадии у 4 человек (10%), 3б стадии у 1 человека (2,5%). При стаже сахарного диабета менее 10 лет в 1 группе снижение скорости клубочковой фильтрации наблюдалось в 6% случаев, во 2 группе – в 10%. При длительности диабета более 10 лет снижение было в 7% и 18% случаев соответственно.

Заключение. Результаты исследования показали, что повышение креатинина наблюдалось только у 2% больных сахарным диабетом 1 типа и у 3,5% больных сахарным диабетом 2 типа. В то же время снижение скорости клубочковой фильтрации наблюдалось у 44% пациентов с сахарным диабетом 1 типа и у 25% пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Пациенты 1 группы чаще имели более раннюю стадию хронической болезни почек - 1 стадию (82%). У больных 2 группы чаще отмечалась 2 стадия 40(%). Таким образом, скорость клубочковой фильтрации является более ранним показателем нарушения функции почек по сравнению с уровнем креатинина сыворотки крови. Длительное течение сахарного диабета, приводит к более выраженному снижению скорости клубочковой фильтрации у пациентов обеих групп.

МОЛЕКУЛЫ АДГЕЗИИ КАК ПРЕДИКТОРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Сляднев С. А., Корой П. В., Ягода А. В.

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Россия**

Цель. Изучение взаимосвязи содержания в крови молекул межклеточной адгезии-1 (ICAM-1), адгезии сосудистого эндотелия-1 (VCAM-1), адгезии эндотелия и тромбоцитов-1 (PECAM-1) с проявлениями метаболического синдрома (МС) при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материал и методы. Обследовано 208 пациентов с НАЖБП (101 женщина, 107 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Абдоминальное ожирение (увеличенная окружность талии) и дислипидемия отмечались у большинства пациентов (82,2 % и 91,3 % соответственно). Инсулинорезистентность зарегистрирована в $\frac{2}{3}$ случаев, артериальная гипертензия выявлена у 46,6 % обследованных. Метаболический синдром встречался у 59,1 % больных. Контрольную группу сформировали 60 здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту и этнической принадлежности.

Результаты. При НАЖБП отмечалось увеличение концентрации ICAM-1, VCAM-1 и PECAM-1 в крови. В случаях висцерального ожирения содержание ICAM-1 и VCAM-1 в крови было выше, чем у пациентов с нормальными величинами окружности талии. У больных с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) определялись более высокие значения VCAM-1 в крови. Уменьшение концентрации холестерина ЛПВП в крови способствовало росту показателей ICAM-1 и VCAM-1, а случаи гиперхолестеринемии характеризовались более низкими значениями VCAM-1 в крови. Наличие при НАЖБП гиперинсулинемии или гипергликемии сопровождалось сравнительно более высокими уровнями VCAM-1 и PECAM-1 в крови. В случаях инсулинорезистентности плазменное содержание всех молекул было выше, чем у пациентов с нормальной чувствительностью тканей к инсулину. Сочетание артериальной гипертензии с НАЖБП характеризовалось более высокой плазменной концентрацией всех молекул семейства по сравнению с пациентами без отклонений профиля АД. Сочетание НАЖБП с МС сопровождалось повышением концентрации ICAM-1, VCAM-1 и PECAM-1 в крови. Установлен рост концентрации молекул адгезии в крови с увеличением числа критериев метаболического синдрома. Максимальные значения ICAM-1, VCAM-1 и PECAM-1 определялись у пациентов, имеющих все компоненты синдрома. Пороговые показатели ICAM-1 более 848 нг/мл (отношение шансов (ОШ): 4,3; 95 % доверительный интервал (ДИ): 2,4-7,8), VCAM-1 выше 2355 нг/мл (ОШ: 6,8; 95 % ДИ: 3,4-13,6) и PECAM-1 (ОШ: 2,2; 95 % ДИ: 1,2-4,0) не менее 70 нг/мл были связаны с повышенным шансом обнаружения метаболического синдрома. Однако вышеуказанные значения медиаторов характеризовались небольшой точностью в предикции МС у больных НАЖБП (63,7 %, 67,3 %, 54,8 % соответственно).

Заключение. Взаимосвязь адгезинов с проявлениями МС характеризует их важную роль в развитии метаболических нарушений при НАЖБП. Установленные критериальные уровни молекул адгезии могут использоваться в клинической практике для верификации больных с повышенным риском развития МС.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ КОРОНАРНОГО И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Соколова Е.В., Нелидова Н.В.

БУ ВО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель: определить структурно-функциональные особенности сердца и сосудов у лиц пожилого возраста с сочетанием коронарного и церебрального атеросклероза с различной двигательной активностью.

Материалы. Обследовано 138 пациентов пожилого возраста с сочетанием коронарного и церебрального атеросклероза: 71 со свободной двигательной активности (СДА), 67 с ограничением двигательной активности после перенесённого инсульта (ОДА).

Результаты Среди пациентов: со СДА были 33 мужчин и 38 женщин (средний возраст женщин $71,3 \pm 0,6$ лет, мужчин $64,3 \pm 0,5$ года); с ОДА были 31 мужчин и 36 женщин (средний возраст женщин $73,2 \pm 0,7$ лет, мужчин $68,4 \pm 0,6$ года).

При анализе результатов ЭХО-КГ данные, подтверждающие гипертрофию ЛЖ. В группе с ОДА индекс Деверокса $0,51 \pm 0,01$, в группе со СДА индекс Деверокса $0,47 \pm 0,02$, что свидетельствует о концентрической гипертрофии ЛЖ и о концентрическом ремоделировании миокарда ЛЖ. Средние размеры ПП, ЛП, ЛЖ, ЛА были достоверно выше в группе пациентов с ОДА. Средние значения фракции выброса ЛЖ в группе со СДА $62,3 \pm 1,4\%$; в группе с ОДА $58,5 \pm 1,2\%$

По результатам Холтеровского мониторирования: ЦИ в группе с ОДА равен 1,11; в группе обследуемых со СДА 1,14. Выявили наличие ригидного синусового ритма в группе с ОДА.

При оценке суточного биоритма АД количество пациентов с неизменным суточным биоритмом, с чрезмерным ночным падением АД достоверно меньше в группе обследуемых с ОДА. Достоверно больше лиц, у которых показатели ночного АД превышают дневные и с недостаточным ночным снижением (АД) в группе обследуемых с ОДА. В группе обследуемых с ОДА ИВсад день%, ИВсад ночь%, ИВсад ночь%, ИВсад ночь%, достоверно выше, чем у пациентов со СДА. В группе обследуемых мужчин со СДА ВУПсад, мм.рт.ст./ч достоверно меньше, чем в группе с ОДА. В группе обследуемых женщин с СДА ВУПсад, мм.рт.ст./ч достоверно выше, чем в группе с ОДА.

Признаки атеросклеротического стенозирования (АС) преобладают у мужчин с ОДА (40,4%).

Объемные показатели церебрального кровотока у мужчин со СДА достоверно выше, чем у мужчин с ОДА. Объемные показатели церебрального кровотока у женщин со СДА достоверно выше, чем в группе с ОДА.

Выводы: Таким образом, при сочетании коронарного и церебрального атеросклероза, у больных пожилого возраста с ОДА и со СДА выявляется концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ (более выраженные в группе с ОДА) с сохраненной сократительной функцией левого желудочка. Наличие ригидного синусового ритма выявлено в группе с ОДА. Установлена положительная достоверная зависимость утреннего подъема САД от уровня ЧСС (днем, ночью и в среднем за сутки), то есть от степени

активации симпатoadреналовой системы у мужчин и женщин с сочетанным коронарным и церебральным атеросклерозом с ОДА.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ЭФФЕКТИВНЫХ
ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
ЭКСТРАСИСТОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
СЕРДЦА**

Соколова М.Д.¹, Олесин А.И.¹, Константинова И.В.¹, Зуева Ю.С.²
**¹ФГБОУ ВО «Северо-западный Государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, ²СПб ГБУЗ «Елизаветинская
больница», Санкт-Петербург, Россия**

Цель исследования – индивидуализация медикаментозной терапии желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у пациентов без структурных изменений сердца путем выявления потенциально эффективных противоаритмических препаратов.

Материал и методы. Наблюдались 122 больных в возрасте от 20 до 43 лет без структурных изменений сердца с ЖЭ IV – V классов, согласно классификации V. Rayn (1984) и субъективными ощущениями аритмии. Всем пациентам, после проведения суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ), выбор потенциально эффективных противоаритмических средств для устранения ЖЭ проводился на основании увеличения в сравнении с исходными данными скорректированного индекса экстрасистолии после третьего приема препарата ≥ 2 относительных единиц. Точность выбора (ТВ) тестируемых препаратов оценивалась по данным суточного мониторирования ЭКГ после проведения короткого курса терапии каждого тестируемого антиаритмического средства на протяжении не менее 5 дней. При выявлении у одного пациента потенциальной противоаритмической активности нескольких антиаритмических средств, для устранения эктопии выбирался препарат с максимальным уменьшением количества ЖЭ после проведения короткого курса терапии в сравнении с исходными данными. Продолжительность наблюдения составила от 1 года до 4 - 5 лет. Конечной точкой наблюдения являлось продолжительность сохранения положительного антиаритмического эффекта используемых противоаритмических средств.

Результаты. У 55,74% пациентов положительный антиаритмический эффект был выявлен к двум, у 34,43% – к трем, у остальных – к четырем противоаритмическим препаратам. ТВ выделения потенциально эффективных препаратов для устранения ЖЭ у пациентов без структурных изменений сердца составила в среднем более 90%. У 18,85% пациентов противоаритмический эффект терапии ЖЭ сохранялся в течение менее 1 года (в среднем $0,8 \pm 0,05$ лет), у остальных пациентов - от 1 года до 5 лет (в среднем $3,7 \pm 0,09$ лет) ($p < 0,05$). Длительность сохранения положительного клинического эффекта в течение 1 года и более высоко коррелировала с истинно положительными ($r = 0,94$), а менее 1 года - с ложно отрицательными результатами тестирования антиаритмическими препаратами ($r = 0,92$).

Заключение. У всех пациентов без структурных изменений сердца с ЖЭ потенциальный положительный антиаритмический эффект был выявлен к двум и более препаратам. ТВ потенциально эффективных препаратов для устранения ЖЭ у этих пациентов составила в среднем более 90%.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ «ИНЦИДЕНТОВ» БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ГОРОДСКОЙ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Сурунович Ю.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь

Цель. Изучить факторы риска и вклад коморбидной патологии в развитие «инцидентов» БСК с разработкой модели прогнозирования риска развития «инцидентов» БСК

Материалы и методы. С 2007/2008 гг. по 2012/2013 проводилось 5-летнее проспективное рандомизированное исследование, включавшее 3500 человек, отобранных методом случайных чисел из контингента лиц, наблюдаемых в поликлиниках № 3 и № 6 г. Витебска. Обследование популяции выполнялось трижды: в 2007/2008 гг. (охват обследованием составил 97,9%), в 2010/2011 (охват обследованием составил 77,8%) и в 2012/2013 (охват обследованием составил 84,3%). Обследование включало заполнение регистрационной карты профилактического обследования (фиксировались социально-демографические данные, ответы на стандартные опросники по кардиологической анкете, информация о перенесенных заболеваниях, данные антропометрии, результаты заполнения клинических опросников по ХОБЛ) Проводилось измерение артериального давления, электрокардиография в 12 стандартных отведениях на электрокардиографе Fucuda Denshi FX-7202 (Япония), эхокардиографическое исследование - на аппарате Vivid7pro (GE, США), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. Выполнялось определение биохимических показателей крови (уровень глюкозы, креатинина, мочево́й кислоты, липидный спектр, C-реактивного протеина в сыворотке крови) и микроальбуминурии в моче. По результатам 5-летнего наблюдения фиксировались «инциденты» БСК, которые включали в себя инфаркт миокарда, инсульт и смерть от БСК. Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6.12, SPSS 17.0, STATISTICA 6.0.

Результаты. За время наблюдения зарегистрировано 70 «инцидентов» БСК (2%: 3,5% среди мужчин и 0,8% среди женщин). Путем множественного регрессионного анализа была получена многофакторная модель достоверно значимых факторов риска развития «инцидентов» БСК ($df=7$; χ^2 Вальда=107,55; $p<0,001$), имеющая чувствительность – 89,5% и специфичность – 70,7% и включающая в себя такие факторы как возраст ($p<0,001$), пол ($p<0,001$), ХОБЛ ($p<0,01$), ХСН ($p<0,01$), низкий уровень ХС-ЛПВП ($p<0,01$), отеки нижних конечностей ($p<0,05$), артериальную гипертензию ($p<0,05$). По многофакторной модели рассчитывают низкий, умеренно повышенный и высокий относительный риск развития «инцидентов» БСК и выделяют группы риска их развития. При

этом вероятность развития «инцидентов» БСК в группе высокого риска равна или более 26%.

Заключение. Полученная многофакторная модель развития «инцидентов» БСК помимо традиционных факторов риска включает в себя наличие коморбидной патологии, в частности ХОБЛ ($p < 0,01$) и позволяет выделить группу высокого риска их развития.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

**Тайжанова Д.Ж., Калимбетова А.Б., Толеуова А.С., Бодаубай Р.,
Бейсенбекова Ж.А., Тойынбекова Р.Ж.**

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганды, Казахстан

Цель. Оценить предикторы развития осложнений у больных после коронарного стентирования.

Методы исследования. Дизайн исследования: случай-контроль. Основная группа включала 34 больных (46,57%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства с кровотечением, контрольная группа включала 39 больных (53,43%) с верифицированной ИБС после процедуры чрескожного коронарного вмешательства без признаков кровотечения. В основной группе средний возраст составил $63,25 \pm 8,7$, из них 65 % мужчин, 35% женщин. В контрольной группе - $63,82 \pm 8,9$, из них 87 % мужчин, 13% женщин соответственно. По данным ИМТ в обеих группах отмечалась избыточная масса тела ($29,1 \pm 4,1$ - в основной группе, $28,2 \pm 4,1$).

Результаты. На основании оценки клинико-лабораторных характеристик риска развития кровотечений у больных после чрескожного коронарного вмешательства было выявлено, что предикторами развития кровотечений у больных после ЧКВ на фоне ДАТ явились: женский пол ($OR=3.405$, $p=0.027$), наличие сахарного диабета ($OR=2,399$, $p=0,046$), ИМТ ($OR=1.200$, $p=0,038$), стентирование коронарных артерий ($OR=1.045$, $p=0,030$), уровень эритроцитов ($OR= 2.292$, $p= 0.049$), уровень тромбоцитов ($OR= 3.964$, $p= 0,048$), гемоглобин (Hb) ($OR=1.333$, $p= 0,042$), СОЭ ($OR=1.008$, $p=0,009$), фракция выброса ($OR=1.248$, $p= 0.043$), скорость клубочковой фильтрации ($OR=1.227$, $p= 0.002$).

Заключение. Таким образом, данные предикторы помогут увеличить не только клиническую эффективность, но предотвратить риск кровотечения у пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И ГЕНЕРАЦИЯ НИТРОКСИДА У РАБОЧИХ УРАНОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Ткачев В.А., Бекенова Ф.К., Хусайнова Г.С., Цой Т.Т., Павлова Н.П.
НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан, Казахстан**

Целью исследования явилось изучение особенностей окислительного метаболизма и генерации нитроксида в сыворотке крови у рабочих ураноперерабатывающего предприятия со стабильным течением артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Проведено исследование «случай-контроль» среди рабочих ураноперерабатывающего предприятия г.Степногорск, Казахстан. Отобрано 135 работников с АГ II степени, риск 2-3. Критерии включения – возраст от 35 до 60 лет, стаж работы 5 лет и более. Сформированы две группы: I группа – рабочие, подвергающиеся хроническому радиационно-токсическому воздействию (n=73); II группа – персонал, не контактирующий с вредными факторами производства (n=62). Контрольную группу составили практически здоровые лица (n=21), не работающие на данном предприятии.

Состояние окислительного метаболизма оценивалось на изучении диеновых конъюгатов(ДК), малонового диальдегида(МДА), активности каталазы(КАТ), антиоксидантной активности(АОА) и уровня генерации нитроксида(NO) в сыворотке крови методом прямой спектрофотометрии.

Результаты. Анализ данных выявил выраженную интенсификацию перекрестного окисления липидов у рабочих с АГ I группы: средние значения ДК и МДА превышали аналогичные показатели контроля в 4,2 и в 2,5 раз соответственно($p<0,01$). У рабочих II группы ДК и МДА превышали контроль в 2,3 и 1,7 раза соответственно. Различия уровней ДК и МДА в I и II группах были статистически значимы. В I группе отмечалось снижение активности КАТ и АОА на 25,7% и 39,2% соответственно по сравнению с контролем. Во II группе выявлено повышение КАТ и АОА в среднем на 35,7% и 9,5% соответственно по отношению к контролю. Концентрация метаболитов NO снижалась у рабочих I и II группы на 36,2% и 25,6% по сравнению с контролем.

Заключение. Таким образом, в сыворотке крови рабочих основных цехов ураноперерабатывающего предприятия, выявлены интенсификация липопероксидации и антиоксидантная недостаточность, что свидетельствует о наличии окислительного стресса. Выраженное снижение уровня нитритов на фоне хронического радиационно-токсического воздействия, по-видимому, усугубляет вазоэндотелиальную дисфункцию и окислительный стресс.

ОЦЕНКА РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко П.Е., Шерстнев Г.Е., Чулков Вл.С.
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Актуальность. Общеизвестно, что ожирение является доказанным фактором риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Несмотря на это, остаются нерешенными вопросы, касающиеся выделения групп высокого риска у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, которым может быть показана тромбопрофилактика.

Цель исследования. Оценить риск венозных тромбоэмболических осложнений у госпитализированных пациентов терапевтического стационара с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Тип исследования - “поперечный срез”. Критерии включения: возраст от 25 до 59 лет, наличие медицинской документации. Критерии исключения: ВТЭО в анамнезе, беременность и период лактации, ОРВИ и грипп, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, злоупотребление алкоголем. Из 580 пациентов терапевтического отделения, госпитализированных в период с января по июнь 2019 г., в соответствии с критериями включения/исключения, в исследование включены 150 пациентов, которые были распределены на 3 группы: группа 1 (50 человек) - пациенты, имеющие ожирение (индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м²); группа 2 (50 человек) - имеющие избыточную массу тела (ИМТ 25-29,9 кг/м²), группа 3 (50 человек) - с нормальной массой тела (ИМТ 18,5-24,9 кг/м²). Оценка риска ВТЭО проводилась по шкале J. Caprini (2005). Применялся пакет статистических программ MedCalc (Версия 19.1.7, Бельгия, 2019). Количественные данные представлены в виде Me [Q25-Q75]. Применялись критерии Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона, Фишера. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов с ожирением составил 52 [46-56] года, с избыточной массой тела – 49 [40-55] лет, 40 [33-50] лет – с нормальной массой тела ($p_{1,2,3} < 0,001$). В группе с ожирением чаще встречались женщины в сравнении с группой 3 (64% vs 36%, $p_{1,3} = 0,01$). Высокий риск ВТЭО по шкале Caprini имели 40% пациентов с ожирением, 30% – с избыточной массой тела и только 6% – с нормальной массой тела ($p_{1,3} = 0,003$, $p_{2,3} < 0,001$). Очень высокий риск имели 16% пациентов с ожирением и 12% – с избыточной массой тела при отсутствии таковых в группе 3 ($p_{1,3} = 0,006$, $p_{2,3} = 0,03$). Наиболее частыми факторами риска ВТЭО, помимо ожирения и избыточной массы тела, оказались постельный режим, прием комбинированных гормональных контрацептивов среди женщин, отеки нижних конечностей, тяжелые заболевания легких и застойная сердечная недостаточность. Необходимо отметить, что в группах высокого риска только у каждого 4-го пациента с ожирением (у 25%) и избыточной массой тела (у 26,7%), а также у каждого 3-го пациента с нормальной массой тела (у 33,3%) проводилась медикаментозная профилактика ВТЭО гепаринами согласно рекомендациям.

Заключение. Применение модели оценки риска ВТЭО по шкале Каприни позволяет выделить группы высокого и очень высокого риска у пациентов терапевтического профиля с избыточной массой тела и ожирением для проведения своевременной первичной антикоагулянтной профилактики.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА МУЖЧИНАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ

Ткаченко В.В.¹, Наумов С.А.², Карпунина Н.С.³, Прохоров К.В.¹

¹ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», Пермь;

²ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург;

³ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь, Россия

Цель. Оценка отдаленных результатов лечения мужчин молодого возраста, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на ЭКГ, с учетом особенностей ангиографической картины.

Материал и методы. Исследование проводили на базе ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» в 2018-2019 гг. В зависимости от данных коронароангиографии (КАГ) были сформированы две группы: первая – 30 мужчин с ангиографическим «Y-феноменом», вторая – 17 мужчин – с классической картиной окклюзии в зоне повреждения атеросклеротической бляшки. Под «Y-феноменом» понимали медленное антеградное прохождение контрастного вещества в коронарном артериальном дереве при отсутствии стеноза или спазма эпикардиальной коронарной артерии. В группах анализировали факторы риска, показатели общего и биохимического анализа крови и липидного спектра, эхокардиографии. Через год от индексируемого события в телефонном опросе оценивали выживаемость, повторные острые коронарные события, проведение хирургической реваскуляризации. Выполняли сравнительный, корреляционный анализ данных.

Результаты. Средний возраст мужчин в группах был 43,5 [32;68] г. и 43,7 [36;49] г. соответственно. У 10 человек из 30 стаж ИБС составил более 1 года, у остальных – дебют ИБС сразу с ИМ. Во второй группе – у 12 человек стаж ИБС составил более 1 года. Пациенты с Y-феноменом значительно отличались по индексу массы тела – 29,1 кг/м² [22; 40] против 27,2 кг/м² [17,7; 36,1] (p=0,04). Из 30 человек 9 курили, никто не злоупотреблял алкоголем, наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отягощена у 9 человек. Во второй группе 12 из 17 человек курили, 3 злоупотребляли алкоголем, наследственность отягощена у 10 человек. Среднее число пораженных коронарных артерий в первой группе составило 0,4 [0;2], во второй – 2,9 [1;6]. Имея различия в поражении коронарного русла, больные в группах были сопоставимы по компонентам липидного профиля. Следует отметить, что пациенты второй группы имели значительно более низкую фракцию выброса левого желудочка при выписке - 52,8% [36;63] против 58,1% [20;69] (p=0,01). Через год все пациенты живы, никому из вошедших в обе группы не выполняли хирургическую реваскуляризацию миокарда. Однако во второй группе у 3 пациентов диагностирована нестабильная стенокардия со стабилизацией на уровне II функционального класса.

Заключение. Таким образом, мужчины молодого возраста с ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ в зависимости от ангиографических изменений имеют различный профиль факторов риска и сопоставимые результаты годичной выживаемости. При равной степени дислипидемии атеросклероз коронарных артерий в группах существенно различается, что, вероятно, объясняет увеличение рецидивов стенокардии во второй группе.

ЭПИЛЕПСИЯ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Токарева Н.Г.

**ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский
государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия**

Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение показателей реактивной и личностной тревожности у больных эпилепсией, сопровождающейся ишемической болезнью сердца, а также у больных эпилепсией, не сопровождающейся ишемической болезнью сердца.

По данным ВОЗ эпилепсией страдают около 50 миллионов человек, или 0,5-1% населения мира. Также экспертами ВОЗ было указано, что примерно 2,5 миллиона новых случаев диагностируется каждый год в мире. Стандартизированное исследование распространенности эпилепсии в РФ составило 2,92 человека на 1000 населения. Распространенность эпилепсии в европейских исследованиях у взрослых составляют 5,3-6,3 на 1000 населения.

Эпилепсия – распространенное хроническое нервно-психическое заболевание, которое достаточно часто сопровождается сопутствующей соматической патологией. Заболевание сопровождается разнообразными клиническими и психологическими проявлениями. В данном исследовании рассмотрен ряд клинико-психологических характеристик при эпилепсии, сопровождающейся ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 317 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. У 18% исследуемой группы больных эпилепсия сопровождалась ишемической болезнью сердца. В исследовании приняли участие пациенты без выраженных нарушений когнитивных функций. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов клинико-неврологического, психопатологического, патопсихологического, электроэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. При патопсихологическом исследовании использована методика «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин), которая направлена на определение степени реактивной и личностной тревожности личности. Методика состоит из 20 высказываний, которые относятся к тревожности как к состоянию, и из 20 высказываний, направленных на определение тревожности как личностной особенности испытуемого. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Полученные результаты. По данным м. «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин) у больных эпилепсией с ишемической болезнью сердца ведущими явились следующие показатели шкал реактивной и личностной тревожности по данным м. «Шкала самооценки уровня тревожности»: высокие и умеренные показатели ситуативной тревожности (Me=46, Q1=40, Q3=51); высокие показатели личностной тревожности (Me=46, Q1=45, Q3=50). У больных эпилепсией не сопровождающейся ишемической болезнью сердца выявлены следующие закономерности: показатели

ситуативной тревожности ($Me=40, Q1=33, Q3=47$), показатели личностной тревожности ($Me=41, Q1=34, Q3=47$).

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены следующие клиничко-психологические характеристики: 1. Показатели личностной тревожности у больных эпилепсией, сопровождающейся ишемической болезнью сердца умеренного и высокого уровня. 2. У больных эпилепсией сопровождающейся ишемической болезнью сердца показатели реактивной и личностной тревожности выше по сравнению с больными эпилепсией, у которых эпилепсия не сопровождается ишемической болезнью сердца.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АНТИАГРЕГАНТОВ

Толеуова А.С., Тайжанова Д.Ж., Калимбетова А.Б.

НАО Медицинский университет Караганды

Кафедра внутренних болезней №1, Караганда, Казахстан

Атеротромбоз и его осложнения в настоящее время являются основной причиной смертности во всем мире, а его распространенность неуклонно растет. Тромбоциты играют важную роль в патогенезе атеротромботических явлений, оправдывая использование антиагрегантов в их профилактике.

Целью наших исследований была оценка эффективности и профиля безопасности этих препаратов при первичной и вторичной профилактике атеротромботических явлений.

Материалы и методы исследования. Исследуемые были рандомизированно разделены на две группы. Первая группа - 50 человек принимала тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг с последующим приемом по 90 мг два раза в день, а другая группа из 50 человек принимала клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг с последующим ежедневным приемом по 75 мг.

Результаты исследования показали, что первичный результат (сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда) имел место у 9,7% пациентов в группе, принимавших тикагрелор, против 11,6% в группе, принимавшей клопидогрел (ЧСС: 0,84, 95% ДИ: 0,76-0,91, $p < 0,001$), и вторичный результат (транзиторная ишемическая атака, рецидивирующая ишемия и другие атеротромботические явления) также были значительно снижены в группе, получавшей тикагрелор. Частота сильных кровотечений была выше у пользователей тикагрелора, но статистически значимого различия между группами не было (11,5% против 11,1%, $p = 0,43$).

Заключение. Таким образом, при сравнительной характеристике двух антитромбоцитарных средств, использование тикагрелора оказалось более эффективным при первичном и вторичном исходе, чем использование клопидогреля, при отсутствии статистически значимого различия в проявлении эффекта кровоточивости.

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D У НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО
КАЗАХСТАНА ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ЛАБОРАТОРИИ «ОЛИМП»**

**Тулегенова Д.Е., Минбаева Л.С., Нурсултанова С.Д., Сатжанова Г.Б.,
Турханова Ж.Ж., Ахметова М.К., Аширбекова Б.Д.**

**Кафедра внутренних болезней №3, Медицинский университет Караганды,
Караганда, Казахстан**

Цель. Выявление распространенности дефицита/недостаточности витамина D среди обратившегося за консультативно-диагностической медицинской помощью населения Карагандинской области Республики Казахстан.

Материалы и методы. Была проанализирована база данных по обследованным в Клинико-диагностической лаборатории «ОЛИМП» (январь 2015 - июнь 2019 гг.) по Карагандинской области (более 20 тысяч человек в возрасте от 2 месяцев до 90 лет) по определению уровня 25(ОН)D в сыворотке крови. В доминирующем большинстве исследования проводились в процедурных кабинетах г. Караганды (71,9%), а также в городах Карагандинской области (Темиртау (11,7%), Жезказган (5,2%), Абай (3,9%), Сатпаев (2,9%), Сарань (1,9%), Балхаш (1,8%), Атасу (0,7%).

Результаты. Выраженный дефицит (3-10 нг/мл) был выявлен у 17,2% обследуемых, из которых дети до 1 года составили 2,3%, 1-13 лет - 16,5%, 14-17 лет - 4,8%, 18-60 лет - 57,8%, 61-90 лет - 18,6%. В гендерном аспекте наибольший дефицит отмечался у 81,8% лиц женского пола. Наиболее выраженная доля дефицита наблюдалась в возрастной группе старческого возраста (29,0%). У 63,2% обследуемых была зарегистрирована недостаточность витамина D (10-29 нг/мл), где 75,5% приходилось на женский пол. В возрастном аспекте дети до года составили 1,0%, 1-13 лет - 18,9%, 14-17 лет - 3,9%, 18-60 лет - 64,9%, 61-90 лет - 15,1%. Только 19,1% из обследованных имели достаточный уровень (30-100 нг/мл) витамина D (70,4% - женский пол). Наименьший процент нормального уровня витамина D (8,8%) наблюдался в возрасте 18-20 лет. У 0,5% всех обследуемых был обнаружен потенциально токсичный уровень витамина D (более 100 нг/мл), из которых 53,8% составили дети до 1 года, 17,2% - от 1 до 13 лет, 1,1% - от 14 до 17 лет, 22,6% - от 18-60 лет, 6,5% - 61-90 лет. При этом, 62,4% составили лица женского пола.

В аспекте времен года наибольшая доля нормальных показателей уровня витамина D отмечалась летом (22,9%), что в 1,4 раза превысило показатели, определенные в зимние месяцы. Максимальная доля нормального уровня витамина D зарегистрирована в августе (36,9%), а выраженный дефицит - в феврале (24,4%) и в марте (26,8%). Наибольшее число направлений пациентов на определение уровня витамина D было отмечено в весенние месяцы (34,7%). В динамике с 2015 г. по 2019 г. определение в количественном соотношении проб увеличилось в 20,07 раза.

Недостаточность/дефицит витамина D может выступать фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, коррекция уровня витамина D является патогенетически обоснованной.

Заключение. Соответствие должностующему уровню 25(ОН)D только в 19,1% случаев среди обратившихся за консультативно-диагностической медицинской помощью населения Карагандинской области Республики Казахстан

свидетельствует о необходимости проведения скрининговых исследований уровня витамина D в группах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ИЛИ СКРЫТАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ?

Уваровская Б.В., Мельник М.В.

**ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52 ДЗМ», Москва; ФГАОУ ВО
Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва,
Россия**

Цель работы. Выяснить достаточно ли проведения только клинического измерения артериального давления (АД) для диагностики артериальной гипертензии (АГ) и достоверен ли высокий нормальный уровень офисного АД для исключения АГ у молодых мужчин призывного возраста

Материал и методы. Объекты исследования-мужчины в возрасте от 17 до 27 лет. По результатам офисного АД отобраны 35 человек с нормальным АД, составившие контрольную группу (К-гр.), и 115 человек с АГ разной степени, составившие исследуемую группу (И-гр.). Всем призывникам проведены офисное измерение АД и суточное мониторирование АД (СМАД). В зависимости от уровня офисного систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) пациенты были распределены на подгруппы. Пациенты К-гр. на две: К1 (≤ 120 -129 и/или 80-84 мм рт.ст., n=13); К2 (130-139 и/или 85-89 мм рт.ст., n=22). Пациенты И-гр. на четыре: И1 (141-159 и/или 90-99 мм рт.ст., n=52); И2 (160-179 и/или 100-109 мм рт.ст., n=46); И3 (≥ 180 и/или ≥ 110 мм рт.ст., n=7); И4 (≥ 140 и < 90 мм рт.ст., n=10).

Результаты. В К-гр. среднее офисное АД составило $126,86 \pm 1,265/79,57 \pm 0,77$ мм рт.ст., в И-гр. среднее офисное АД составило $149,61 \pm 1,328/93,00 \pm 0,582$ мм рт.ст. Анализ офисных показателей выявил их достоверное отличие ($p < 0,001$). По данным СМАД в группах выявлено статистически значимое различие усредненных показателей САД и ДАД ($p < 0,05$). Особый интерес представляли пациенты с оптимальным и нормальным АД (К1) и с высоким нормальным АД (К2). Между К1 и К2 выявлены достоверные различия по офисному САД ($p < 0,001$) и ДАД ($p < 0,05$). Среднедневные, средненочные и среднесуточные значения САД и ДАД по СМАД в К1 соответствуют стойкой нормотензии. В К2 среднедневные и средненочные показатели САД значимо превышали пороговые нормальные критерии и соотносились по DAVL с мягкой гипертензией, по дневному и ночному ДАД-с нормой. В К2 достоверно отличались среднесуточные значения САД и ДАД, средненочное и среднедневное САД, среднедневное ДАД ($p < 0,001, p < 0,05$). Сопоставление уровня офисного АД и усредненных уровней АД по СМАД в К2 выявило их принадлежность к разным категориям: нормотензия против гипертензии.

Заключение. Определение только офисного АД у мужчин призывного возраста недостаточно, малоинформативно и не позволяет достоверно судить об истинной или ложной нормотензии или гипертензии. Для призывников с офисным высоким нормальным АД присуще мягкая артериальная гипертензия по СМАД. Пограничный уровень АД требует внимания с целью изучения «безобидности» данного явления. У молодых мужчин с высоким нормальным АД необходимо

проводить СМАД и исключать скрытую гипертензию как важный маркер в определении категории годности к несению военной службы. СМАД при освидетельствовании мужчин призывного возраста целесообразен, экономически оправдан.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ГРАЖДАН ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ (ИССЛЕДОВАНИЕ В ФОКУС - ГРУППЕ)

**Усова Е.В., Попович М.В., Маньшина А.В., Старовойтов М.Л.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия**

Пропаганда здорового образа жизни является одной из приоритетных задач в политике здравоохранения многих стран, в том числе и в Российской Федерации (РФ). Для эффективности программ профилактической направленности необходимо повышение ответственности и мотивации населения к сохранению здоровья.

Цель исследования. Изучение отношения населения к своему здоровью и к ведению здорового образа жизни

Материалы и методы. Исследование проводилось 2016-2017 г.г. методом опроса фокусной группы населения в 3-х субъектах Российской Федерации (Архангельская область - г. Архангельск, Свердловская область - г. Екатеринбург и Республика Калмыкия - г. Элиста).

Фокус – группа составила 621 человек (37,4%- представители населения и 62,6% - работники системы здравоохранения).

Обработка и анализ результатов опроса проводились на основании сформированной базы данных в виде статистической комбинированной таблицы в формате Microsoft Office Excel.

Результаты. Большинство респондентов (95%) считают, что ответственность за свое здоровье несет сам человек, при этом 41,2% респондентов отметили также ответственность государства, а примерно треть опрошенных – врача (29,6%) и семьи (27%).

Основными критериями ответственного отношения к здоровью респонденты указали правильное питание (85,7%), регулярную физическую активность (80,8%), отсутствие или отказ от курения (75,4%) и алкоголя (69,6%), прохождение диспансеризации (62,5%). Большинство респондентов (от 54 до 64%) отметило эффективность стимулирующих, поощрительных мер для граждан, ответственно относящихся к своему здоровью: преимущественное право, при прочих равных условиях, устройства на работу, получение путевок в санатории, снижение страхового взноса при страховании жизни, оплата больничного листа с коэффициентом 1,2, продажа лекарственных средств со скидкой и пр.

Заключение. Основными мероприятиями, способствующими формированию и повышению среди населения ответственного отношения к здоровью и приверженности к здоровому образу жизни, являются повышение информированности населения и наличие мотивации, в том числе в виде системы различных бонусов, наличие условий для ведения здорового образа жизни,

проведение с населением профилактической работы, своевременное прохождение диспансеризации.

ИНДЕКС КОМОРБИДНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Уридия С.Ю., Ямщиков И.А., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель исследования – оценить индекс коморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от степени тяжести синдрома старческой астении (СА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 148 пациентов в возрасте от 65 до 93 лет, наблюдающихся в поликлиниках г. Иваново по поводу артериальной гипертонии (АГ). После общеклинического обследования для каждого пациента индивидуально был рассчитан индекс коморбидности Чарлсона и проведена оценка симптома полиморбидности в зависимости от возраста и степени старческой астении, определенной с применением клинической шкалы СА, включающей шкалы Бартела, Лоутона и выраженность гериатрических синдромов.

Результаты. У всех пациентов была отмечена АГ III стадии, среди ассоциированных клинических состояний ведущими были последствия инсультов, различные формы ишемической болезни сердца (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность). У всех обследованных был выявлен синдром полиморбидности. Наиболее часто, в качестве сопутствующей патологии были зафиксированы сахарный диабет, хроническая болезнь почек, патология костно-суставной системы. Первую группу пожилых лиц составили 49 человек в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст $70,2 \pm 3,2$ года). Вторую группу лиц старческого возраста составили 88 человек в возрасте от 75 до 90 лет (средний возраст $82,3 \pm 3,9$ года). Третью группу долгожителей составило 5 человек старше 90 лет (средний возраст $91,1 \pm 1,4$ года). В первой группе у 20 человек (40,8%) была установлена преастения и средний показатель индекса коморбидности составил $1,05 \pm 0,9$, у 24 человек (49%) была выявлена легкая степень СА и средний показатель индекса коморбидности $2,1 \pm 1,6$, у 5 человек (10,2%) была выявлена умеренная степень СА и средний показатель индекса коморбидности $2,4 \pm 1,8$.

Во второй группе у 43 человек (48,8%) была установлена преастения, и средний показатель индекса коморбидности составил $2,1 \pm 2,1$, у 40 человек (45,5%) выявлена легкая СА и средний показатель индекса коморбидности $2,5 \pm 1,9$, у 2 человек (2,3%) выявлена умеренная СА и средний показатель индекса коморбидности $4,0 \pm 1,4$, у 3 человек (3,4%) выявлена тяжелая СА и средний показатель индекса коморбидности $4,0 \pm 1,7$.

В третьей группе у 6 человек (54,5%) была выявлена преастения и средний показатель индекса коморбидности $2,3 \pm 1,7$, у 5 человек (45,5%) была установлена легкая СА и средний показатель индекса коморбидности $1,8 \pm 1,1$.

Выводы. Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста выявлена тенденция к увеличению индекса коморбидности с возрастом. Кроме того, у пациентов пожилого и старческого возраста зафиксировано, что чем тяжелее

синдром старческой астении, тем выше индекс коморбидности. В группе долгожителей отмечен низкий уровень коморбидности, который позволяет выдвинуть гипотезу, что отсутствие тяжелой множественной патологии и позволило пациентам данной группы достичь преклонного возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ИНТЕНСИВНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Устинова С.М., Абдрахманова А.И.

ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия

Цель. Оценка эффективности краткосрочных программ интенсивной лечебной физкультуры, применяемых в лечении пациентов с ревматоидным артритом 1 и 2 степени активности.

Материалы и методы. Работа проведена на базе ревматологического отделения МСЧ ФГАОУ ВО КФУ. Критерии включения в исследование: пациенты женского пола с диагностированным ревматоидным артритом легкой и умеренной степени тяжести, в возрасте от 45 до 65 лет, не имеющие противопоказаний к интенсивной аэробной физической нагрузке. Активность ревматоидного артрита определялась по индексу DAS28. Под наблюдением находилось 30 женщин в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст - 54,2 ± 5,9), которые были разделены на две группы по 15 человек. Группы достоверно не различались по возрасту и активности заболевания. Пациентки основной группы занимались по программе интенсивной лечебной физической нагрузки: использовалась «скандинавская» ходьба по 30-40 минут 3 раза в неделю в течение 3 месяцев. Пациентки группы контроля 3 месяца выполняли комплекс стандартной лечебной физической культуры. Для оценки эффективности лечебной физической нагрузки применялась визуальная аналоговая шкала.

Результаты. В основной группе среднее значение по данным визуальной аналоговой шкалы до начала занятий 4,73 ± 0,19; через 3 месяца - 3 ± 0,18 (средняя разница - 1,73 ± 0,46). В контрольной группа - до начала исследования 4,8 ± 0,98; по прошествии 3 месяцев - 3,6 ± 0,99 (средняя разница - 1,2 ± 0,46). При сравнении динамики значения визуальной аналоговой шкалы в основной и контрольной группах выявлена достоверная разница ($p < 0.01$).

Заключение. Таким образом, включение краткосрочных программ интенсивной ЛФК («скандинавской» ходьбы 30-40 минут 3 раза в неделю) в комплексное лечение ревматоидного артрита 1 и 2 степени активности, эффективнее по сравнению со стандартной программой лечебной физической нагрузки ($p < 0.01$)

СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ

Ушакова С.Е., Александров М.В.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель исследования: оценить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов старших возрастных групп с синдромом старческой астении.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 147 пациентов, средний возраст которых составил $78,9 \pm 13,4$ года, из них было 115 женщин (88%) и 32 мужчины (22%). Все пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группе было 49 пациентов (40 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 65 до 74 лет, 2 группа состояла из 50 пациентов 75-84 лет (34 женщины и 16 мужчин) и 3 группа – 48 человек (41 женщина и 7 мужчин) в возрасте 85 лет и старше. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование для выявления соматической патологии. Наличие синдрома старческой астении (ССА) диагностировалось с помощью комплексной гериатрической оценки (КГО).

Результаты. В результате общеклинического обследования у пациентов во всех группах зафиксировано сочетание от 3 до 10 хронических заболеваний, то есть выявлен гериатрический синдром полиморбидности. Наиболее часто выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы. Артериальная гипертония (АГ) имела место у 93,9% пациентов 1 группы, 100 % - второй группы и 97,9% 3 группы. Наличие хронической сердечной недостаточности (ХСН) установлено у 73,5% человек из 1 группы, 90 % из второй и 81,2% третьей группы. Стенокардия напряжения диагностирована у 26,5% больных первой, 44,0% второй и 39,6% третьей группы. Постоянная форма мерцания предсердий – у 16,3% человек первой, 22% второй и 14, 6% третьей группы. Постинфарктный кардиосклероз имели 8,2% пациентов первой группы, 18% второй и 22,9% третьей группы.

Чаще всего во всех группах встречались сочетания Артериальной гипертонии и ХСН (81,7%), реже сочетания АГ, стенокардии и мерцания предсердий (50,3%). Сочетание АГ, стенокардии и ХСН имело место у 36,7% больных. У четверти больных сердечно-сосудистыми заболеваниями диагностирован сахарный диабет (у 25,8%).

При проведении КГО были определены индекс Лоутона и индекс Бартел, на основании которых был поставлен диагноз и степень ССА. В 1 группе у 29 чел. (59,2%) выявлена преастения, у 19 чел. (38,8%) легкая ССА. Среднее значение индекса Лоутона в 1 группе составило $5,2 \pm 1,9$, индекса Бартел – $84,3 \pm 15$ баллов. Среднее значение индекса Лоутона во 2 группе составило $6,2 \pm 1,2$, индекса Бартел – $79,3,3 \pm 17,1$ баллов. Во 2 группе у 46,0% человек была выявлена преастения, у 52,0% – ССА лёгкой степени и у 2,0% – умеренная старческая астения. Средний показатель индекса Лоутона в 3 группе составлял $6,2 \pm 1,5$, индекс Бартел – $89,5 \pm 16,5$ баллов. В 3 группе 37,5% пациентов имели признаки преастении, у 47,9% чел. была выявлена ССА лёгкой степени, у 12,5% умеренная и у 2,1% тяжёлая старческая астения.

Заключение. Таким образом, при проведении КГО проявления старческой астении были выявлены более чем в половине случаев, а её тяжесть и частота увеличивалась с возрастом. Также с возрастом отмечено учащение наличия АГ, ХСН, стенокардии и постинфарктного кардиосклероза. У всех обследованных пациентов был выявлен синдром полиморбидности, наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА С БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Хусанов А.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей и РКБ № 1, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение влияния комбинации карведилола с бисопрололом на приверженность к терапии и качество жизни больных эссенциальной гипертонией (ЭГ)

Методы исследования. Под нашим наблюдением находились 58 пациентов с ЭГ находившихся на стационарном лечении. Возраст пациентов составил 39-72 года (средний возраст 64,1 года). Все пациенты поступили на стационарное лечение в связи с прогрессированием заболевания. До начала лечения каждый больной прошел комплексное обследование. За время стационарного лечения все больные на фоне базисной терапии получали карведилол 25мг и бисопролол 5мг, по 1 таблетке 1-2 раза в день, под контролем АД и общего состояния. Приверженность к медикаментозной терапии на амбулаторном этапе оценивалась при помощи шкалы комплаентности Мориски-Грин, а оценка качества жизни проведена с помощью опросника МОС SF-36. Опросники пациенты заполняли до начала лечения, в момент поступления в стационар, и через 2 месяца после начала терапии.

Результаты. Комплексная медикаментозная терапия больных с ЭГ на фоне стандартной терапии включали препараты карведилол и бисопролол. Нормализация артериального давления в начале лечения было отмечено у 46 (79,3%) пациентов, а к концу лечения у 55 (94,8%) больных. Уменьшение ощущений головокружения, шум в ушах и голове, головные боли, сердцебиение отмечено у 48 (82,8%) больных, а в конце терапии достигла до 56 (96,5%) пациентов. Одышка и сердцебиение при физической нагрузке также резко уменьшились. Соответственно это повлияло на улучшение общего самочувствия больных и способствовало повышению их работоспособности, так же оказало влияние на приверженность к терапии и качество жизни больных. Дополнительное назначение других гипотензивных препаратов не потребовалось. Изменение состояние больных зависело так же от тяжести и длительности заболевания, а также от наличия сопутствующих заболеваний.

Выводы. Включение комбинации карведилола и бисопролола в состав базисной терапии пациентов с ЭГ в течении длительного периода времени (1-2 месяца) приводит к достоверному улучшению качества жизни больных и приверженности к лечению.

СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Махмудова Д.Н.

**Ташкентский институт усовершенствования врачей и Республиканская клиническая
больница № 1, Ташкент, Узбекистан**

Цель. Определение взаимосвязи клинического проявления патологии желудка и 12-ти перстной кишки у больных находящихся на программном гемодиализе при хронической почечной недостаточности (ХПН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 150 больных. Изучена оценка состояния желудка и 12-ти перстной кишки, находящихся в отделении гемодиализа и реабилитации РКБ № 1 с установленным клиническим диагнозом - хроническая болезнь почки (ХБП), осложненным терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН) V стадии, на хроническом программном гемодиализе по программе 3 раза 1 неделю. Из 150 больных мужчин составило 88 и женщин – 62. С длительностью программного гемодиализа от 6 до 28 лет, в возрасте от 21 до 66 лет. Для верификации клинического диагноза были проведены полные клиничко-лабораторно и инструментальные исследования с включением общего анализа крови, мочи и других мочевых анализов, биохимические анализы: мочевины,

креатинин, холестерин, сахар, общий белок и её фракции, КШР, электролиты и другие, а также ЭФГДС и рентгеноскопия органов желудочно-кишечного тракта и другие методы. Из 150 у 146 показатели мочевины и креатинины в предиализном периоде были увеличенными.

Результаты. У 146 больных из 150 было выявлено как сопутствующее заболевание - хронический эрозивный гастродуоденит, а у 19 – хроническая язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: из них 9 – осложнённое течение в виде желудочно-кишечного кровотечения. Надо отметить признак хорошего фактора в том, что больные сразу же после гемодиализа имеют хороший аппетит и просыпаются ночью от голода. Рекомендуются мясо и птица – без ограничения, растительные жиры, а в продуктах питания должны быть препараты из витаминов группы В и фолиевая кислота. Для профилактики поражений органов желудочно-кишечного тракта, в частности гастродуоденальной зоны необходимо разработать эффективные методы дифференцированной медикаментозной терапии.

Заключение. Таким образом, при ХБП терминальной (V) стадии ХПН, по всей вероятности, ферментативная активность различных отделов ЖКТ, в частности желудка и 12-ти перстной кишки угнетается из-за изменения выделительных способностей почек – компенсаторной способности органов ЖКТ и это состояние зависит от длительности проведения гемодиализа.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ВЫСОКИМ КОРОНАРНЫМ РИСКОМ

Фроленкова Л.А.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа –Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель: оценить эффективность применения антагониста I_1 - рецепторов ивабрадина в лечении пациентов с обострением бронхиальной астмы с высоким коронарным риском, без проявления ИБС.

Материалы и методы: В исследование были включены 38 больных БА средней тяжести с умеренным и высоким коронарным риском, госпитализированных в пульмонологическое отделение Сургутской окружной клинической больницы по поводу обострения. Контролем служили пациенты – с сочетанием ИБС и БА, а также БА с высоким коронарным риском, которые получали пролонгированный антагонист кальция верапамил 240 мг. Выбор назначаемого препарата проводился с помощью метода «слепых конвертов». Выявленный умеренный КР по шкале SCORE у больных БА с использованием дополнительных факторов сердечно-сосудистого риска, прогностически рассматривали как высокий. В период выраженной тахикардии во время обострения БА 18 пациентам назначили ивабрадин в дозе от 2,5 до 10 мг, 20 пациентам – верапамил с замедленным высвобождением в дозе от 120 до 240 мг с целью урежения сердечного ритма на основании фактов о неблагоприятном влиянии тахикардии на сердечно-сосудистый прогноз, и базисной терапии с использованием комбинированного препарата (будесонид и формотерол в суточной дозе 640 мкг и 18 мкг).

Результаты исследований: Достижение целевой ЧСС 56-60 в мин. на фоне ивабрадина отмечалось на 3-4-е сутки, в среднем на $3,16 \pm 0,11$ сутки, средняя доза составила $3,6 \pm 0,5$ мг. Достижение целевой ЧСС на фоне верапамила отмечено на 4-5-е сутки, в среднем на $4,05 \pm 0,09$ сутки, средняя доза верапамила составила $108,0 \pm 9,2$ мг. Отмечено снижение ЧСС_{ср} на $15,8 \pm 0,7\%$ на фоне приема ивабрадина на $12,9 \pm 0,5\%$ на фоне приема верапамила. Верапамил был более эффективен в отношении снижения НЖЭС ($p=0,002$), по количеству ЖЭС через 8 недель применения ивабрадина и верапамила не выявлено существенных различий. Через 8 недель применения ивабрадина на фоне ситуационный ингаляций сальбутамола и постоянного приема базисной терапии(будесонид+формотерол) у 16 из 18

больных БА отмечено восстановление процессов реполяризации, у 12 больных – полное исчезновение НЖЭС и ЖЭС. Восстановление процессов реполяризации при использовании верапамила зарегистрирована у 12 из 20 больных БА ($p=0,807$), полное исчезновение экстрасистол – у 14 пациентов ($p=0,873$).

Заключение: Таким образом, улучшение функциональных показателей и повышение толерантности к физической нагрузке у больных БА может быть достигнуто как традиционным применением пролонгированного верапамила, так и применением ингибитора I_f каналов синусового узла ивабрадина. Учитывая эффективное снижение ЧСС ивабрадин целесообразно использовать у пациентов с высоким коронарным риском.

ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ КОРОНАРНЫМ РИСКОМ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Фроленкова Л.А.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа –Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

Цель: оценить частоту коронарных событий (развитие инфаркта миокарда, стенокардии, смертность от сердечно-сосудистых причин) в течение трех лет после госпитализации по поводу бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Проведен анализ медицинской документации пульмонологических кабинетов лечебно-профилактических учреждений г.Сургута за прошедшие 3 года, после госпитализации в пульмонологическое отделение по поводу обострений бронхиальной астмы. Оценивались пациенты с высоким и очень высоким коронарным риском. В исследование участвовали 1314 пациентов с бронхиальной астмой. 419 пациентов отнесены в группу высокого коронарного риска и 61 пациент в группу очень высокого коронарного риска. В каждой группе проанализировали частоту коронарных событий. Достоверность различий показателей между больными бронхиальной астмой (БА) мужского и женского пола оценивали по критерию χ^2 .

Результаты исследований: При анализе полученных данных отмечено, что частота коронарных событий в течение трех лет наблюдения была достоверно выше у больных БА с очень высоким КР, где составила 37,7%, по сравнению с больными с высоким 9,07% ($z=6,067$, $p=0.000$). При очень высоком КР суммарный показатель развития острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда в течение трехлетнего периода составил 11,47%, что достоверно превышало аналогичные показатели при высоком 2,14% ($z=3,415$, $p=0.000$). Также при очень высоком КР отмечена более высокая частота диагностики хронических форм ИБС стенокардии и безболевой ишемии миокарда 22,95%, чем при высоком 6,44% ($z=4,425$, $p=0.000$). Сердечно-сосудистая смертность у больных БА за трехлетний период зарегистрирована в 6,52% при очень высоком КР, в 0,4% при высоком КР ($z=3,504$, $p=0.000$). По показателю сердечно-сосудистой смертности не было отмечено достоверных различий между больными БА с высоким уровнем риска и в других группах. По частоте острых коронарных событий не выявлено достоверных различий между больными БА с высоким и другим КР, которые при высоком КР в течение анализируемого периода составили 2,14%. Статистически значимые различия выявлены по частоте регистрации хронических форм ИБС при высоком КР 6,44% ($z=2,489$, $p=0,013$). Достоверной разницы по частоте развития острого коронарного синдрома и сердечно-сосудистой смертности за трехлетний период у больных в других группах и высоким КР не было установлено.

Заключение: Отсутствие статистически значимых различий в частоте сердечно-сосудистых событий у больных с высоким КР и в других группах, послужило основанием для поиска и выделения у больных БА дополнительных факторов коронарного риска, не входящих в шкалу SCORE.

ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хоролец Е.В., Шлык С.В., Хаишева Л.А.

**ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава
России, Ростов-на-Дону, Россия**

Цель. Изучить особенности реперфузионной тактики ведения пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).

Материалы и методы. Включено 150 пациентов с диагнозом ОИМпST, подтвержденный по данным клиники, электрокардиограмм и лабораторным маркером некроза миокарда. Больные разделены на группы в зависимости от тактики ведения: группа тромболитическая терапия (ТЛТ), чрескожное вмешательство (ЧКВ) и ТЛТ+ЧКВ. Оценивали клинические и лабораторные данные, мозговой натрийуретический пептид (NTproBNP). Рассчитывали риск госпитальной летальности по шкале Global registry of acute coronary events (GRACE). Статистический анализ оценивался пакетом программ "Statistica 10.0 for Windows", статистически значимыми считали результаты, при $p < 0,05$.

Результаты. Среднее время от начала заболевания до начала реперфузии: пациенты ТЛТ – 4,6 ч, ЧКВ – 9,4 ч, ТЛТ+ЧКВ – 5,3 ч. Возраст пациентов в группе ЧКВ ($56,8 \pm 1,5$ лет) и ТЛТ+ЧКВ ($57,5 \pm 2,3$ лет) был сопоставим, больные в группе догоспитальной ТЛТ ($66,1 \pm 2,9$ лет) были старше. Значения систолическое и диастолическое артериальное давление во всех группах не отличались; частота сердечных сокращений статистически была ниже у больных группы ТЛТ+ЧКВ ($69,4 \pm 2,9$ в минуту), различий в группах больных ТЛТ ($83,2 \pm 4,3$ в минуту) и ЧКВ ($83,1 \pm 2,3$ в минуту) не получено. Пациенты после ТЛТ ($181,6 \pm 7,3$) имели наивысший бал госпитальной летальности по шкале GRACE ($p < 0,05$), пациенты после ЧКВ ($151,8 \pm 3,4$) и ТЛТ+ЧКВ ($156,6 \pm 6,2$) статистически значимо не отличались ($p > 0,05$).

Уровень NTproBNP увеличивался в первые сутки ОИМпST, статистически значимых различий между различными видами реперфузий не получено. При оценке концентрации NTproBNP в динамике стационарного лечения больных ОИМпST: в группе ТЛТ ($1634,5 \pm 451,1$ пг/мл и $1351,3 \pm 380,2$ пг/мл) и ЧКВ ($1524,8 \pm 334,3$ пг/мл и $1390,1 \pm 343,3$ пг/мл) статистически значимых особенностей не выявлено ($p > 0,05$). У пациентов фармакоинвазивной тактикой получено снижение NTproBNP в 1,75 раза ($1184,9 \pm 361,9$ пг/мл и $677,8 \pm 187,7$ пг/мл) ($p < 0,05$). Рассчитаны положительные корреляции: уровня NT-proBNP при госпитализации с визитом выписки пациентов из стационара $r = 0,67$ ($p < 0,01$); уровень NTproBNP визит 1 с функциональным классом хронической сердечной недостаточности $r = 0,20$ ($p < 0,04$) и шкалой госпитальной летальности в стационаре GRACE $r = 0,38$ ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, своевременная фармакоинвазивная тактика ведения пациентов ОИМпST приводит к снижению концентрации NTproBNP на госпитальном этапе лечения, что улучшает прогноз развития сердечной недостаточности.

ОЦЕНКА СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хоролец Е.В., Шлык С.В.

**ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава
России, Ростов-на-Дону, Россия**

Цель. Изучить стимулирующий фактор роста в зависимости от реперфузионной тактики ведения пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST).

Материалы и методы. Всего в исследование включено 150 больных с диагнозом ОИМпСТ, учитывая данные клиники, электрокардиограмм, маркеры некроза миокарда. Все пациенты распределены на группы: догоспитальная тромболитическая терапия (ТЛТ), чрескожное вмешательство (ЧКВ) и ТЛТ+ЧКВ. Изучали клинические и лабораторные данные, ST-2. Рассчитывали риск госпитальной летальности по шкале Global registry of acute coronary events (GRACE). Прогноз госпитальной летальности пациентов оценивали по шкале: <126 баллов – низкий риск (<2%) госпитальной летальности; 126–154 балла – средний риск (2–5%); >154 баллов – высокий риск (> 5%). Визит 1 – госпитализация пациентов в стационар, визит 2 – выписка. Статистический анализ получен программой "Statistica 10.0 for Windows", статистически значимыми считали результаты, при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов ОИМпСТ составляет $61,7 \pm 2,9$ года, систолическое артериальное давление $135,0 \pm 27,6$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление $81,9 \pm 14,9$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений $81,6 \pm 18,5$ ударов в минуту, индекс массы тела $29,3 \pm 3,6$ кг/м². Возраст пациентов ЧКВ ($56,8 \pm 1,5$ лет) и ТЛТ+ЧКВ ($57,5 \pm 2,3$ лет) был сопоставим ($p > 0,05$), в группе догоспитальной ТЛТ ($66,1 \pm 2,9$ лет) пациенты были старше. Пациенты после ТЛТ ($181,6 \pm 7,3$) имели наивысший бал госпитальной летальности по шкале GRACE ($p < 0,05$), пациенты после ЧКВ ($151,8 \pm 3,4$) и ТЛТ+ЧКВ ($156,6 \pm 6,2$) статистически значимо не отличались ($p > 0,05$).

В общей группе пациентов ОИМпСТ на визите 1 уровень ST-2 сопоставим вне зависимости от тактики ведения. В динамике госпитального наблюдения пациентов уровень ST-2 в группе ТЛТ ($62,2 \pm 18,2$ нг/мл и $60,1 \pm 17,6$ нг/мл) ($p > 0,05$) статистически значимо не изменялся. У больных после ЧКВ концентрация ST-2 снижалась в 2,2 раза (с $66,3 \pm 13,9$ нг/мл до $29,7 \pm 1,3$ нг/мл) ($p < 0,05$), у пациентов ТЛТ+ЧКВ в 2,2 раза ($58,3 \pm 12,3$ нг/мл до $26,3 \pm 2,9$ нг/мл) ($p < 0,05$). Значения ST-2 имеют положительную корреляцию с уровнем тропонина I ($r = 0,21$, $p < 0,05$) и отрицательную корреляцию с фракцией выброса миокарда ЛЖ ($r = 0,21$, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, хирургическая и фармакоинвазивная тактика лечения больных ОИМпСТ приводит к снижению уровня ST-2 до нормальных значений, что улучшает прогноз пациентов. При этом, значения ST-2 на стационарном этапе лечения у пациентов после ТЛТ сохранялись высокими.

СОВРЕМЕННЫЕ ГОРИЗОНТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПЕРСОНИФИКАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Хурса Р.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

Разработан метод определения гемодинамических фенотипов по ряду величин артериального давления (АД) пациента, реализованный в приборе для суточного мониторинга (СМАД), «Кардиан-МД», Беларусь – как опция «КАСПАД», позволяющая диагностировать 10 гемодинамических классов в рамках 3-х фенотипов: гармонического (Н) и двух дисфункциональных (диастолический – D, с «гипертрофированной» ролью сердца в продвижении крови, систолический – S, с преобладанием периферической составляющей кровотока).

Цель. Систематизировать накопленные данные о клиническом значении гемодинамических фенотипов у практически здоровых молодых людей и у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ), в т.ч. при лечении.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов исследований скорости пульсовой волны (СПВ) и показателей СМАД в зависимости от фенотипов у 126 практически здоровых людей возраста 22 (21-24) лет (группа 1), 49 пациентов с впервые установленной АГ возраста

30 (26-38) лет до начала лечения (группа 2), 37 пациентов с АГ 1-2 ст., риск 2-4, возраста 54 (48-62) лет, получающих стандартную медикаментозную терапию (группа 3). Исследовано также влияние фенотипа на эффективность медикаментозной терапии и качество жизни (КЖ) по опроснику RAND-36 у 267 пациентов возраста 60,0 (52,0-71,0) лет с АГ 1-3 ст, риск 2-4 при длительной стандартной терапии (группа 4).

Результаты. В группе 1 оптимальное гармоническое кровообращение (класс Н2) было лишь у 58,7% пациентов, у остальных были разные патологические фенотипы: D (10,3%), S (6,3%) и гипертензивные классы Н-типа (24,6%). При всех патологических фенотипах были повышены вариабельность АД и частота нарушений ночного снижения АД; ряд других показателей СМАД не отличался от таковых при АГ ($p>0,05$). СПВ в группе 1 при типе D была больше, чем при типе Н: 9,6 (8,7-13,0) м/с и 8,1 (7,0-9,5) м/с соответственно ($p=0,02$), и не отличалась от СПВ в группе 2: 11,0 (3,1-13,9) м/с, $p>0,05$ (при Н отличия от группы 2 значимы). СПВ в группе 3 была меньше, чем в группе 2 – 5,3 (3,2-9,0) м/с, $p<0,05$, указывая на эффективность лечения. В группе 4 тип Н имели 58,0%, D – 40,8%, S – 1,1% пациентов, их клинические характеристики и лечение не различались. Но пациенты с типом D значимо реже достигли целевого АД, чем с типом Н, независимо от использованных лекарственных средств и их количества: 38,5% и 54,8% соответственно, $p<0,05$. КЖ пациентов при типе D было ниже, чем при Н, особенно в физической сфере, причем интенсификация медикаментозной терапии снижала КЖ по всем его параметрам, $p<0,05$, а при типе Н значимо не снижала.

Заключение. Метод КАСПАД открывает новые горизонты в ранней диагностике латентных гемодинамических нарушений в виде патологических фенотипов у нормотензивных лиц, а у пациентов с АГ – в персонализации лечения с учетом фенотипа. Лица с фенотипом D требуют комплексного лечения с использованием методов физической и психической реабилитации, адьювантных средств, влияющих на сосудистую жесткость, на психоэмоциональный статус и других.

ЭФФЕКТЫ КОРРЕКЦИИ СТАТУСА ВИТАМИНА D В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ: ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА Хурса Р.В.¹, Кежун Л.В.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь,

²УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель. Исследовать показатели функционального состояния сосудов и активность ренина плазмы у женщин с АГ в периоде перименопаузы в зависимости от гемодинамического фенотипа по параметрам артериального давления (АД), а также их динамику при комплексном лечении и коррекции статуса витамина D в организме.

Материалы и методы. Обследованы женщины с АГ II степени, риск 3 в периоде перименопаузы: группа 1 – с нормальным уровнем общего 25(ОН)D в плазме (45 чел.); группа 2 – с его дефицитом/недостаточностью (47 чел.). Все пациентки получали унифицированную антигипертензивную терапию, а в группе 2 – дополнительно холекальциферол 2000 МЕ/сут. в течение 3 месяцев. Исходно и в конце наблюдения определялись: статус витамина D в организме по уровню общего 25(ОН)D в плазме методом ИФА; гемодинамический фенотип методом КАСПАД по величинам АД при суточном мониторинговании; активность ренина плазмы (АРП); содержание нитратов/нитритов в плазме; эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) реографическими методами.

Результаты. Большинство пациенток имели патологические классы гемодинамических фенотипов – 67,4%, в т.ч. 38,0% – диастолический дисфункциональный тип (ДД),

составимые по частоте в обеих группах. На фоне лечения в обеих группах значительно увеличилась доля лиц с нормотензивным гармоническим классом Н2 – с 32,6 % до 48,9% ($p < 0,05$), также без существенных различий в группах 1 и 2; снизились средние показатели АД и «нагрузки давлением», особенно у лиц с дефицитом/недостаточностью витамина D; увеличилось число пациенток с нормальным снижением АД ночью (dipper): с 45,6% до 72,8%. Выявлены значимые различия некоторых гемодинамических показателей пациенток с фенотипами ДД и гармоническим (Г): при ДД были более высокие вариабельность САД, особенно в группе 2 ($p < 0,05$); степень снижения АД ночью и частота нарушений ночного снижения АД типа overdipper – 25,7% и 8,9% соответственно, $p < 0,05$. При дефиците/недостаточности витамина D была более высокая сосудистая жесткость, особенно при фенотипе ДД (по СРПВ). При лечении с включением холекальциферола лица с фенотипом ДД имели значимо лучшую положительную динамику СРПВ ($p < 0,05$). На фоне лечения повысился уровень нитратов/нитратов в крови, и улучшились показатели ЭЗВД ($p < 0,05$). Комплексная терапия с коррекцией статуса витамина D привела к значимому снижению АРП, но только у пациенток с фенотипом ДД, тогда как при фенотипе Г и в группе 1 этого эффекта не было.

Заключение. Коррекция статуса витамина D у женщин с АГ в перименопаузе при комплексной антигипертензивной терапии приводит к значимому улучшению показателей АД, функционального состояния сосудов, а также к снижению АРП при фенотипе ДД. Гемодинамический фенотип следует учитывать при лечении: лица с фенотипом ДД особо нуждаются в оценке статуса витамина D и его коррекции.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Шаяханова Н.Ж., Сейткерим Ж.К., Алина А.Р., Оспанова Г.Г.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

Цель. Изучить клинические и лабораторные особенности ревматоидного артрита у лиц трудоспособного возраста.

Материал и методы. В исследование было включено 75 больных (женщин – 63, мужчин – 12) с диагнозом ревматоидный артрит (РА). Средний возраст больных – $50,5 \pm 2,3$ лет. Диагноз РА был выставлен в соответствии критериям Американской ассоциации ревматологов (1987 г.).

Результаты. При изучении возрастной категории больных РА трудоспособного возраста выявлено, что 11 (10,4%) больных были моложе 30 лет, 11 (15%) – в возрасте от 31 года до 40 лет, 31 (41,3%) – от 41 года до 50 лет, 25 (33,3%) – старше 50 лет. У 6 (8%) исследуемых длительность заболевания составил менее 1 года, у 10 (13%) – от 1 года до 5 лет, у 41 (55%) – от 5 до 10 лет, у 18 (24%) – более 10 лет. Среди всех обследованных больных 47 (63%) пациента на момент исследования не работали, 23 (30,6%) – имели инвалидность II или III группы. Серопозитивный РА был у 66 (88%) пациента. АЦЦП обнаружены в 92% случаев. Ранними проявлениями серопозитивного РА являлись: частое начало с моно-олигоартрита (61,3%), частое поражение мелких суставов верхних конечностей (67,8%), частое возникновение внесуставных проявлений (41,3%). I степень активности РА по DAS28 установлен у 5 (6,6%), II степень – 33 (44%), III степень – 28 (37,4%). По результатам рентгенологического исследования (по Штейнбрюкеры) эрозивный артрит верифицирован у 65 (87%) пациентов. У 26 (35%) была выраженная деструкция суставов. При оценке функционального класса у 24 (32%) пациента был II функциональный класс (ФК), III ФК имели 28 (37) и IV ФК – 23 (31%). При анализе рентгенологических стадий заболевания в зависимости от длительности РА было выявлено, что при длительности заболевания от 2 до 5 лет II стадия верифицирована у 8 (80%), III стадия у 2 (20%) пациентов, от 5 до 10 лет и

более 10 лет отмечалась высокая частота III (54% и 33,3%, соответственно) и IV (34% и 67%, соответственно) рентгенологической стадии. У пациентов с длительностью заболевания от 1 до 5 лет II ФК РА выявлен у 6 (60%), III ФК – у 4 (40%) человек, от 5 до 10 лет – II ФК наблюдался в 16 (39%) случаях, III и IV ФК – в 25 (60,9%); более 10 лет – II ФК был у 2 (11,1%) исследуемых, III и IV ФК – в 16 (88,9%) случаях.

Заключение: Таким образом, у 81,4% пациентов трудоспособного возраста выявлена высокая активность заболевания. Среди пациентов РА выявлена высокая частота эрозивного артрита, который в 80 % случаев развивался в первые 2 - 5 лет заболевания. С увеличением длительности заболевания РА возрастала рентгенологическая стадия. У пациентов с длительностью заболевания до 5 лет в 60% случаев выявлено ограничение возможности занятием профессиональной деятельностью и в 40% - ограничение возможности занятием непрофессиональной и профессиональной деятельностью. С увеличением длительности заболевания возрастала степень функциональных нарушений суставов. У пациентов с РА необходимо активизировать раннюю диагностику и лечение базисными препаратами с целью сохранить трудоспособность и предотвратить инвалидизацию.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛАЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ – “НОВЫЙ ШАНС” НА СИНУСОВЫЙ РИТМ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

**Шиленко П.А., Выговский А.Б., Цой В.Г., Фоменко М.С., Павлов А.А., Шнейдер Ю.А.
ФГБУ Федеральный Центр Высоких Медицинских Технологий, Калининград, Россия**

Цель: оценить эффективность и безопасность видео эндоскопической аблации у пациентов с постоянной и другими трудно лечимыми формами фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: с января 2015 по декабрь 2019 года выполнено 303 операции торакоскопической эпикардиальной аблации левых и правых легочных вен а также линии по крыше и дну левого предсердия. Средний возраст пациентов 60.9 года (35-82 лет). 284 пациента были с персистирующей формой ФП, 19 с пароксизмальной. Всем пациентам с пароксизмальной формой ФП ранее выполнялась две и более транскатетерных аблаций устьев легочных вен. 35 (11.5%) пациентов с установленными ранее постоянными кардиостимуляторами. ОНМК в анамнезе 35 (11.6 %). Средний объём левого предсердия 141,6 мл. Для исключения ушка левого предсердия в 188 операции выполнена турникетная техника лигирования. Оценка «свободы» от фибрилляции предсердий оценена холтеровским мониторингом. Контроль исключения ушка ЛП выполнен с помощью КТ кардиографии.

Результаты: у 113 пациентов купирование фибрилляции предсердий произошло при радиочастотном воздействии, в остальных случаях для купирования фибрилляции предсердий выполнена кардиоверсия. К началу декабря 2019 года у 192 пациентов получены результаты свободы от ФП через год. У 62 пациентов через 2 года. При выявлении рецидива предсердных тахикардий пациентам выполнялись катетерные аблации как вариант гибридной тактики лечения. Таким образом в 87% случаев получен устойчивый синусовый ритм без приёма антиаритмических препаратов. При торакоскопической аблации в одном случае из-за травмы сердца разлилось кровотечение потребовавшее выполнить торакотомию. В трёх случаях был пневмоторакс, во всех случаях проводилась консервативная терапия. В одном случае развился инсульт приведший к летальному исходу.

Выводы: Торакоскопическая эпикардиальная аблация левого предсердия с лигированием ушка, является малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения форм фибрилляции предсердий ранее считавшихся неизлечимыми. Отработанная методика выполнения операций позволяет добиться высокой степени безопасности.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ КАРДИОМИОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА В 2018 И 2019 ГОДАХ

Шигеев С.В.², Морозов Ю.Е.¹, Сахаров Г.Ю.², Т.В. Максимова²

¹ Кафедра судебной медицины лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

² ГБУЗ города Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь между степенью алкогольного опьянения и возраста среди умерших от кардиомиопатии.

Методы исследования. Исследование проводилось на основании данных Бюро судебно-медицинской экспертизы города Москвы (далее – Бюро) в 2018 и 2019 годах. Проанализированы все случаи смерти от кардиомиопатии, прошедшие через Бюро, определена связь между возрастом умершего, степенью алкогольного опьянения, морфологическими проявлениями заболевания и наступившей смертью. Применялись математический, статистический, аналитический методы, метод математического моделирования.

Результаты. Установлено, что лица молодого возраста (до 45 лет), имеющие морфологические проявления кардиомиопатии, наиболее часто погибали, находясь в состоянии алкогольного опьянения легкой и средней степени, причем, чем моложе возраст умерших, тем меньшая концентрация этилового алкоголя в крови и моче у них была выявлена. У лиц более старшего возраста такая закономерность выявлена не была, количество умерших по группам в зависимости от степени алкогольного опьянения была равномерной.

Заключение. Употребление этилового алкоголя даже в небольших дозах лицами молодого возраста, имеющими в анамнезе вышеназванную патологию сердца, провоцирует нарушение сердечной деятельности, которое заканчивается летально.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВНЕПИЩЕВОДНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Шинкевич Е.С., Пушкина Я.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва", Саранск, Россия

Цель. изучить распространенность внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов, перенесших холецистэктомию на основании анкетирования.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 64 респондента, из них 66% женщины и 34% мужчины, медиана возраста 48±10 (от 18 до 62) лет проживающих в Республике Мордовия. Материалом для анализа стали 64 анкеты, разработанные и

утвержденные ЦНИИ гастроэнтерологии г. Москвы для реализации проекта МЭГРЕ. Достоверность различий оценивали по t- критерию Стьюдента.

Результаты. По данным анкетирования периодически приступообразный кашель до операции за прошедший год отмечали 37 (58%) опрошенных. При этом в анамнезе 18% респондентов имеют бронхиальную астму и хроническую обструктивную болезнь легких, а у 82 % респондентов легочная патология не зарегистрирована. После холецистэктомии жалобы на периодически возникающий приступообразный кашель исчезли у 33%, сохранялись у 44% и усилились у 23% респондентов.

При анализе времени возникновения кашля у респондентов выявлено, что оно совпадает со временем появления изжоги.

Жалобы на изменение голоса (осиплость, охриплость и его исчезновение) за прошедший год отмечают 20% респондентов. Из них 23% респондентов имеют анамнестическое указание на хронический ларингит и фарингит. После холецистэктомии жалобы на изменение голоса исчезли у 15%, сохранялись у 68% и усилились у 17% респондентов.

Заключение. Таким образом, данное исследование продемонстрировало высокую распространенность таких внепищеводных симптомов, как периодически возникающий приступообразный кашель и изменения голоса, среди пациентов, которым выполнена холецистэктомия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения врачами более широкого диагностического поиска для подтверждения или исключения гастроэнтерологической патологии, в частности – ГЭРБ.

НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Туев А.В.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика
Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

На протяжении последнего десятилетия в литературе активно обсуждается возможность стратификации риска сердечно-сосудистых событий с помощью различных гематологических показателей. Вместе с тем роль нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ) в прогнозировании коронарного атеросклероза у больных инфарктом миокарда (ИМ) трудоспособного возраста требует дальнейшего уточнения.

Цель. оценить прогностическое значение НЛИ для стратификации степени выраженности коронарного атеросклероза

Материалы и методы. В исследование были включены 424 пациента (медиана возраста 50 (43,5; 55,0) лет), госпитализированных в ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» г. Перми в течение первых 24 часов от развития симптомов заболевания. При отсутствии противопоказаний и при согласии на исследование, пациентам выполнялась селективная коронароангиография, дополнительно проводили расчет индекса Gensini. За выраженное поражение коронарных артерий (КА) принимали значение индекса Gensini>33. На основании данных общего анализа крови, полученного при поступлении, путем деления абсолютного количества нейтрофилов на абсолютное количество лимфоцитов определяли нейтрофильно-лимфоцитарный индекс (НЛИ). Статистический анализ цифровых данных проводился с помощью пакета компьютерных программ IBM SPSS Statistics v.20, v.23.

Результаты. При сопоставлении данных лабораторного обследования в обеих группах оказалось, что пациенты с тяжелой степенью атеросклероза КА характеризовались статистически значимыми более высокими значениями НЛИ ($6,51 \pm 1,05$ против $3,38 \pm 0,5$, $p=0,014$). НЛИ достоверно ассоциировался с баллами по шкале Gensini ($r=0,465$, $p=0,010$). При значении НЛИ>4,32 риск тяжелого поражения КА достоверно увеличивался (ОШ = 11,91; 95% ДИ: 2,18 – 65,14, $p=0,004$). Предложена прогностическая модель, которая при

значении НЛИ>4,32 позволяет с высокой степенью вероятности прогнозировать выраженные атеросклеротические изменения КА (площадь под ROC-кривой $0,86 \pm 0,06$ (95% ДИ: 0,72-0,99), $p=0,001$, чувствительность 81,3%, специфичность – 73,3%).

Заключение. У больных инфарктом миокарда НЛИ достоверно ассоциирован со степенью выраженности атеросклероза КА и обладает самостоятельной предикторной значимостью для прогнозирования степени выраженности атеросклеротических изменений КА. Использование НЛИ в рутинной клинической практике может дополнительно улучшить стратификацию риска у пациентов с ИМ, не повышая при этом экономические затраты на диагностические процедуры.

ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА

Шнейдер Ю.А., Цой В.Г., Павлов А.А., Антипов Г.Н., Патлай И.И., Акобян Т.Л., Шиленко П.А.

ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Минздрава России, Калининград, Россия

Цель исследования: представить собственный опыт в лечении ИБС с применением гибридных технологий.

Материал и методы: В ретроспективное одноцентровое исследование включены 427 пациентов, из них мужчин 298 (66,8%), средний возраст больных составил 65.2 ± 18.1 лет. Проводилась стратификация риска больных по шкале Euroscore II - $2,5 \pm 3,1\%$. Первый этап ГРМ (преимущественно шунтирование) выполнялся в условиях off pump; при этом 369 (86.4%) проводилась передне-боковая левосторонняя торакотомия, 17 (4%) пациентам планово выполнялась срединная стернотомия (операции, травмы грудной клетки в анамнезе); 41 пациенту выполнено ЧКВ. ЛВГА использовалась у 375 (97.3%), у 12 (2.8%) повторно оперированных пациентов (из-за отсутствия ЛВГА) выполнялось подключично-коронарное шунтирование. Второй этап (преимущественно ЧКВ) выполнялся в сроки до 60 дней, обычно в одну госпитализацию. Временной интервал зависел от особенностей послеоперационного восстановительного периода, техническими особенностями предстоящего вмешательства.

Результаты: Всем больным, подвергшимся гибриднему вмешательству, выполнена полная реваскуляризация миокарда. Случаи конверсии на стернотомию после выполнения миниторакотомии отсутствовали. Ранний послеоперационный период (после первого этапа) у 7 (1,6 %) пациентов осложнился кровотечением, что потребовало ревизии раны. У 29 (6,8%) возникло нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий (ФП), купированное медикаментозно. Поверхностное нагноение послеоперационной раны имело место в 5 (1,2%) случаях. Летальные случаи отсутствовали. Вторым этапом 386 (90.4%) пациентам выполнено ЧКВ, 41 (9.6%) коронарное шунтирование. Случаи послеоперационных ОИМ отсутствовали. Один пациент (0,2%) погиб от ОНМК, явившегося осложнением тромбоза стента на 3 сутки после стентирования.

Выводы: Гибридные вмешательства выполнимы и имеют хорошие непосредственные и среднеотдаленные результаты у пациентов различных возрастных категорий, пациентов с сопутствующей патологией, у больных с ранее перенесенными кардиохирургическими вмешательствами. Для окончательной оценки метода ГРМ необходимо проведение проспективных рандомизированных исследований.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Шувалова О.И.

БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель. Определить структуру сердечно-сосудистой патологии у пациентов гнойно-хирургического отделения, оценить распространенность коморбидной патологии.

Материалы и методы. В ретроспективное сплошное исследование было включено 756 историй болезни пациентов гнойно-хирургического отделения НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Сургут» ОАО «РЖД». Распределение по возрасту проводили согласно критериям ВОЗ от 1999г.: от 25 до 44 лет – молодой возраст, 44 - 60 лет – средний, 60 - 75 лет – пожилой, 75 - 90 лет - старческий возраст, после 90 – долгожители.

Для статистической обработки использовали методы описательной статистики программ Microsoft Excel и STATISTICA version 10.0. Тип распределения определяли с помощью критерия Шапиро-Уилка. Статистический анализ проводили с применением непараметрического критерия Манна-Уитни (U).

Результаты. Распространенность коморбидной патологии в гнойной хирургии прямо коррелирует с возрастом больного. В группе молодых пациентов выявлено 19% случаев мультиморбидности, в среднем – 72%, а в пожилом – уже 95% ($p = 0,000$). Совокупная роль наиболее часто встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний – гипертонической болезни (ГБ), ИБС, аритмий, мультифокального атеросклероза – составила 65%. Наиболее часто в структуре коморбидности больных гнойно-хирургического отделения определена ГБ (42% от всех больных с множественной патологией). Структура коморбидности существенно отличается в различных возрастных группах. У молодых пациентов сердечно-сосудистые заболевания встречались в 5 % случаев и были представлены ГБ и аритмиями, в среднем возрасте ГБ выявлена в 31% случаев, а в пожилом – у 73% госпитализированных в хирургическое отделение. Особую роль в структуре заболеваемости играет ИБС – нозология, определяющая во многом структуру летальности больных с гнойной патологией. Среди лиц пожилого возраста и старше в 75% случаев был выставлен сопутствующий диагноз ИБС. Средний возраст мужчин с данной нозологией составил $66 \pm 5,03$ лет, средний возраст женщин – $72 \pm 6,92$ лет. В структуре ИБС среди пациентов хирургического профиля наиболее часто встречался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – у 48% больных, реже диагностированы стенокардия, прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и аритмия – 32%, 30% и 28% соответственно ($p = 0,031$). В ходе исследования не было выявлено, что ИБС у больных с гнойно-воспалительными процессами протекает в сочетании с другими терапевтическими нозологиями. Наиболее частым оказалось сочетание ИБС с гипертонической болезнью (64%), сахарным диабетом (49%) и ожирением (47% случаев). Также отмечена высокая распространенность сочетаний с перенесенным мозговым инсультом (25%) и анемией (22%).

Выводы. В проведенном исследовании показана высокая распространенность коморбидной патологии среди больных отделения гнойной хирургии. В среднем и особенно пожилом возрасте доминируют сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет.

НЕЙРОРЕГУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЮГРЫ

Шувалова О.И., Карпин В.А., Громова Г.Г.

БУ ВО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель. изучение эффективности комплексной восстановительной терапии у больных АГ, проживающих в условиях Югры.

Материалы и методы. Проспективное исследование 62 больных АГ I-II стадии. Средний возраст больных АГ составил $44,13 \pm 10,98$ лет, причем 38% всех обследуемых пациентов относились к возрастной группе 40-49 лет, со средней продолжительностью заболевания $5,38 \pm 3,13$ года. В качестве контроля обследовано 32 практически здоровых человека.

Больные АГ были разделены случайным образом на 2 группы по 31 человеку. В контрольной группе проводилась только медикаментозная гипотензивная терапия (эналаприл, индапамид и/или амлодипин). В основной группе наряду с аналогичным медикаментозным лечением в течение 10-14 дней дополнительно назначался комплекс физиопроцедур. Больным проводился массаж шейно-воротниковой зоны, магнитотерапия аппаратом «АЛМА», скипидарные ванны, аэроионотерапия, аппаратная седативная терапия с применением аудиовизуальной вибротактильной музыкальной системы «Сенсориум», сеансы инфракрасного воздействия. Общую эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов, нейровегетативного и психологического статуса. Анализ психоэмоционального статуса проводился с помощью теста по Спилбергеру-Ханину и Дж. Тейлору. Для оценки состояния вегетативной регуляции применялся анализ показателей variability сердечного ритма (VCP), полученных с помощью пульсоксиметра «Элокс-01М». Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета программ MS Excel и программы STATISTICA version 6.0.

Результаты. К концу курса лечения целевой уровень АД достигнут во всех группах, достигая уровня $122,97 \pm 4,73$ мм.рт.ст. в основной группе и $135,97 \pm 8,31$ мм.рт.ст. - в контрольной ($p < 0,05$). При анализе психо-эмоционального статуса пациентов выявлено, что средние значения параметров тревожности пациентов всех обследованных групп до лечения находились в диапазоне умеренной тревожности согласно шкале Спилбергера-Ханина (31-45 баллов) и среднего и высокого уровня (16-40 баллов) по Тейлору. В основной группе, где наряду с медикаментозным лечением, использовался комплекс физиопроцедур, получена значимая динамика улучшения психологического статуса. Значения реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину составили $25,77 \pm 10,24$ баллов и $20,88 \pm 7,94$ баллов по Тейлору. Существенная модуляция вегетативного равновесия выявлена в основной группе, где уменьшился суммарный индекс активности симпатического звена регуляции (медиана до лечения - 8,0 усл. ед., медиана после лечения - 6,0 усл. ед.). У 30% больных произошло снижение индекса напряжения вдвое, что говорит об устранении чрезмерного напряжения регуляторных систем.

Выводы. Применение восстановительных методов лечения в составе комплексной терапии АГ оказывает модулирующее действие на психо-эмоциональную сферу и способствует стабилизации нейрогуморальной регуляции кардиогемодинамики.

ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ямщиков И.А., Уридия С.Ю., Ушакова С.Е., Пайкова А.С.
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель исследования - оценить медикаментозно достигнутый уровень артериального давления и частоту ортостатической гипотонии (ОГ) у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 147 чел. с АГ, средний возраст которых составлял $78,9 \pm 13,4$ года, из них было 115 женщин (78,2%). Выполнялась ортостатическая проба (ОП) с измерением систолического артериального давления (САД) через 1 и 3 минуты после перехода в вертикальное положение.

Результаты. В 1 группе от 65 до 74 лет на фоне медикаментозной терапии уровень САД ≥ 140 мм рт.ст. у 22 чел. (45,8%); уровень САД ≥ 130 мм рт.ст. и < 140 мм рт.ст. у 21 чел.

(43,8%); уровень САД <130 мм рт.ст. у 7 чел. (10,5%). Из 48 чел. 1 группы после ОП через 1 мин. САД снизилось на 20 мм рт.ст. и более у 33 чел.(68,8%). При измерении давления через 3 мин. уровень САД вернулся к исходному у 32 чел. (97%), а у 1 чел. (3,0%) САД остался на 15 мм.рт.ст ниже исходного. У 9 чел. (18,8%) при проведении ОП через 1 мин. САД снизилось более 10 мм рт.ст., но менее 20 мм рт.ст. Через 3 мин. САД в данной подгруппе было у всех лиц на 5-10 мм рт.ст. выше исходного. У 6 чел. (12,5%) из 1 группы при проведении ОП давление не изменялось. Во 2 группе от 75 до 90 лет на фоне терапии уровень САД \geq 140 мм рт.ст. у 42 чел. (45,2%); уровень САД \geq 130 мм рт.ст. и <140 мм рт.ст. у 30 чел. (32,2%); уровень САД <130 мм рт.ст. у 21 чел. (22,6%). Из 93 чел. 2 группы при проведении ОП через 1 мин. САД снизилось на 20 мм рт.ст. и более у 64 чел. (68,8%). При измерении давления через 3 минуты САД вернулся к исходному уровню у 62 чел. (97%), у 1 чел. САД остался на 20 мм рт.ст ниже исходного; у 1 чел. САД увеличилось на 40 мм рт.ст. по сравнению с исходным. У 19 чел. (20,4%) при проведении ОП через 1 минуту САД снизилось более 10 мм рт.ст., но менее 20 мм рт.ст. При измерении давления через 3 мин. вертикализации САД вернулся к исходному уровню у 18 чел. (95%), а у 1 чел. остался на 10 мм.рт.ст ниже исходного. У 4 чел. (4%) из 2 группы при проведении ОП было увеличение САД на всех этапах пробы. У 6 чел. (6,8%) из 2 группы при проведении ОП САД не изменялось. В 3 группе старше 90 лет на фоне терапии уровень САД \geq 140 мм рт.ст. у 4 чел. (80%); исходный уровень САД <130 мм рт.ст. у 1 чел. (20%). Из 5 чел. 3 группы при проведении ОП через 1 мин. САД снизилось на 20 мм рт.ст. и более у 3 чел. (60%). Через 3 мин. САД вернулся к исходному уровню у 3 чел. (100%). У оставшихся 2 чел. (40%) при проведении ОП через 1 мин. САД снизилось более 10 мм рт.ст., но менее 20 мм рт.ст. При измерении давления через 3 мин. САД вернулся к исходному уровню у 2 чел.(100%).

Выводы. У 19,7% пациентов пожилого и старческого возраста с АГ выявлен уровень АД ниже 130 мм рт.ст., что повышает риск развития ортостатической гипотонии и падений. Зафиксирована положительная ОП у 68% пациентов пожилого возраста с АГ, гипертензивная реакция на ОП отмечена у 2,7% обследованных. При выборе тактики лечения у пожилых больных с АГ врачу необходимо проводить и учитывать результаты ОП. В противном случае необоснованное снижение артериального давления может привести к падениям и травмам у пожилых пациентов. Работа поддержана РФФИ (проект 18-415-370007).