

Российское кардиологическое общество

Национальный медицинский исследовательский  
центр профилактической медицины

# КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

XI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2018

5-6 ИЮНЯ 2018  
МОСКВА



Национальное Общество  
Профилактической кардиологии

Департамент  
здравоохранения  
города Москвы

РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

РНМОТ

НОА

XI INTERNATIONAL CONFERENCE  
PREVENTIVE CARDIOLOGY 2018



РОССИЙСКОЕ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ  
ОБЩЕСТВО

Официальный сайт журнала

[www.roscardio.ru](http://www.roscardio.ru)

Специальный выпуск,  
2018; 17 (июнь)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**  
**НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ**



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы

**XI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ 2018**

5-6 ИЮНЯ 2018  
МОСКВА



Национальное Общество  
Профилактической кардиологии

5-6 JUNE 2018  
MOSCOW



**XI INTERNATIONAL CONFERENCE  
PREVENTIVE CARDIOLOGY 2018**

**ПОДДЕРЖКА:**

РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО  
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ  
НАЦИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА



---

# МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА.....	3
II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА.....	14
III. РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	31
IV. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	36
V. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ГЕНЕТИКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	38
VI. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	42
СОДЕРЖАНИЕ.....	50
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ.....	55



## I. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

### 001 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДИФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Абдуллаев А. Х., Нурмухамедов А. И., Турсунбаев А. К., Шукуров У. М., Эгамбердыева Д. А.

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Цель:** оценка эффективности менопаузальной гормональной терапии (МГТ) и растительного лекарственно сбора КардиоХелп у женщин в период менопаузы.

**Материал и методы:** пациентки с климактерическим синдромом в возрасте 45-53 лет и давностью менопаузы от 1 до 3 лет, получавшие индивидуально подобранную МГТ (фемостон, климонорм) по схемам, были разделены на 2 группы (по 25 женщин). Пациентки основной группы получали дополнительно КардиоХелп по схеме. Определяли артериальное давление (АД), липидный спектр, показатели свертываемости крови, половые гормоны, проводили инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ, рентгенография), при необходимости — консультации маммолога и невролога.

**Результаты:** исходно пациентки жаловались на головные боли, кардиалгии, сердцебиение, одышку, чувство страха, бессонницу и приливы жара до 10-15 раз в сутки. Показатели АД: среднее систолическое АД (САД) — 150-160, среднее диастолическое АД (ДАД) — 90-95 мм рт.ст. У большинства обследованных уровень холестерина был выше нормальных значений, повышено содержание глюкозы, фибриногена и индекс массы тела ( $>26 \text{ кг/м}^2$ ). У 90% больных, принимавших МГТ + КардиоХелп, в более ранние сроки наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности уже в первые 3 месяца лечения. При этом значительно уменьшилась или прошла раздражительность, бессонница, головные боли, кардиалгии, сердцебиения, нормализовалось АД (САД  $\leq 130$  и ДАД  $\leq 90$  мм рт.ст.) по сравнению с исходным. В этот же срок благоприятная динамика отмечена у 70% больных, принимавших только МГТ. Отдаленные результаты показали усиление эффекта МГТ+КардиоХелп, отсутствие побочных действий.

**Выводы:** использование МГТ и растительного сбора КардиоХелп оказывает благоприятный эффект при эстрогендефицитном состоянии, что позволяет рекомендовать данный комплекс у женщин с климактерическим синдромом.

### 002 КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абрамова Т. Г., Ирсамбетова Е. Ю., Грудин Р. В.

ФГАОУ ВО КФУ им. В. И. Вернадского, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, кафедра пропедевтики внутренней медицины, Симферополь, Россия

Одной из наиболее частых причин терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН) является диабетическая нефропатия. Артериальная гипертензия (АГ) является существенным фактором риска прогрессирования поражения почек при сахарном диабете (СД) 2 типа. Адекватная антигипертензивная ангиопротективная терапия позволяет предотвратить, а в случае имеющейся диабетической нефропатии, замедлить ее прогрессирование.

**Цель:** изучить нефропротекторные свойства комбинированной антигипертензивной терапии с ангиопротекторным

препаратом L-аргинином при субклинических проявлениях нефропатии у больных СД 2 типа.

**Материал и методы:** обследовано 30 больных в возрасте от 53 до 62 лет с субклиническими стадиями диабетической нефропатии. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (15 человек) получала комбинированную терапию периндоприлом 10 мг в день и L-аргинином по 500 мг 6 раз в день во время еды в течение 12 недель; 2 группа (15 человек) получала монотерапию периндоприлом 10 мг в день. Пациентам было выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД), доплерографическое исследование сосудов почек.

**Результаты:** по данным СМАД к 12 неделе исследования среднее систолическое АД в 1 группе составило 132 (131;133) и во 2 группе — 140 (139;142) мм рт.ст.; среднее диастолическое АД в 1 группе равнялось 81 (80;82) и во 2 группе — 90 (89;92) мм рт.ст.

У пациентов 1 группы к 12 неделе терапии достоверно повысились скоростные показатели кровотока ( $V_{\text{max}}$ ,  $V_{\text{min}}$ ) и снизился индекс резистентности почечных сосудов. У пациентов 2 группы наблюдалось повышение максимальной систолической скорости кровотока ( $V_{\text{max}}$ ). При этом диастолическая скорость кровотока ( $V_{\text{min}}$ ) и индекс резистентности почечных сосудов достоверно не изменились. В обеих группах пациентов на фоне терапии достоверно снизился уровень микроальбуминурии.

**Выводы:** комбинация L-аргинина и периндоприла имеет преимущества перед изолированным приемом периндоприла у пациентов с диабетической нефропатией в достижении целевых цифр систолического и диастолического АД, повышении скоростных показателей почечного кровотока с одновременным снижением индексов резистентности почечных сосудов.

### 003 ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Адамян Л. В., Манухин И. Б., Сибирская Е. В., Тургунова Г. М.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Москва; ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Ранняя диагностика предрака и рака шейки матки является одной из актуальных проблем современной медицины. Рак шейки матки на протяжении двух последних десятилетий остается одной из часто встречающихся опухолей среди всех злокачественных новообразований у женщин, проживающих на территории России. Негативной тенденцией является “омоложение” рака шейки матки, что обусловлено, прежде всего, социальными проблемами общества, высоким инфекционным индексом населения, промискуитетом, значительным увеличением числа аборт и ростом инфекций, передаваемых половым путем.

**Цель:** оценка значимости морфологических методов исследования в диагностике патологии шейки матки.

**Материал и методы:** проведена ретроспективная оценка эффективности цитологической диагностики заболеваний шейки матки у 3250 обследованных женщин. Стадирование патологических процессов шейки матки проведено в соответствии с общепринятой Международной статистической классификацией болезней (МКБ), X пересмотр (1992), гистологической классификацией опухолей женского полового тракта ВОЗ (1995), классификацией по системе TNM и по системе FIGO (1997).

**Результаты:** при проведении цитологического исследования эпителия шейки матки у 11,9% обследованных диагно-

стированы воспалительные заболевания шейки матки, у 0,02% — выявлена цервикальная интраэпителиальная неоплазия и у 0,02% — обнаружен рак. У 5,7% пациенток диагноз рака шейки матки установлен первично при цитологическом исследовании. В 3,9% наблюдений цитологическая диагностика рака шейки матки не подтверждалась при дальнейшем патоморфологическом исследовании, и 3,5% наблюдений составили ложнопозитивные заключения цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Ложно-негативные результаты цитологического исследования обнаруживались у 9,8% пациенток с гистологически верифицированным диагнозом цервикальной интраэпителиальной неоплазии и у 2,0% больных раком шейки матки. Сопоставление цитологического и гистологического заключений выявило обратную зависимость между числом ложноотрицательных результатов и степенью тяжести гистологических изменений. Частота совпадений цитологического и гистологического диагноза составила 86,3% при цервикальной интраэпителиальной неоплазии и 94,5% при раке шейки матки. Причинами ошибочного цитологического заключения в 96,3% наблюдений явились дефекты забора материала для исследования и в 3,7% — ошибки интерпретации цитологической картины.

**Выводы:** цитологическое исследование цервикального эпителия является эффективной составляющей в комплексной диагностике и профилактике заболеваний шейки матки.

#### 004 ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И АТЕРОГЕННЫЕ ФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ СРЕДИ МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

*Акимова Е. В., Такова Е. И., Фролова Е. Ю., Кузнецов В. А.*

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

**Цель:** установление взаимосвязей уровней личностной тревожности (ЛТ) с распространенностью гиперхолестеринемии (ГХС), гипертриглицеридемии (ГТГ) и гипохолестеринемии липопротеидов высокой плотности (гипо-ХС ЛВП) в открытой популяции у мужчин 25-64 лет.

**Материал и методы:** одномоментное кросс-секционное исследование было проведено на репрезентативной выборке, сформированной математическим методом “случайных чисел” из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек с откликом 85,0%. Для оценки ЛТ предлагалась шкала самооценки Спилберга. Для анализа биохимических параметров были использованы унифицированные критерии оценки. Статистическая обработка данных исследования проводилась с применением базового пакета прикладных программ по медицинской информации IBM SPSS Statistics 21.0.

**Результаты:** распространенность ЛТ в открытой популяции у мужчин 25-64 лет г. Тюмени была высокой — 55,8% мужчин имели средний и 36,6% — высокий уровень ЛТ. Высокий уровень ЛТ формировал последовательный возрастной тренд в популяции — отмечалась тенденция к повышению доли лиц с высоким уровнем ЛТ с увеличением возраста. В то же время в возрастных группах до шестого десятилетия жизни была выявлена существенно большая доля лиц со средним и высоким уровнем ЛТ сравнительно с долей лиц, имеющих низкий уровень ЛТ. В старшем возрасте 55-64 лет распространенности среднего и высокого уровней ЛТ была практически одинакова при сохранении статистически значимых различий с распространенностью низкого уровня тревоги. Стандартизованные по возрасту показатели ГХС, ГТГ и гипо-ХС ЛВП у мужчин открытой популяции составили соответственно 42,7%, 10,2% и 4,3%. При анализе распространенности уровней ЛТ в группах лиц с наличием атерогенных фракций липопротеидов были выявлены следующие закономерности. Так, распространенность ГХС и ГТГ была существенно выше

при среднем и высоком уровнях ЛТ сравнительно с распространенностью показателей при низком уровне ЛТ ( $p < 0,001$ ). В то же время распространенность этих факторов риска была существенно выше и при среднем уровне ЛТ относительно распространенности показателей при высоком ее уровне ( $p < 0,001$ ). Что касается гипо-ХС ЛВП, то у мужчин с этим выявленным фактором риска распределение уровней ЛТ было практически одинаковым.

**Выводы:** таким образом, в открытой популяции у мужчин 25-64 лет в группах с наличием соматических факторов риска ИБС преобладают средние и высокие уровни ЛТ, что необходимо учитывать при разработке комплексной профилактической программы для трудоспособного населения города.

#### 005 СТРЕСС В СЕМЬЕ В ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

*Акимов А. М., Каюмова М. М.*

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

**Цель:** изучение параметров стресса в семье и на рабочем месте в зависимости от возраста у мужчин 25-64 лет открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

**Материал и методы:** исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на мужской популяции 25-64 лет среди лиц трудоспособного возраста г. Тюмени в период пика мирового социально-экономического кризиса (2008-2009 гг.). Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% — 850 участников. Выявление параметров стресса в семье и на работе проводилось по алгоритмам программы ВОЗ “Моника-психосоциальная” (анкета “Знание и отношение к своему здоровью”). Кодировка тестов заключалась в построении компонент индексов и расчёте баллов в соответствии с предложенным алгоритмом программы MOPSY (МОНИКА-психосоциальная). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

**Результаты:** на вопрос: “Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев?”, мужчины молодой группы 25-34 лет отвечали “одно изменение” существенно чаще в сравнении с той же возрастной категорией женщин (21,0% — 8,2%,  $p < 0,01$ ). Не происходило изменений в семейном положении у мужчин в возрасте 45-54 лет, а также 55-64 лет, по сравнению с женщинами в тех же возрастных группах 45-54 лет (86,1% — 76,3%,  $p < 0,01$ ) и 55-64 лет (91,6% — 78,0%,  $p < 0,001$ ). Касательно группы пожилого возраста 55-64 лет, женщины имели больше изменений в семейном положении, а именно в ответах: “одно изменение”, (6,1% — 14,0%,  $p < 0,01$ ) и “несколько изменений” (2,3% — 7,9%,  $p < 0,01$ ).

**Выводы:** наши исследования показывают, что у мужчин молодого возраста 25-34 лет чаще, чем у женщин той же возрастной категории происходили изменения в семейном положении. В возрасте 55-64 лет ситуация изменилась: у женщин пожилого возраста было выявлено больше изменений в семейном положении, чем у мужчин. Результаты, полученные при исследовании неорганизованного населения г. Тюмени, могут служить научной основой для планирования комплексных социально ориентированных программ и в других среднеурбанизированных сибирских городах — с приоритетной ориентацией на потребности групп “социального риска” — мужчин молодого возраста и женщин пожилого возраста.

## 006 ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ НА СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И СМЕРТНОСТИ ОТ НИХ

Алленов А. М.<sup>1</sup>, Винокуров В. Г.<sup>1</sup>, Андриянова О. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Первый Московский медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва; <sup>2</sup>Свердловский областной центр медицинской профилактики, Екатеринбург, Россия

**Цель:** оценить влияние центров здоровья (ЦЗ) на улучшение эпидемиологической ситуации по болезням системы кровообращения (БСК).

**Материал и методы:** объектами исследования служили 64 муниципальных образования Свердловской области за период 2011–2014 гг. По каждому из них были собраны данные о 19 показателях: 3-х демографических, 4-х социально-экономических, 12-ти медико-организационных.

В ходе первого этапа исследования, исходя из факта изменения общей смертности населения от БСК за период с 2009 по 2014 гг, были сформированы 2 группы территориальных образований, где отмечено: её снижение (1) и повышение (2). Для многофакторного анализа использовался пакет прикладных программ распознавания образов КВАЗАР. Во втором исследовании группы муниципальных образований формировались исходя из снижения или увеличения первичной заболеваемости населения БСК. Математическая обработка проводилась теми же методами.

**Результаты:** при оценке влияния ЦЗ на снижение смертности населения от БСК в ходе математической обработки материала были разработаны решающие правила, наилучшие из которых обеспечивали 100% правильных ответов на процедуре “экзамена”. Необходимые для этого подсистемы включали 10-11 наиболее информативных признаков. Этот результат позволял сделать заключение, что базовый 19-факторный комплекс оказался достаточным для решения данной задачи. Признак, отражающий наличие в структуре муниципального здравоохранения ЦЗ, вошел в подсистему одиннадцати наиболее значимых, где занял 6 ранговое место. Установлено прямое его влияние на снижение смертности населения от БСК.

В исследовании по оценке факторов, способствующих изменению первичной заболеваемости БСК населения, надежные решающие правила, обеспечивающие безошибочное распознавание на процедуре “экзамена”, были получены при использовании подсистем из 5-7 наиболее информативных признаков, и первое ранговое место среди них занял признак, характеризующий наличие в системе местного здравоохранения ЦЗ. При анализе характера влияния исследуемых факторов была выявлена прямая зависимость снижения уровня первичной заболеваемости от величины показателей, отражающих ресурсный потенциал муниципального здравоохранения. Так, соотношение частоты встречаемости территорий в группах со снижением и увеличением первичной заболеваемости БСК при наличии ЦЗ составляло 1,6, а при его отсутствии — 0,9.

Снижение первичной заболеваемости может быть трактовано двояко. С одной стороны, снижение первичной заболеваемости по данным формы №12 “Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации”, свидетельствует о снижении выявляемости названных патологий. С другой стороны, одновременное снижение смертности может свидетельствовать о некотором снижении “истинной” первичной заболеваемости в результате профилактической деятельности.

Вместе с тем, неверно было бы связывать эти изменения общественного здоровья только с работой ЦЗ, поскольку в регионе с 2008 г. реализуется федеральная целевая программа по совершенствованию организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, в ходе которой был выполнен комплекс организационных мероприятий, в частности, создана сеть специализированных учреждений, включающая региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения. Тем не менее, можно полагать, что и деятельность ЦЗ оказала влияние на снижение смертности

от БСК и первичной заболеваемости основными формами этой патологии в части муниципальных образований, служащих местами их дислокации. Степень этого влияния нуждается в дальнейшем изучении.

**Выводы:** 1. С помощью методов системного анализа были выявлены комплексы факторов, оказывающих наибольшее влияние на снижение первичной заболеваемости населения БСК и смертности от них.

2. Установлено, что основной вклад в улучшение эпидемиологической ситуации в муниципальных образованиях Свердловской области вносит ресурсный потенциал кардиологической и неврологической служб, при этом важная роль принадлежит Центрам здоровья.

## 007 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ПОЖАРНЫХ-СПАСАТЕЛЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ МЕТОДАМИ ВОССТАНАВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Архангельская А. Н.<sup>1</sup>, Ивкина М. В.<sup>2</sup>, Гуревич К. Г.<sup>2</sup>, Бабушкина А. И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО МГАФК, Московская область, Люберецкий район, пос. Малаховка; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время проблема избыточной массы тела приобретает глобальный характер. По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 30 лет количество людей, страдающих от ожирения, возросло в мире в два раза. Доказано, что ожирение связано с высоким риском развития сердечно-сосудистых, эндокринных и многих других нефункционных заболеваний. Специфика работы пожарных-спасателей несет в себе повышенную нагрузку на кардиореспираторную систему и опорно-двигательный аппарат. По данным отечественных авторов, каждый пятый случай патологии эндокринной системы у спасателей — ожирение. Ожирение и избыточная масса тела способствуют ухудшению общего состояния здоровья, увеличению нагрузки на опорно-двигательный аппарат, являются факторами производственного риска, приводят к снижению трудоспособности и профессиональной пригодности.

**Цель:** разработка и апробация спортивного комплекса для пожарных-спасателей.

**Материал и методы:** в исследовании приняли участие 57 пожарных-спасателей центрального аэромобильного отряда “Центропас” МЧС РФ. Измерения роста проводились ростомером Диакомс, веса — весами Omron, обхватов талии и бедер — мерной лентой. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и отношение окружностей талии и бедер. Метод биоимпеданса использовался для определения композиционного состава тела. Все измерения проводились дважды — до и через 6 месяцев после начала применения разработанных спортивных комплексов. У всех обследованных был выявлен болевой синдром, в зависимости от локализации были разработаны 2 спортивных комплекса: первый — для поясничного отдела позвоночника, второй — для шейно-грудного отдела. Занятия проводились 3 раза в неделю, продолжительность 1 занятия составляла 45-50 мин.

**Результаты:** до применения разработанного комплекса ожирение по ИМТ ( $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) определялось у 30% пожарных-спасателей, по процентному содержанию жировой ткани — у 54% обследованных, у 14% пожарных-спасателей отношение окружности талии и бедер было 1 и более, что указывает на наличие абдоминального ожирения. После применения разработанного комплекса число лиц, имеющих признаки ожирения, как по результатам расчета ИМТ, так и по процентному содержанию жировой ткани, снизилось примерно в 2 раза, а число лиц с признаками абдоминального ожирения снизилось в 4 раза.

**Выводы:** предложенные спортивные комплексы позволили снизить число пожарных-спасателей, имеющих признаки ожирения, (в том числе и абдоминального), сопряженного с более высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Они могут быть рекомендованы для профилак-



тики и коррекции избыточной массы тела у данной категории граждан.

## 008 ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ТАБАКОКУРЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ И СЕМЕЙНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Гакова Е. И., Акимов Е. В., Каюмова М. М., Гакова А. А., Акимов А. М.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

**Цель:** изучить взаимосвязь табакокурения и ряда психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин 25-64 лет открытой популяции Тюмени.

**Материал и методы:** одномоментное эпидемиологическое исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга открытой городской популяции мужчин и женщин 25-64 лет. Репрезентативная выборка формировалась из поименных избирательных списков населения одного из административных округов г. Тюмени методом случайных чисел в количестве 2000 человек: отклик среди мужчин — 85,0%, среди женщин — 70,4%. Обследуемый считался курящим, если он выкуривал 1 и более сигарет/день; семейный статус оценивался по двум параметрам: имеет/не имеет спутника жизни; уровень образования — по трем градациям: начальное, среднее и высшее. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, STATISTICA 7.0. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) Пирсона. Значения  $p < 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты:** по данным нашего исследования у мужчин со средним образованием наблюдалась тесная связь отказа от курения (“курил, но бросил”) с наличием спутника жизни в сравнении с одинокими (23,7% vs 13,6%,  $p < 0,05$ , при значении  $X^2=4,28$ ,  $df=1$ ,  $p=0,04$ , при точном значении F-критерия Фишера  $p=0,02$ ), а также отказом от курения в течение года (44,9% vs 28,4%,  $p < 0,01$ ; при значении  $X^2=8,03$ ,  $df=1$ ,  $p=0,004$ , при точном значении F-критерия Фишера  $p < 0,03$ ). Подобная тенденция отмечалась в категории лиц с высшим образованием (64,0% vs 50,9%,  $p=0,07$ ), в то время как у одиноких мужчин с высшим образованием наблюдалась тенденция к увеличению интенсивности курения в течение последнего года в сравнении с имеющими спутника жизни (13,2% vs 6,1%,  $p=0,06$ ,  $X^2=3,44$ ,  $df=1$ ,  $p=0,06$ ). У женщин с высшим образованием и наличием спутника жизни наблюдалась тенденция более частого отказа от курения (“курил, но бросил”) в сравнении с одинокими (27,1% vs 18,9%,  $p=0,07$ ), в категории со средним образованием отмечалась противоположная тенденция (13,9% vs 18,6%,  $p=0,08$ ,  $X^2=2,91$ ,  $df=1$ , при точном значении F-критерия Фишера  $p=0,05$ ). Женщины со средним образованием, имеющие спутника жизни, чаще отмечали уменьшение интенсивности курения в течение последнего года в сравнении с одинокими (12,0% vs 4,4%,  $p < 0,05$ ;  $X^2=4,93$ ,  $df=1$ ,  $p=0,03$ , при точном значении F-критерия Фишера  $p=0,02$ ). В группе со статусом “имеет спутника жизни” мужчины чаще женщин отказывались от курения (23,7% vs 13,9%,  $p < 0,01$ ).

**Выводы:** таким образом, установлены разнонаправленные тенденции в отношении к табакокурению в связи с семейным статусом и уровнем образования у мужчин и женщин 25-64 лет открытой популяции г. Тюмени, что необходимо учитывать при планировании целенаправленных профилактических программ.

## 009 23-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ

## ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-44 ЛЕТ

Гафаров В. В.<sup>1,2</sup>, Громова Е. А.<sup>1,2</sup>, Гагулин И. В.<sup>1,2</sup>, Гафарова А. В.<sup>1,2</sup>, Панов Д. О.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>НИИТПМ — филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск; <sup>2</sup>Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

**Цель:** определить 23-летнюю динамику (1994-2016гг) информированности и отношения к своему здоровью и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции Новосибирска среди женщин 25-44 лет.

**Материал и методы:** в рамках 3-го скрининга программы ВОЗ “MONICA-психосоциальная”, в 1994г была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25-44 лет одного из районов г. Новосибирска ( $n=284$ ). Самооценка состояния здоровья, отношение к методам профилактики изучались с использованием шкалы “Знание и отношение к своему здоровью”. В 2016г обследование случайной репрезентативной выборки женщин в возрасте 25-44 лет ( $n=540$ ) проводилось в рамках скринирующих исследований по бюджетной теме НИИТПМ № гос. рег. 01201282292, использовалась та же анкета.

**Результаты:** доля лиц, считающих себя не совсем здоровыми или больными, была в 2 раза выше в 1994г, чем в 2016г ( $p < 0,001$ ). В 2016г статистически значимо сократилось число женщин, предъявляющих жалобы на свое здоровье, с 84% до 67% ( $p < 0,001$ ). В три раза выросла доля женщин, проявляющих заботу о своем здоровье (4,2% и 17%). Большинство женщин по-прежнему считают вероятным заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет. В динамике вдвое увеличилась доля лиц, которые верят в возможности медицины успешно предупреждать и лечить все или большинство болезней сердца ( $p$  для всех  $< 0,001$ ). По данным 23 летнего тренда доля тех, кто делает регулярную проверку своего здоровья по-прежнему низка и не превышает 9%. Большинство обращается к врачу только при появлении болей в области сердца (71,5% и 88%, соответственно в 1994-2016гг;  $p < 0,001$ ). Установлено значимое снижение числа молодых женщин, отказывающихся от обращения к врачу даже при сильной боли (22,5% и 3,4% в 1994-2016гг, соответственно;  $p < 0,001$ ). Число тех, кто регулярно получает удовлетворение от медицинского обслуживания, существенно не изменилось, а 67% испытывали приятные переживания только эпизодически ( $p < 0,001$ ). При ответе на вопрос “Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете?” с 55,6% до 42,7% снизилась доля тех, кто продолжает работу ( $p < 0,001$ ). Но обращаемость за медицинской помощью осталась на прежнем уровне — 10%. При ответе на вопрос: “Как Вы считаете, полезна ли профилактическая проверка своего здоровья?” мнения женщин не изменились, 99% считают проверку полезной.

**Выводы:** в открытой популяции среди женщин в возрасте 25-44 лет имеет место положительная динамика оценки своего здоровья. Несмотря на это, 50% женщин негативно оценивают свое здоровье и 96% отмечают вероятность заболеть серьезной болезнью в течение 5-10 лет. Большинство верит в возможности медицины успешно предупредить и лечить болезни сердца, но доля лиц, использующих ресурсы здравоохранения в профилактических целях остается крайне низкой и не превышает 10%.

## 010 ПОЧЕМУ КУРЯТ СОВРЕМЕННЫЕ СТУДЕНТЫ?

Думинский В. Ю.

Медицинский институт ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, Тула, Россия

Курение является фактором, повышающим риск сердечно-сосудистых заболеваний. Для успешной борьбы с данной зависимостью необходимо проведение исчерпывающего анализа причин и условий начала курения среди молодежи.

**Цель:** изучить распространенность, мотивацию к курению, а также уровень никотиновой зависимости среди студентов ТулГУ.

**Материалы и методы:** в январе 2018г в социальных сетях была распространена авторская анонимная анкета, включающая ряд вопросов о мотивации к курению, а также тест Фагерстрема, позволяющий оценить степень никотиновой зависимости.

**Результаты:** анкету заполнили 552 человека (198 юношей и 354 девушки), средний возраст респондентов — 20,0 лет. Среди опрошенных курили 230 человек, в том числе 96 юношей и 134 девушки. Средний возраст начала курения для обоих полов составил 16,2 лет. Стресс, как основную причину начала употребления никотинсодержащих продуктов, отметили 19,4 % девушек и 27,1% юношей. Удовольствие от курения испытывали 16,4% девушек и 14,6% юношей. Следование модным тенденциям, как мотивацию к курению, отметили 11,9% девушек и 4,2% юношей. “Положительные физиологические эффекты” никотина, такие как снижение аппетита, повышение работоспособности, улучшение памяти и прочее отметили 34,3% девушек и 43,8% юношей. Затруднились указать причину начала курения 17,9% девушек и 10,4% юношей.

На вопрос: “Какие никотинсодержащие продукты вы употребляете?” 34,3% девушек и 35,4% юношей выбрали классические сигареты с фильтром, электронные средства доставки никотина предпочли 6,0% и 8,3% соответственно, кальяны курят 28,4% и 25% соответственно, сочетают различные средства доставки никотина 31,3% и 31,3% соответственно. На вопрос “Есть ли в предложенном списке средство доставки никотина, не наносящее вреда здоровью?” 78,4% девушек и 92,7% юношей отметили кальян, остальные опрошенные сочли все средства доставки никотина вредными для здоровья в той или иной мере.

Тест Фагерстрема показал, что слабую степень никотиновой зависимости имеют 49,3% девушек и 52,1% юношей, что дает надежду на полный отказ от курения без применения медикаментозной терапии. Средняя степень зависимости присуща 38,8% студенток и 18,8% студентов, высокую степень зависимости имели 11,9% девушек и 29,2% юношей.

**Выводы:** около 15% студентов не отмечают “положительных физиологических эффектов никотина”, а половина опрошенных имеют слабую степень никотиновой зависимости, что дает надежду на полный безмедикаментозный отказ от курения. Более 80% студентов отметили кальян, как абсолютно безвредный источник никотина, что говорит о низкой информированности о вреде табачного дыма.

## 011 СООТНОШЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ НАГРУЗКИ И СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Мищенко Е. А.*

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, Россия

В последнее время начали появляться исследования, посвященные изучению взаимосвязи гемодинамического ответа на физическую нагрузку и показателей суточного профиля артериального давления (АД) у лиц, как с исходной гипертензией, так и нормотензией. Однако чаще всего подобные работы выполнялись на пациентах с явной сердечно-сосудистой патологией, нередко осложненной дисфункцией миокарда.

У молодых же подобные исследования практически не выполнялись, поэтому точного ответа на вопрос о взаимосвязи изменений суточного профиля АД с гипертензией физической нагрузки у лиц с сохранной функцией сердечной мышцы, эффективно обеспечивающей прирост сердечного выброса в ответ на возросшие потребности, до сих пор пока нет.

Следует подчеркнуть, что в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) подтверждается, что у нормотензивных лиц и пациентов с мягкой АГ чрезмерный ответ на ФН является предиктором

неблагоприятного долгосрочного исхода. В случаях наличия нормотонии в покое появление АГ нагрузки является показанием для выполнения суточного мониторинга АД (СМАД) из-за высоковероятного наличия скрытой АГ.

**Цель:** изучить возможное диагностическое значение оценки гемодинамического ответа на дозированную нагрузку в аспекте целесообразности последующего назначения СМАД лицам молодого возраста в случае выявления у них чрезмерной гипертензивной реакции при велоэргометрической (ВЭМ) пробе.

**Материал и методы:** в исследование были включены 78 студентов СтГМУ (юношей) в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст  $21 \pm 0,2$  года. ВЭМ осуществлялась на велоэргометре TUNTURIE-20, запись и обработка данных — с помощью “АПК Валента”. СМАД выполнялось с помощью аппарата BPLab. Статобработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0.

**Результаты:** нами проведён анализ результатов СМАД у 78 молодых людей, которые разделены на две группы по результатам ВЭМ-пробы: 1 группа — нормотоники с наличием нагрузочной АГ (33 чел.) и 2 группа — нормотоники без явлений избыточной реакции АД в ответ на нагрузку (45 чел.)

По результатам проведённого СМАД скрытая или маскированная АГ в указанных двух группах наблюдения встречалась в 72,7% и 11,0% случаях, соответственно. Различия оказались достоверными. Иными словами, частота встречаемости скрытой АГ по данным СМАД у юношей с наличием аномальной гемодинамической реакции на физическую нагрузку почти в семь раз выше, чем у сверстников с допустимой реакцией на нагрузку.

**Выводы:** полученные данные позволяют сделать заключение о целесообразности проведения СМАД у тех молодых людей, у которых в процессе диспансеризации на начальном этапе была выявлена АГ физической нагрузки. Такая последовательность в выборе диагностических мероприятий при проведении массовых обследований молодежи будет соответствовать как клинической обоснованности, так и экономической эффективности.

## 012 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕКОТОРЫХ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

*Еганян Р. А., Калинина А. М., Карамнова Н. С., Измайлова О. В., Кушунина Д. В.*

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** сравнительный анализ частоты некоторых алиментарно-зависимых факторов риска неинфекционных заболеваний, выявленных при диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2013 и 2016гг.

**Материал и методы:** В анализ были включены обобщенные результаты первого и четвертого годов диспансеризации определенных групп взрослого населения нашей страны, оцененные по данным статистических форм 131, согласно приказам Минздрава РФ № 382н от 18 июня 2013г и № 87н от 6 марта 2015г. В Порядок диспансеризации и программу медицинского осмотра уже на первом (скрининговом) этапе впервые в нашей стране включена единая методология оценки факторов риска неинфекционных заболеваний, в том числе поведенческих факторов риска: нерационального питания, низкой физической активности и связанных с ними биологических, алиментарно-зависимых факторов риска, в частности избыточной массы тела и ожирения (приказ Минздрава России № 1006н от 3 декабря 2012г и от 3 февраля 2015г N 36н).

**Результаты:** общая численность обследованных лиц в 2016г согласно включенным в анализ данным по 85 субъектам страны составила 22,2 млн. человек: из них 34,3% были



в возрасте 21–36 лет, 40,9% — 39–60 лет и 24,8% — старше 60 лет. Несоблюдение основных принципов здорового питания, т.е. “Нерациональное питание” (НП), согласно разработанным критериям было установлено у 5,9 млн. чел., среди всех лиц, прошедших диспансеризацию в 2016 году, что составило 27,1%. В 2013г оно было чуть меньше — 25,5%

Исследование факторов риска неинфекционных заболеваний, связанных в питанием, в процессе диспансеризации в 2016г у 22,2 миллионов человек выявило (при отсутствии значительных гендерных различий) нарастание частоты нерационального питания, низкой физической активности и избыточной массы тела с возрастом.

Сравнительный анализ с 2013г установил в 2016г увеличение частоты нерационального питания у женщин среднего возраста, нарастание массы тела у мужчин молодого и среднего возраста и снижение относительного числа лиц с избыточной массой тела и низкой физической активностью у пожилых лиц.

**Выводы:** полученные данные гендерных, возрастных особенностей и выявленная за 3 года динамика частоты нерационального питания, низкой физической активности и избыточной массы тела могут быть использованы при формировании профилактических приоритетов, как на уровне регионов, так и для совершенствования дифференцированной технологии профилактического консультирования по питанию в структурах первичной медико-санитарной помощи.

### 013 ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ КРИТЕРИЕВ ПЕРВИЧНЫХ КАРДИОМИОПАТИЙ ПРИ ИХ ПРИМЕНЕНИИ В РАМКАХ ПЕРВОЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

*Задворьев С. Ф.<sup>1,2</sup>, Крысюк О. Б.<sup>3</sup>, Обрезан А. Г.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>СПб ГБУЗ Городская многопрофильная больница №2, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО “НГУ физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** проанализировать информативность существующих эхокардиографических критериев диагностики гипертрофической и дилатационной кардиомиопатии (ГКМП и ДКМП) у действующих спортсменов высокой квалификации.

**Материал и методы:** были ретроспективно проанализированы результаты обследования группы спортсменов (n=160) высокой квалификации (спортивное звание кандидата в мастера спорта или выше), практикующих виды спорта с высокой (n=55), умеренной (n=48) или низкой (n=47) статической, а также высокой (n=124) или умеренной (n=36) динамической нагрузкой. В исследовании приняло участие 45 футболистов, 20 баскетболистов, 26 триатлонистов, 35 пловцов, 28 гребцов, 6 — другие виды спорта. В скрининговом порядке было проведено эхокардиографическое исследование. Применялись следующие диагностические критерии ГКМП и ДКМП: толщина межжелудочковой перегородки >15 мм, фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) <35%, конечно-диастолический размер ЛЖ >60 мм. Все обследованные спортсмены были признаны не имеющими клинически значимых сердечно-сосудистых заболеваний, которые бы препятствовали спортивной активности.

**Результаты:** доля пациентов, удовлетворяющих критериям ГКМП и ДКМП, составила 8,8%. Эти критерии были ассоциированы с более старшим возрастом (средний возраст в группе с изменениями на ЭхоКГ 22,5±6,5 года против 20,9±5,7 года, p=0,043) и с умеренной динамической нагрузкой в рамках практикуемых спортивных дисциплин (22% против 7%, p<0,01). Взаимосвязь возраста с нарастанием изменений миокарда ЛЖ была значима в группах с умеренной динамической нагрузкой (r=0,33, p=0,047 против r=0,14, p=0,1 в группе высокой нагрузки), высокой статической нагрузкой (r=0,30,

p=0,026 против r=0,10, p=0,5 и r=0,08, p=0,6 для средней и низкой статической нагрузки, соответственно) и стайеров (r=0,40, p=0,038 против r=0,10, p=0,5 и r=0,12, p=0,27 у универсалов и спринтеров, соответственно).

**Выводы:** признаки, используемые как стандартные скрининговые критерии ДКМП и ГКМП, часто встречаются у практически здоровых спортсменов и отражают в большинстве случаев физиологические адаптационные реакции сердца на хроническую перегрузку. Специфичность этих критериев минимальна в группах стайеров и представителей видов спорта с высокой статической и умеренной динамической нагрузкой, что обуславливает необходимость создания отдельных критериев скрининга КМП для этих групп спортсменов.

### 014 СОЧЕТАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

*Казидзева Е. Н.*

Медицинский институт ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, Тула, Россия

Основой профилактического направления российского здравоохранения является выявление и рациональная коррекция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии (АГ).

**Цель:** установление прогностической значимости сочетания отдельных факторов риска для развития АГ у работников локомотивных бригад (ЛБ).

**Материал и методы:** изучены данные стационарного обследования в НУЗ “Отделенческая больница на ст. Тула” 40 работников ЛБ — машинистов и их помощников в 2013 и 2017гг. при прохождении ежегодной диспансеризации. Соответствие массы тела росту оценивали по индексу массы тела (ИМТ). Результаты представлены как M±SD.

**Результаты:** курили 44% обследованных. Гиперхолестеринемия отмечалась у 26% пациентов. Избыточная МТ была у 43%, ожирение — у 15% пациентов. Только 42% работников ЛБ имели нормальную МТ.

По возрасту пациенты были разделены на 2 группы: 22-39 и 40-50 лет. В первой возрастной группе АГ за время наблюдения диагностирована у 12, во второй — у 11 пациентов. У 17 пациентов 22-39 лет критериев для постановки диагноза было недостаточно.

В группе работников ЛБ в возрасте 22-39 лет с установленным диагнозом АГ отмечена более высокая МТ (89,0±13,4 кг) и ее повышение в 50% случаев за период наблюдения; достоверно значимое повышение уровня общего холестерина (ОХС) с 4,6±1,3 до 5,9±1,4 ммоль/л (p<0,05); более высокое диастолическое АД в дневное время по данным суточного мониторирования (СМАД) (p<0,05).

Достоверно значимое увеличение уровня ОХС за период наблюдения с 4,4±1,0 ммоль/л до 5,1±0,8 ммоль/л (p<0,05) наблюдалось и в подгруппе без диагноза АГ. Однако у этих лиц отмечено увеличение ночного снижения АД по данным СМАД (с 4,9±8,5 до 9,9±8,4%; p<0,05).

У работников ЛБ 40-50 лет с выявленной АГ статистически значимой динамики в течение 4 лет по всем показателям, включая липидный профиль, не выявлено, однако они позже приступили к работе (в 31,0±7,3 года; p<0,05).

Корреляционный анализ в группе 40 человек показал, что вероятность выявления АГ за наблюдаемый период положительно связана с возрастом (r=0,604; p<0,01) и стажем работы пациента в ЛБ (r=0,378; p<0,05), а также с возрастом начала работы в ЛБ (r=0,429; p<0,01) и величиной ДАД в дневное время (r=0,457; p<0,01). Статус курения в нашей когорте пациентов не обнаружил связей с вероятностью развития АГ.

**Выводы:** обнаруженные прогностически неблагоприятные для развития АГ факторы риска (быстрое увеличение МТ и уровня ОХС) у молодых работников ЛБ обосновывают стратегию и тактику их целенаправленной коррекции.

## 015 ПОТРЕБЛЕНИЕ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ И СТАТУС КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИИ РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ1

Карамнова Н. С., Шальнова С. А., Деев А. Д., Тарасов В. И.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

Частота потребления кондитерских изделий, как наиболее часто источника избыточного поступления в организм насыщенных жиров и добавленного сахара, определяет уровень атерогенности и углеводной нагрузки рациона, и потому часто ассоциирована с другими факторами риска хронических неинфекционных заболеваний.

**Цель:** изучить особенности потребления кондитерских изделий и сладостей среди взрослого населения России в зависимости от статуса курения.

**Материал и методы:** обследована представительная выборка 13-ти регионов России: 22217 человек (8519 мужчин и 13698 женщин в возрасте 25–64 лет) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ1. Уровень потребления сладостей (мед, варенье, джемы и др.) и кондитерских изделий оценивался по частоте их присутствия в рационе (порций/раз в неделю). При оценке статуса курения выделяли лиц: курящих в настоящий момент, отказавшихся от курения 12 месяцев назад и более, и никогда не куривших.

**Результаты:** распространенность курения в популяции составила 39,0% среди мужчин и 13,6% среди женщин. Отказались от курения 27,3% мужчин и 11,9% женщин, никогда не курили 33,6% мужчин и 74,5% женщин. В общей популяции потребление сладостей и кондитерских изделий было частым и составило  $3,2 \pm 0,2$  раз в неделю. У женщин данные продукты присутствуют в рационе чаще, чем у мужчин —  $3,5 \pm 0,03$  против  $3,1 \pm 0,3$  раз/нед.,  $p < 0,0001$ . С возрастом потребление сладостей и кондитерских изделий снижается с сохранением гендерных различий: с  $3,5 \pm 0,04$  раз/нед. среди лиц 25–34 лет и  $3,3 \pm 0,04$  раз/нед. у лиц 35–44 лет до  $2,97 \pm 0,03$  раз/нед. — у лиц в возрасте 55–64 года,  $p < 0,005$  и  $p < 0,0001$ , соответственно. Сладости и кондитерские изделия чаще потребляли лица, никогда не курившие ( $3,46 \pm 0,03$  раз/нед.), реже — курящие в настоящий момент ( $3,05 \pm 0,04$  раз/нед.), разница достоверна  $p < 0,0001$ . Потребление сладостей и кондитерских изделий среди лиц, отказавшихся от привычки табакокурения, составило —  $3,28 \pm 0,04$  раз/нед. и было более редким по сравнению с никогда некурившими лицами ( $p < 0,0005$ ), но более высоким при сравнении с курящими ( $p < 0,0001$ ).

**Выводы:** потребление сладостей и кондитерских изделий среди взрослого населения РФ выше рекомендуемого. Женщины чаще мужчин включают сладости и кондитерские изделия в свой рацион. С возрастом потребление данных продуктов снижается с сохранением гендерных особенностей. Лица, никогда не курившие, чаще употребляют данные продукты, в отличие от лиц, отказавшихся от табакокурения. Сладости и кондитерские изделия реже присутствуют в рационе питания курящих лиц.

## 016 АССОЦИАЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И УРОВНЕЙ ВРАЖДЕБНОСТИ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М. М., Акимов А. М.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия

**Цель:** установление ассоциации распространенности артериальной гипертензии (АГ) и уровней враждебности в открытой городской популяции у мужчин 25–64 лет.

**Материал и методы:** одномоментное эпидемиологическое исследование было проведено на репрезентативной выборке, сформированной методом “случайных чисел” из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни. Отклик составил 85,0%. В анализ исследования включали распространенность АГ по унифицированным критериям оценки и распространенность низкого, среднего, высокого уровней враждебности по анкете ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Статистическая обработка данных исследования проводилась с применением базового пакета прикладных программ по медицинской информации IBM SPSS Statistics 21.0. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) Пирсона. Значения  $p < 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты:** в открытой городской популяции у мужчин 25–64 лет уровень враждебности составил 70,0%, причем преобладали средний и высокий уровни враждебности (средний уровень — 23,7%, высокий уровень — 46,6%). В младших возрастных группах уровень враждебности был выше, чем в общей популяции и старших возрастных группах. Распространенность АГ у мужчин 25–64 лет составила 48,7%. С увеличением возраста распространенность АГ возрастала, существенно увеличиваясь при переходе от третьего к четвертому и от четвертого к пятому десятилетиям жизни (20,3% — 55,3%,  $p < 0,001$ ; 55,3% — 68,8%,  $p < 0,01$ , соответственно в возрастных группах 25–34, 35–44 и 45–54 лет). Статистически значимые различия распространенности АГ с общепопуляционным показателем выявлены в возрастных группах 25–34, 45–54 и 55–64 лет. Установлены закономерности в отношении уровней враждебности в открытой городской популяции и их ассоциаций с АГ. В группах с наличием АГ существенно чаще встречался высокий уровень враждебности, существенно реже — средний его уровень.

**Выводы:** таким образом, эпидемиологические критерии психосоциальных факторов риска, в том числе враждебности, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подлежащих углубленному обследованию и диспансеризации.

## 017 ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА ПОВЕДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ г. МОСКВЫ

Котова М. Б., Розанов В. Б., Иванова Е. И.

ФГБУ НИИЦ ПМ МЗ РФ, Москва; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

Учителя относятся к профессиональным группам с самым высоким риском стрессовых расстройств. Одним из связанных со стрессом последствий, которые могут испытывать учителя, является профессиональное выгорание (ПВ), оказывающее негативное влияние как на физическое и психическое состояние здоровья, так и на поведение в отношении сохранения и поддержания здоровья.

**Цель:** оценить влияние ПВ на самооценку здоровья, поведение и действия по поддержанию и сохранению здоровья педагогов общеобразовательных школ г. Москвы.

**Материал и методы:** в исследовании участвовали 317 учителей пяти школ г. Москвы. Программа исследования включала медицинское обследование, оценку профессионального выгорания по методике В. В. Бойко, экспресс-диагностику уровня стресса по шкале психосоциального стресса L. Reeder и анкетирование для сбора сведений о заболеваниях, вредных привычках, самооценке здоровья, отношении к здоровью и активным действиях по его поддержанию. Все участники

исследования, в зависимости от уровня ПВ, распределены на 3 группы: 1-я группа — без выгорания, 2-я группа — средний уровень выгорания, 3-я группа — высокий и критический уровень выгорания.

**Результаты:** по мере увеличения степени ПВ, количество учителей оценивающих состояние своего здоровья как “плохое” увеличилось с 4,4% (1 группа) до 20,7% (3 группа) у женщин ( $p < 0,001$ ) и с 0% до 25% у мужчин ( $p < 0,001$ ). У женщин-педагогов при увеличении степени ПВ отмечается существенное снижение физической активности (с 30% до 13%;  $p = 0,02$ ), контроля за условиями труда (с 25% до 3%;  $p = 0,001$ ), эмоциональным состоянием (с 28% до 13%;  $p = 0,03$ ), своевременным обращением за медицинской помощью (с 18% до 5%;  $p = 0,001$ ). С увеличением ПВ женщины-педагоги снижают контроль за питанием (в частности, потреблением жиров и углеводов) и весом, в отличие от мужчин, которые с увеличением уровня ПВ усиливают контроль за этими показателями. С увеличением уровня ПВ растет число женщин, злоупотребляющих алкоголем (с 25% до 43%). У педагогов 2-й и 3-й групп отмечается пассивная тактика сопротивления стрессу. Отказ от действий по сохранению и укреплению здоровья учителя 2-й и 3-й групп, не зависимо от пола, аргументируют нехваткой свободного времени, усталостью и отсутствием силы воли, что косвенно указывает на тяжесть симптомов ПВ.

**Выводы:** установлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем ПВ школьных учителей и самооценкой здоровья. Большинство действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, оказывающих положительное влияние на снижение уровня ПВ, как то поддержание физической активности, соблюдение режима отдыха, управление эмоциональным состоянием, соблюдение режима питания, не поддерживаются в среде школьных учителей. Результаты исследования диктуют необходимость разработки мероприятий по предотвращению развития ПВ и созданию целенаправленных программ по сохранению и укреплению здоровья учителей.

#### 018 РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Кутумова О. Ю., Кононова Л. И.

Красноярский краевой Центр медицинской профилактики, Красноярск, Россия

**Цель:** отработать алгоритм оказания медицинской помощи при отказе от курения и внедрить методы фармакотерапии никотиновой зависимости в центрах здоровья Красноярского края.

**Материал и методы:** курящим пациентам, обратившимся в Центры здоровья, проводилась оценка статуса курения (тест Фагерстрема, опросник для оценки мотивации к курению и к отказу от курения, определение индекса курящего человека). Всем пациентам предлагалась помощь в отказе от курения. При высокой и умеренной степени никотиновой зависимости и высокой степени мотивации к отказу от курения предлагалась лечебная программа. В программу лечения включались: посещение “школы здоровья по отказу от курения”, консультации психолога, а также, по показаниям, никотин-заместительная терапия (высокодозный пластырь “Никоретте”) либо варениклин по стандартной схеме. В качестве контрольных показателей определялись: концентрация угарного газа в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина с помощью смеклайзера, а также спирометрия с определением биологического возраста легких. В 2-х центрах здоровья практиковалось СМС-информирование.

**Результаты:** проанализированы результаты оказания медицинской помощи при отказе от курения в 7 центрах здоровья за 2015-2017гг. Число курящих, которым был оценен статус курения в соответствии с алгоритмом, увеличилось за 3 года в 1,5 раза (в 2015г — 3779 человек, в 2016г — 4508, в 2017г — 7468 человек). Доля курящих, имеющих высокую степень никотиновой зависимости, за последние 3 года имеет

тенденцию к снижению (20,9%; 23,4%; 16,2% по годам наблюдения). Доля мотивированных к отказу от курения возросла с 31,7% в 2015г до 53,2% в 2017г. Доля пациентов, согласившихся на лечение, увеличилась с 25,5% в 2015г до 53,2% в 2017г.

Число пациентов, получающих никотин-заместительную терапию и варениклин, составило по годам наблюдения 767, 520 и 769 человек соответственно (доля от согласившихся на лечение 64,0% в 2015г, 73,0% в 2016г и 71,6% — в 2017г.). Соотношение получающих никотиновые пластыри и варениклин за последние 3 года изменилось в пользу варениклина: в 2015г доля варениклина составила 81,0% от числа получивших фармакотерапию, в 2016г — 72,1%, в 2017г — 80,4%. Доля пациентов, получивших никотин-заместительную терапию, составила 18,1%; 27,9%; 19,6%, соответственно. В целом из числа пациентов, согласившихся на лечение, в том числе принимающих и не принимающих фармакотерапию, отказались от курения (не курили 6 месяцев и более) по годам наблюдения 28,4%; 22,2%; 27,0% пациентов. Ограничили курение 42,6%; 44,7%; 65,7%, соответственно. На фоне фармакотерапии полностью отказались от курения в 2016г 41,6% (159 человек), в том числе после лечения пластырями никоретте 38 человек (29,9%), после лечения варениклином — 121 (47,4%). В 2017г отказались от курения 39,6% (218 человек), из них после лечения пластырями никоретте — 39,7% (60 человек), на фоне лечения варениклином — 39,5% (158 человек), при этом подавляющее число пациентов ограничились приемом только стартовой упаковки варениклина.

**Выводы:** помощь в отказе от курения в центрах здоровья является доступным и эффективным способом избавления от никотиновой зависимости.

#### 019 МАРКЕРЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА — ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАЛИЗОВАННОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Милягин В. А., Милягина И. В., Осипенкова Т. А., Ковалева О. А., Пунин Д. А., Жигунова Е. П.

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

**Цель:** определение возможности использования маркеров биологического возраста человека для оценки реализованного риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материал и методы:** обследовано 305 практически здоровых людей и 521 больной артериальной гипертензией (АГ). Возраст сердечно-сосудистой системы определялся методом апplanationной тонометрии (SphygmoCor, Австралия), который определяет центральное давление и аугментацию пульсовой волны — интегральный показатель сосудистой системы. Достоверность определения биологического возраста оценивалась методом объемной сфигмографии (VaSera, Япония) на основе анализа упруго-эластических свойств магистральных артерий.

**Результаты:** установлена высокая корреляционная связь биологического возраста (показатель аппарата VaSera) с хронологическим возрастом практически здоровых людей ( $r = 0,85$ ,  $p < 0,001$ ) и с показателями жесткости магистральных артерий (CAVI  $r = 0,71$ ,  $p < 0,001$ , R-PWV 0,64,  $p < 0,001$ ). У 241 человека в возрасте от 17 до 34 лет средний биологический возраст (21,7±3,9 лет) существенно не отличался от хронологического (22,5±4,3 лет). Показатели упруго-эластических свойств сосудов у них были в пределах нормы для данной возрастной группы. У 57 человек этой возрастной группы (хронологический возраст 24,4±4,5 года) биологический возраст был значительно выше (29,6±9,2 года,  $p < 0,001$ ). У них показатель CAVI превышал 75 перцентиль для этой возрастной группы, были более высокими и другие показатели жесткости магистральных сосудов, которые свидетельствовали о неблагоприятном воздействии на сосуды факторов сердечно-сосудистого риска. У больных АГ в этом возрасте биологи-



ческий возраст был  $33,0 \pm 13$  лет, что существенно выше хронологического возраста ( $22,7$  лет,  $p < 0,001$ ). У 122 здоровых людей в возрасте 35-54 года биологический возраст ( $43,4 \pm 7,33$  года) соответствовал хронологическому ( $44,8 \pm 5,4$  лет). У 41 человека из этой группы биологический возраст ( $53,6 \pm 6,5$  лет) был существенно выше хронологического возраста ( $47,0 \pm 5,4$  лет,  $p < 0,001$ ). У них показатель САVI превышал 75 процентов для этой возрастной группы, были более высокими и другие показатели, свидетельствующие о повышении жесткости артерий. У больных АГ в этой возрастной группе определялись более высокие показатели биологического возраста ( $58,8 \pm 11,3$  лет) по сравнению с хронологическим ( $46,9 \pm 5,4$  лет,  $p < 0,001$ ), более высокие показатели жесткости магистральных артерий.

**Выводы:** возраст человека в значительной степени зависит от возраста его сосудов, поэтому определение сосудистого возраста на основе оценки показателей не только центрального давления, но и жесткости магистральных артерий методом объемной сфигмографии могут использоваться для характеристики биологического возраста человека с целью осуществления профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

## 020 АДАПТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПАУЭРЛИФТИНГОМ

Плакида А. Л., Бондарев И. И., Кухар Н. Н.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В настоящее время большой популярностью у молодежи пользуются виды спорта, направленные на развитие силы. Одним из примеров является пауэрлифтинг, предусматривающий выполнение упражнений с тяжестями максимально возможного веса. При занятиях этим видом спорта в результате нагрузок высочайшей интенсивности воздействию подвергается не только опорно-двигательная система, но и сердечно-сосудистая, что, при неправильно построенном тренировочном процессе, ведет к возможному формированию патологических состояний.

**Цель:** изучение долговременной адаптации сердечно-сосудистой системы у спортсменов-пауэрлифтингов в зависимости от стажа занятий.

**Материал и методы:** для решения поставленных в работе задач, обследовали 64 спортсмена мужского пола, занимающихся пауэрлифтингом. Контрольную группу составили 30 здоровых мужчин, не занимающихся спортом систематически. Все обследованные лица были в возрасте от 23 до 38 лет. В состоянии относительного мышечного покоя исследовались стандартные показатели гемодинамики: частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое давление, сердечный выброс, ударный объем. В связи со значительной разницей антропометрических параметров, для унификации полученных данных нами дополнительно вводились показатели гемодинамики в пересчете на единицу площади тела обследуемых — сердечный индекс и ударный индекс.

**Результаты:** установлено, что на протяжении всего времени занятий пауэрлифтингом основной показатель насосной функции сердца, сердечный индекс, достоверно не изменяется и его величина достоверно не отличается от контрольной группы. Частота сердечных сокращений в покое у тяжелоатлетов не отличается от таковой у лиц, не занимающихся спортом, однако, такое положение имеет место только до третьего года занятий включительно. На четвертом же году занятий частота сердечных сокращений в покое достоверно возрастает, как по сравнению с третьим годом занятий ( $p < 0,05$ ), так и по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). В группе спортсменов на 4-м году занятий отмечается повышение диастолического давления по сравнению с 3-м годом занятий ( $p < 0,05$ ) и контрольной группой ( $p < 0,01$ ). При этом инотропный механизм сердца за период занятий пауэрлифтингом

не стимулируется и величина ударного индекса у спортсменов не отличается от контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

**Выводы:** занятия пауэрлифтингом, который может быть отнесен к специфической форме тяжелой атлетики, отличаются особым характером воздействия на гемодинамику спортсмена, а именно, приводят к стимуляции хронотропной функции сердца в покое, как компенсаторного механизма поддержания адекватного кровообращения в условиях чрезмерного повышения массы тела и, в особенности, увеличения мышечной массы.

## 021 СОДЕРЖАНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ — ФАКТОР ДОЛГОЛЕТИЯ?

Пристром М. С., Семенов И. И., Штонда М. В.

ГУО Белорусская медицинская академия последипломного образования”, Минск, Республика Беларусь

Демографическая ситуация последних десятилетий характеризуется увеличением числа лиц пожилого и старческого возрастов, а также увеличением продолжительности жизни. Выявление факторов, определяющих долголетие, — важная общемедицинская, социальная и государственная проблема.

**Цель:** изучить содержание насыщенных и ненасыщенных жирных кислот (ЖК), а также омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК): эйкозапентаеновой (ЭПК) и докозагексаеновой (ДГК) в крови пациентов различных возрастных групп и у долгожителей для оценки их значения как одного из факторов долголетия.

**Материал и методы:** обследовано 132 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) среднего, пожилого и старческого возрастов и 29 долгожителей. Содержание жирных кислот в крови определяли методом газовой хроматографии. Препарат омега-3 ПНЖК (Омекорд-МИК) назначали в дозе 2 грамма в сутки в течение 6 месяцев.

**Результаты:** установлено, что с возрастом изменяется соотношение суммы насыщенных и ненасыщенных ЖК. У долгожителей по сравнению с лицами старческого возраста имело место самое оптимальное соотношение суммы ненасыщенных и насыщенных ЖК ( $63,9\%$  и  $36,1\%$ ;  $52,7\%$  и  $47,3\%$ , соответственно) и высокое содержание ЭПК ( $2,34 \pm 0,27\%$  и  $1,46 \pm 0,11\%$ ,  $p < 0,01$ ) и ДГК ( $6,13 \pm 0,52\%$  и  $2,8 \pm 0,34\%$ ,  $p < 0,001$ ). Такое оптимальное соотношение ненасыщенных и насыщенных ЖК, а также высокое содержание ЭПК и ДГК, возможно, является одним из факторов долголетия, тем более установлено, что самая высокая продолжительность жизни имеет место в тех странах, где население употребляет в больших количествах морскую рыбу (сардины, атлантический лосось, семга, скумбрия, атлантическая сельдь).

Под влиянием Омекорда-МИК увеличилось содержание ЭПК с  $5,8 \pm 0,6$  мкг/мл до  $7,7 \pm 0,5$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ) и ДГК с  $29,3 \pm 3,7$  мкг/мл до  $34,2 \pm 3,2$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ), снизился биологический возраст с  $57,3 \pm 1,8$  до  $52,1 \pm 1,8$  года ( $p < 0,05$ ).

Показатель наследственности, характеризующий долю лиц, имеющих долголетних родственников, у обследованных лиц составил  $48,1\%$ , то есть почти у половины обследованных долголетие наследственно детерминировано. В то же время обращает на себя внимание тот факт, что  $51,9\%$  долгожителей не имели долголетних родственников. Эта группа долгожителей своим долголетием обязана в значительной мере, условиям и образу жизни, то есть внешнесредовым факторам.

**Выводы:** феномен долголетия имеет многофакторную обусловленность, возникающую вследствие сложного взаимодействия наследственных и внешнесредовых факторов и, возможно, уровня омега-3 ПНЖК. По мнению Хавинсона В. Х. (2016) сохранение ресурса жизнедеятельности человека только на 20-25% зависит от генетики. Выявление факторов, замедляющих процесс старения и увеличивающих ресурс жизнедеятельности человека, позволяет сохранить активное долголетие.

## 022 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО 10-ЛЕТНЕГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ

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

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

**Цель:** оценить суммарный 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мужской популяции города Тюмени на индивидуальном уровне, используя конвенционные и неконвенционные факторы риска (ФР).

**Материал и методы:** в 1996г было проведено эпидемиологическое исследование стандартными методами на основе репрезентативной выборки из избирательных списков граждан города Тюмени 25-64 лет в количестве 1000 человек. Отклик составил 79,5%. В течение последующих 10 лет в обследованной мужской когорте (795 мужчин) проводился анализ смертей от ССЗ по данным комитета ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-10. Всего за 10 лет наблюдения было зарегистрировано 83 смертей от ССЗ. Для оценки связи между факторами риска и смертностью от ССЗ использовали регрессионную модель пропорционального риска Кокса. Определяли коэффициенты регрессионного уравнения  $\beta$  и относительный риск (ОР).

**Результаты:** анализировали связи между смертностью и 10 факторами риска: возрастом, образованием, профессиональной принадлежностью, брачным статусом, систолическим и диастолическим артериальным давлением (САД и ДАД), индексом массы тела, содержанием в плазме крови общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности, статусом курения. В результате для построения модели суммарного кардиоваскулярного риска были отобраны 6 факторов с уровнем статистической значимости  $p < 0,05$ : возраст, ДАД, ОХС, начальный уровень образования, занятость в профессии тяжелого физического труда (ТФТ) и брачный статус. На основании этих данных была построена модель для оценки суммарного кардиоваскулярного риска смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин, которая имела вид  $h(t;x) = h_0(t;x) \cdot \exp(x_1b_1 + x_2b_2 + x_3b_3 + x_4b_4 + x_5b_5 + x_6b_6)$ , где  $x_1$  — возраст (количество лет на момент обследования),  $x_2$  — величина ДАД в мм рт.ст.,  $x_3$  — величина ОХС в мг/дл,  $x_4$  — начальное образование,  $x_5$  — занятость в профессиональной группе ТФТ,  $x_6$  — брачный статус,  $b_1, b_2, b_3, b_4, b_5, b_6$  — регрессионные коэффициенты переменных  $x_1, x_2, x_3, x_4, x_5$  и  $x_6$ , имеющие следующие значения:  $b_1=0,043$ ;  $b_2=0,042$ ;  $b_3=0,007$ ;  $b_4=0,801$ ;  $b_5=0,900$ ;  $b_6=1,232$ . Положительный знак коэффициентов модели свидетельствует о том, что все факторы при возрастании показателей увеличивают риск смерти от ССЗ. Абсолютный суммарный риск смерти от ССЗ через 10 лет в % (индивидуальный риск), рассчитывали по формуле:  $P = 100 \times (1 - a^{\exp(h(t;x))})$ , где  $a$  — кумулятивная доля выживших к концу срока наблюдения для функции дожития, определенной для средних значений переменных в полученной многофакторной модели Кокса = 0,928. Таким образом, итоговое уравнение расчета абсолютного риска в процентах имело вид:  $P = 100 \times (1 - 0,928^{\exp(-7,6411 + X_1 \cdot 0,043 + X_2 \cdot 0,042 + X_3 \cdot 0,007 + X_4 \cdot 0,801 + X_5 \cdot 0,900 + X_6 \cdot 1,232)})$ .

**Выводы:** таким образом, у мужчин 25-64 лет города Тюмени прогностически значимыми оказались 6 факторов (возраст, величина ДАД и ОХС в плазме крови, а так же уровень образования, занятость в сфере тяжелого физического труда и брачный статус). На основании этих факторов построена новая модель для индивидуальной оценки суммарного 10-летнего абсолютного риска смерти от ССЗ у мужчин 25-64 лет, проживающих в Тюмени.

## 023 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ ОДНОГО ИЗ РЕГИОНОВ РОССИИ

Тереховская Ю. В.<sup>1</sup>, Смирнова Е. А.<sup>1,2</sup>, Молодцова А. А.<sup>3</sup>, Якушин С. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань; <sup>2</sup>ГБУ РО ОККД, Рязань; <sup>3</sup>ГБУ РО ОКБ, Рязань, Россия

**Цель:** изучить 9-летнюю динамику распространенности факторов риска среди населения Рязанской области (РО) и пациентов с АГ.

**Материал и методы:** работа выполнена в рамках российского исследования “ЭПОХА”. В 2002г методом пошаговой рандомизации создана репрезентативная выборка населения РО (2098 человек, средний возраст 44,8±0,4 лет). Выборка обследована повторно в 2007г (1760 человек, средний возраст 48,5±0,4 лет) и 2016г (1497 человек, средний возраст 52,8±0,4 лет). Проанализирована роль факторов риска (ФР): пожилой возраст (мужчины старше 55, женщины старше 65 лет), ожирение, злоупотребление солью, алкоголем (больше 30 г чистого этанола в сутки для мужчин и 20 г для женщин), курение, низкая физическая активность (НФА) (менее 150 мин в неделю), отягощенная в отношении ССЗ наследственность. В группу АГ включались лица с АД ≥ 140/90 мм рт.ст. при двукратном измерении или нормальным АД, получающие антигипертензивную терапию, в группе с предгипертонией — лица с АД 120/80 — 139/89 мм рт.ст.

**Результаты:** в 2016г такой ФР, как пожилой возраст встречался у 35,5% выборки (против 20,8% в 2007г), отягощенная наследственность у 51,7% (против 43,6%), НФА 89,7% (против 69,8%), злоупотребляли солью 33,3% (против 45,9%), курили 16,6% (против 25,1%),  $p < 0,001$ . Распространенность ожирения значительно не изменилась (20,2% против 18,8%,  $p > 0,05$ ). Респонденты с АД менее 120/80 мм рт.ст. имели в среднем 2,04 ФР (мужчины — 2,42, женщины — 1,83,  $p < 0,001$ ), лица с предгипертонией — 2,23 ФР (2,57 и 1,84 соответственно,  $p < 0,001$ ), больные АГ — 2,88 ФР (3,14 и 2,75 соответственно,  $p < 0,001$ ). Наличие трех и более ФР характерно для 39,6% лиц с предгипертонией (52,2% мужчин и 24,8% женщин,  $p < 0,001$ ). Среди респондентов с предгипертонией наиболее часто встречались такие ФР, как НФА (84,9%), отягощенная наследственность (42,0%) и злоупотребление солью (39,6%). В 2016г в группе лиц с АГ достоверно чаще встречались такие ФР, как пожилой возраст (60,3%), отягощенная наследственность (57,2%), НФА (96,1%) и ожирение (33,2%) по сравнению с лицами без АГ (11,6%, 46,7%, 83,9% и 8,4% соответственно,  $p < 0,001$ ). Среди пациентов, не достигших целевых значений АД, чаще встречались пожилой возраст, ожирение, курение, злоупотребление солью (65,9%, 39,8%, 10,7%, 31,8% против 53,7%, 25,5%, 5,2%, 24,0%,  $p < 0,001$ ). Неблагоприятное влияние на эффективность терапии АГ оказывали курение (ОР 1,2; ДИ 1,1-1,4,  $p = 0,003$ ), злоупотребление солью (ОР 1,5; ДИ 1,01-1,2,  $p = 0,04$ ) и ожирение (ОР 1,6; ДИ 1,04-1,2,  $p = 0,01$ ).

**Выводы:** за 9-летний период в популяции Рязанской области в целом уменьшилась распространенность курения (на 8,5%) и злоупотребления солью (на 12,6%), увеличилась распространенность таких факторов риска ССЗ, как пожилой возраст (на 14,7%), отягощенная наследственность (на 8,1%) и низкая физическая активность (на 19,9%). С ростом уровня АД увеличивается среднее число факторов риска ССЗ, особенно у мужчин.

## 024 ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СИБИРСКОГО РЕГИОНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ PURE (PROSPECTIVE URBAN RURAL EPIDEMIOLOGY) В РОССИИ

Цыганкова Д. П.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

**Цель:** оценить половозрастные особенности распространенности основных компонентов метаболического синдрома (МС) среди жителей Сибирского региона по результатам исследования PURE в России.

**Материал и методы:** в выборку вошло население в возрасте от 35-70 лет. Из общей выборки (1547 человек) мужчины составляли 29,7% (459 человек), женщины — 70,3% (1088 человек). Были выделены возрастные группы: 35-49, 50-59 и 60-70 лет. Статистическая обработка осуществлялась с помощью STATISTICA 8.0.360.0 for Windows компании StatSoft, Inc. (США), SPSS Statistics версии 17.0.0. Критическим уровнем статистической значимости принимался 0,05. Исследование выполнено в соответствии с протоколом PURE, при финансовой поддержке компании «Пфайзер», грант №P0915.

**Результаты:** абдоминальное ожирение (АО) было выявлено у 64,4% жителей, при этом у мужчин выявлялось чаще, чем у женщин (69,1% и 62,4%, соответственно,  $p=0,013$ ). При анализе возрастных групп было выявлено, что частота данной патологии увеличивается с возрастом: 47,3% в возрасте 35-49 лет, 65,9% в группе 50-59 лет, 77,4% среди 60-70 лет,  $p=0,001$ . АГ встречалась у 61,2 % жителей, одинаково часто среди мужчин и женщин (61,4 % и 61,0 % у мужчин и женщин, соответственно,  $p=0,880$ ). Среди групп 35-49 лет АГ встречалась у 45,3 %, 50-59 лет — у 70,5%, 60-70 лет — у 83,9 % ( $p<0,001$ ). Патология липидного обмена встречалась у 45,5 % обследованных лиц, при этом, одинаково часто среди мужчин и женщин (44,8% и 45,8%, соответственно,  $p=0,736$ ). При анализе возрастных групп было выявлено, что максимальная частота выявления данного состояния приходилась на возрастную группу 50-59 лет (59,1%), в 60-70 лет процент распространенности достигал 47,2%, а в 35-49 лет — 29,5% ( $p<0,001$ ). Сахарный диабет (СД) встречался у 10,0% обследованных, одинаково часто среди мужчин и женщин (7,8% и 10,9%, соответственно,  $p=0,064$ ). При анализе возрастных групп было выявлено, что минимальная распространенность СД наблюдалась в младшей возрастной группе (2,5%). В когорте 50-59 лет распространенность достигала 10,1%, а в старшей возрастной группе — 16,3% ( $p=0,001$ ). Нарушение гликемии натощак (НГН) встречалось у 16,3%: среди мужчин выявлялось чаще, чем среди женщин (21,7% и 13,9%, соответственно,  $p=0,001$ ). Также, как и СД, распространенность нарушения гликемии натощак увеличивалась с возрастом (10,7% в младшей возрастной группе, 18,4% — в группе 50-59 лет и 19,8% — в старшей возрастной группе,  $p=0,001$ ).

**Выводы:** из составляющих МС у мужчин чаще, чем у женщин встречались АО и НГН. Распространенность основных компонентов увеличивалась с возрастом, за исключением патологии липидного обмена: максимальная распространенность наблюдалась в возрасте 50-59 лет.

## 025 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА ЕГО СНИЖЕНИЕ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Яскевич Р.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера — обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Ф. В. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия

**Цель:** изучить гендерные особенности качества жизни (КЖ) и причин, влияющих на его снижение у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертензией (АГ), прибывших на постоянное место жительства в центральную Сибирь.

**Материал и методы:** в исследование было включено 199 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), средний возраст 66,02 [95%ДИ: 64,8-67,2] лет. Основную группу составили мигранты Крайнего Севера — 145 чел., проживающие ранее на Крайнем Севере и переехавшие в дальнейшем на постоянное место жительства в Центральную Сибирь. В качестве группы контроля были обследованы 54 пациента с АГ, постоянно проживающие в г. Красноярске. Протокол исследования

включал: врачебный осмотр, анкетирование, двукратное измерение артериального давления, эхокардиографию, лабораторные исследования. Для исследования КЖ использовали методику, разработанную А. Г. Гладковым, В. П. Зайцевым, Д. М. Ароновым (1982).

**Результаты:** в ходе исследования выявлено, что у мигрантов Крайнего Севера суммарный показатель качества жизни (СПКЖ) составил — 5,27 [95%ДИ: -6,05 — -4,49] балла, что соответствовало умеренному снижению КЖ. Только у 11,5% обследуемых этой группы не выявлено снижения КЖ. У почти половины мигрантов (43,4%) отмечалось снижение качества жизни в легкой степени, у 18,8% — умеренной степени и у 26,3% — значительное снижение КЖ. Среди мужчин мигрантов СПКЖ был выше, чем у женщин -4,9 [95%ДИ: -6,52 — -3,38] балла против -5,4 [95%ДИ: -6,31 — -4,49] ( $p=0,24$ ) балла соответственно. Необходимость лечиться снижала качество жизни мужчин, мигрантов Крайнего Севера, в 73,5% случаев, женщин — 79,5%, изменение во взаимоотношении с родственниками — 14,7% и 23,8% ( $p=0,04$ ), изменения во взаимоотношении с сослуживцами — 2,9% и 10,2% ( $p=0,04$ ), ограничение в трудовой деятельности — 14,7% и 20,4%, уменьшение доходов — 17,6% и 7,9% ( $p=0,03$ ), понижение в должности — 14,7% и 17,0%, ограничение в проведении досуга — 11,7% и 23,8% ( $p=0,03$ ), ограничение общения с близкими друзьями — 17,6% и 17,0%, ограничение физической нагрузки — 35,3% и 31,8%, снижение активности в повседневной жизни — 50,0% и 57,9%, ограничение в питании — 26,5% и 38,6%, отказ от курения — 2,9% и 2,7%, ограничение в половой жизни — 32,4% и 9,1% ( $p=0,02$ ), соответственно.

**Выводы:** наиболее значимым фактором снижения КЖ, как для мужчин, так и женщин, мигрантов Крайнего Севера, являлись необходимость лечиться и принимать лекарственные препараты. Выявлены гендерные различия в КЖ у мигрантов Крайнего Севера: у мужчин на снижение качества жизни оказывали влияния, такие показатели, как уменьшение доходов (что вполне объяснимо резким снижением уровня дохода во время пребывания на Крайнем Севере и миграцией в районы Центральной Сибири) и ограничение в половой жизни, а у женщин — изменения во взаимоотношениях с родственниками, сослуживцами и ограничения в питании и проведении досуга.

## 026 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Яскевич Р.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера — обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Ф. В. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия

**Цель:** изучить гендерные особенности психосоматического статуса у мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертензией (АГ), прибывших на постоянное место жительства в центральную Сибирь.

**Материал и методы:** в исследование было включено 199 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), средний возраст 66,02 [95%ДИ: 64,8-67,2] лет. Основную группу составили мигранты Крайнего Севера — 145 чел., проживающие ранее на Крайнем Севере и переехавшие в дальнейшем на постоянное место жительства в Центральную Сибирь. В качестве группы контроля были обследованы 54 пациента с АГ, постоянно проживающие в г. Красноярске. Протокол исследования включал: врачебный осмотр, анкетирование, двукратное измерение артериального давления, эхокардиографию, лабораторные исследования. Для выявления и оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale).

**Результаты:** при оценке индивидуальной выраженности тревожно-депрессивной симптоматики установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 44,3% обследуемых мигрантов, при этом у 23,8% опрошен-



ных они носили субклинический характер, у 20,5% — клинически значимый. Симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 54,1,9% обследованных, из них у 33,6% — субклинического, у 20,5% — клинического характера. Среди мужчин мигрантов показатель выраженности клинических симптомов тревоги был ниже чем у женщин мигрантов — 5,67 [95%ДИ: 4,73 — 6,61] и 8,3 [95%ДИ: 7,59 — 9,08] ( $p=0,0001$ ) баллов, соответственно. У мужчин симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 34,3% обследованных, при этом у 14,3% отмечался субклинически выраженный уровень тревоги, у 2,9% клинически выраженный уровень. Среди женщин мигрантов Крайнего Севера симптомы тревоги отмечались у 55,2% обследованных, при этом субклинически и клинически значимые уровни тревоги составили 27,6% ( $p=0,18$ ) и 27,6% ( $p=0,012$ ), соответственно. Усреднённый балл по шкале депрессии также был ниже среди

мужчин мигрантов в сравнении с женщинами — 6,37 [95%ДИ: 5,28 — 7,47] и 8,1 [95%ДИ: 7,43 — 8,69] ( $p=0,0003$ ) баллов, соответственно. При оценке индивидуальной выраженности тревожной симптоматики было установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 34,3% обследуемых мужчин, при этом у 22,8% мигрантов мужского пола они носили субклинический характер, у 11,5% мужчин — клинически значимый. Среди женщин симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 62,1%, из них 37,9% — субклинического характера ( $p=0,16$ ) и 24,2% — клинического ( $p=0,18$ ).

**Выводы:** у мигрантов Крайнего Севера с АГ выявлена высокая частота встречаемости тревожной-депрессивной симптоматики, при этом женщины мигранты Крайнего Севера подвержены депрессии в 1,8 раза чаще, тревоге — в 3,2 раза чаще, чем мужчины.

## II. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

### 027 НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Далимова Д. А., Узакон Ж. К.*

ГП Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Центр высоких технологий, Ташкент, Узбекистан

**Цель:** изучить влияние розувастатина и антиагрегантов на некоторые факторы воспаления и липидный спектр больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) после стентирования.

**Материал и методы:** в исследование включали больных ИБС, стабильной стенокардией напряжения III ФК (23) после стентирования. Больные получали антиагреганты (клопидогрел и ацетилсалициловая кислота), бета-блокаторы, розувастатин, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. Исходно, через 1 и 3 месяца определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов, С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины (ИЛ) — ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), полиморфизм генов CYP2C19\*2 и CYP2C19\*17, активность аланин- и аспаратаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), содержание билирубина (Б).

**Результаты:** исходно выявлена достоверно более высокая концентрация цитокинов (ИЛ-1 $\beta$  — 76,2 $\pm$ 5,1; ИЛ-6 — 18,1 $\pm$ 4,9; и ФНО- $\alpha$  — 109,3 $\pm$  12,6 пг/мл, при таковых у здоровых лиц — ИЛ-1 $\beta$  — 3,2 $\pm$ 2,2; ИЛ-6 — 1,2 $\pm$ 0,5 и ФНО- $\alpha$  — 7,9 $\pm$ 3,6 пг/мл). На фоне приема розувастатина и двойной антиагрегантной терапии после стентирования выявлено снижение всех исследованных провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 — на 40%, ИЛ-6 — на 48%, и ФНО- $\alpha$  — на 37%). У большинства пациентов выявлена атерогенная дислипидопроteinемия. На фоне лечения отмечено достоверное снижение уровней ОХС, ХСЛПНП, ТГ и увеличение ХСЛПВП. Целевого уровня ОХС достигли 80% обследованных, ТГ — 78%, ХСЛПНП — 70%. Отмечено снижение уровня СРБ через 3 месяца (с 13,2 $\pm$ 1,6 до 9,2 $\pm$ 1,5 мг/л). Почти у всех пациентов степень агрегации тромбоцитов была повышенной. Увеличение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов свидетельствует о повышении собственно агрегационной активности тромбоцитов у этой категории больных. Через 3 месяца терапии достигнуты благоприятные изменения показателей агрегации. Побочного влияния не отмечено, что подтверждали показатели АЛТ, АСТ и Б. В развитии тромботических процессов, наряду с нарушениями липидного обмена и коагуляционных свойств крови, значительную роль играет воспаление. Выявлены взаимосвязи повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов с рестенозами. Липидснижающая эффективность розувастатина, а также антиагрегантное дей-

ствие ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. Однако у 17% пациентов сохранялся повышенный риск тромботических осложнений и рестеноза. В этом отношении подбор эффективных и безопасных доз антиагрегантов и статинов с учетом полиморфизма генов CYP2C19\*2 и CYP2C19\*17 позволит предупредить развитие резистентности к препаратам и, соответственно, рестенозов.

**Выводы:** стентирование и консервативное лечение оказали благоприятное влияние на течение ИБС. Для повышения эффективности и безопасности антиагрегантов и статинов и предупреждения осложнений необходим персонализированный подход с учетом генетических факторов.

### 028 ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Аникин В. В., Пушкарева О. В.*

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

**Цель:** изучить динамику приверженности к лечению работников крупного промышленного предприятия, страдающих артериальной гипертензией (АГ), прошедших обучение в Школе здоровья.

**Материал и методы:** под наблюдением находилось 185 больных АГ, отобранных методом случайной выборки среди работающих с основной профвредностью (ионизирующее излучение) на Калининской АЭС (г. Удомля), которые были рандомизированы в 2 группы — основную (125 больных среднего возраста 48,6 лет) и контрольную (60 больных — 49,1 лет). Исходно и через год наблюдения пациенты прошли анкетное и полное клинико-функциональное обследование, включавшее определение холестерина крови, ЭКГ, ЭХО-КГ, суточное мониторирование артериального давления (АД). Всем больным был проведен индивидуальный подбор гипотензивной терапии. Лица основной группы прошли обучение в Школе здоровья, согласно действующим рекомендациям Минздрава России. Особенностью исследования явилось доминирование категории больных со средним специальным (51,2% в основной и 55% в контрольной группах) и высшим (соответственно 32% и 28,3%) образованием.

**Результаты:** среди обследованных преобладали лица с мягкой и умеренной степенью повышения АД — 67,2% больных в основной и 71,7% в контрольной группе. Течение АГ при этом было малосимптомным. Большая часть больных имели низкую приверженность к выполнению врачебных рекомендаций и не считали себя больными (66% больных основной и 63,3% контрольной группы).

Исходно выявлено, что ежедневный контроль АД проводила лишь четверть больных. Обучение в Школе здоровья привело к увеличению числа лиц, измеряющих АД ежедневно (с 24,0% до 72,0%; ( $\chi^2= 62,2$ ;  $p<0,01$ ), тогда как в группе контроля их осталось 23,3%. При этом наблюдался рост числа больных, регулярно принимавших гипотензивные препараты (с 34,4% до 75,2%;  $\chi^2= 42,4$ ;  $p<0,01$ ). В контрольной группе число таких пациентов увеличилось только с 31,7% до 41,7%. Кроме того в основной группе возросло количество больных, использующих комбинированную схему лечения, с 7,2% до 36,8% ( $p<0,01$ ). В группе контроля число пациентов с комбинированной терапией изменилось незначительно с 8,5% до 10,1%. Следует отметить выявленную значимую связь между регулярностью приема лекарственных и информированностью обследованных о здоровом образе жизни ( $\chi^2= 12,9$ ;  $p<0,05$ ). Повышение приверженности к лечению привело к положительной динамике показателей суточного мониторинга АД в группе вмешательства и оптимизировало достижение его целевых значений. В свою очередь это способствовало снижению числа больных с высоким коронарным риском (с 9,6% до 4,0%) и уменьшению уровня суммарного риска (с  $1,75\pm 0,2$  до  $1,34\pm 0,14$ ;  $p<0,05$ ) при расчете по шкале SCORE.

**Выводы:** таким образом, обучение в Школе здоровья существенно повышает приверженность больных артериальной гипертензией к лечению и оптимизирует эффективность проводимой терапии по шкале SCORE.

## 029 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Аргунова Ю. А., Короткевич А. А., Помешкина С. А., Коков А. Н., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

**Цель:** оценить влияние физических тренировок высокой интенсивности, проводимых в предоперационном периоде у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перед плановым коронарным шунтированием (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК), на параметры перфузии миокарда, оцененные после операции.

**Материал и методы:** обследовано 38 пациентов мужского пола с ИБС, планируемых для проведения КШ в условиях ИК, рандомизированных на две группы: пациентам группы 1 ( $n=20$ , средний возраст  $57,9\pm 7,1$  лет) в предоперационном периоде проводились тренировки на тредмиле высокой интенсивности, пациентам группы 2 ( $n=18$ , средний возраст  $60,4\pm 7,0$  лет) тренировки не проводились. Тренировки продолжительностью 30 мин проводились в течение 7 дней. Тренирующая мощность определялась по данным кардиопульмонального нагрузочного теста и составляла 80% от максимального потребления кислорода.

Для оценки параметров перфузии миокарда использовалась однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) с аденозиновой пробой, которая выполнялась до начала тренировок и на 5-7-е сутки после операции пациентам обеих групп. Статистический анализ проводился в программе Statistica 10.0.

**Результаты:** пациенты изучаемых групп были сопоставимы по исходным клинико-anamnestическим характеристикам, параметрам интраоперационного периода, показателям кардиопульмонального нагрузочного теста и ОФЭКТ. Во время проведения курса физических тренировок осложнений не отмечалось.

Оценивались следующие показатели: уровень накопления радиофармпрепарата (РФП) в каждом из 17-ти сегментов миокарда левого желудочка, интегральные показатели тяжести поражения миокарда: SRS (Summed Rest Score) — сумма баллов, характеризующих дефект перфузии в покое, SSS (Summed Stress Score) — сумма баллов, характеризующих дефект перфузии после введения АТФ, SDS (Summed Difference Score) — сумма баллов, характеризующих стресс-индуцированную переходящую ишемию.

Анализ параметров перфузии миокарда после КШ выявил, что в группе 1 уровень захвата РФП был значимо выше такового в группе 2 в ряде сегментов базального ( $74,9\pm 3,9\%$  и  $70,3\pm 7,4\%$ ,  $p=0,04$ ), среднего ( $86,7\pm 5,2\%$  и  $79,6\pm 10,4\%$ ,  $p=0,03$ ) и апикального ( $85,8\pm 5,0\%$  и  $79,0\pm 8,7\%$ ,  $p=0,02$ ) отделов миокарда. Показатель SDS в группе 1 был значимо меньше такового в группе 2 (0 и  $0,9\pm 0,53$  баллов,  $p=0,04$ ), что подтверждается положительной периоперационной динамикой. Отмечено значимое уменьшение показателя SSS ( $p=0,013$ ) и SDS ( $p=0,018$ ) в послеоперационном периоде КШ по сравнению с предоперационными значениями в группе 1, в то время как в группе 2 отмечалась лишь тенденция.

**Выводы:** включение физических тренировок высокой интенсивности в предоперационном периоде КШ способствует улучшению показателей перфузии миокарда в послеоперационном периоде.

## 030 ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТЕМ

Галимская В. А., Голубева А. В., Томашевская Ю. А., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

**Цель:** оценить эффективность терапии аторвастатином на параметры эхокардиографии (ЭХО-КГ) и показатели глобальной деформации через 3 месяца у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

**Материал и методы:** в исследование включено 43 больных ИМпСТ: 38 мужчин и 5 женщин, которые в течение 12 недель, начиная с первых суток после ИМпСТ принимали аторвастатин в средней дозе 40 мг. Критерии включения: возраст от 35 до 65 лет, гемодинамически значимый стеноз только 1 коронарной артерии по результатам коронарографии, отсутствие ЭХО-КГ признаков патологического ремоделирования ЛЖ (иКДО не более 20%) через 3 месяца от начала заболевания. Средний возраст пациентов составил 52 (45; 58) года. ЭХО-КГ проводили на ультразвуковом сканере MyLab (Esaote, Италия) на 7-9 день от начала заболевания и через 12 недель с определением фракции выброса (ФВ) по методу Simpson, индекса конечного диастолического объема (иКДО), индекса конечного систолического объема (иКСО). Для оценки глобальной продольной (GLS) и циркулярной (GCS) деформации использовалось программное обеспечение X-Strain™. Эффективная гиполипидемическая терапия определялась на основании снижения уровня ЛПНП к 12-й неделе после ИМпСТ до  $1,5$  ммоль/л и/или на 50% от исходного. В зависимости от этого, ретроспективно были выделены группы: группу эффективной терапии "ЭТ" составили 17 человек, достигших целевых значений ЛПНП, в группу неэффективной терапии "НТ" вошли 26 больных, ЛПНП которых не соответствовал рекомендованному уровню. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, росту и весу.

**Результаты:** в группе "ЭТ" выявлено увеличение ФВ с  $52,8\pm 10,3\%$  до  $58,1\pm 9,1\%$  ( $p<0,05$ ). иКДО и иКСО в группе "ЭТ" снизились с  $56,5\pm 18,1$  до  $51,6\pm 19,4$  ( $p<0,05$ ), с  $26,9\pm 12,2$  до  $22,4\pm 11,8$  ( $p<0,05$ ), соответственно. У пациентов, не достигших целевого уровня ЛПНП на 7-9 сутки ФВ —  $54,3\pm 9,3\%$ , КДО —  $61,7\pm 13,4$ , иКСО —  $26,5\pm 10,8$ , через 12 недель  $56,9\pm 9,6\%$  (нд);  $58,3\pm 15,3$  (нд);  $21,6$  (15,8; 32,8) (нд), соответственно. Динамика GLS в обеих группах была недостоверной: в группе "ЭТ" исходно  $16,9\pm 5,4\%$ , через 3 месяца  $16,6\pm 5,3\%$ ; в группе "НТ" —  $18,2\pm 3,5\%$ , и  $17,6$  (15,6; 19,9)%. В группе "ЭТ" GCS на 7 сутки составил  $20,1\pm 8,2\%$ , через 3 месяца  $19,6\pm 8,2\%$  (нд), у лиц "НТ" — GCS  $21,3\pm 4,9\%$  и  $19,1\pm 5,5\%$  ( $p<0,05$ ).

**Выводы:** в группе с эффективной липидснижающей терапией наблюдается улучшение гемодинамических показателей ЛЖ. У лиц, не достигших целевого уровня ЛПНП, наблюдается снижение глобальной циркулярной деформации.

### 031 ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА

Деревянных Е. В.<sup>1</sup>, Яскевич Р. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Ф. В. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск; <sup>2</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера — обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск, Россия

**Цель:** изучить особенности приверженности к лечению артериальной гипертензии (АГ) медицинских работников крупной клинической больницы города Красноярск.

**Материал и методы:** обследовано 1230 медицинских работников крупной клинической больницы города Красноярск в возрасте от 20 до 77 лет, средний возраст 40,3±0,8 года.

Протокол исследования включал: врачебный осмотр, интервьюирование, анкетирование, двукратное измерение артериального давления (АД), эхокардиографию, электрокардиографию, антропометрию, определение биохимических показателей сыворотки крови. Приверженность к лечению АГ оценивали по общепринятой методике Мориски-Грина (Morisky D. et al., 1986).

**Результаты:** распространенность АГ среди медицинских работников составила 32,8%. При сравнении мужчин и женщин выявлено, что распространенность АГ выше у мужчин медицинских работников — 45,01% в сравнении с женщинами — 29,7% (p=0,0001). С возрастом отмечалось статистически значимое увеличение распространенности АГ как среди женщин, так и среди мужчин. Осведомленность о наличии АГ среди медицинских работников составила 64,9%. С возрастом отмечалось увеличение осведомленности пациентов о наличии у них АГ. При этом осведомленность о наличии АГ среди медицинских работников была несколько ниже показателей в общей популяции, однако достаточно высокой в старших возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин. При изучении приверженности к лечению медицинских работников с АГ установлено, что среди женщин получали лечение 51,9%, нерегулярно лечились 23,0%, регулярно — 28,9%, достигли целевых уровней АД 19,6%. Впервые АГ была выявлена у 30,2% обследованных женщин, отказ от лечения составил 17,9%. Анализ приверженности к лечению среди мужчин показал, что только 35,3% получали лечение, регулярно лечились 18,5%, нерегулярно — 16,8%, а адекватно лечились всего 12,4% обследованных. Отказ от лечения среди мужчин составил 20,4%. Приверженность лечению АГ была самой высокой в возрастных группах 50-59 лет, 60 лет и старше как среди мужчин, так и среди женщин.

**Выводы:** несмотря на достаточную информированность о методах профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, полученных в рамках профессионального образования, распространенность АГ среди обследованных медицинских работников была высокой, идентичной показателям в общей популяции. Осведомленность о наличии АГ среди медицинских работников и приверженность лечению АГ была самой высокой в старших возрастных группах.

### 032 ДИНАМИКА ВНР НА ФОНЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ

Душина Е. В., Барменкова Ю. А., Галимская В. А., Лукьянова М. В.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

**Цель:** оценить динамику концентрации мозгового натрий-уретического пептида (BNP) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) в зависимости от эффективности гипوليцидемической терапии.

**Материал и методы:** в исследование включено 100 с больных ИМпСТ, средний возраст которых составил 52

(45,5; 59) года, большинство из них были мужчинами (87%). Все пациенты на протяжении 48-и недель принимали аторвастатин в разных дозах: от 20 до 80 мг/сут. Больным до начала гипопицидемической терапии, а в последующем каждые 12 недель, проводился анализ липидного профиля: общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Определение ВНР выполнялось на 7-9 сутки ИМпСТ, 24-ю и 48-ю недели постинфарктного периода. Ретроспективно, в зависимости от достижения целевого уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л и/или снижения на 50% от исходного уровня, выделены 2 группы пациентов: эффективной терапии “Э” — 51 человек (51%), которые на фоне лечения достигли рекомендованного уровня ЛПНП; группу неэффективной терапии “Н” составили 49 больных (49%), не достигших целевого уровня ЛПНП. Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и антропометрическим показателям.

**Результаты:** исходно в группе “Э” ВНР составил 114,1 (95%ДИ 75,1; 153,2) пг/мл, а к 24-й неделе терапии его концентрация снизилась на 39% — 69,5 (95%ДИ 39,8; 99,1) пг/мл (p=0,03). К 48-й неделе наблюдения уровень лабораторного маркера сердечной недостаточности в этой группе достиг 80,9 (95%ДИ 36,8; 124,9) пг/мл (p=0,04). В то же время, в группе неэффективной гипопицидемической терапии достоверной динамики уровня ВНР за все периоды обследования не зафиксировано.

**Выводы:** достижение целевого уровня ЛПНП на фоне длительной терапии статинами у больных, перенесших ИМпСТ, ассоциировалось со значительным снижением уровня ВНР, что свидетельствует о благоприятном влиянии липид-связанных эффектов статинов на восстановление дисфункции левого желудочка в постинфарктном периоде.

### 033 НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Душина Е. В., Барменкова Ю. А., Томашевская Ю. А., Квасова О. Г.

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

**Цель:** оценить влияние эффективности длительной терапии статинами на функциональную способность почек у больных после инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

**Материал и методы:** обследовано 100 больных с ИМпСТ в возрасте 52(45,5; 59) лет без признаков хронической болезни почек (ХБН) выше С3 стадии (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), которые в течение 48-и недель после ИМпСТ постоянно принимали аторвастатин в разных дозах. На 7-е сутки ИМпСТ, а также каждые 24-е недели выполнялось определение уровня креатинина на анализаторе Olympus AU400, а также расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration, 2009). Оценка эффективности гипопицидемической терапии основывалась на уровне ЛПНП — достижении значений ЛПНП менее 1,8 ммоль/л и/или снижение на 50% от исходного уровня. К 48-й неделе лечения пациенты были распределены в группы: группу эффективной липидснижающей терапии “Э” составили 51 человек, достигшие целевых значений ЛПНП, в группу неэффективного лечения “Н” вошли 49 больных, ЛПНП которых не соответствовал рекомендованному уровню. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, антропометрическим данным.

**Результаты:** концентрация креатинина в группе “Э” исходно, а также на 24-й и 48-й неделях наблюдения сохранялась на одном уровне — 89,9 (95%ДИ 85,4-94,3), 89,2 (95%ДИ 85,6-92,8) и 90 (95%ДИ 86,4-93,6) мкмоль/л на соответствующих сроках наблюдения. В сравнимой группе к 48-й неделе обследования замечено увеличение концентрации креатинина до 96,6 (95%ДИ 90,3-102,9) мкмоль/л (p=0,04) по отноше-



нию к начальному значению — 90,1 (95%ДИ 85-95,2) мкмоль/л. Относительно стабильным оставалась СКФ у лиц группы “Э”: на 7-е сутки — 81,9 (95%ДИ 76,2-87,6), на 24-ю неделю — 83,6 (95%ДИ 79,2-88), к окончанию наблюдения — 81,9 (95%ДИ 77,2-86,5) мл/мин. В то же время в группе “Н” получено значительное снижение СКФ с 85,4 (95%ДИ 79,5-91,3) мл/мин до 77,4 (95%ДИ 72,8-81,9) мл/мин к 48-й неделе ( $p=0,007$ ). ХБП 3А стадии за 48-и недельный период наблюдения развилась у 1 (2%) пациента группы “Э”, в то время как в группе “Н” у 5 (10,2%) больных диагностировано значимое снижение СКФ: у 4 — ХБП 3А, у 1 — 3Б стадии [ОШ = 5,68 (95%ДИ 0,64 — 50,5)].

**Выводы:** неэффективная гипополипидемическая терапия у постинфарктных пациентов сопровождалась снижением клубочковой фильтрации, а достижение целевого уровня ЛПНП на фоне приема аторвастатина ассоциировалась с нефропротективным действием.

### 034 ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

*Измайлова О. В., Карамнова Н. С.*

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** изучить особенности характера питания женщин с артериальной гипертонией на современном этапе.

**Материал и методы:** обследовано 176 женщин, проживающих в г. Москве и обратившихся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Средний возраст женщин составил  $52,9 \pm 13,5$  лет. Средний уровень САД составил  $123,6 \pm 17,5$ , ДАД —  $77,9 \pm 10,6$  мм рт.ст. Из всех обследованных, пациентки с АГ составили — 25,6% (45 чел.). Оценка фактического питания выполнена с использованием программы “Анализ состояния питания человека” версия 1.2.4.

**Результаты:** суточная калорийность рациона питания женщин с АГ составила  $1883,7 \pm 505,7$  ккал и достоверно не отличалась от суточной калорийности у женщин без АГ ( $1984,91 \pm 535,5$  ккал). Рацион питания женщин с АГ, также как и женщин без АГ, характеризовался избыточным потреблением жиров, главным образом, за счет насыщенных. Так, доля общего жира в обеспечении общей калорийности рациона питания женщин с АГ составила 43,8%, а среди женщин без АГ — 45,9%, что значительно превышает рекомендуемую величину в 30%. Потребление общего жира, НЖК и ПНЖК было несколько ниже у женщин с АГ ( $87,9 \pm 23,67$ ;  $28,8 \pm 10,1$  и  $21,0 \pm 5,21$  г/сут., соответственно), чем у женщин без АГ ( $94,5 \pm 25,7$ ;  $29,5 \pm 10,7$  и  $23,2 \pm 7,67$  г/сут., соответственно), но без достоверной разницы. Потребление белка среди женщин с АГ ( $68,0 \pm 20,7$  г/сут.) достоверно не отличалось от потребления белка среди женщин без АГ ( $67,2 \pm 20,6$  г/сут.). Суточное потребление общих углеводов и крахмала среди женщин было ниже рекомендуемых величин ( $185,4 \pm 65,8$  и  $88,9 \pm 38,9$  мг/сут., соответственно), что достоверно не отличалось от потребления этих нутриентов среди женщин без АГ ( $183,9 \pm 74,2$  и  $84,1 \pm 47,9$  г/сут.). Потребление добавленного сахара среди женщин с АГ было несколько ниже, чем среди женщин без АГ и составило  $30,9 \pm 30,0$  против  $36,0 \pm 29,9$  мг/сут., но без достоверной разницы. Содержание пищевых волокон в рационе женщин с АГ, также как и в рационе женщин без АГ, было значительно ниже рекомендуемой величины (20 г) и составило  $9,3 \pm 4,5$  и  $8,1 \pm 4,1$  г/сут., соответственно. Пациентки с АГ употребляли алкоголь (в пересчете на этанол) достоверно меньше, чем женщины без АГ ( $1,4 \pm 1,4$  против  $3,2 \pm 4,2$  г/сут.,  $p < 0,05$ ). Среди пациенток с АГ также, как и среди женщин без АГ, отмечено недостаточное потребление витаминов:  $B_1$  ( $0,9 \pm 0,3$  и  $0,9 \pm 0,3$  мг/сут.),  $B_2$  ( $1,2 \pm 0,4$  и  $1,2 \pm 0,4$  мг/сут.), и  $PP$  ( $11,8 \pm 3,5$  и  $11,3 \pm 3,3$  мг/сут.) и минеральных веществ: кальция ( $916,5 \pm 378,1$  и  $916,3 \pm 375,6$  мг/сут.), магния ( $298,8 \pm 92,7$  и  $302,0 \pm 90,9$  мг/сут.), железа ( $15,3 \pm 5,0$  и  $14,9 \pm 4,7$  мг/сут.).

**Выводы:** характер питания женщин с АГ характеризуется избыточным потреблением общего и насыщенного жиров, низким потреблением общих углеводов и пищевых волокон, недостаточным потреблением витаминов  $B_1$ ,  $B_2$ ,  $PP$  и минералов: Ca, Mg, Fe, что целесообразно учитывать при проведении профилактического консультирования по коррекции рациона питания.

### 035 СРАВНЕНИЕ РИСКОВ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ, ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

*Комков А. А.<sup>1,2</sup>, Мазеев В. П.<sup>1</sup>, Рязанова С. В.<sup>1</sup>, Самоцатов Д. Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ НМИЦ профилактической медицины Минздрава РФ, Москва; <sup>2</sup>ГБУЗ ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия

**Цель:** сравнить нежелательные клинические и ангиографические результаты, вызванные чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ) и развивающимися, в связи с этим новыми видами ангиопатий после стентирования коронарных артерий.

**Материал и методы:** в исследование включено 155 пациентов после ЧКВ с имплантированными голометаллическими стентами (BMS) и стентами с лекарственным покрытием (DES). Повторные коронароангиографии (КАГ) были выполнены всем пациентам, включенным в исследование по соответствующим клиническим показаниям на различных сроках после базового ЧКВ (index-ЧКВ). После повторной выписки всем пациентам проведены телефонные опросы для оценки основных нежелательных событий: смерть, инфаркт миокарда (ИМ), повторные реваскуляризации. Были рассмотрены основные клинические и ангиографические показатели, а также их влияние на нежелательные события, включавшие в том числе полную или неполную реваскуляризацию. Основным статистическим методом обработки материала явилась регрессия Кокса с представленными относительными рисками (ОР) с их 95% доверительными интервалами (ДИ).

**Результаты:** средний возраст пациентов составил  $60,68 \pm 8,69$  лет, 75% были мужского пола. Медиана времени до повторной КАГ была  $195,00$  [78,00;523,00] дней. Среднее время от последней зарегистрированной катетеризации до телефонного контакта было  $2074,00 \pm 536,12$  дней. 2-3 этапная реваскуляризация уменьшала риск кумулятивного события (смерть+ИМ+повторная реваскуляризация) на этапе телефонного контакта (ОР 0,286, 95% ДИ, 0,085-0,961,  $p=0,043$ ). По данным телефонного контакта: артериальная гипертензия повышала риск ИМ (ОР 15,316, 95% ДИ, 1,278-183,593,  $p=0,031$ ); ожирение уменьшало риск повторной реваскуляризации (ОР 0,167, 95% ДИ, 0,040-0,699,  $p=0,014$ ); многососудистое поражение и устьеовое поражение уменьшало отсутствие событий (ОР 0,455, 95% ДИ, 0,217-0,956,  $p=0,038$ ; ОР 0,298, 95% ДИ, 0,122-0,732,  $p=0,008$  соответственно); высокий уровень ХС ЛНП ( $>3,5$  ммоль/л) уменьшал отсутствие событий (ОР 0,442, 95% ДИ, 0,210-0,930,  $p=0,031$ ). 2-3 этапная реваскуляризация уменьшала риск ИМ между исходной ЧКВ и повторной КАГ (ОР 0,145, 95% ДИ, 0,041-0,511,  $p=0,003$ ). DES второго поколения уменьшали риск диссекций на этапе исходной ЧКВ (ОР 0,235, 95% CI, 0,058-0,959,  $p=0,044$ ).

**Выводы:** основные нежелательные события развивались при артериальной гипертензии, многососудистой болезни коронарных артерий, высоком уровне ХС ЛНП. Ожирение, как известный парадокс, влияло позитивно на исходы и уменьшало частоту повторных реваскуляризаций.

### 036 ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО РЕГИСТРА ПРОФИЛЬ

Комкова Н. А., Кутищенко Н. П., Марцевич С. Ю.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** провести анализ применения бета-адреноблокаторов ( $\beta$ -АБ) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в реальной практике врача, используя данные амбулаторного регистра.

**Материал и методы:** проанализированы данные амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ, в который вошли пациенты  $\geq 18$  лет, обратившиеся за консультацией по поводу ССЗ в специализированное кардиологическое подразделение научно-исследовательского центра г. Москвы с 2011 по 2015гг. ( $n=1531$ ). Доля пациентов, которым были назначены  $\beta$ -АБ составила — 49,1% ( $n=752$ ).

**Результаты:** назначение  $\beta$ -АБ в регистре ПРОФИЛЬ среди пациентов с ССЗ распределилось следующим образом: больным с ИБС в 55,6% случаев, после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) — 30,7%, у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) — 42,1% и при неосложненной артериальной гипертензией (АГ) — 20,6%. Среди  $\beta$ -АБ наиболее распространенным в применении был бисопролол — 63,8%, затем метопролол — 17,3%, карведилол — 7,3%, небиволол — 4,9%, и у 6,5% применялись другие  $\beta$ -АБ (атенолол, пропранолол, бетаксолол, соталол, пиндолол). Аналогично назначались  $\beta$ -АБ у больных после перенесенного ИМ: бисопролол — 64,1%, метопролол — 22,1% (при этом метопролола тартрат использовался почти в 2 раза чаще — 64,7%, чем метопролола сукцинат — 35,3%); затем по частоте применения был карведилол — 7,4% и 6,5% другие  $\beta$ -АБ (небиволол, атенолол, соталекс). Не выявлено отличий по частоте применения  $\beta$ -АБ и у больных с ХСН: бисопролол — 60,4%, метопролол — 18,7% (доля тартрата составила — 66,7%, сукцинат — 33,3%), карведилол — 9,4% и 11,5% составили другие  $\beta$ -АБ (небиволол, соталол, пропранолол, бетаксолол, атенолол).

**Выводы:** Отмечено недостаточное назначение  $\beta$ -АБ у больных, имеющих прямые показания (перенесенный ИМ и ХСН) к их назначению. Выбор  $\beta$ -АБ не всегда соответствовал данным доказательной медицины.

### 037 “ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ” — СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Корвякова О. П., Кулишова Т. В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул; АО “Курорт Белокуриха”, санаторий “Белокуриха”, Белокуриха, Россия

**Цель:** изучить эффективность занятий в “Школе здоровья” больных артериальной гипертонией в условиях санатория.

**Материал и методы:** в исследование было включено 60 больных артериальной гипертонией (АГ) I-II степени, средний возраст  $56,8 \pm 3,5$  лет, проходящих санаторно-курортное лечение. Все пациенты были разделены на 2 рандомизированные группы. Больные АГ основной группы 30 человек получали комплексное санаторное лечение и обучение в “Школе здоровья”. Больные группы сравнения 30 человек проходили то же лечение, но без обучения в “Школе здоровья”. Образовательная программа состояла из 8 занятий. Обучение было направлено на повышение информированности пациентов с АГ о заболевании, его факторах риска, формирование приверженности к лечению, а также умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, по снижению неблагоприятного влияния на здоровье факторов риска. Каждое занятие включало информационный материал и активные формы обучения, направленные на развитие уме-

ний и практических навыков. Особое внимание уделялось индивидуальному обучению пациентов методике измерения артериального давления (АД) и ведению дневника пациента. Исходно, после лечения и через 6 месяцев определяли АД, показатели по тесту САН и опроснику SF-36.

**Результаты:** по сравнению с исходными показателями у больных АГ основной группы АД было достоверно ниже не только к концу санаторно-курортного лечения, но и через 6 месяцев, и ниже чем в группе сравнения. 73,3% пациентов “Школы здоровья” ответили на анкеты, в которых отмечали, что продолжают следовать рекомендациям, полученным в “Школе здоровья”, регулярно измеряют АД, принимают гипотензивную терапию, занимаются лечебной физкультурой, соблюдают диетическое питание. Приверженность к лечению у больных группы сравнения была статистически менее значимой. По данным теста САН после лечения в основной группе “Самочувствие”, “Активность” “Настроение” улучшились на 27,2% ( $p < 0,05$ ); 28,7% ( $p < 0,05$ ) и 30,2% ( $p < 0,05$ ), соответственно. В группе сравнения данные показатели были достоверно ниже. Через 6 месяцев прослеживалось снижение значений теста САН в обеих группах, но у пациентов, занимавшихся в “Школе здоровья” определялись достоверно лучшие показатели. К концу курса лечения у больных АГ I-II степени исследуемых групп прослеживался достоверный рост всех показателей качества жизни (КЖ), однако в основной группе он был значим в большей степени по психологическому компоненту (на 44,5%: ( $p < 0,05$ )). В группе сравнения динамика КЖ была достоверно ниже. Через 6 месяцев в основной группе определялась более значимая динамика по психологическому компоненту КЖ.

**Выводы:** таким образом, занятия в “Школе здоровья” повышают приверженность к лечению больных АГ, способствуют достижению целевых показателей АД, улучшают психосоматическое состояние и повышают качество жизни больных.

### 038 АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ

Коричкина Л. Н., Бородина В. Н.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

**Цель:** оценить взаимосвязь факторов риска у больных артериальной гипертонией (АГ) III стадии.

**Материал и методы:** обследованы 57 (мужчин — 26, женщин — 31, средний возраст 65,7 года) пациентов с верифицированным диагнозом АГ III стадии в ГБУЗ Тверской области “Областная клиническая больница” (главный врач — к.м.н., доцент Козлов С. Е.). Пациенты были разделены по полу на 2 группы. У них изучались: возраст, длительность заболевания (лет), индекс массы тела (ИМТ,  $\text{кг}/\text{м}^2$ ), глюкоза крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ,  $\text{мл}/\text{мин}/1,73 \text{ м}^2$  по формуле СКД-ЕРІ и формуле Кокрофта-Гоулта). Пациенты получали показанную лекарственную терапию, артериальное давление было в среднем 137/82 мм рт.ст. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программы “Microsoft Excel”, “Biostat-2007”. Коэффициент корреляции ( $r$ ) определяли с использованием метода Спирмена.

**Результаты:** у больных с АГ III стадии статистически значимая отрицательная корреляционная связь отмечена между показателем СКФ и возрастом ( $r = -0,42$ ,  $p = 0,0023$  и  $r = -0,53$ ,  $p = 0,001$ ), между показателем СКФ СКД-ЕРІ и длительностью заболевания ( $r = -0,26$ ,  $p = 0,01$ ). Определялась положительная корреляционная связь показателя СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта с ИМТ ( $r = 0,51$ ,  $p = 0,006$ ).

У мужчин с АГ III стадии статистически значимая прямая корреляционная связь определена между длительностью заболевания и возрастом ( $r = 0,25$ ,  $p = 0,03$ ), отрицательная корреляционная связь между длительностью заболевания и ИМТ ( $r = -0,29$ ,  $p = 0,02$ ); показателем СКФ по формуле СКД-ЕРІ и возрастом ( $r = -0,64$ ,  $p = 0,002$ ), показателем СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта и возрастом ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,004$ ).

Положительная взаимосвязь установлена между показателем СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта и ИМТ ( $r=0,68$ ,  $p=0,002$ ). Показатель глюкозы в крови положительно коррелировал с возрастом ( $r=0,33$ ,  $p=0,007$ ) и отрицательно с показателем СКФ по формуле СКД-ЕР1 и формуле Кокрофта-Гоулта (соответственно  $r=-0,41$ ,  $p=0,008$  и  $r=-0,28$ ,  $p=0,03$ ).

У женщин с АГ III стадии показатель СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта обратно коррелировал с возрастом ( $r=-0,49$ ,  $p=0,005$ ) и прямо — с ИМТ ( $r=0,6$ ,  $p=0,003$ ). Прямая корреляционная связь обнаружена между показателем глюкозы и ИМТ ( $r=0,28$ ,  $p=0,02$ ).

Представленные результаты показали, что у больных с АГ III стадии показатели СКФ коррелируют с возрастом, длительностью заболевания и ИМТ. При исследовании взаимосвязи факторов риска по полу установлено, что у мужчин возраст коррелирует с длительностью заболевания, ИМТ, СКФ. В свою очередь ДЗ и СКФ коррелируют с ИМТ. При этом у них отмечена взаимосвязь показателя ГК с возрастом и СКФ. У женщин выявлена прямая корреляция между ИМТ, возрастом и показателем глюкозы крови.

**Выводы:** 1. У больных с АГ III стадии показатель СКФ прямо коррелирует с ИМТ и обратно с возрастом и длительностью заболевания. 2. Выявлены различия корреляционной связи между факторами риска в зависимости от пола пациентов.

### 039 СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАЦИЕНТА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

*Корниенко Н. В., Гафарова Н. Х., Радзивил П. Н.*

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ОВ КФУ имени В. И. Вернадского, Симферополь, Республика Крым, Россия

**Цель:** определить изменения показателей липидного спектра крови у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) и оценить эффективность и безопасность гиполипидемической терапии в динамике лечения.

**Материал и методы:** в исследование включено 76 больных с ИБС без клинически значимой сопутствующей патологии. Среди обследованных пациентов у 53 имела место стенокардия напряжения II-III ФК, 34 пациента перенесли ранее инфаркт миокарда, у 44 — диагностирована хроническая сердечная недостаточность II-III ФК по NYHA. У всех больных, участвовавших в исследовании, зарегистрирована артериальная гипертензия. Медиана возраста пациентов составила 60,2 года (от 56 до 69 лет). Среди исследуемых было 75% мужчин и 25% женщин. Все пациенты подписывали информированное согласие. Помимо опроса у больных регистрировали клинико-лабораторные и инструментальные данные. С целью верификации диагноза проводилась электрокардиография в 12 отведениях, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ и АД, коронарорентрокулография (КВГ). У всех пациентов состояние липидного обмена исследовали по концентрации в крови общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) триглицеридов (ТГ) и индекса атерогенности (ИА), а также уровень АЛТ и АСТ. Материалом для исследования служила сыворотка крови, взятая из кубитальной вены латок. Были сформировано 2 группы пациентов в зависимости от варианта гиполипидемической терапии. Пациенты 1 группы (44 человека) принимали розувастатин в дозах 10–20 мг в сутки; 2 группы (32 человека) получали аторвастатин в дозах 20–40 мг в сутки на фоне стандартного терапевтического лечения. Обследуемые находились под наблюдением в течение 6 месяцев.

**Результаты:** анализ полученных данных свидетельствует об исходно повышенном содержании атерогенных фракций у большинства пациентов с ИБС: ОХ и ХС ЛПНП ( $6,4 \pm 1,18$  и  $3,67 \pm 0,1$  ммоль/л, соответственно) и исходно пониженном уровне ХС ЛПВП ( $0,9 \pm 0,13$  ммоль/л). Положительная динамика была достигнута уже через месяц. Терапия розувастатином сопровождалась снижением уровня ОХ и ХС ЛПНП на 31% и 46%, соответственно, и повышением ХС ЛПВП

на 9,5%, а также снижением уровня ТГ на 12% по сравнению с исходным уровнем ( $P \leq 0,001$ ). Во 2 группе динамика аналогичных показателей была менее существенной, что потребовало увеличение дозы аторвастатина до 40 мг. Через 3 месяца лечения в этой группе отмечалось достоверное снижение ОХ на 24,4%, ХС ЛПНП на 38% и ТГ на 12%. Через 6 месяцев исследования целевые показатели липидного спектра крови были достигнуты в 1 и 2 группах у 47% и 31% больных соответственно. Нежелательных явлений, требующих отмены препаратов, не было зафиксировано.

**Выводы:** настоящее исследование выявило у пациентов ИБС исходно повышенную концентрацию атерогенных фракций липидограммы, что требующее активной липидомодулирующей коррекции. Применение статинов в адекватной дозировке способствует улучшению долгосрочного прогноза и подтверждает их эффективность и безопасность назначения у пациентов с кардиоваскулярной патологией.

### 040 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

*Леушина Е. А., Брынза М. Г.*

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

**Цель:** ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из наиболее серьезных проблем современной медицины. На ее долю приходится 50% в структуре заболеваемости трудоспособного населения и примерно 30–50% в структуре причин общей смертности в развитых странах мира. Максимальный клинический эффект может быть достигнут при использовании принципов индивидуализированного подхода к выбору лечения. Целью исследования являлся фармакоэкономический анализ лекарственной терапии у пациентов со стабильной формой ИБС на амбулаторном этапе лечения.

**Материал и методы:** изучено 76 медицинских карт амбулаторных пациентов, имевших установленный диагноз ИБС и обратившихся за медицинской помощью. Фармакоэкономический анализ лекарственной терапии проводился с помощью АВС/VEN-анализа. АВС-анализ предполагает процентное распределение расходов на лекарственные препараты (ЛП) в исследуемой группе больных. VEN-анализ предполагает распределение ЛП по категориям жизненной важности: V (vital) — жизненно необходимые, E (essential) — важные, N (non-essential) — несущественные. Выполненный в настоящей работе анализ основывался на данных экспертной оценки и клинических рекомендациях по ведению пациентов с ИБС (2013 г.).

**Результаты:** для выполнения АВС-анализа требовалось провести группировку ЛП по классам потребления. Полный список ЛП, применявшихся на амбулаторном этапе лечения, включал 69 торговых наименований (ТН). Группу “А” составили 26 ТН препаратов. На них было затрачено 79,8% всех средств, в эту группу вошло 39,1% от всех применявшихся ЛП. Группу “В” составили 20 ТН препаратов. На них было затрачено 14,7% всех средств, в эту группу вошло 27,5% от всех применявшихся ЛП. Группу “С” составили 23 ТН препаратов. На них было затрачено 5,5% всех средств, в эту группу вошло 33,4% от всех применявшихся ЛП. В ходе VEN-анализа, выявлено, что в группу V вошли 42 препарата, т.е. 60,8% от общего количества ЛП. Группу E составили 17 ТН препаратов, что соответствует 24,7% от общего числа использованных ЛП. Выделена была также группа N, которая содержала 10 препаратов, т.е. 14,5% от общего количества назначенных ЛП.

**Выводы:** при проведении терапии ИБС в амбулаторных условиях предпочтение отдается препаратам, регламентированным клиническими рекомендациями по ИБС (2013г.). Интенсивность применения выше для ЛП, эффективность



и безопасность которых доказана (статины, антиагреганты, бета-адреноблокаторы). Оценка оптимальности использования ЛП в лечении ИБС, проведенная с помощью АВС-анализа, показала, что распределение препаратов между группами А, В и С соответствует рекомендуемому. Предпочтение на амбулаторном этапе лечения отдается среднезатратным ЛП. Результаты VEN-анализа свидетельствуют о соответствии реальных объемов рекомендуемым значениям. Рациональная базисная терапия позволит повысить эффективность лечения.

#### 041 МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Леушина Е. А., Брынза М. Г.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

**Цель:** провести фармакоэкономический анализ лекарственной терапии у пациентов со стабильной формой ишемической болезни сердца (ИБС) на стационарном этапе лечения.

**Материал и методы:** изучено 76 историй болезни пациентов, имевших установленный диагноз ИБС, находившихся на стационарном лечении. Фармакоэкономический анализ лекарственной терапии проводился с помощью АВС/VEN-анализа. АВС-анализ предполагает процентное распределение расходов на лекарственные препараты (ЛП) в исследуемой группе больных. VEN-анализ предполагает распределение ЛП по категориям жизненной важности: V — жизненно необходимые, E — важные, N — несущественные. Выполненный в настоящей работе анализ основывался на данных экспертной оценки и клинических рекомендациях по ведению пациентов с ИБС (2013г).

**Результаты:** для выполнения АВС-анализа требовалось провести группировку ЛП по классам потребления. Полный список ЛП, применявшихся на стационарном этапе лечения, включал 67 торговых наименований (ТН). Группу “А” составили 23 ТН препаратов. На них было затрачено 80,2% всех средств, в эту группу вошло 34,3% от всех применявшихся ЛП. Группу “В” составили 20 ТН препаратов. На них было затрачено 14,8% всех средств, в эту группу вошло 28,3% от всех применявшихся ЛП. Группу “С” составили 24 ТН препаратов. На них было затрачено 5,0% всех средств, в эту группу вошло 37,7% от всех применявшихся ЛП. В ходе VEN-анализа, выявлено, что в группу V вошли 32 препарата, т.е. 48% от общего количества ЛП. Группу E составили 18 ТН препаратов, что соответствует 27% от общего числа использованных ЛП. Выделена была также группа N, которая содержала 17 препаратов, т.е. 25% от общего количества назначенных ЛП.

**Выводы:** при проведении терапии ИБС в стационарных условиях предпочтение отдается препаратам, регламентированным клиническими рекомендациями по ИБС (2013г). Оценка оптимальности использования ЛП в лечении ИБС, проведенная с помощью АВС-анализа, показала, что большинство препаратов группы “А” — это ЛП, относящиеся к базисным средствам лечения ИБС. Следовательно, можно говорить о клинической адекватности проводимой терапии. Сопоставление между группами А, В и С с рекомендуемыми величинами выявило их несоответствие. В группе А доля базисных препаратов выше нормы. По данным группы С видно, что доля низкзатратных препаратов ниже нормы почти в 2 раза. Предпочтение на стационарном этапе лечения отдается среднезатратным ЛП. Результаты VEN-анализа свидетельствуют о несоответствии реальных объемов рекомендуемыми значениям. Сокращение использования ЛП с недоказанной эффективностью и рациональная базисная терапия позволят грамотно перераспределить денежные ресурсы в пользу жизненно необходимых препаратов, повысить

эффективность лечения и сократить расходы на вызовы скорой помощи и госпитализацию.

#### 042 ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Манюгина Е. А., Бурсинов А. В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

**Цель:** оценить влияние методики проведения терапевтического обучения на приверженность к лечению и состояние органов-мишеней у курящих пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы:** проведено комплексное лечение 102 курящих мужчин с АГ, которым было предложено участие в модифицированном терапевтическом обучении (МТО), включающем занятие “Стресс и здоровье”, дополненное информированием о системе совладающего со стрессом поведения, диагностикой индивидуальных стратегий совладания и моделированием разрешения стрессовых ситуаций. 52 курящих мужчин, избравшие МТО (средний возраст —  $48,5 \pm 1,1$  лет, давность выявления АГ —  $7,9 \pm 0,5$  лет, стаж курения —  $17,9 \pm 1,2$  лет), составили I группу. Во II группу были объединены 50 курящих мужчин (средний возраст —  $49,7 \pm 1,0$  лет, давность выявления АГ —  $7,6 \pm 0,5$  лет, стаж курения —  $19,2 \pm 0,9$  лет), избравших типовое структурированное терапевтическое обучение. Все пациенты получали сопоставимую медикаментозную терапию. Оценка приверженности к лечению проводилась методом опроса в категориях: регулярный прием лекарств, прием “при ухудшении” самочувствия, отсутствие лекарственной терапии. Оценка функционального состояния почек проводилась по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной по формуле СКД-EPI, и уровню альбуминурии, определенного при помощи тест-полосок Micral-test. При выполнении эхокардиографии рассчитывался индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), определялись толщина стенок левого желудочка (ЛЖ) и размер его полости. Приверженность к лечению и динамика состояния органов-мишеней оценивались через 6 месяцев после включения в исследование.

**Результаты:** через 6 месяцев в группе пациентов, обучавшихся по МТО, доля пациентов с регулярным приемом лекарств достоверно увеличилась — до 84,6% против 70%,  $p < 0,05$ . При этом 36 (69,2%) пациентов I группы и 25 (50%) пациентов II группы достигли целевого уровня артериального давления (АД). В динамике наблюдалось снижение уровня альбуминурии (с  $54,94 \pm 5,89$  до  $18,46 \pm 3,36$  мг/л;  $p < 0,001$ ) у пациентов I группы и до  $41,00 \pm 5,31$  мг/л ( $p < 0,001$ ) у пациентов II группы. СКФ пациентов I группы увеличивалась до  $87,45 \pm 1,40$  мл/мин на  $1,73 \text{ м}^2$  ( $p < 0,01$ ), в то время как средняя СКФ пациентов II группы не изменялась. В обеих группах у пациентов наблюдалось снижение ИММЛЖ (с  $132,52 \pm 0,93$  до  $129,94 \pm 0,89$  г/м<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ) у пациентов I группы и (с  $133,01 \pm 1,00$  до  $130,25 \pm 0,99$  г/м<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ) у пациентов II группы, уменьшение толщины задней стенки ЛЖ (с  $1,26 \pm 0,01$  до  $1,23 \pm 0,01$  см;  $p < 0,001$ ) у пациентов I группы и (с  $1,24 \pm 0,01$  до  $1,22 \pm 0,01$  см;  $p < 0,001$ ) у пациентов II группы, а также толщины межжелудочковой перегородки у пациентов I группы (с  $1,25 \pm 0,01$  до  $1,22 \pm 0,01$  см;  $p < 0,001$ ) и у пациентов II группы (с  $1,24 \pm 0,01$  до  $1,21 \pm 0,01$  см;  $p < 0,001$ ) без значимых изменений полости ЛЖ.

**Выводы:** МТО в рамках комплексной терапии АГ позволяет большему числу пациентов достичь регулярного приема лекарственных препаратов и целевого уровня АД, что оказывает большее положительное влияние на функциональное состояние почек.

#### 043 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НИКОРАНДИЛА

Марцевич С. Ю., Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Воронина В. П., Дмитриева Н. А., Загребельный А. В., Лерман О. В. от имени рабочей группы исследования “НИКЕЯ”

ФГУ НМИЦ ПМ Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** оценить показатели качества жизни (КЖ) и их динамику у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) со стенокардией напряжения при добавлении никорандила (Н) к стандартной терапии.

**Материал и методы:** в проспективное наблюдательное многоцентровое исследование “НИКЕЯ” было включено 590 пациентов со стенокардией напряжения: 261 женщина (44,2%) и 329 мужчин (55,8%). Всем пациентам был рекомендован прием Н. КЖ пациентов оценивали на визитах В0 (исходно) и В3 (3 мес терапии Н) по Сиэтлскому опроснику (SAQ), включающему 5 показателей: ограничение физической нагрузки (ФН), частота приступов (ЧСТ), стабильность (СТ), отношение к болезни (ОБ), удовлетворенность лечением (УЛ). На визите В0 заполнено 417 анкет (отклик 71%), на визите В3 — 454 (отклик 82%). Статистический анализ выполнялся для каждой шкалы отдельно, для ранжированных шкал, также определялся средний суммарный балл КЖ SAQср.

**Результаты:** по всем шкалам SAQ через 3 мес выявлено значимое повышение показателей. Наиболее высокие показатели, кроме шкалы (ФН), были в группе пациентов, принявших Н в течение всех 3 мес наблюдения ( $p < 0,05$  для всех шкал SAQ в сравнении с неприверженными пациентами). По ранжированным шкалам к 3-му месяцу наблюдения почти в 3 раза возросла доля пациентов с минимальным количеством (до отсутствия) приступов стенокардии (шкала ЧСТ) и доля больных, отметивших КЖ, как “отличное” (ОБ). В 4 раза возросла доля больных, расценивших улучшение в течении своего основного заболевания (СТ) как существенное. В начале исследования полностью или почти полностью удовлетворен лечением был каждый третий пациент, через 3 месяца наблюдения доля таких пациентов возросла до 50,2% ( $p < 0,0001$  для всех шкал). SAQср. на визитах В0 и В3, составил  $54,0 \pm 11,6$  и  $65,6 \pm 13,8$  баллов, соответственно. Выявлены значимые отличия по SAQср. между мужчинами и женщинами ( $p < 0,05$ ): более высокий балл был характерен для мужчин на визите В0. Наивысший балл SAQср. на В0 был у пациентов, ранее отказавшихся от курения, у пациентов, перенесших ОИМ, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ), без симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) ( $p < 0,05$ ). Во время визита В3 значимых различий между перечисленными подгруппами выявлено не было ( $p > 0,05$ ), но отмечены статистически значимые отличия в сравнении с аналогичными показателями визита В0 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** при дополнительном назначении Н пациентам со стабильной ИБС выявлено значительное повышение всех показателей КЖ по шкалам SAQ через 3 мес наблюдения. Начальные показатели КЖ по SAQ были выше у мужчин, у пациентов, перенесших ОИМ, АКШ, бросивших курить, без симптомов ХСН. При приеме Н отличия в выделенных подгруппах нивелировались, по-видимому, за счет более выраженной динамики показателей КЖ в группах сравнения. Наиболее выраженная положительная динамика показателей КЖ продемонстрирована у приверженных к лечению Н пациентов с ИБС.

#### 044 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА “ПРОФИЛЬ-ИМ”: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТЕРАПИИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Марцевич С. Ю.<sup>1</sup>, Калайджян Е. П.<sup>2</sup>, Сичинава Д. П.<sup>2</sup>, Кутишенко Н. П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, <sup>2</sup>ГБУЗ ГП №9 ДЗМ, Москва, Россия

**Цель:** у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), оценить качество терапии на отдаленном этапе амбулаторного наблюдения.

**Материал и методы:** в регистр включены пациенты, выписанные из стационара с диагнозом ОИМ за период с 01 марта 2014 по 30 июня 2015гг и обратившиеся для амбулаторного наблюдения в городскую поликлинику №9 г.Москвы или ее филиалы. Данные получены на основании информации медицинской документации поликлиники и осмотра пациентов/опроса по телефону через каждые 2 мес. Включено 160 человек: 106 (66,2%) мужчин и 54 (33,8%) женщины, возраст пациентов  $74,2 \pm 11,2$  лет (от 33 до 87 лет), более половины пациентов были пенсионного возраста — 89 (55,6%), а 50 (31,3%) имели группу инвалидности. Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 for Windows.

**Результаты:** из 160 пациентов артериальная гипертензия была выявлена у 118 (73,4%) пациентов, нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий (ФП) — у 14 (8,8%), ранее ОИМ перенесли 28 (17,5%) пациентов, инсульт или транзиторную ишемическую атаку — 15 (9,4%) реваскуляризация миокарда выполнена 10 (6,3%) пациентам. У 25 (28,1%) пациентов был выявлен сахарный диабет 2 типа. На амбулаторном этапе реабилитационное лечение получили только 23 (14,4%) человека. На этапе включения в регистр сразу после выписки из стационара иАПФ/БРА были назначены 67,5% пациентов, бета-адреноблокаторы (ББ) — 93,1%, двойная антиагрегантная терапия (ДАТ) — 84,4%, диуретики — 28,1%, статины — 91,3%, а антикоагулянты — 28,5% пациентов с ФП. Через 1 год наблюдения иАПФ/БРА принимали 78,8% пациентов, бета-адреноблокаторы (ББ) — 90,3%, продолжали получать ДАТ — 70,8%, диуретики — 40,3%, статины — 91,3%, а антикоагулянты — 14,3% пациентов с ФП.

**Выводы:** таким образом, в регистре ПРОФИЛЬ-ИМ на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения пациентов, перенесших ОИМ, продемонстрирована удовлетворительная преемственность между стационарным и амбулаторными этапами наблюдения в отношении назначения лекарственной терапии. Кроме того, качество этой терапии на отдаленном этапе наблюдения существенно не изменялось.

#### 045 ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС КАК ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Метсо К. В., Никифоров В. С.

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** провести анализ значимости частоты сердечных сокращений (ЧСС) и циркадного индекса (ЦИ) у лиц трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ) и оценить взаимосвязь ЧСС и ЦИ с нарушениями ритма у лиц с АГ и без АГ.

**Материал и методы:** нами были обследованы 95 работников локомотивных бригад (машинисты и помощники машинистов) в возрасте от 29 до 63 лет (средний возраст 48 лет), проходивших ежегодные обследования в условиях НУЗ “Отделенческая больница на ст. Волховстрой” ОАО РЖД. Проанализированы данные суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), выполненного на приборах “Кардиотехника” Инкарт и “Валента” (Россия) за 4 года (2014–2017 гг) наблюдения.

**Результаты:** все обследуемые лица разделены на две группы. Первая группа — лица с АГ (39 человек), вторая — без АГ (56 человек). Каждая группа была проанализирована по средней ЧСС за сутки, а также ЦИ, и разделена на три подгруппы. В первой группе лица со средней ЧСС за сутки выше 80 уд/мин составили 9 человек (23% от общего количества в группе);

лица с ЧСС от 70 до 79 уд/мин — 23 человека (59%); лица с ЧСС от 69 уд/мин и ниже — 19 человек (46%). Нарушения ритма в виде одиночных суправентрикулярных экстрасистол (СВЭС) регистрировались у всех лиц, независимо от частотной характеристики. Данные нарушения в патологическом количестве регистрировались только у лиц, со средней ЧСС за сутки > 70 уд/мин. Всего желудочковые нарушения ритма (ЖНР) выявлены у 37 (87%) обследованных, большее количество ЖНР (56%) регистрировалось у лиц со средней ЧСС выше 70 уд/мин. Только у лиц с ЧСС ниже 69 уд/мин было выявлено снижение ЦИ (53%). У данных лиц ЖНР, в т.ч. высокой градации (Ryan 5 класс), регистрировались при значительном снижении ЦИ (ниже 1,0). В группе сравнения лица со средней ЧСС за сутки выше 80 уд/мин составили 13 человек (23%); лица с ЧСС от 70 до 79 уд/мин (64%), лица с ЧСС от 69 уд/мин и ниже 17 человек (30%). В данной группе, как и в группе с АГ, у всех лиц зарегистрированы одиночные СВЭС экстрасистолы, однако, в патологическом количестве они не встречались. Всего ЖНР были зарегистрированы у 40 человек (71%), большая часть (64%), выявлена у лиц с ЧСС выше 70 уд/мин. Снижение ЦИ регистрировалось у лиц с ЧСС от 79 до 70 уд/мин (8%) и у лиц с ЧСС от 69 уд/мин и ниже (23%). ЖНР высоких градаций зарегистрировано не было.

**Выводы:** у лиц трудоспособного возраста с АГ увеличение средней ЧСС сопровождалось большим числом выявленных патологических суправентрикулярных нарушений ритма. Значительное снижение циркадного индекса в группе с АГ ассоциировано с появлением опасных желудочковых нарушений ритма, вне зависимости от средней ЧСС. Для предотвращения опасных для жизни аритмий, особенно у машинистов локомотивных бригад с АГ, необходима профилактика в виде нормализации средней суточной ЧСС и ЦИ по результатам СМЭКГ.

#### 046 КОМПЛАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*Молчанова А. Р., Долгушина А. И., Шумакова О. А., Шамаева Т. Н., Кузнецова А. С., Селянина А. А.*

ФБГОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

**Цель:** изучить уровни комплаентности у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы:** в исследовании приняли участие 102 пациента, находящихся на стационарном этапе лечения в отделении кардиологии №2 ГБУЗ ЧОКБ за период 2017-2018гг. Медиана возраста пациентов составила 63,0 (56,7; 69,0) года. Критериями включения были: наличие у пациента верифицированной формы ИБС, согласие на участие в исследовании. Для оценки приверженности пациентов к лечению использовался опросник Кадырова Р.В. и соавт. "Уровень комплаентности". Данный тест ориентирован на выявление уровней социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности. Опросник состоит из 66 вопросов, за каждый из которых выставляется балл от 0 до 2, суммарное количество баллов определяет уровень общей комплаентности, и выражается следующим образом: от 0 до 40 баллов — низкий уровень, от 41 до 80 баллов — средний уровень, от 81 до 120 высокий уровень комплаентности. Статистическую обработку проводили с использованием ПО IBM SPSS Statistic, v.22.

**Результаты:** все пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошло 49 (48,0%) больных с установленным диагнозом стабильной ИБС, во вторую группу — 53 (52,0%) пациента с диагнозом нестабильной стенокардии. Больные обеих групп не различались по полу и возрасту, также не выявлено различий в частоте встречаемости артериальной гипертензии, ожирения и избыточной массы тела, сахарного диабета 2 типа, постинфарктного кардиосклероза. Пациенты с нестабильной стенокардией достоверно чаще подвергались процедуре ангиопластики и стентированию коронарных артерий ( $p=0,045$ ). Различий в частоте хирургической коррекции

коронарного кровотока (АКШ) между группами не выявлено. Согласно результатам анкетирования, было установлено, что пациенты со стабильной ИБС отличались достоверно более высокими значениями социальной, эмоциональной, поведенческой, а также общей комплаентности, в сравнении с пациентами с нестабильной стенокардией. При этом 84,3% пациентов обеих групп соответствовали высокому уровню комплаентности; 11,8% среднему уровню и 2,9% низкому уровню комплаентности. Дополнительно проведенная простая логистическая регрессия выявила следующие факторы риска формирования низкого и среднего уровня комплаентности у пациента с ИБС: курение, ОШ 0,116 (95%, ДИ 0,031-0,432); уровень образования ОШ 3,113 (95%, ДИ 1,084-8,914); количество принимаемых больным препаратов, ОШ 0,578 (95%, ДИ 0,378-0,884).

**Выводы:** 1. У пациентов с различными формами ИБС преобладал высокий уровень приверженности к терапии. 2. Больные со стабильной ИБС отличались достоверно более высоким уровнем комплаентности в сравнении с пациентами с нестабильной стенокардией.

#### 047 КАРДИАЛЬНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ. СРАВНИТЕЛЬНОЕ РЕГИСТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ГОРОДЕ РЯЗАНИ

*Низов А. А., Сучкова Е. И., Дашкевич О. В., Трунина Т. П.*  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

**Цель:** оценить частоту кардиальной коморбидности амбулаторных больных в городе Рязани, изучить качество назначаемой им лекарственной терапии; сравнить результаты с данными пилотного регистрового исследования "РЕКВАЗА", проведенного в 2012г на территории города Рязани.

**Материал и методы:** провели одномоментный ретроспективный анализ 1000 амбулаторных карт сердечно-сосудистых больных, посетивших врача терапевта в 2016г. Материал обработан статистически, достоверными считали значения при  $p < 0,05$ . В исследовании "РЕКВАЗА" изучалась 1000 амбулаторных карт больных, отобранных по аналогичным критериям в 2012г.

**Результаты:** по данным 2012г различные варианты кардиальной коморбидности имели место у 82,0% исследуемых пациентов, к 2016г их число возросло до 89,7%. При этом в 2016г наиболее часто встречалось сочетание гипертонической болезни (ГБ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) — 42,7% случаев; ГБ, ишемической болезни сердца (ИБС) и ХСН — 37,6 % случаев. За четыре года несколько уменьшилось число пациентов, перенесших инфаркт миокарда — с 11,2% до 9,4%, но число лиц, перенесших мозговую инсульт (МИ), увеличилось с 7,0% до 8,4%.

По результатам нашего исследования хроническая болезнь почек (ХБП) была установлена у 13% пациентов и доказательно ассоциировалась с МИ и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). У больных, страдающих ХБП, ПИКС и МИ встречались в 15,4% ( $n=20$ ) и 16,2% ( $n=21$ ) случаев соответственно, в то время как при сохраненной функции почек в 8,5% ( $n=74$ ) и 7,2% ( $n=63$ ) случаев соответственно. Нарушения углеводного обмена диагностированы у 33,6% обследованных, сахарный диабет 2 типа составил 20,9%, что согласуется с результатами 2012г. По нашим данным ИБС доказательно была ассоциирована с гипергликемией и ХБП. ИБС установлена у 181 больного с нарушениями углеводного обмена (53,9%) и у 288 пациентов с нормальным гликемическим профилем (43,3%). При нарушенной функции почек ИБС диагностирована у 108 больных (85 %), при сохраненной — у 287 (33%).

За прошедшие четыре года следует отметить увеличение числа пациентов, получающих по показаниям статины (с 35,9% до 50,6%), однако при этом уменьшилась доля лиц, достигших целевых значений общего холестерина (<5,0 ммоль/л) с 51,1 % до 31,6 %. Также констатировано уменьшение больных, получающих антитромбоцитарную терапию (с 64,8% до 40,6%). Отмечена позитивная динамика



в достижении целевых цифр артериального давления (АД): увеличилось число больных с цифрами АД менее 140/90 мм рт.ст. (с 25,6% до 39,3%). При этом объем гипотензивной терапии сохранился на прежнем уровне и составил в среднем три антигипертензивных препарата.

**Выводы:** выполненное исследование показало рост числа больных с кардиоваскулярной коморбидностью на территории Рязани, но частота сердечно-сосудистых осложнений осталась на прежнем уровне. Отмечены незначительные позитивные сдвиги в ведении кардиоваскулярных пациентов: в сравнении с показателями с 2012г увеличилось число лиц, получающих адекватную гипотензивную терапию, и количество больных, принимающих статины.

#### 048 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В АОРТЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Опольская С. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.*

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

**Цель:** провести сравнительный анализ эффективности влияния комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) и центрального аортального давления (ЦАД) у больных артериальной гипертензией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или ишемический инсульт (ИИ).

**Материал и методы:** обследовано 116 пациентов с АГ, перенесших в ближайшие 4 недели острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), из них у 58 человек была диагностирована ТИА (группа 1) и у 58 — ИИ (группа 2). Медиана возраста в 1-й группе составила 58,5 лет, во 2-й — 64 года. Все пациенты получали комбинированную АГТ, включавшую индапамид ретард 1,5 мг утром и валсартан 160 мг вечером. Исходно и через 12 месяцев лечения проводилось СМАД с использованием аппаратного комплекса VPLab Vasotens (ООО “Петр Телегин”, Россия). Оценивались суточное систолическое и диастолическое АД (САД24 и ДАД24), среднее пульсовое АД (ПАД), индекс времени (ИВ) гипертензии, вариабельность САД и ДАД днем и ночью, величина утреннего подъема (ВУП) и скорость утреннего подъема (СУП) САД и ДАД, систолическое аортальное давление (САДао), диастолическое аортальное давление (ДАДао), среднее ПАД в аорте (ПАДао), индекс аугментации в аорте (АХао). Результаты исследования обработаны с использованием программы Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США).

**Результаты:** основные параметры СМАД и ЦАД достоверно различались в группах сравнения. Так, значения ДАД24, ПАД, САД и ДАД днем, ИВ САД и ДАД днем, САД ночью, ИВ САД и ДАД ночью, ВУП САД и ДАД, САДао, ДАДао, ПАДао и АХао были выше в группе больных, перенесших ИИ, чем у пациентов с ТИА ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев АГТ целевой уровень АД ( $< 140/90$  мм рт.ст.) регистрировался одинаково часто как в 1-й, так и 2-й группах ( $p > 0,05$ ). В обеих группах пациентов на фоне фармакотерапии отмечалась достоверная положительная динамика основных параметров СМАД и ЦАД. Однако у больных, перенесших ИИ, отмечалось более значимое снижение показателей среднесуточного САД и ДАД, ПАД, ИВ САД и ДАД днем, вариабельности САД днем и ночью, САД и ДАД ночью, ИВ ДАД ночью, ВУП и СУП САД, ДАД, чем при ТИА ( $p < 0,05$ ). Кроме того, степень уменьшения САДао, ПАДао и АХао у больных с ИИ также оказалась более значимой, чем у пациентов с ТИА и состави-

ла, соответственно, 14%, 18,8% и 26,6% против 4,5%, 4,9% и 8,9% ( $p < 0,05$ ). Через 12 месяцев АГТ увеличение количества больных с физиологическим профилем АД “dipper” оказалось сопоставимым в обеих группах.

**Выводы:** до начала АГТ у пациентов с АГ, перенесших ишемический инсульт, регистрировались более выраженные негативные изменения основных параметров СМАД и ЦАД по сравнению с больными, перенесшими транзиторную ишемическую атаку. Важно, что на фоне терапии у больных с ишемическим инсультом отмечалась статистически более значимая положительная динамика показателей СМАД и ЦАД, чем у больных с транзиторной ишемической атакой. Таким образом, данный вариант АГТ может быть предпочтительней в лечении АГ и вторичной профилактике ОНМК у больных с АГ, перенесших ишемический инсульт.

#### 049 ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

*Петрова В. Б., Болдуева С. А., Петрова А. И., Захарова О. В.*

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Диагностика микрососудистой стенокардии (МСС) затруднена в связи с необходимостью доказательств нарушения перфузии миокарда, с одной стороны, и особенностями болевого синдрома — с другой.

**Цель:** изучить особенности болевого синдрома у больных с МСС.

**Материал и методы:** в исследование включались 26 женщин и 9 мужчин в возрасте от 41 до 73 лет (средний возраст  $58 \pm 1,3$  года) с верифицированным диагнозом МСС по результатам теста с физической нагрузкой, коронарографии с 82Рубидием (82Rb) хлоридом. Для оценки болевого синдрома применяли: Мак-Гилловский болевой опросник, визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), вербальную ранговую шкалу (ВРШ), индивидуальный профиль боли.

**Результаты:** антиангинальную терапию получали большинство включенных пациентов (83,6%). Бета-блокаторы принимали 29 (82,9%) больных, нитраты длительного действия — 16 (45,7%), 8 (22,9%) человек пользовались блокаторами кальциевых каналов, 21 (60%) получали препараты ацетилсалициловой кислоты; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента принимали 2 (5,7%) пациента. Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 35 больных, при этом типичную для стенокардии локализацию (боль за грудиной, в прекардиальной области) описывали 28 (60%) пациентов, менее характерная клиническая картина (боль в области верхушки сердца или левого соска) была отмечена у 14 (40%) человек. Из 14 пациентов с атипичными жалобами было 11 женщин и трое мужчин. У 74% (26 человек) больных отсутствовала четкая положительная реакция на прием короткодействующих нитропрепаратов. Интенсивность боли у пациентов с МСС по данным визуальной аналоговой шкалы (при обычных приступах  $5,20 \pm 0,220$ ) и вербальной ранговой шкалы (слабая боль у 2 (5,7%) пациентов, умеренная у 21 (60%)) и сильная боль у пациентов 12 (34,3%), очень сильная и нестерпимая боль не была отмечена) имеет в среднем умеренный характер, и ни у одного из обследуемых не достигает максимально возможных значений. Классические по характеру ангинозные боли (“давящие”, “сжимающие”, “жгучие” боли) описывали только 20% (7) пациентов, 40% (14) больных с МСС к типичным описаниям характера стенокардитического болевого синдрома добавляли атипичные характеристики ангинозных болей. Стоит отметить, что у 14 человек (40%) из 35 больных с МСС при выборе слов, которые наиболее точно отражают болевые ощущения, преобладали нетипичные характеристики ангинозного болевого синдрома, имеющие очень разнообразный характер. У 60% пациентов боль локализовалась за грудиной и в прекардиальной области, иррадиировала в левую руку или под левую лопатку. У 8 больных (4 женщины и 4 мужчины) ангинозные боли возни-

кали только при физической нагрузке, 8 больных (6 женщин и 2 мужчин) испытывали боли в грудной клетке в покое или при психоэмоциональном напряжении без связи с физической нагрузкой, у 19 больных (16 женщин и 3 мужчин) отмечалось возникновение болей как при физическом напряжении, так и в покое.

**Выводы:** болевой синдром у пациентов с МСС в большинстве случаев имел атипичный характер. Больные указывали на низкую приверженность к терапии в связи с ее недостаточной эффективностью.

## 050 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА СИБИРИ

*Печерина Т. Б.<sup>1,2</sup>, Клименкова А. В.<sup>1,2</sup>, Клименкова А. В.<sup>1,2</sup>, Журавлев Е. Д.<sup>1,2</sup>, Журавлева Е. Н.<sup>1,2</sup>, Херасков Ю. В.<sup>1,2</sup>, Херасков В. Ю.<sup>1,2</sup>, Барбараш О. Л.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ КО КОККД им. акад. Л. С. Барбараша, Кемерово; <sup>2</sup>ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

**Цель:** провести анализ гендерных особенностей пациентов, экстренно обратившихся за медицинской помощью в региональный сосудистый центр.

**Материал и методы:** зона ответственности регионального сосудистого центра (РЦ) (г Кемерово) на период 2017 составила 1 220 918 человек. В анализ последовательно включены 10 155 пациентов, которые обратились в приемное отделение ГБУЗ КО “КОККД им. акад. Л. С. Барбараша” за период 2016–2017 гг. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием STATISTICA 8.0. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й процентиля).

**Результаты:** определено, что из 10155 пациентов, обратившихся в приемное отделение ГБУЗ КО “КОККД им. акад. Л. С. Барбараша” мужчин 5178 (51%), женщин 4977 (49%). Медиана возраста для общей группы составила 62 (55; 71) лет, для женщин — 66 (58; 76) лет, для мужчин — 61 (53; 68) лет,  $p < 0,05$ . Среднее количество обращений в месяц составило:  $843 \pm 125$  пациентов, обращений за сутки —  $28 \pm 18$  пациентов. За период 12 месяцев 6191 (61%) больных были госпитализированы в рамках оказания экстренной медицинской помощи, при этом 3964 (39%) пациентов не имели показаний для экстренной госпитализации. В последующем в анализ вошли пациенты, которым потребовалась госпитализация в стационар. Среди женщин преобладали: гипертонические кризы (25 vs 14,  $p = 0,003$ ), нарушения проводимости (синауриальные и атриовентрикулярные блокады) (50 vs 33,  $p = 0,012$ ), синдром слабости синусового узла (48 vs  $n = 28$ ,  $p = 0,022$ ), нарушения ритма (138 vs  $n = 127$ ,  $p = 0,042$ ), острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу (630 vs 600,  $p = 0,041$ ). В группе мужчин определена большая распространенность: нестабильной стенокардии (1364 vs 1052,  $p = 0,002$ ); инфаркта миокарда (как первичного (537 vs  $n = 300$ ,  $p = 0,023$ ), так и повторного (80 vs 44,  $p = 0,001$ ) — (1364 vs 1052,  $p = 0,02$ ); острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу (22 vs 12,  $p = 0,039$ ); декомпенсации хронической сердечной недостаточности (412 vs 362,  $p = 0,04$ ). По остальным нозологиям статистически достоверных различий получено не было.

**Выводы:** в общей группе госпитализированных пациентов достоверных различий по количественному соотношению мужчин и женщин не выявлено. Однако, при анализе нозологий среди мужчин выявлена большая распространенность острого коронарного синдрома (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда), декомпенсации хронической сердечной недостаточности и острого нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу, а среди женщин — гипертонического криза, острого мозгового кровообращения по ишемическому типу, а также нарушений ритма и проводимости.

## 051 МЕСТО ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В МЕДИЦИНЕ АНТИСТАРЕНИЯ

*Пристром М. С., Семенов И. И., Штонда М. В.*

ГУО Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Одной из важных проблем современной медицины является проблема активного долголетия, сохранения здоровья пожилых людей, профилактики преждевременного старения. В настоящее время наиболее распространенной теорией старения является теломерная теория, связанная с хроническим иммунным воспалением.

**Цель:** изучить влияния омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 ПНЖК) на биологический возраст пациентов с ИБС, содержание в крови эйкозопентоеновой кислоты (ЭПК) и докозагексаеновой кислоты (ДГК), провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$ , СРБ для оценки возможности использования омега-3 ПНЖК как средства профилактики преждевременного старения.

**Материал и методы:** нами обследовано 67 пациентов с ИБС стабильного течения (стенокардия напряжения I-II функционального класса). Средний возраст составил 57,4 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 41 пациент, которые получали препарат омега-3 ПНЖК (Омекорд-МИК, УП “Минскинте ркапс”, Республика Беларусь) в дозе 2 г в сутки в течение 6 месяцев, на фоне медикаментозной терапии согласно клиническим протоколам. Вторую группу составили 26 пациентов, которым не назначали омега-3 ПНЖК. Жирнокислотный состав плазмы крови определяли методом газовой хроматографии, провоспалительных цитокинов посредством иммуноферментного анализа. Биологический возраст определяли по формулам, предложенным НИИ геронтологии и гериатрии Украины (Киев). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программы “STATISTICA”.

**Результаты:** у обследованных пациентов с ИБС биологический возраст составил  $57,5 \pm 1,8$  лет, а хронологический  $51,3 \pm 2,1$  года. Под влиянием лечения с использованием Омекорда-Мик статистически достоверно снизился биологический возраст (с  $57,5 \pm 1,8$  до  $51,3 \pm 2,1$  лет;  $p < 0,05$ ). В контрольной группе биологический возраст снизился незначительно. У пациентов основной группы статистически достоверно увеличилось содержание ЭПК (с  $5,8 \pm 0,6$  до  $7,7 \pm 0,5$  мкг/мл;  $p < 0,05$ ) и ДГК (с  $29,3 \pm 3,7$  до  $34,2 \pm 3,2$  мкг/мл;  $p < 0,05$ ) и снизилось содержание провоспалительных цитокинов и СРБ, в частности — ФНО- $\alpha$  (с 3,43 (2,63–4,22) до 2,78 (1,1–4,25) пг/мл;  $p < 0,006$ ) и ИЛ-6 ( $p < 0,006$ ).

**Выводы:** выявленное у обследованных пациентов превышение биологического возраста над хронологическим указывает на то, что процесс старения протекает по ускоренному типу. Под влиянием омега-3 ПНЖК уменьшается биологический возраст, увеличивается содержание в крови ЭПК и ДГК, снижаются показатели иммунного воспаления, что может свидетельствовать о наличии плеiotропного эффекта омега-3 ПНЖК по замедлению процесса старения и сохранению активного долголетия.

## 052 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Ромашенко О. В.<sup>1</sup>, Казакова Е. Е.<sup>2</sup>, Алфёров П. К.<sup>2</sup>, Грищенко Н. Д.<sup>2</sup>, Шевцова И. С.<sup>2</sup>, Лаптева И. А.<sup>2</sup>, Румбешт В. В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород; <sup>2</sup>Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгород, Россия

**Цель:** оценить особенности психологического профиля личности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) по показателям тревожности, стрессоустойчивости и смысловых ориентаций.

**Материал и методы:** объектом наблюдения явились 90 пациентов с ИБС: стабильной стенокардией напряжения I-III функционального класса и сопутствующей кардиальной патологией и 20 практически здоровых лиц. Психологический профиль больных изучали методом анкетирования с использованием стандартизованных опросников на выявление уровня личностной и ситуативной тревожности (ЛТ и СТ) (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин), уровня стрессоустойчивости (СУ) (разработка Медицинского центра Университета Бостона), смысловых ориентаций (СЖО) (Райгородский Д.Я.). Выполняли статистическую обработку материала. Рассчитывали среднее арифметическое (числитель), медиану, 25% и 75% квартиль (знаменатель). Достоверность различий оценивали по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты:** обнаружили достоверные признаки изменения психологического профиля личности пациентов с ИБС в сравнении с практически здоровыми людьми в сторону повышения уровня личностной и ситуативной тревожности, снижения стрессоустойчивости и изменения смысловых ориентаций. Так, показатель ЛТ в группе пациентов с ИБС составил 49,12 баллов (48,00 (42,50; 55,00)), а у практически здоровых лиц 43,44 балла (44,50 (39,50; 47,00)) ( $p=0,021$ ), СТ у больных — 47,00 баллов (46,75 (40,75; 53,00)), у здоровых — 40,75 баллов (42,50 (32,50; 45,75)) ( $p=0,018$ ), что свидетельствует о повышенном психоэмоциональном напряжении пациентов с ИБС как в различных стрессовых ситуациях, так и фоново. Показатель стрессоустойчивости у больных составил 32,87 балла (34,00 (25,00; 38,75)), у здоровых — 23,77 балла (24,00 (17,00; 29,00)) ( $p=0,005$ ), что согласно правилам раскодировки данных опросника означает снижение стрессоустойчивости у больных. Показатели СЖО: “цели”, “процесс”, “результат” оказались существенно сниженными у пациентов с ИБС и составили 32,19 балла (32,00 (28,00; 37,00)), 28,12 баллов (27,00 (24,00; 33,00)) и 24,90 балла (25,00 (22,00; 27,00)) соответственно, в то время как у практически здоровых лиц эти показатели были равны 38,14 баллов (38,00 (34,00; 41,00)), 34,71 балла (36,00 (31,00; 38,00)) и 29,57 баллов (29,00 (28,00; 32,00)) соответственно ( $p<0,05$  при сравнении между группами наблюдения). Полученные данные теста смысловых ориентаций свидетельствуют о том, что больные люди в сравнении со здоровыми менее удовлетворены своей жизнью, их мало интересует цель и конечный результат их деятельности, не очень увлекает сам жизненный процесс.

**Выводы:** возникновение ИБС отражается на психологическом профиле личности: у пациентов с ИБС отмечаются повышенные уровни ситуативной и личностной тревожности, ниже стрессоустойчивость, снижены показатели теста смысловых ориентаций.

## 053 ФОСФОЛИПИДЫ СЕРДЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ В ДИНАМИКЕ ОЗОНО- И ФОТОТЕРАПИИ

Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Базарова С.А.

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

Как известно, на организм человека непосредственное влияние оказывают физико-химические факторы атмосферы, избирательно действующие на тканевое дыхание и разные показатели системы иммунитета. Одним из методов естественных факторов терапии и реабилитации хронических воспалительных заболеваний лёгких, является применение озонотерапии и индифферентного спектра света

**Цель:** исследовать фосфолипидный (ФЛ) спектр сердечной ткани у экспериментальных крыс с хроническим воспалением лёгких (э-ХВЛ) в динамике на фоне озон- и фототерапии.

**Материал и методы:** использовали 30 беспородных белых крыс-самцов массой 180-200,0 г. Модель хронического гнойного воспаления лёгких воспроизводилась по методике Батыровой З.Б. и Шамирзаева Н.Х.(1992). Исследуемые раз-

делены на 2 группы. В основной группе проведено комплексное лечение с включением озонотерапии (отечественный озонатор “Бинафша”) и фототерапии индифферентным концентрированным импульсным светом (светолечебная установка “СЛУ-2”). Озонированный физиологический раствор вводили в объёме 3 мл внутривентриально ежедневно в течение 10 дней. Фототерапия с длиной световой волны от 400 до 580 нм назначалась на проекцию лёгких со стороны спины по 10 мин, ежедневно, на курс №3. В контрольной группе лечение не проводилось. Спектр фосфолипидных (ФЛ) фракций определяли методом проточной горизонтальной хроматографии по Карчановой, количественные показатели — методом денситометрии и спектрофотометрии.

**Результаты:** в результате проведённых исследований в гомогенате сердца крыс с э-ХВЛ выявлено снижение фосфатидилхолина (ФХ) и фосфатидилэтаноламина (ФЭ) на 31% и 25%, соответственно, по сравнению с нормой и увеличение лизоформ ФХ ( $23,5\pm 1,51$  при норме  $11,7\pm 0,85$  МК 1 мг белка) и ФЭ ( $46,3\pm 3,5$  при норме  $22,8\pm 1,5$  МК 1 мг белка), являющихся токсичными для сердечной мышцы. Данный гидролиз ФЛ происходит за счёт активации фосфолипазы А2. К концу курса фототерапии и через 30 дней после завершения лечения в основной группе крыс с э-ХВЛ выявлена тенденция к нормализации основных форм ФЛ гомогената сердца по сравнению с контрольной группой. Выявлено повышение ФХ после 10 процедур ( $106,5\pm 8,41$ ) и через 30 дней ( $109,6\pm 7,34$ ), соответственно, ФЭ ( $73,3\pm 5,3$  и  $77,8\pm 4,41$ ). Параллельно наблюдалось уменьшение лизоформ ФХ и ФЭ на 74% и 39%, соответственно, по сравнению с исходными данными. Это указывает на ингибирующее действие применения озонотерапии и спектра света в отношении активности фосфолипазы А2.

**Выводы:** таким образом, лечебный эффект комплексной озонотерапии и индифферентного спектра света по-видимому реализуется через улучшение кровообращения в легочной ткани и снижение гипоксии.

## 054 ВОЗМОЖНОСТИ ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТА, ИЗОСОРБИДА МОНОНИТРАТА И НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Сизова Ж.М., Козлова Н.В., Захарова В.Л.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Важнейшим звеном в механизме развития и прогрессирования ИБС и сосудистых осложнений сахарного диабета 2 типа (СД2) является дисфункция эндотелия. Она же рассматривается в качестве одной из основных целей патогенетического воздействия при проведении фармакотерапии больных ИБС.

**Цель:** оценить вазодилатирующую активность изосорбида динитрата (ИДН), изосорбида-5-мононитрата (ИМН) и активатора калиевых каналов никорандила (Н) и их эффективность в коррекции дисфункции эндотелия у больных СД2 и ИБС со стабильной стенокардией напряжения 2-3 функционального классов (ФК).

**Материал и методы:** обследовано 34 больных СД2, страдающих стабильной стенокардией напряжения (м — 19, ж — 15, ср.возраст —  $57,4\pm 5,6$  лет). Стенокардия напряжения 2 ФК выявлена у 20 больных (58,8%), 3 ФК — у 14 больных (41,2%). В качестве антиангинальной терапии использовались традиционные нитропрепараты — ИДН (11 больных; м — 6, ж — 5) и ИМН (12 больных; м — 7, ж — 5), а также активатор калиевых каналов Н (11 больных; м — 6, ж — 5). Группы больных были сопоставимы по основным демографическим и клинико-anamnestическим характеристикам. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали посредством доплерометрии плечевой артерии в условиях пробы с реактивной гиперемией (РГ) и нитроглицерином (НГ). Исследование проводили



до начала и по окончании лечения. На протяжении всего периода наблюдения пациенты получали стандартную базовую терапию ИБС (бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты и гиполипидемические средства), а также стандартную терапию СД2 (бигуаниды, производные сульфонилмочевины, инкретины). Режим применения и дозы используемых базисных средств оставались неизменными в течение всего периода наблюдения. Длительность наблюдения составила 24 недели.

**Результаты:** до начала лечения по данным пробы с РГ выявлено нарушение функции эндотелия во всех группах больных: прирост диаметра плечевой артерии (ДПА) в фазу РГ составил менее 10% от ее исходного диаметра — 7,4% в группе ИДН, 7,2% в группе ИМН и 7,1% в группе Н. В острой пробе с 500 мкг НГ сублингвально ДПА увеличился на 11,5% в группах ИДН и ИМН, а в группе Н на 11,4%. Через 24 недели лечения средний ДПА в покое достоверно возрос на 5,5% в группе ИДН, на 5,7% в группе ИМН и на 6,15% в группе Н ( $p < 0,05$  во всех случаях). В пробе с РГ прирост ДПА составил в группах: ИДН — 8,1% ( $p < 0,05$ ), ИМН — 8,8% ( $p < 0,05$ ), Н — 10,7% ( $p < 0,05$ ). Достоверных межгрупповых различий в динамике результатов пробы с РГ не продемонстрировано, однако выявлены преимущества Н перед ИДН и ИМН в коррекции дисфункции эндотелия у больных СД2 и ИБС.

**Заключение:** длительная терапия больных СД2 и стабильной ИБС со стенокардией 2-3 ФК активатором калиевых каналов никорандилом, обладающим прямым вазодилатирующим эффектом, способствует коррекции дисфункции эндотелия (в виде увеличения РГ после окклюзии) и имеет преимущества перед традиционной терапией нитратами — изосорбида динитратом и изосорбида-5-мононитратом.

#### 055 НОВАЯ ШКАЛА СТРАТИФИКАЦИИ ДОЛГОСРОЧНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕИНВАЗИВНОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Толыгина С. Н., Деев А. Д., Марцевич С. Ю.

ФГБУ НМИЦ профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** на основании результатов долгосрочного наблюдения в рамках регистра ПРОГНОЗ ИБС разработать доступную для любого врача прогностическую шкалу для стратификации больных хронической ИБС на группы риска развития летального исхода и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений.

**Материал и методы:** в регистр ПРОГНОЗ ИБС включен 641 пациент, госпитализированных в ГНИЦ ПМ для выполнения КАГ с 2004 по 2007гг. Длительность наблюдения составила 7 лет. Жизненный статус установлен у 92% больных. Первичная конечная точка включала смерть от всех причин и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений (нефатальный инфаркт миокарда и инсульт).

**Результаты:** в считающую шкалу включен ряд клинических, анамнестических и инструментальных прогностических признаков, таких, как наличие атеросклеротического аортального стеноза (2 балла), хронической сердечной недостаточности III или IV функциональный класс (3 балла), инсульта в анамнезе (2 балла), снижения фракции выброса левого желудочка до 40% (1 балл), наличия диастолической дисфункции по ЭхоКГ (1 балл), тахикардии  $> 90$  уд/мин на ЭКГ покоя, а также жалоб на одышку (1 балл), прием диуретиков (1 балл) и нестабильности течения ИБС в предшествующие 3 месяца перед госпитализацией (1 балл), наличия хронических заболеваний легких или почек с развитием хронической почечной недостаточности (1 балл). Наличие или отсутствие

каждого показателей оценивается в баллах, а риск смерти и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) вычисляется как сумма набранных баллов по всем признакам. Риск смерти и нефатальных ССО у пациентов с хронической ИБС оценивается как низкий при сумме баллов  $\leq 3$ , как средний при сумме 4-5 баллов, как высокий при сумме  $\geq 6$  баллов.

**Заключение:** при низком риске ежегодная смертность составляет 1,6%, при умеренном — 4%, при высоком — 9%, а риск фатальных и нефатальных ССО 3,6%, 9% и 22%, соответственно. Внутренняя валидация шкалы проведена методом скользящего анализа. Чувствительность и специфичность шкалы составила 95% и 96% для общей смертности, 92% и 97% для смерти и нефатальных ССО. Площадь под кривой составила 0,96.

#### 056 ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ПРИЕМА, ДОЗ И СООТНОШЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ДЖЕНЕРИЧЕСКИХ ФОРМ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА “ПРОГНОЗ ИБС”

Толыгина С. Н., Марцевич С. Ю.

ФГБУ НМИЦ профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** по данным регистра ПРОГНОЗ ИБС оценить динамику частоты назначения, используемых доз, соотношения оригинальных и дженерических форм лекарственных препаратов с доказанным влиянием на прогноз у пациентов с хронической ИБС с 2004 по 2014гг.

**Материал и методы:** в анализ были включены данные 303 пациентов из регистра “ПРОГНОЗ ИБС” с подтвержденным при КАГ диагнозом стабильной ИБС во время референсной госпитализации в НМИЦ профилактической медицины в 2004-2007гг, пришедших на контрольный визит в 2010г. и 125 пациентов в 2014г. Оценка качества проводилась для терапии, получаемой пациентами до госпитализации и при выписке по данным истории болезни, а также через 4 и 7 лет после выписки по данным опроса пациентов на контрольных визитах. Когорты пациентов, пришедших на визит в 2010 и 2014гг не отличались по демографическим и клинико-анамнестическим характеристикам.

**Результаты:** выявлена низкая частота назначения препаратов, способных улучшить прогноз у больных со стабильной ИБС, до референсной госпитализации в 2004–2007гг, с увеличением частоты их приема в период пребывания в стационаре ( $p < 0,001$ ) и последующим снижением на амбулаторном этапе лечения ( $p < 0,01$ ). До госпитализации и при выписке статины принимали 7,6% и 86,5% больных, дезагреганты — 68% и 96%, БАБ — 24,8% и 94%, иАПФ — 19% и 83%, соответственно ( $p < 0,001$ ). Через 4 и 7 лет после выписки статины принимали 67% и 70% больных, дезагреганты 80% и 90%, БАБ 80% и 75%, иАПФ — 66% и 65%, соответственно. Одновременно все 4 группы препаратов принимали при поступлении 15%, при выписке — 69% ( $p < 0,001$ ), через 4 года — 41%, через 7 лет — 35% ( $p < 0,01$ ) пациентов с ИБС. Частота применения симvastатина за 10 лет снизилась с 50 до 20% ( $p < 0,05$ ), аторvastатина оставалась на уровне 32-37%, а розувastатина повысилась с 1,7 до 12% ( $p < 0,05$ ). С 2004 по 2014гг статины продолжали использоваться в средних и низких дозах: средняя доза симvastатина составляла 16-18 мг, розувastатина — 10-14 мг, а средняя доза аторvastатина повысилась с 12 мг во время госпитализации до 25 мг в 2014г ( $p < 0,05$ ). Доля оригинальных форм статинов снизилась до 34% (симvastатина с 69% до 31%, аторvastатина с 55% до 24%, розувastатина с 100% до 13% ( $p < 0,001$ )). С 2004 по 2014гг все группы препаратов, кроме дезагрегантов, использовались в низких и средних дозах с увеличением доли дженериков.

**Выводы:** терапия больных стабильной ИБС отличалась низкой частотой назначения препаратов с доказанным влиянием на прогноз до поступления в стационар в 2004-2007гг. с увеличением частоты их назначения во время госпитализации и снижением через 4 и 7 лет после выписки. На протяже-

нии 10 лет БАБ, иАПФ/АРА и статины использовались в низких и средних дозах с постепенным увеличением доли дженериков, особенно выраженным среди статинов.

## 057 ОБЪЕМ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тучков А. А.<sup>1</sup>, Гоголашвили Н. Г.<sup>1,2</sup>, Яскевич Р. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера — обособленное подразделение ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. Ф. В. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия

**Цель:** оценить объем и адекватность антитромботической терапии (АТТ) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП), госпитализированных в кардиологическое отделение.

**Материал и методы:** в исследование включены все пациенты с ФП, госпитализированные в кардиологическое отделение клиники Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера г. Красноярск за 2015 год. Диагноз ФП устанавливался в соответствии с действующими рекомендациями. Проанализированы и учтены факторы риска развития инсульта и системных эмболий по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Оценена АТТ, которую пациенты получали на догоспитальном этапе лечения.

**Результаты:** в окончательный анализ вошли данные 281 пациента с ФП обоего пола (53,7% женщин и 46,3% мужчин) из 834 проходивших лечение в кардиологическом отделении. Средний возраст обследуемых составил 67,4 года. ФП имела место у 33,7% больных. Перманентную форму ФП имели 51,6% человек, персистирующую 33,8%, пароксизмальную — 14,6%. Практически все обследованные (95,7%) имели артериальную гипертензию, 31,3% застойную сердечную недостаточность, 20,6% страдали сахарным диабетом, а 18,1% перенесли инсульт или транзиторную ишемическую атаку (ТИА) в прошлом. Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротические бляшки в аорте) были у 29,5% человек. 33,8% больных были в возрасте старше 75 лет, 31% больных находились в возрасте от 64 до 74 лет. Подавляющее большинство обследованных нами пациентов (93,6%) относились к категории высокого риска кардиоэмболических инсультов и имели абсолютное показание к терапии антикоагулянтами, так как набрали 2 и более баллов по шкале стратификации риска CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, при этом 13,5% больных имели 6 и более баллов. Проанализировав данные терапии на догоспитальном этапе, мы выяснили, что только 79 (30%) пациентов принимали антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе, 55 (20,9%) из них принимали варфарин, 24 (9,1%) — новые оральные антикоагулянты (НОАК). Значительная доля больных, которым были показаны антикоагулянты, принимали дезагреганты — 177 (67,3%) человек. Абсолютно никакой АТТ не получали 7 (2,7%) человек.

**Выводы:** 1. Установлено, что большая часть пациентов с ФП (93,6%) относились к группе высокого риска кардиоэмболических инсультов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и имели абсолютные показания к терапии ОАК.

2. Адекватную антикоагулянтную терапию на догоспитальном этапе получали только 30% пациентов с ФП из поступивших в кардиологическое отделение для прохождения лечения, при этом 20,9% обследуемых принимали варфарин и 9,1% НОАК.

## 058 КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ НЕКОРОНАРОГЕННОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Хидирова Л. Д., Яхонтов Д. А., Зенин С. А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить биохимические, гемодинамические и функциональные особенности течения, возможности инструментального восстановления синусового ритма у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с фибрилляцией предсердий и некоронарогенной коморбидной патологией, а также определить прогностическую значимость данных параметров в возникновении рецидива фибрилляции предсердий.

**Материал и методы:** обследовано 367 пациентов 35–65 лет, с целью изучения особенностей течения фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией (АГ) и некоронарогенными заболеваниями в этом числе сахарный диабет (СД; n=59), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ; n=47), диффузный токсический зоб (ДТЗ; n=42); гипотиреоз (ГТ; n=69) и абдоминальное ожирение (АО; n=64). У всех обследованных диагностирована эссенциальная АГ II, III степени; ФП — персистирующая форма. Группу сравнения составили 86 больных АГ и ФП без сопутствующих заболеваний. Для анализа использовался U — критерий Манна — Уитни с построением 95% доверительного интервала для смешения, для учета эффекта множественных попарных сравнений применялась поправка Бенжамини-Хохберга. Сравнение бинарных и категориальных показателей проводилось точным двусторонним критерием Фишера.

**Результаты:** расчет и сравнение числовых показателей между группами контроля АГ+ФП, без некоронарогенной патологии и группами АГ+ФП+некоронарогенная патология. Так, анализ в группе АГ+ФП+ХОБЛ показал статистически значимое повышение показателей: K<sup>+</sup> — 4,8 ммоль/л, креатинина — 121 ммоль/л, мочевой кислоты — 289,1 ммоль/л и галлектина-3 — 14,05 нг/мл и снижение ИММЛЖ — 100 г/м<sup>2</sup>; в группе АГ+ФП+ГТ выявлено достоверное увеличение — общего холестерина — 5,02 ммоль/л, ЛПНП — 2,42 ммоль/л, ТГ — 2,6 ммоль/л, глюкоза — 5,89 ммоль/л, K<sup>+</sup> — 5,4 ммоль/л, мочевины — 5,9 ммоль/л, креатинина — 114 ммоль/л, мочевой кислоты — 239,7 ммоль/л, галлектина-3 — 34,05 нг/мл, ИММЛЖ — 139 г/м<sup>2</sup>. Группа с АГ+ФП+ТТЗ достоверно отличалась более низкими показателями СКФ — 62 мл/мин. В группе с АГ+ФП+СД статистически значимо повышен K<sup>+</sup> — 4,5 ммоль/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, галлектин-3 — 59,3 нг/мл, ИММЛЖ — 143 г/м<sup>2</sup>. Выявлены особенности прогрессирования фибрилляции предсердий и проведена оценка риска рецидива фибрилляции предсердий в течении 12 месяцев. Так, в группе АГ+ФП+ТТЗ достоверно выше риск развития повторной ФП — 3 мес (p < 0,001), в сравнении с контрольной группой — 8 мес, средняя разница составила — 4 мес; в группе АГ+ФП+СД — 6 мес (p = 0,041), средняя разница составила — 1 мес. Госпитализация в течении года в группе электроимпульсной терапии (ЭИТ) — 103,51% [44%; 58%] статистически значимо отличается от значений в группе медикаментозной терапии (МТ) — 47, 78% [66%; 87%] (p < 0,001), значение отношения рисков 0. 651 [0.54; 0.79]. Терапия, ЭИТ или МТ в группе контроль (АГ+ФП) — 40, 1% [91%; 100%] статистически значимо отличается от значений в группе АГ без ФП — 1, 3% [0%; 14%] (p < 0,001), значение отношения рисков 36 [5.21; 248.66]. Модели логистической регрессии повторной ФП показал, что в группе медикаментозной терапии выявили связанные статистически значимые предикторы повторной ФП. Так, с увеличением ХСН ФК на 1 повышает шансы рецидива ФП в 25, 49 [5.05; 377.32] раз.

**Выводы:** таким образом, присоединение коморбидной патологии некоронарогенного генеза влияет на течение фибрилляции предсердий, выраженность биохимических, гемодинамических и функциональных сдвигов, особенности электроимпульсной и медикаментозной терапии.

## 059 ОЦЕНКА GDF-15 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хоролец Е. В.

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** изучить клинические особенности пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

(ОИМпСТ) в зависимости от значений трансформирующего фактора роста GDF-15.

**Материал и методы:** всего включено 150 человек с диагнозом: ОИМпСТ. Учитывая рекомендации ВНОК (РКО 2007), диагноз подтвержден на основании: наличия болевого синдрома, динамики изменений электрокардиографии, повышения уровня маркеров некроза — тропонина Т, МВ-КФК. Критерии включения в исследование: первые сутки заболевания, острая сердечная недостаточность Killip II-IV степени, артериальная гипертония. Критерии исключения: почечная недостаточность, печеночная недостаточность, женщины репродуктивного возраста, осложненное чрескожное коронарное вмешательство, сахарный диабет. Учитывая значения GDF-15 пациенты разделены на группы: <1200 нг/мл (первая группа) и ≥1200 нг/мл (вторая группа). Изучали клинические, биохимические особенности и динамику уровня GDF-15 при поступлении и выписке пациентов из кардиологического отделения. Рассчитывали риск госпитальной летальности по шкале GRACE. Лабораторные данные: биохимический анализ крови, включая данные маркеров некроза миокарда. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ “Statistica 6.0 for Windows”. Статистически значимые отличия считали, при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** в первой и второй группах параметры гемодинамики пациентов, включая САД  $136,09 \pm 23,63$  и  $133,93 \pm 31,13$  мм рт.ст.; ДАД  $82,95 \pm 12,62$  и  $81,34 \pm 16,80$  мм рт.ст.; ЧСС  $80,53 \pm 15,29$  и  $83,10 \pm 21,14$  ударов в минуту, статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ). У пациентов ОИМпСТ с уровнем GDF-15 ≥ 1200 нг/л, количество баллов по шкале GRACE ( $170,57 \pm 36,60$ ), выше чем в группе GDF-15 < 1200 нг/л ( $157,69 \pm 25,49$ ;  $p < 0,05$ ), что подтверждает более неблагоприятный прогноз госпитальной летальности пациентов. При сравнении биохимических показателей в изучаемых группах средние значения мочевины, глюкозы, щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ, общего билирубина, статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ). Известно, что пациенты с острым инфарктом миокарда со значением GDF-15 ≥ 1200 нг/мл имеют высокий риск летального исхода. При госпитализации у пациентов с ОИМпСТ GDF-15 статистически значимо был выше во второй группе ( $2182,63 \pm 208,27$  нг/мл) по сравнению с первой группой ( $785,80 \pm 28,61$  нг/мл;  $p = 0,0001$ ). Получены статистически значимые отличия на визите выписки в группе (GDF-15 ≥ 1200 нг/л) уровень GDF-15  $1542,77 \pm 245,74$  нг/мл выше по сравнению с группой (GDF-15 < 1200 нг/мл) —  $769,07 \pm 110,58$  нг/мл ( $p = 0,001$ ).

**Выводы:** в клинически сопоставимых группах пациентов ОИМпСТ отмечается увеличение риска госпитальной летальности пациентов с GDF-15 ≥ 1200 нг/л. В течение госпитального лечения больных острым инфарктом миокарда сохраняются высокие значения GDF-15 в группе ≥ 1200 нг/л, что определяет негативный прогноз.

## 060 ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Хоролец Е. В., Шлык С. В.*

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

**Цель:** изучить уровень трансформирующего фактора роста GDF-15 у пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) в зависимости от степени тяжести острой сердечной недостаточности (ОСН).

**Материал и методы:** включено 150 пациентов ОИМпСТ. Критерии включения: мужчины и женщины с клиническим диагнозом ОИМпСТ осложненным ОСН по классификации Killip II-IV степени. Критерии исключения: сахарный диабет, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, системные заболевания соединительной ткани. Визиты пациентов: при госпитализации (визит 1) и при выписки из стационара (визит 2). Больные разделены на группы согласно ОСН Т. Killip: II степени и III-IV степени. Значения GDF-15 в плаз-

ме крови определяли иммуноферментным методом. Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ “Statistica 6.0 for Windows”, статистически значимыми считали различия, при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** в зависимости от степени тяжести ОСН получена клинико-биохимическая характеристика пациентов Killip II: возраст  $60,73 \pm 1,09$  лет, САД  $140,16 \pm 2,17$  и ДАД  $84,5 \pm 1,14$  мм рт.ст., ЧСС  $81,42 \pm 1,44$  ударов в минуту, креатинин  $81,95 \pm 2,42$  ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации  $83,70 \pm 2,11$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, МВ-КФК  $45,19 \pm 4,95$  ЕД/л. В группе Killip III-IV: возраст  $68,66 \pm 2,35$  лет, САД  $109,84 \pm 5,74$  и ДАД  $70,61 \pm 3,71$  мм рт.ст., ЧСС  $84,07 \pm 5,41$  ударов в минуту, креатинин  $98,36 \pm 10,04$  ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации  $65,20 \pm 5,03$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, МВ-КФК  $141,72 \pm 79,74$  ЕД/л ( $p < 0,05$ ). При поступлении пациентов ОИМпСТ в стационар средний уровень GDF-15 в группе Killip II  $1118,48 \pm 92,76$  нг/мл, у больных Killip III-IV  $1296,80 \pm 209,58$  нг/мл ( $p > 0,05$ ). На визите при выписке пациентов ОИМпСТ значения GDF-15  $916,90 \pm 112,83$  нг/мл в группе Killip II, а у больных Killip III-IV сохранялся высоким у больных и составил  $1399,35 \pm 175,03$  нг/мл. Известно, что при уровне GDF-15 > 1200 нг/мл больные имеют высокий риск повторного инфаркта миокарда и смерти. В динамике лечения больных ИМпСТ, осложненных ОСН Killip II, отмечается тенденция к снижению значений GDF-15, а у пациентов группы Killip III-IV выявлено увеличение данного показателя.

**Выводы:** пациенты с ОИМпСТ и ОСН Killip III-IV были старше, имели нестабильную гемодинамику и больший объем повреждения миокарда. У больных ОИМпСТ, осложненным ОСН Killip II, в течении госпитального этапа имеется тенденция к снижению уровня GDF-15, что отражает более благоприятный прогноз. Пациенты с ОСН Killip III-IV имели высокие значения GDF-15 в первые сутки заболевания, а также тенденция к увеличению GDF-15 на визите выписки, что подтверждает негативный прогноз.

## 061 ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РИГИДНОСТИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ

*Хромова А. А., Салямова Л. И., Матросова И. Б., Борисова Н. А., Бурко Н. В.*

ФГБОУ ВО Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

**Цель:** изучить влияние 48-недельной терапии аторвастатином на структурно-функциональные свойства общих сонных артерий (ОСА) и течение постинфарктного периода у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпСТ).

**Материал и методы:** в исследование включено 80 пациентов STEMI (средний возраст 51 (43; 56,5) лет) в первые 24-96 часов от начала заболевания. Диагноз подтверждали лабораторными маркерами некроза миокарда, электрокардиографией, коронароангиографией. На 7-9 сутки от начала заболевания и спустя 48 недель наблюдения пациентам проводили ультразвуковое исследование ОСА технологией высокочастотного сигнала RF на аппарате MyLab 90 (“Esaote”, Италия). Регистрировали следующие показатели: толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ), индексы жесткости  $\alpha$  и  $\beta$ , коэффициент поперечной растяжимости DC. В соответствии с динамикой липидного спектра на фоне приема аторвастатина пациенты были разделены на две группы. В первую группу — эффективная терапия (ЭТ) — вошли 45 больных, достигших уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) ≤ 1,5 ммоль/л и/или снижения на 50% от исходных значений. Вторую группу — неэффективная терапия (НТ) — составили 35 человек, не достигших целевого уровня ХС-ЛПНП. Для оценки течения постинфарктного периода



на протяжении 48 недель анализировали достижение конечных точек (повторный/рецидивирующий инфаркт миокарда, стенокардия, острая сердечная недостаточность, реваскуляризация коронарной артерии, аневризма левого желудочка, оперативные вмешательства по поводу аневризмы ЛЖ/протезирование клапанов, смерть), определяли относительный риск (ОР) и доверительный интервал (ДИ).

**Результаты:** через 48 недель терапии у пациентов группы 1 выявлен регресс ТКМ ОСА с  $715,6 \pm 130,3$  мкм до  $650,8 \pm 114,5$  мкм ( $p=0,0001$ ). У лиц, не достигших целевого уровня ХС-ЛПНП, достоверной динамики данного параметра не отмечено: исходно —  $684(568; 831)$  мкм, повторно —  $684,8 \pm 148,8$  мкм ( $p=0,1$ ). У больных группы ЭТ выявлено позитивное влияние аторвастатина на индексы жесткости  $\alpha$  и  $\beta$ : исходно —  $4,1$  (3,6; 5,1) и  $8,3$  (7,4; 10,5); повторно —  $3,3$  (2,4; 4,5) ( $p=0,02$ ) и  $7,6$  (6,1; 8,3) ( $p=0,01$ ), соответственно. В группе НТ на фоне лечения индекс жесткости  $\alpha$  не изменился: на 7-9 сутки —  $4,3$  (3,3; 5,2), через 48 недель —  $4,2$  (3,8; 4,9) ( $p=0,06$ ), индекс жесткости  $\beta$  уменьшился с  $8,8$  (6,8; 10,7) до  $7,6$  (6,9; 7,9) ( $p=0,01$ ). У сравниваемых лиц зафиксирован достоверный прирост показателя DC: в группе НТ с  $0,02$  (0,01; 0,025) до  $0,03$  (0,02; 0,04) 1/кПа ( $p=0,03$ ); в группе ЭТ с  $0,02$  (0,02; 0,03) до  $0,03$  (0,025; 0,04) 1/кПа ( $p=0,003$ ). Конечные точки чаще развивались в группе НТ — у 8 человек (22,9%), в группе ЭТ — у 2 пациентов (4,4%), (ОР 4,5 (95% ДИ 1,1; 26,6);  $p=0,02$ ).

**Выводы:** у больных ОИМпСТ, достигших целевых значений ХС-ЛПНП на фоне 48-недельной терапии аторвастатином, выявлено снижение ТКМ, улучшение показателей ригидности сонных артерий и прогноза заболевания.

## 062 ПОЧКИ В ПРОГНОЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Чаная А.Х., Дерьяева Г.Г., Эсенов М., Амангельдыев Г.*

Государственный медицинский университет Туркменистана, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан

**Цель:** изучение функционального состояния почек в прогнозе хронической сердечной недостаточности.

**Материал и методы:** обследовано 194 больных ХСН (117 мужчин и 77 женщин), средний возраст —  $56,6 \pm 10,8$  лет. Все больные находились на обследовании в госпитале с научно-клиническим центром кардиологии. У 91 пациентов диагностирована ХСН II функционального класса (ФК) и у 103 — III ФК. Причинами ХСН у 66 больных являлась ИБС, у 60 больных гипертоническая болезнь, у 68 больных ИБС и гипертоническая болезнь. Средняя длительность течения ХСН составила  $4$  (0,6 — 4,2) года. Наиболее частыми причинами развития ХСН были перенесенный инфаркт миокарда (75,1%). Всем обследуемым измерялось артериальное давление (АД), по стандартной методике проводилась антропометрия с измерением роста, веса, окружности талии, бедер, натошак проводился биохимический анализ крови с определением уровня глюкозы и липидов сыворотки. Всем больным рассчитаны клиренс креатинина (ККр) по формуле Кокрофта-Гаулта и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Всем пациентам выполнялось ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографическое исследование, холтеровское мониторирование ЭКГ.

**Результаты:** в зависимости от функционального состояния почек пациенты были разделены на 3 группы. У 25 пациентов СКФ была  $> 60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (I группа), умеренное снижение СКФ ( $45-59$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) выявлено у 40 больных (II группа), у 26 больных отмечалось выраженное снижение СКФ  $< 45$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (3 группа).

Госпитальная летальность составила 5%. Через год у 185 пациентов оценили выживаемость путем телефонного опроса. Смертельные исходы зарегистрированы у 19 (10%) больных. У 4 (21%) больных СКФ составила от 30 до 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, у 15 (79%) менее 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. У этих больных определялась также анемия, частота которой показала обратную корреляцию с показателями СКФ.

**Выводы:** таким образом, снижение функционального состояния почек является независимым негативным прогностическим фактором в отношении развития систолической и диастолической дисфункции левого желудочка, а также сердечно-сосудистой смерти.

## 063 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

*Чаная А.Х., Мухаммедова Н.А., Дерьяева Г.Г., Курбаналиев С.А.*

Государственный медицинский университет Туркменистана, Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан

**Цель:** изучить клинические особенности больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы:** в госпитале с научно-клиническим центром кардиологии обследованы 110 больных (45 женщин и 65 мужчин), страдающих различными сердечно-сосудистыми заболеваниями, средний возраст ( $55,1 \pm 6,3$  лет). Средняя продолжительность заболеваний, на фоне которых формировалась ХСН, составила 7,8 лет. При артериальной гипертензии сроки формирования ХСН составили 12,4 лет, при ИБС — 10,2 лет. На фоне ИБС и АГ ХСН развивалась через 6,9 лет. Диагноз ХСН верифицировали инструментальными методами исследования, включающими количественную оценку клинических проявлений с использованием шкалы Ю.Н. Беленкова-Мареева (ШОКС), ЭКГ и ЭХОКГ, определением толерантности к физической нагрузке с помощью 6-минутного теста ходьбы.

**Результаты:** большинство больных составили пациенты II ФК ХСН (68%), меньшее количество — I и III ФК ХСН (21% и 11% соответственно). Анализ структуры групп пациентов с ХСН по функциональным классам при разной половой принадлежности показал некоторые отличия. У большинства мужчин регистрировался II ФК ХСН (54%) и I ФК ХСН (24%). У женщин несколько чаще встречался I ФК ХСН (29%), II ФК ХСН отмечался в 51%. Среди больных с III ФК ХСН было больше мужчин, чем женщин (22 и 20%, соответственно). Толерантность к физической нагрузке по результатам теста с 6-минутной ходьбой в среднем по группе составила 345,6 метра, что соответствовало II ФК ХСН. Средняя величина пройденного расстояния была наибольшей у больных АГ — 383,5 метра. У пациентов с ИБС и сочетанием ИБС и АГ пройденная дистанция была меньшей (соответственно 343,3 и 340,2 метра). Характерным для больных с ХСН было выявление у них длительно протекающей АГ, как единственной причиной ХСН (35%) или ее сочетание с ИБС (65%). Пациентов ИБС ХСН без АГ было значительно меньше (8,7%). Анализ выраженности функциональных нарушений сердечной деятельности у больных с различной этиологией ХСН показал, что у пациентов АГ чаще встречался I ФК ХСН (54%), реже наблюдался II ФК ХСН (46%) и III ФК не был зарегистрирован. При формировании ХСН вследствие ИБС в половине случаев встречался II ФК ХСН (51%), I ФК (32%) и III ФК в 15%. При сочетании ИБС с АГ 59% пациентов были отнесены ко II ФК ХСН, III ФК встречался в 30% и I ФК в 12% случаев. В группе пациентов с АГ женщин было значительно больше (82%), чем мужчин (18%). В группе ИБС чаще встречались мужчины (79%). Среди пациентов ИБС в сочетании с АГ преобладали женщины (64% — женщины и 36% — мужчин). В группе больных с ИБС у 24% в анамнезе было указание на перенесенный острый инфаркт миокарда, среди них у мужчин он встречался на 13% чаще. При анализе групп пациентов с ХСН по функциональным классам при разной половой принадлежности были выявлены некоторые отличия. У мужчин с АГ чаще наблюдался II ФК, реже I ФК, тогда как у женщин, преобладал I ФК. При сочетании ИБС с АГ II ФК ХСН встречался в 56% у мужчин и 59% у женщин, на долю III ФК ХСН приходилось 26% и 34%, на I ФК — 18% и 7%, соответственно.

**Выводы:** данные исследования позволяют выяснить факторы риска, способствующие развитию сердечной недостаточности и разработать меры по профилактике.

## 064 КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ ПЕРЕД ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИАЛЬНОГО РИСКА

Чернявский М. А., Кудавев Ю. А., Чернов А. В., Артюшин Б. С.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** оценить необходимость проведения коронароангиографии перед эндоваскулярным лечением аневризмы аорты у пациентов высокого кардиального риска.

**Материал и методы:** с января 2017г по март 2018г в отделении сердечно-сосудистой хирургии № 2 ФГБУ “НМИЦ имени В. А. Алмазова” 47 пациентам выполнена эндоваскулярная изоляция аневризмы аорты. Распределение в зависимости от локализации аневризмы: грудной отдел аорты — 16 человек (34%), брюшной отдел — 31 (66%). Мужчины составили 93,6% всех наблюдений, женщины — 6,4%. Возраст больных варьировал от 38 до 89 лет, в среднем — 69,3 (± 3,47) года. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь — 46 человек (97,9%), ИБС — 30 (63,8%), сахарный диабет — 6 (12,8%), ХОБЛ — 12 (25,5%), хроническая болезнь почек — 7 (14,9%). На догоспитальном этапе 13 пациентам проведена коронароангиография, 5 из них выполнено стентирование коронарных артерий и 4 — коронарное шунтирование. Для оценки кардиального риска хирургического вмешательства использовался Lee Index, по результатам которого 27 человек были отнесены к категории высокого риска (3 и более баллов). Учитывая наличие у больных аневризмы аорты, стресс ЭхоКГ не проводилась. Предварительная коронароангиография выполнена 27 пациентам (57,4%).

**Результаты:** гемодинамически значимое поражение коронарных артерий выявлено у 16 больных, из них у 10 — многососудистое. В 11 случаях выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и в 2 — коронарное шунтирование. Реваскуляризация миокарда не проводилась 3 пациентам с хроническими изолированными окклюзиями коронарных артерий (в 2 наблюдениях — окклюзия правой коронарной и в 1 — передней межжелудочковой артерии). Через 1 месяц после ЧКВ и через 3 месяца после коронарного шунтирования больным выполнялась эндоваскулярная изоляция аневризмы аорты. Во всех 47 случаях эндоваскулярного лечения аневризмы аорты периоперационных кардиальных осложнений не наблюдалось. Летальность составила 0%.

**Выводы:** выполнение предварительной коронароангиографии у пациентов высокого кардиального риска, а при необходимости и превентивной реваскуляризации миокарда перед эндоваскулярным лечением аневризмы аорты, позволяет избежать развития периоперационных кардиальных осложнений и летальных исходов, тем самым улучшив результаты высокотехнологичных методов лечения патологии аорты.

## 065 НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ КАРДИАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ДИЛАТАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Традиционно диагностика ишемической болезни сердца (ИБС) строится на выявлении признаков как явной, так и скрытой коронарной недостаточности, а также инфаркта миокарда и его осложнений. Однако коронарный атеросклероз ассоциируется с целым рядом не столь очевидных синдромов, значение которых изучено не до конца.

**Цель:** проанализировав клинико-морфофункциональные параметры больных ИБС как с постинфарктным кардиоскле-

розом, так и без инфаркта миокарда (ИМ), установить факторы, связанные с дилатацией желудочков сердца и относительной митральной регургитацией (МР).

**Материал и методы:** использовали данные анализа серии сравнительных поперечных срезов Регистра коронарной ангиографии — электронной базы данных, включавшей результаты комплексного клинико-инструментального обследования 20402 последовательно включенных пациентов.

**Результаты:** риск дилатации ЛЖ у больных ИБС без ИМ снижался с каждой пораженной артерией на 57%. Следовательно, коронарное стенозирование не было ведущим фактором патогенеза дилатации левого желудочка у этого контингента больных. Дилатация правого желудочка у больных как с ИМ в анамнезе, так и без, связана преимущественно с функциональным состоянием левого желудочка (снижением сократительной способности миокарда, нарушениями сердечного ритма и проводимости, значимой МР, увеличением класса сердечной недостаточности), а также со снижением функционального класса стенокардии напряжения. Отсутствие связей дилатации правого желудочка с поражениями коронарного русла и её отрицательная связь с тяжестью стенокардии напряжения говорит о возможности неишемического происхождения дилатации этой камеры у больных ИБС без ИМ. Для мужчин с постинфарктным кардиосклерозом оказался характерен механизм формирования МР, связанный с региональным поражением миокарда, вызванным преимущественно поражением правой коронарной артерии, а для женщин — с глобальным ремоделированием миокарда — дилатацией левого желудочка и функциональным классом сердечной недостаточности. У больных ИБС как без ИМ, так и с постинфарктным кардиосклерозом вне зависимости от пола МР была связана с нарушениями сердечного ритма и проводимости, большим индексом размера левого предсердия и более низкой фракцией выброса левого желудочка.

**Выводы:** эхокардиографические признаки дилатации желудочков сердца у больных ИБС без инфаркта миокарда, относительная МР у больных ИБС как с ИМ в анамнезе, так и без, характеризуют особые формы ремоделирования сердца, не всегда напрямую связанные с действием фактора коронарного стенозирования, что дает основания расценивать их происхождение как смешанное (коронарное и некоронарное) и создает предпосылки к изменению подходов лечения. Предлагается называть такие кардиальные синдромы неспецифическими. Необходимо учитывать возможность влияния неишемического фактора на развитие дилатации желудочков и функциональной МР, своевременно выявлять его и при необходимости корректировать лечебную тактику.

## 066 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Яхонтов Д. А., Хидирова Л. Д., Валеева А. М.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Абдоминальное ожирение (АО) наряду с артериальной гипертонией (АГ) являются факторами кардиоваскулярного риска, значимость которого увеличивается при наличии сердечных аритмий, в частности — фибрилляции предсердий (ФП). В то же время, имеющаяся информация о “парадоксе ожирения” позволяет говорить о его неоднозначном влиянии на прогноз кардиологических больных и обуславливает интерес к АО у лиц с АГ и ФП.

**Цель:** изучить особенности течения фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением.

**Материал и методы:** обследовано 45 больных в возрасте 66,5±9,2 лет с пароксизмальной, персистирующей и/или постоянной формой ФП и АО, индекс массы тела (ИМТ) 35,2±4,6 кг/м<sup>2</sup>. АГ 1–3 степени имела место у 91,1%, сахарный

диабет — у 26,7%, ИБС — у 24,4%, гипотиреоз — у 13,3%, ХОБЛ — у 4,4% обследованных. Группу сравнения составили 43 больных ФП с нормальным ИМТ ( $24,1 \pm 2,2$ ) кг/м<sup>2</sup> и сходной частотой коморбидных состояний (АГ — 83%, ИБС — 37,2%, ХОБЛ — 11,6%, субклинический гипотиреоз — 4,6%). Больные мало отличались по характеру назначаемой терапии, основными компонентами которой являлись β-адреноблокаторы — 40, 67%, ( $p > 0,819$ ), блокаторы РААС — 42, 71 % ( $p > 0,999$ ), амиодарон  $52,2 \pm 7,4$  % ( $p > 0,079$ ). Проводилась проверка числовых данных по согласию с законом нормального распределения по критерию Шапиро–Уилка. Показатели в исследуемых группах представлены в виде медианы [первый квартиль; третий квартиль] для непрерывных числовых данных, % [нижняя граница 95% ДИ; верхняя граница 95%ДИ] для бинарных данных с вычислением границ по формуле Вильсона, % категорий для категориальных данных. Для сравнения непрерывных данных использовался U-критерий Манна–Уитни, в котором производился расчет смещения распределений с построением 95% доверительного интервала для смещения, для учета эффекта множественных попарных сравнений применялась поправка Бенджамини–Хошберга. Сравнение бинарных и категориальных показателей проводилось точным двусторонним критерием Фишера. Проверка

статистических гипотез проводилась при критическом уровне значимости  $p = 0,05$ , т.е. различие считалось статистически значимым, если  $p < 0,05$ .

**Результаты:** больные с наличием АО чаще имели постоянную —  $34,8 \pm 7,0$  ( $p < 0,001$ ) и персистирующую форму ФП —  $39,1 \pm 7,1$  ( $p < 0,0001$ ) и оказались достоверно моложе больных с нормальным ИМТ —  $59,7 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup>. ( $p < 0,01$ ). У них регистрировался достоверно более высокий уровень триглицеридов —  $1,8$  ммоль/л [1,3; 2,5] ( $p < 0,001$ ), тошачковой гликемии —  $5,7$  ммоль/л [5,3; 6,3] ( $p < 0,065$ ), больший размер поперечника аорты  $3,5$  см [3,3; 3,7] ( $p < 0,008$ ). В то же время такие показатели как общий холестерин, липопротеины низкой плотности, креатинин крови и большинство морфометрических показателей миокарда, включая размеры полостей сердца и индекс массы миокарда левого желудочка, достоверно не различались.

**Выводы:** наличие АО у больных ФП и АГ негативно влияет на отдельные биохимические и ультразвуковые показатели, однако значительная часть критериев, характеризующих кардиоваскулярный риск и прогноз, не выявила достоверных различий, что требует дальнейшего углубленного изучения данной проблемы и выявления возможного “парадокса ожирения” в группе больных с ФП, АГ и абдоминальным ожирением.

### III. РЕАБИЛИТАЦИЯ

#### 067 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ

Горяев А. Г., Кулишова Т. В.

АО “Курорт Белокуриха”, санаторий “Сибирь”, Белокуриха; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

По данным последних эпидемиологических исследований периодически испытывают бессонницу около трети взрослых людей, около 10–15% страдают хронической инсомнией (ХИ). Исследования показывают, что проявлениям ХИ сопутствует вегетативный дисбаланс с преобладанием симпатического тонуса и нарушения психоэмоционального статуса.

**Цель:** оценить динамику вегетативной реактивности (ВР) и психоэмоционального статуса у пациентов с хронической инсомнией на фоне комплексного санаторно-курортного лечения с включением транскраниальной магнитотерапии (ТКМТ).

**Материал и методы:** обследовано 122 пациента с верифицированным диагнозом ХИ, средний возраст  $53,1 \pm 1,4$  года. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: 62 в основной группе (получавших базисный санаторно-курортный комплекс: азотно-кремнистые слаборадоновые ванны, лечебный массаж шейно-воротниковой области, групповую психотерапию, терренкуры, когнитивно-поведенческую терапию и ТКМТ) и 60 в группе сравнения (идентичный комплекс воздействия без ТКМТ). С целью определения текущего функционального состояния и адаптационного резерва пациентов с ХИ нами изучена система нервно-гуморальной регуляции сердечного ритма по данным вариационной пульсометрии и спектрального анализа variability сердечного ритма с оценкой активной ортостатической пробы (АОП). Для исследования психоэмоционального статуса использовались данные Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale). Все исследования больным проводились до и после окончания комплексного санаторно-курортного лечения.

**Результаты:** до начала лечения при проведении АОП определялось гиперсимпатикотоническое вегетативное обеспече-

ние у 58 (47,5%) пациентов. У 22 (18%) больных отмечалась асимпатикотоническая реактивность. После проведенного лечения в основной группе при выполнении АОП статистически значимо возросло количество пациентов с нормотонической реактивностью с 24,2% до 51,6% ( $p < 0,05$ ). Выявлено статистически достоверное уменьшение пациентов с асимпатикотонической реактивностью с 20,9% до 12,9% ( $p < 0,05$ ). Уменьшилось количество пациентов с гиперсимпатикотонической реактивностью с 54,8% до 35,5% ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения после лечения при проведении АОП также определялась достоверная динамика ВР, но она была статистически менее значимой, чем в основной группе. При анализе симптомов тревоги и депрессии по шкале HADS выявлена достоверная положительная динамика: в основной группе бальная оценка тревоги к концу лечения уменьшилась на 34,7% ( $p < 0,05$ ), депрессии — на 30,1% ( $p < 0,05$ ), в группе сравнения также отмечалась достоверная динамика данных показателей, но она была статистически менее значимой.

**Выводы:** таким образом, включение транскраниальной магнитотерапии в комплексное лечение пациентов с хронической инсомнией обеспечивает статистически значимую динамику вегетативной реактивности и психоэмоционального статуса, что в свою очередь, оказывает положительное влияние на качество сна.

#### 068 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАННИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Иноземцева А. А., Помешкина С. А., Аргунова Ю. А., Барбараш О. Л.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

**Цель:** оценить эффективность раннего начала физических тренировок с применением показателей кардиопульмонального тестирования у пациентов после коронарного шунтирования (КШ).

**Материал и методы:** в исследование было включено 50 пациентов после КШ, которые были рандомизированно распределены на две группы. Средний возраст составил  $61,1 \pm 9,1$  год, мужчин — 44 пациента (88%), женщин — 6 (12%). В группе I (25 пациентов) помимо стандартной программы реабилитации с 6-х суток проводился курс физических тренировок на беговой дорожке с индивидуальным подбором интенсив-



ности физической нагрузки на основании данных кардиопульмонального теста, в группе II (25 пациентов) — проводилась стандартная кардиореабилитация, включающая в себя дозированную ходьбу, лечебную физкультуру. Критериями включения являлись проведение изолированной операции КШ и наличие подписанного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения были связаны с тяжелой сопутствующей соматической патологией, ограничивающей физическую активность пациента. Всем пациентам проводилось обследование, включающее в себя рутинные клинико-лабораторные тесты, спирометрию на 6-ые и 16-е сутки после КШ с оценкой пикового объема потребления кислорода ( $VO_{2peak}$ ) и анаэробного порога (АП). Случаев осложнений не отмечено. Тренировки проводились 5 раз в неделю (в среднем 9 тренировок) продолжительностью 20 минут по схеме: 5 минут — разминка, 10 минут — основная тренировка, 5 минут — заминка. Статистическая обработка осуществлялась с использованием ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft). Оценка количественных показателей проводилась с помощью теста Манна-Уитни. Средние значения представлены в виде медиан и интерквартильных размахов. Во всех случаях нулевую гипотезу отвергли при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** при оценке показателей спирометрии, проведенной на 6 сутки, значимых различий между 2 группами не найдено, что подтверждает сопоставимость 2 групп. На 16-е сутки толерантность к физической нагрузке увеличилась в обеих группах с 50 до 75 Вт ( $p=0,1$ ). При оценке показателей спирометрии на 16-е сутки после КШ в группе с ранним началом физических тренировок пиковый объем потребления кислорода был значимо выше 14,2 [13,2; 15,4] мл/кг/мин по сравнению с контрольной группой 12,4 [11,3; 14,5] мл/кг/мин ( $p=0,04$ ) и выше, чем на 6 сутки после КШ (12,2 [10,4; 12,7] мл/кг/мин). Анаэробный порог в 2 группах статистически значимо не различался, однако отмечена тенденция к его повышению в группе с ранним началом физических тренировок, как по сравнению с контрольной группой — 10,9 [9,8; 12,8] мл/кг/мин против 9,7 [7,8; 11,7] мл/кг/мин ( $p=0,11$ ), так и при сравнении с 6-ми сутками — 9,0 [7,8; 10,8] мл/кг/мин ( $p=0,09$ ).

**Выводы:** на фоне использования альтернативных программ реабилитации отмечено увеличение толерантности в обеих группах, однако ранние физические тренировки значимо повышают пиковое потребление кислорода и соответственно оптимизируют кардиоваскулярный прогноз.

## 069 ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кантемирова Р. К.<sup>1,2,3</sup>, Свиридова Е. О.<sup>1,4</sup>, Бурнос А. А.<sup>1,4</sup>, Крюков А. С.<sup>1</sup>, Герасимова Г. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Министерства социальной защиты Российской Федерации Минтруда России, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; <sup>4</sup>Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница №20, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** разработка основных принципов программы физической реабилитации пациентов с атеросклерозом сосудов сердца и нижних конечностей, подвергшихся ампутации.

**Материал и методы:** нами обследовано 189 пациентов с ИБС и 40 пациентов после ампутаций нижней конечности вследствие облитерирующего атеросклероза в сочетании с ИБС: 11 женщин и 29 мужчин в возрасте от 61 до 87 лет. Среди обследованных инвалидов III группы было 112, II группы — 67 человек. Комплекс реабилитации включал в себя

специально разработанные программы физических упражнений в виде групповых занятий, физиотерапевтические методы, а также базовую медикаментозную терапию. В ходе реабилитации оценивали поэтапно толерантность к физической нагрузке, класс двигательной активности, с учетом уровня ампутации. Проведен анализ эффективности физических упражнений у данной категории пациентов.

**Результаты:** получены данные о взаимном усугублении тяжести состояния пациентов с ИБС после перенесенной ампутации, что определяло реалистичную постановку цели и конечных результатов реабилитации. Выявлено, что уровень ампутации влиял на ожидаемый уровень двигательной активности, стоимость энергии ходьбы, что обуславливало более низкие уровни двигательной активности у пациентов с сочетанным поражением сосудов. Тактика лечения и реабилитации больных с сочетанным поражением коронарных артерий и артерий нижних конечностей, в том числе с ампутацией, недостаточно изучены. Эффективность физических упражнений при ИБС упоминается в 1303 рандомизированных контролируемых исследованиях в электронных базах данных (PEDro, PubMed, Cochrane). Доказательными методами физической реабилитации являются тренировки с динамическими нагрузками (55,6%), интервальные тренировки (32,6%), лечебная гимнастика с тренировкой дыхательной мускулатуры (6,6%). Больше 70% процентов исследований подтверждают их эффективность.

**Выводы:** оптимальная программа реабилитации должна включать в себя физические нагрузки по специально разработанным программам с учетом класса двигательной активности. Пациенты с ампутацией нижних конечностей, не адаптированы под общие принципы физической реабилитации пациентов с ИБС, что и определяет актуальность разработки для них специализированных программ.

## 070 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2015 -2017гг

Кантемирова Р. К.<sup>1,2,3</sup>, Фидарова З. Д.<sup>1,4</sup>, Свиридова Е. О.<sup>1</sup>, Ломоносова О. В.<sup>1,2</sup>, Кароль Е. В.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта Министерства социальной защиты Российской Федерации Минтруда России, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; <sup>4</sup>ФКУ «ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** изучение динамики распространенности и структуры первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения населения Санкт-Петербурга по данным Главного бюро медико-социальной экспертизы в период с 2015 по 2017гг и сравнительная характеристика показателей инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди групп населения трудоспособного и пенсионного возраста.

**Материал и методы:** ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез. Проведен анализ показателей общей инвалидности населения и инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в период с 2015г по 2017г. Материалом исследования являлись данные государственной формы государственной статистической отчетности (формы 7-собес) о результатах первичного и повторного освидетельствования граждан старше 18 лет в бюро медико-социальной экспертизы Санкт-Петербурга.

**Результаты:** наиболее высокий уровень первичной инвалидности отмечен в 2015г в группе населения пенсионного возраста, который превышал уровень первичной инвалидности взрослого населения в 3 раза, трудоспособного возраста — в 5,2 раза; с 2011г этот показатель имеет постоянную

тенденцию к снижению. Больше всего инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, но число их в динамике за 3 года снизилась с 8778 до 8434. В классе болезней системы кровообращения много инвалидов с ИБС — 46,7%; ЦВБ — 37,8%; ГБ — 4,6%; далее: инвалиды вследствие хронических ревматических болезней сердца — 0,6%; прочие БСК — 10,3%. Доля первичной инвалидности вследствие БСК по группе пенсионного возраста превышала долю инвалидов трудоспособного возраста в среднем в 2 раза. В структуре первичной инвалидности по группам инвалидности в трудоспособном возрасте преобладают инвалиды II группы, в пожилом возрасте — инвалиды I и III группы. При этом в пенсионном возрасте за 5 лет отмечается увеличение доли инвалидов I и III групп, и уменьшение доли инвалидов II группы.

**Выводы:** БСК в настоящее время являются ведущими причинами инвалидности. Полученные данные о динамике и структуре инвалидности вследствие болезней системы кровообращения в зависимости от возраста и тяжести позволяют планировать деятельность специалистов Бюро медико-социальной экспертизы в Санкт-Петербурге, индивидуальные программы реабилитации для инвалидов пожилого возраста и меры социальной защиты.

### 071 ГИПОКСИТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Карамова И. М.<sup>1</sup>, Кузьмина З. С.<sup>1</sup>, Абдюкова Э. Р.<sup>1</sup>, Столярова Т. В.<sup>1</sup>, Газизова Н. Р.<sup>1</sup>, Голдобина Л. П.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи, Уфа; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Цель:** оценить значимость управляемой нормобарической гипокситерапии (УНГ) в реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:** обследованы 67 больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью I-II функционального класса (ФК) по NYHA (средний возраст 59,6±5,2 года). У 100% больных произведено стентирование одной из коронарных артерий за 10-12 дней до начала УНГ. Больные ИБС в зависимости от течения стенокардии были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, фракции выброса левого желудочка и базисной терапии. В 1-ю группу вошли 37 больных ИБС с прогрессирующей стенокардией; во 2-ю группу — 30 больных ИБС со стенокардией напряжения ФК III. Контрольная группа включала 25 здоровых лиц. Исходно и после прохождения 15 тренировок с применением УНГ (аппарат ReOxy, фирмы Aimediq Intelligent Medical Systems, Германия) пациентам выполняли тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) и тредмил-тест.

**Результаты:** в обеих группах после проведения гипокситерапии отмечалось клиническое улучшение состояния пациентов. Под влиянием курса гипоксических тренировок отмечен антиангинальный эффект: уменьшилось количество приступов стенокардии за сутки (в 1 группе на 74%: с 4±0,46 до 2,6±0,48 и во 2 группе: на 88% с 4±0,35 до 1,2±0,26, p<0,05) при достоверном снижении суточной дозы нитратов короткого действия для купирования стенокардии в обеих группах (с 4,2±1,2 до 1,6±0,6 таблеток в 1 группе и с 4,4±1,3 до 1,1±0,3 таблеток, p<0,05 во 2 группе). Анализ индивидуальных протоколов исследуемых больных показал, что в обеих группах в значительной степени отмечалось снижение ФК стенокардии. Так, в 1 группе больных средний показатель ФК до гипокситерапии составил 3,35±0,42 ед., после нее 2,8±0,33 ед, p<0,05. Во 2 группе ФК стенокардии до гипокситерапии составил 3,41±0,40 ед., после 2,30±0,25 ед., p<0,05. Отмечалось достоверное повышение толерантности к физической нагрузке в обеих группах, оцениваемое методом ТШХ. Прирост дистанции шестиминутной ходьбы в 1 группе больных составил 26,4% (до гипокситерапии 327±17 м, после нее 417±25 м; p<0,05), тогда как во 2 группе эта величина возросла на 45,6% (до гипоксических тренировок 321±18 м, после них 458±22 м; p<0,05).

**Выводы:** УНГ у больных ИБС улучшает клиническое состояние больных, уменьшает количество ангинозных приступов за сутки, снижает ФК стенокардии и повышает толерантность к физической нагрузке. Большой эффект от гипокситерапии наблюдается в группе со стабильным течением стенокардии, чем у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

### 072 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Карамова И. М.<sup>1</sup>, Кузьмина З. С.<sup>1</sup>, Абдюкова Э. Р.<sup>1</sup>, Столярова Т. В.<sup>1</sup>, Газизова Н. Р.<sup>1</sup>, Голдобина Л. П.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи, Уфа; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

**Цель:** изучить влияние интервальных гипоксических тренировок (ИГГТ) на показатели внутрисердечной гемодинамики при реабилитации больных с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q в подостром периоде.

**Материал и методы:** обследованы 87 больных с ИМ без зубца Q в подостром периоде с хронической сердечной недостаточностью II-III функционального класса по NYHA (средний возраст 61,4±4,2 года). У всех пациентов было произведено стентирование одной и более коронарных артерий за 14-16 дней до начала гипоксических тренировок. Больные ИМ без зубца Q в подостром периоде были рандомизированы конвертным методом на 2 группы. Первую группу составили 40 пациентов, получавших 15 ИГГТ в два подхода с разницей между ними в 1 месяц (аппарат ReOxy, Германия). Вторую группу составили 47 больных (без применения ИГГТ). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и базисной терапии. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Для оценки эффективности ИГГТ пациентам выполняли тест с шестиминутной ходьбой, эхокардиографию с оценкой линейных и объемных показателей, индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка (ЛЖ).

**Результаты:** при присоединении к реабилитационному лечению ИГГТ установлено клиническое улучшение состояния пациентов. Дистанция 6-минутной ходьбы при присоединении ИГГТ увеличилась на 40,9 % (p<0,05), а без ИГГТ — на 28 % (p<0,05), при использовании ИГГТ достигнуты значимые различия в сравнении с пациентами без ИГГТ (13,7%; p<0,05). Наиболее существенные гемодинамические эффекты достигнуты при присоединении ИГГТ: значимо уменьшились параметры конечного диастолического (КДО) и систолического объемов (КСО) ЛЖ, и ИММ ЛЖ (14; 19,4; 11,6%; p<0,05). Показатели КДО и КСО ЛЖ в группе с применением ИГГТ были на 12,4 % и 16,2 % ниже, чем у больных, без ИГГТ (p<0,05). Кроме того, в группе с ИГГТ, отмечено повышение ФВ (12,2%; p<0,05). У пациентов без ИГГТ зарегистрирована лишь тенденция к изменению показателей внутрисердечной гемодинамики.

**Выводы:** реабилитация больных ИМ без зубца Q в подостром периоде с применением ИГГТ более существенно, чем без них, влияла на процессы ремоделирования миокарда, способствовала значимому снижению КДО и КСО, ИММ ЛЖ, повышению ФВ, а также приводила к достоверному повышению толерантности к физической нагрузке.

### 073 ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017 ГОДУ

*Кароль Е. В.<sup>1,2</sup>, Шилов П. Б.<sup>1</sup>, Ломоносова О. В.<sup>2,3</sup>, Долгая А. К.<sup>1</sup>, Самсоненко О. О.<sup>1</sup>, Боровкова Т. А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ФКУ ГБ МСЭ по г. Санкт-Петербургу Минтруда России, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург; <sup>3</sup>ФГБУ ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** экспертно-реабилитационный анализ распространенности и структуры первичной инвалидности (ПИ) вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в пенсионном возрасте (ПВ) в Санкт-Петербурге (СПб) в 2017г, а также основных направлений реабилитации инвалидов.

**Материал и методы:** данные государственной статистической отчетности Главного бюро медико-социальной экспертизы СПб и медико-экспертной документации в системе ЕАВИИАС МСЭ. Методы: ретроспективный анализ, сравнительно-сопоставительный синтез, аналитический, статистический.

**Результаты:** в 2017г число ПИ вследствие ЦВБ в ПВ в Санкт-Петербурге составило 2141 чел., интенсивный показатель на 10 тыс. населения — 16,6. В структуре ПИ вследствие ЦВБ удельный вес инвалидов ПВ составил 67,2%. В структуре преобладают инвалиды II группы — 42,0%; инвалиды III группы составили 37,1%; I группы — 20,9%. В возрастной структуре 69,8% — инвалиды в возрасте 60-74 лет, 28,3% — 75-89 лет, 1,9% — старше 90 лет. В индивидуальных программах реабилитации и реабилитации инвалидов (ИПРА) медицинская реабилитация (МР) была рекомендована 100% инвалидов; санаторно-курортное лечение 90,3% инвалидов III группы, 83,2% II группы, 30,9% III группы; мероприятия реконструктивной хирургии — 1% инвалидов III группы, 0,3% — II группы, 0,9% — I группы. Профессиональная ориентация рекомендована 6,8% инвалидов III группы, 3,9% — II группы; содействие в трудоустройстве — 78,8% инвалидов III группы, 32% — II группы, 0,4% — I группы. Высоко востребованы мероприятия социальной реабилитации (СР): социально-средовая — у 86% инвалидов III группы, 86,6% II группы, 81,2% I группы; социально-бытовая адаптация — 56% инвалидам III группы, 62,7% II группы, 82,1% I группы; социально-психологическая — 76,3% инвалидам III группы, 76,6% II группы, 70,5% инвалидам I группы; социокультурная — 55,4% инвалидам III группы, 47,1% II группы, 27,1% инвалидов I группы. Технические средства реабилитации (ТСР), предоставляемые инвалидам за счет средств федерального бюджета, были рекомендованы 58,6% инвалидов III группы, 90,4% инвалидов II группы, 98,7% инвалидов I группы; преимущественно: трости, костыли, опоры (47,6% инвалидов); абсорбирующие изделия (18,8%); кресла-коляски (17,6%); поручни для самоподнимания (14,6%). Из группы ТСР за счет средств бюджета СПб, чаще всего инвалидам всех групп для компенсации ограничений способности к самообслуживанию и передвижению рекомендованы маты противоскользящие, сиденья для ванны и душа, кровати с механическим приводом регулирования: 51% инвалидов I группы, 38,3% II группы, 23,3% III группы.

**Выводы:** в группе ПИ вследствие ЦВБ в ПВ в СПб, с полиморфной структурой по группам и возрасту, наиболее востребованы мероприятия МР, СР и обеспечение ТСР, компенсирующими ограничения способности к самообслуживанию и передвижению, а у инвалидов III группы — и профессиональная реабилитация.

## 074 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Князева Т. А., Никифорова Т. И.

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

**Цель:** научная разработка новых немедикаментозных технологий реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после острого коронарного синдрома (ОКС) и эндоваскулярных вмешательств.

**Материал и методы:** проведено рандомизированное сравнительное клиническое исследование с включением 250 больных ИБС, перенесших ОКС и эндоваскулярные вмешатель-

ства. Исследования проводили с помощью стандартной ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭХОКГ, оценки толерантности к физической нагрузке с помощью ВЭМ — пробы, психологического обследования с помощью тестов САН и Спилбергера. Все исследования проводили до- и после курса лечения. Полученные результаты статистически обрабатывали. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа (180 человек) получала комплексную технологию с включением усиленной наружной контрпульсации, общих кремнистых ванн повышенной концентрацией кремниевой кислоты 150 мг/л и матричную (10 диодную) лазерную терапию по кардиальной методике; 2-я группа сравнения (170 человек) получала комплекс, включающий общие кремнистые ванны повышенной концентрацией кремниевой кислоты и матричную лазерную терапию. Все больные находились на стандартной медикаментозной терапии.

**Результаты:** в результате проведенных курсов у 50% больных 1-й группы стенокардия напряжения перешла из III-II ФК в более легкий II-I ФК, количество эпизодов стенокардии уменьшилось на 50%, количество приема нитратов за неделю на 50%, ( $p < 0,05$ ), количество желудочковых экстрасистол уменьшилось на 22%, ( $p < 0,01$ ), у больных 2-й группы уменьшилась только кратность приема нитратов ( $p < 0,05$ ). Вследствие уменьшения ишемии миокарда, фракция выброса повысилась на 6,2% и 4,52% ( $p < 0,01$ ), соответственно, для больных 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о повышении коронарного резерва, вследствие потенцирующего влияния усиленной наружной контрпульсации на процессы прекодиционирования миокарда. Объем выполненной нагрузки по данным велоэргометрии повысилась на 39% и 27%, ( $p < 0,01$ ), соответственно, для больных 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о потенцирующем тренирующем эффекте усиленной наружной контрпульсации. В результате улучшения клинико-функционального состояния ишемизированного миокарда отмечено улучшение психо-эмоционального состояния пациентов. Показатели теста САН повысились на 84% и 43%, ( $p < 0,01$ ), соответственно, для больных 1-й и 2-й групп.

**Выводы:** Полученные данные позволяют сделать вывод о более значимой метаболической адаптации миокарда к ишемии при реабилитации пациентов с ИБС после ОКС и эндоваскулярных вмешательств, получивших комплекс, включающий процедуру наружного вспомогательного кровообращения — усиленную наружную контрпульсацию.

## 075 СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В КАРДИОПРОФИЛАКТИКЕ У ЖЕНЩИН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Крысюк О. Б.<sup>1,2</sup>, Дейнеко В. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург; <sup>2</sup>Международный медицинский центр "СОГАЗ", Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** проанализировать влияние Скандинавской ходьбы (СХ) на некоторые показатели кардиологического статуса женщин пенсионного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге.

**Материал и методы:** проанализированы результаты занятий СХ 20-ти жительниц Санкт-Петербурга в возрасте от 65 до 85 лет, средний возраст 72,5±3,6 года. Занятия проводили на базе СПбГБУЗ "Городская поликлиника №34" 2 — 3 раза в неделю, продолжительность занятия 90—100 минут; структура занятия — разминочный комплекс, основная часть (ходьба с интенсивностью 55-65% от максимальной частоты сердечных сокращений) и комплекс восстанавливающих упражнений. Занятия проводили под руководством дипломированного инструктора в течение одного года. У всех занимающихся на момент начала занятий были верифицированы ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ) I или II стадии. Все занимающиеся вели дневники артериального давления (АД), а также заполняли опросники качества жизни (КЖ) — Миннесотский опросник и опросник MOS SF-36.



**Результаты:** динамика АД показала достоверное уменьшение как систолического АД ( $141,8 \pm 3,01$  до начала занятий,  $127,9 \pm 1,74$  после 1 года занятий,  $p=0,0016$ ), так и диастолического АД ( $85,7 \pm 1,18$  до начала занятий,  $80,5 \pm 0,83$  после 1 года занятий,  $p=0,0032$ ) после годичных групповых занятий СХ. При этом ни у одной из обследованных не повысилась стадия ГБ и степень артериальной гипертензии. Более чем у половины занимающихся СХ (13 чел.) в течение года удалось уменьшить суточную дозу принимаемых гипотензивных средств. Миннесотский опросник качества жизни продемонстрировал тенденцию к улучшению через полгода ( $28,7 \pm 2,39$  до начала занятий,  $22,7 \pm 1,64$  после 0,5 года занятий,  $p=0,0617$ ) и достоверное улучшение КЖ через 1 год занятий СХ ( $28,7 \pm 2,39$  до начала занятий,  $10,6 \pm 1,46$  после 1 года занятий,  $p=0,0001$ ). Результаты анализа КЖ по шкале боли опросника MOS SF-36 (кардиалгии, цефалгии) указали на достоверное улучшение показателей данной шкалы через полгода ( $99,4 \pm 3,28$  до начала занятий,  $92,6 \pm 3,48$  после 0,5 года занятий,  $p=0,001$ ) и через год занятий СХ ( $99,4 \pm 3,28$  до начала занятий,  $83,0 \pm 3,49$  после 1 года занятий,  $p=0,0001$ ).

**Выводы:** групповые занятия СХ под руководством подготовленного специалиста — дипломированного инструктора СХ через полгода достоверно улучшили КЖ женщин пенсионного возраста, проживающих в Санкт-Петербурге, по шкале боли опросника MOS SF-36 и обусловили тенденцию к улучшению КЖ по Миннесотскому опроснику. Через 1 год занятий СХ выявлено достоверное улучшение КЖ по обоим опросникам и достоверное уменьшение систолического и диастолического АД. Таким образом, СХ следует рассматривать как метод кардиопрофилактики у женщин пенсионного возраста.

## 076 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

*Кулишова Т. В., Жоган И. В., Репешко Н. В., Каркавина А. Н.*  
КГБУЗ Городская больница №6, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Течение остеоартроза (ОА) у пожилых людей утяжеляет высокая коморбидность, сопутствующие заболевания и как следствие трудность в подборе адекватного лечения заболеваний суставов. Наиболее физиологичным физическим фактором для пожилых пациентов является магнитотерапия. Обезболивающее и противовоспалительное действие, способность улучшать микроциркуляцию, коррекция иммунного статуса, гипотензивный, гипокоагуляционный и репаративный эффекты, хорошая переносимость процедур, положительное влияние на психоэмоциональный статус позволяет использовать магнитотерапию в комплексном лечении пожилых больных с ОА.

**Цель:** изучить эффективность магнитотерапии у пожилых больных с ОА коленных суставов с высокой коморбидностью.

**Материал и методы:** под наблюдением находилось 90 пожилых пациентов с ОА коленных суставов I–II стадии (0–I степени функциональной недостаточности) с коморбидностью по индексу Charlson 77,4% ( $p<0,05$ ). Все больные были рандомизированы на 2 группы. Пациентам обеих групп назначалась медикаментозная терапия (мовалис 7,5 мг), массаж. Основную группу составили 46 больных, которым была назначена дополнительно к комплексу магнитотерапия на аппарате «АЛМАГ 02», 15 процедур. Все пациенты хорошо перенесли лечение, осложненных и побочных реакций не определялось. Группу сравнения составили 44 больных ОА, которые получали то же лечение, но без магнитотерапии. Больным проводили исследование по клинико-функциональным тестам, индексу Лекена, качеству жизни (КЖ) по опроснику «SF-36». После лечения у больных ОА в основной группе наблюдалась положительная достоверная динамика клинических симптомов и функциональных тестов: боль при движении уменьшилась у 86,7% ( $p<0,05$ ); боль в покое у 100,0% ( $p<0,05$ ); утренняя скованность у 28,9% ( $p<0,05$ );

ограничение объема движений у 51,1% ( $p<0,05$ ); крепитация не отмечалась у 17,7% ( $p<0,05$ ); болезненность при пальпации исчезла у 55,6% ( $p<0,05$ ); окружность сустава уменьшилась у 51,1% ( $p<0,05$ ) больных. В результате оптимизации лечения у больных основной группы отмечалось достоверное увеличение показателей по всем шкалам опросника «SF-36», но наиболее значимые по шкале физическая активность на 39,5% ( $p<0,05$ ) и физическая боль на 38,2% ( $p<0,05$ ). У всех исследуемых больных с ОА и сопутствующим синовитом произошло уменьшение объема коленных суставов, наиболее значимо у больных, которые получали лечение с включением магнитотерапии — на 13,3% ( $p<0,05$ ). В основной группе через 6 месяцев после лечения с включением магнитотерапии субъективные симптомы встречались достоверно реже, а показатели КЖ были выше, чем в группе сравнения.

**Выводы:** использование магнитотерапии в комплексном лечении ОА пожилых пациентов с высокой коморбидностью позволяет получить более выраженный непосредственный и отдаленный в катамнезе за 6 месяцев клинический эффект, что проявляется уменьшением болевого синдрома, улучшением функционального состояния, повышением КЖ.

## 077 ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Субботина Н. А., Руденко К. В.*

ГБУЗ СО СОБ №2, Екатеринбург, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) представляет собой серьезную проблему в здравоохранении. ХСН наносит огромный экономический ущерб за счет затрат на лечение, временной и стойкой утраты трудоспособности.

**Цель:** улучшение результатов реабилитации пациентов с ХСН.

**Материал и методы:** под наблюдением находилось 8 пациентов с клиникой ХСН 2-3 стадий по классификации В.Х. Василенко и Н.Д. Стражеско, из них 1 перенес инфаркт миокарда (постинфарктная аневризма ФВ 32%), 3 пациента с постоянной формой мерцательной аритмии, 2 пациента с митральной недостаточностью, 1 пациент с ГБ 3 стадии, 1 пациент с дилатационной кардиомиопатией. У всех пациентов ХСН диагностирована стандартными методами.

Реабилитация больных с ХСН проводилась независимо от сроков, прошедших с момента лечения основного заболевания, приведшего к развитию или декомпенсации ХСН, при условии наличия реабилитационного потенциала и отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов медицинской реабилитации.

При исследовании использован статистический метод обработки результатов. Медицинская реабилитация проводилась поэтапно. Основным критерием оценки тяжести состояния пациента для определения объема реабилитационной помощи и маршрутизации была ШКАЛА ШОКС. Задача — снижение показателя по ШКАЛЕ ШОКС не менее, чем на 1-3 балла. В зависимости от результатов биомаркера ХСН—BNP осуществлялось прогнозирование развития неблагоприятных событий и мониторинг эффективности выбранного курса терапии пациентов с ХСН.

По показаниям выдано 1 направление к кардиохирургу для оперативного лечения — трансплантации сердца. Пациент поставлен в лист ожидания. На фоне лечения наступила стабилизация состояния, повышение ФВ до 42% и отмена показаний к трансплантации сердца.

Медицинская реабилитация пациентов с ХСН проводилась в амбулаторных условиях и включала: определение реабилитационного прогноза и дальнейшей реабилитационной программы, телеконсультации специалиста для подбора наиболее эффективной терапии больных с ХСН, создание Регистра Свердловской области с ХСН для динамического наблюдения и выполнения Программы реабилитации. В течение года у всех пациентов отмечалась положительная динамика в виде отсутствия декомпенсации, повышения толерантности к физическим нагрузкам.

**Выводы:** в перспективе предполагается создание Центра реабилитации для больных с ХСН, осуществление эпидемиологического мониторинга пациентов с ХСН по Свердловской области. Создание Центра создаст условия по предотвращению развития

ХСН, устранению клинической симптоматики ХСН, замедлению прогрессирования болезни путем защиты органов-мишеней, улучшению качества жизни, снижению частоты госпитализаций, улучшению прогноза заболевания, и продлению жизни.

## IV. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

### 078 СТРУКТУРИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА МОСКВЫ ПРИ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ

*Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Колтунов И. Е., Короткова С. А., Осипова Г. Т., Полякова Е. И., Якушева А. В.*

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва; ГБУЗ “Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва, Россия

**Цель:** проанализировать данные реестра гинекологической заболеваемости девочек и девушек по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ за 2017 г.

**Материал и методы:** в последние годы отмечена отрицательная динамика показателей здоровья детей, в том числе девочек-подростков. В целях совершенствования организации медицинской помощи детям и подросткам в ЛПУ города Москвы работа гинекологов детского и юношеского возраста организована в соответствии с приказом Министерства здравоохранения России от 12 ноября 2012 г. № 572н. — пункта VIII “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “Акушерство и гинекология” с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г. и 11 июня 2015 г., а также с положениями ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

**Результаты:** около 2,5 тысяч девочек и девушек 0–17 лет наблюдались в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков города Москва при Морозовской ДГКБ в 2017 г.

В реестре гинекологической заболеваемости девочек и девушек, по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, на первом месте по частоте выявления отмечаются вульвовагиниты (30%), затем нарушения менструального цикла (23%), синехии малых половых губ (20%), опухолевидные образования (19%), пороки развития половых органов (4,5%), воспалительные заболевания внутренних половых органов (3,5%). В возрасте от 0–10 лет преобладают вульвовагиниты (28%), синехии малых половых губ (15%), аномалии половых органов, травмы наружных половых органов (11%), преждевременное половое созревание (4%), а в возрасте от 10–18 лет — аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (26%), нарушения менструального цикла (14%), опухоли и опухолевидные образования придатков матки (12%), воспалительные заболевания внутренних половых органов (4%).

**Выводы:** учитывая данные Центра репродуктивного здоровья детей и подростков города Москвы у детей 0–10 лет преобладают воспалительные заболевания наружных половых органов, а у детей, начиная с 12 лет, первое место занимают нарушения менструального цикла, что соответствует данным о гинекологической заболеваемости девочек и девушек на всей территории Российской Федерации.

### 079 СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБОВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

*Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Тарбая Н. О., Клинишова Т. А.*

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва; ГБУЗ “Морозовская детская

городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы”, Москва, Россия

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) остаются одной из актуальных проблем не только для детских гинекологов, но и врачей других специальностей. Одним из грозных осложнений ВЗОМТ является развитие тубоовариальных образований. Основной задачей на раннем этапе постановки диагноза является дифференциальная диагностика тубоовариальных образований с экстрагенитальной патологией.

Сложности диагностики обусловлены возрастом ребенка — от 3 до 7 лет, реактивностью организма в детском возрасте, проявлениями основного заболевания под маской инфекции мочевыводящих путей, аппендикулярного синдрома, девочек в возрасте от 14 до 17 лет — с запущенной формой сальпингоофоритов, внематочной беременностью, что связано с ранним половым дебютом и активной половой жизнью без использования барьерного метода контрацепции, перитонеальным синдромом, кистами яичников, перекрутом придатков матки. Кроме того, затруднение в диагностике может быть связано с пороками развития половых органов.

**Цель:** провести оценку диагностики тубоовариальных образований у девочек и подростков, скрывающихся под маской сопутствующей экстрагенитальной патологии.

**Материал и методы:** нами было обследовано 45 девочек, в возрасте от 3 до 17 лет, поступивших в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу с диагнозами: острый аппендицит, инфекционные заболевания мочевыводящих путей, сальпингоофорит, внематочная беременность, перитонит, тубоовариальное образование. Девочки обратились с жалобами на повышение температуры тела, боли внизу живота. В общем анализе крови лейкоцитоз, увеличении СОЭ. В ходе обследования и дифференциальной диагностики важным диагностическим методом являлось ультразвуковое исследование.

**Результаты:** У девочек (n=45) в возрасте от 3 до 7 лет частота встречаемости тубоовариальных образований составила: острый аппендицит у 15,6% (n=7), инфекции/заболевания мочевыводящих путей у 2,2% (n=1). В возрасте от 8 лет и старше — острый аппендицит у 8,9% (n=4), внематочная беременность у 6,7% (n=3), сальпингоофорит у 26,7% (n=12), перитонит у 2,2 (n=1), тубоовариальное образование у 37,8% (17) обследованных.

**Выводы:** проведенное нами исследование показало, что на ранних этапах для постановки заключительного диагноза и выработки дальнейшей тактики ведения девочек-подростков с тубоовариальными образованиями, необходимо тщательное обследование и дифференциальная диагностика.

### 080 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ СЕМИ РЕГИОНОВ РОССИИ

*Кожеевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С., Филимонова И. К., Абашидзе Э. А., Маргиева Т. В., Кайтукоева Е. В., Сурков А. Н.*

ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** провести анализ факторов риска и основных маркеров развития сердечно-сосудистых болезней у школьников при диспансеризации в семи регионах России.

**Материал и методы:** в рамках развития сети школьной медицины в странах Восточной Европы и Центральной Азии

(распоряжение Правительства РФ от 2.06.2016г. № 1090-р и распоряжение Правительства РФ от 9.08.2016г №1668-р) в 2017г проведено комплексное обследование 2193 детей 11 и 15 лет из общеобразовательных школ в семи регионах России. В составе бригады специалистов проведен осмотр в том числе: педиатром, аллергологом, оториноларингологом. Оценивался индекс массы тела (ИМТ), изучена функция внешнего дыхания (ФВД) (Masterscreen, Egger, Германия), проведена электрокардиография в 12-ти отведениях (ЭКГ) (MontaraELI-150), анкетирование детей/родителей/медицинских работников. Измерение артериального давления (АД) проводилось методом Короткова. Изменения АД оценивались по таблицам в соответствии с полом, ростом, возрастом. Измененным считалось АД менее 10-го перцентиля и более 90-го перцентиля нормы. Пульсовое АД (ПАД) получали как разницу между систолическим и диастолическим АД. Критерии оценки ПАД: сниженное < 40 мм рт.ст. и повышенное > 60 мм рт.ст.

**Результаты:** у каждого 5-го ребенка был повышен ИМТ, у каждого третьего — выявлено аллергическое заболевание. У каждого второго ребенка — хроническая патология ЛОР-органов, среди этих детей — у каждого второго отмечено постоянное нарушение носового дыхания, у каждого пятого — искривление носовой перегородки, у каждого третьего — гипертрофия аденоидов и/или миндалин II-III степени. У 15% детей выявлены изменения ЭКГ, требующие дополнительных обследований. АД было изменено у каждого второго ребенка. У каждого третьего ребенка выявлено изменение ПАД. У детей 11-ти лет преобладало сниженное ПАД, а у 15-ти летних мальчиков — повышенное ПАД. У девочек 15 лет по-прежнему преобладало пониженное ПАД. 3% детей жаловались на нарушение сна, 20% затруднились ответить на этот вопрос, 77% уверенно отрицали нарушения. В то же время 84% матерей уверенно отрицали нарушения сна у детей.

**Выводы:** высокий процент выявленных факторов развития сердечно-сосудистых болезней и начальных признаков нарушения гемодинамики, выявленных в рамках диспансерного осмотра у школьников, свидетельствует о необходимости начала этих осмотров в раннем школьном возрасте. Изменения пульсового АД у школьников в зависимости от пола и возраста свидетельствует о необходимости использования его как инструмента для скрининга, формирования групп риска и последующего поиска причин нарушений и индивидуального подхода к коррекции нарушений гемодинамики. Фактору нарушения сна у детей уделяется недостаточно внимания родителями.

## 081 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ТРЕНИНГ-СЕМИНАРОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И АЛГОРИТМУ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКАХ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

*Кутумова О. Ю., Демко Е. А.*

КГБУЗ Красноярский краевой Центр медицинской профилактики, Красноярск, Россия

**Цель:** информировать подростков о риске артериальной гипертензии и мерах ее профилактики, а также о первых проявлениях мозгового инсульта, обучить навыкам измерения артериального давления и правилам оказания первой помощи при мозговом инсульте.

**Объект обучения:** учащиеся основной школы и старших классов.

**Материал и методы:** для проведения информационно-просветительских мероприятий в пришкольных лагерях и загородных стационарных детских оздоровительных учреждениях к использованию предлагались Методические рекомендации по проведению тренинг-семинаров “Профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболева-

ний”, “Что предпринять в ситуации сердечно-сосудистой катастрофы у взрослого”, составленные специалистами КГБУЗ “Красноярский краевой Центр медицинской профилактики” и сотрудниками ФГБОУ ВО “КрасГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого”.

**Результаты:** летняя оздоровительная кампания 2017 года проходила в Красноярском крае под девизом “Береги сердце и сосуды смолоду!”. Мероприятия проводили специалисты учреждений здравоохранения и студенты 4-5-го курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО “КрасГМУ им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого”. Тренинг-семинары прошли в 32 детских учреждениях (из них 22 загородных стационарных детских оздоровительных учреждения) в 14 муниципальных образованиях Красноярского края. Информационно-просветительскими мероприятиями было охвачено 4207 несовершеннолетних. Среднее число присутствующих на мероприятии составляло 42 человека. Занятие состояло из информационной части и активного обучения.

В заключение предлагался для просмотра фильм “Удар” — об инсульте устами детей.

Уровень знаний по данной теме у слушателей в среднем вырос в 2,7 раза и составил 88%.

**Выводы:** предлагаемый нами подход к просвещению детско-подросткового населения позволяет улучшить знания слушателей о наиболее частых причинах артериальной гипертензии и первых признаках мозгового инсульта, научит детей правилам первой помощи при жизнеугрожающих ситуациях.

## 082 ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК МАРКЕР СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

*Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Клишев С. М.*

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Россия

**Цель:** выявить особенности изменений уровня высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) как маркера системного воспаления при различных фенотипах повышенного артериального давления (АД) у подростков с избыточной массой тела и ожирением.

**Материал и методы:** выполнено комплексное клиническое поперечное исследование по единому протоколу у 230 подростков обоего пола 12-17 лет с избыточной массой тела или ожирением. Для сравнительного анализа выделены четыре группы в зависимости от оценки АД по данным офисных измерений и результатам суточного мониторирования АД. 1 группа (n=25) — подростки с высоким нормальным АД, 2 группа (n=82) — подростки с нестабильными вариантами артериальной гипертензии (АГ) и 3 группа (n=101) — подростки с стабильной АГ 1-й и 2-й степени. В качестве группы сравнения взяты показатели группы подростков (n=22) с избыточной массой тела и ожирением в сочетании с нормальным АД < 120/80 мм рт.ст. Контрольная группа — 20 здоровых детей аналогичного пола и возраста с нормальным АД и без избыточной массы тела. Содержание вч-СРБ определяли количественно методом “высокочувствительный латекс” (“BioSystems S.A.”, Испания) турбидиметрически. Результаты представлены в виде медианы (Me) и 1-го и 3-го квартилей [Q1; Q3]. Уровень значимости различий определяли с помощью критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости принимался при p<0,05.

**Результаты:** установлено, что уровень вч-СРБ у подростков с избыточной массой тела и ожирением при различных фенотипах повышенного АД (в 1 группе — 0,69 [0,45;0,98] мг/л, во 2 группе — 0,70 [0,38;1,86] мг/л, в 3 группе — 0,9 [0,4; 2,2] мг/л) выше по сравнению с показателями контрольной группы (0,43 [0,22;0,53] мг/л, p<0,05). Показатели вч-СРБ у подростков с избыточной массой тела в сочетании с нормальным АД имели только тенденцию к превышению показателя здоровых детей. Различия с более высоким уров-



нем вч-СРБ выявлены у подростков с стабильной АГ по сравнению с пациентами с нормальным АД (0,9 [0,4; 2,2] мг/л против 0,6 [0,39;0,73] мг/л,  $p=0,01$ ). По результатам линейного регрессионного анализа трансформированных (log) показателей вч-СРБ с поправкой на пол, возраст, статус пубертата и z-скор индекса массы тела у подростков с нестабильной АГ и со стабильной АГ сохранялись значимо более высокие уровни вч-СРБ по сравнению с параметрами детей с нормальным АД, не отличаясь от показателей детей с высоким нормальным АД. Показатели вч-СРБ при стабильной АГ также были значимо выше уровня показателей при нестабильной АГ ( $p<0,05$ ).

**Выводы:** для подростков с избыточной массой тела и ожирением характерно повышение уровня вч-СРБ как при высоком нормальном АД, так и при различных вариантах гипертензии (по сравнению со здоровыми детьми контрольной группы). Наиболее выраженные сдвиги характерны для стабильной АГ, что свидетельствует о вкладе системного воспаления в прогрессирование гипертензии с более высоким кардиоваскулярным риском у детей подросткового возраста с ожирением.

### 083 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Шамсиев Ж. А., Пак Е. А., Давронов Б. Л., Махматкулов Х. Г.  
2 клиника Самаркандского Медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Среди врожденных пороков сердца (ВПС) с переполнением малого круга кровообращения, наиболее часто встречается открытый артериальный проток (ОАП). Среди всех врожденных пороков сердца ОАП составляет 6-18%. Чаще встречается у девочек, чем у мальчиков (3:1).

**Цель:** анализ ЭКГ изменений у детей с открытым артериальным протоком.

**Материал и методы:** за период с 1991 по 2017гг во 2 клинике СамМИ было прооперировано 99 больных с ОАП в возра-

сте от 3 до 14 лет. Среди них мальчиков 26 (26,3%), девочек 73 (73,7%).

**Результаты:** изменения на ЭКГ были обнаружены у 92 (92,9%) детей. У остальных 7 больных с компенсированной формой ОАП значимых изменений на ЭКГ обнаружено не было. Номотопные нарушения ритма выявлены у 50 больных. Среди них синусовая тахикардия встречалась у 42 (45,7%) больных, синусовая аритмия — у 8 (8,7%) детей. Эктопические нарушения автоматизма в виде ниже-правопредсердного заместительного ритма выявлены у 2 (2,2%) детей. Желудочковые экстрасистолы встречались у 10 (10,7%) детей. Нарушения проведения возбуждения проявлялись в виде внутривентрикулярных блокад, чаще всего неполной блокады правой ножки пучка Гиса (у 34 (37%)), полной блокадой (у 2 (2,2%)), затруднение проведения в разветвлениях передней ветви левой ножки пучка Гиса — у 28 (30,4%) больных. Перегрузка миокарда правого предсердия встречалась у 23 (25%). Самой частой находкой на ЭКГ было обнаружение повышения электрической активности левого желудочка, что отмечено у 57 (58,7%) больных, повышение активности правого желудочка встречалось у 24 (26%) больных. У 48 (52,2%) детей были обнаружены метаболические изменения в миокарде желудочков сердца, которые выражались в нарушении фазы реполяризации и проявлялись сглаженностью или высокими зубцами Т в отведениях III, aVF, V5,6. Вторичные изменения интервала QT отмечались у 16 (17,4%) пациентов, что также свидетельствовало о нарушении обменных процессов в миокарде желудочков сердца. Глубокий зубец Q во II, III и aVF отведениях регистрировался у 28 (30,4%) больных. Следует отметить, что ЭКГ изменения гораздо чаще встречались у пациентов с недостаточностью кровообращения IIА и Б степени. В различные сроки после оперативного лечения у большинства больных отмечалась положительная ЭКГ динамика.

**Выводы:** для диагностики открытого артериального протока ЭКГ имеет относительное значение и больше отражает состояние гемодинамики. Электрокардиографические изменения при открытом артериальном протоке необходимо учитывать при предоперационной подготовке больных.

## V. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ГЕНЕТИКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### 084 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS934945 ГЕНА PER2 С НАРУШЕНИЯМИ СНА В МУЖСКОЙ НОВОСИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-44 ЛЕТ

Гафаров В. В.<sup>1,2</sup>, Гагулин И. В.<sup>1,2</sup>, Крымов Э. А.<sup>1,2</sup>, Гафарова А. В.<sup>1,2</sup>, Панов Д. О.<sup>1,2</sup>, Громова Е. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>НИИТПМ — филиал Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск; <sup>2</sup>Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить ассоциацию полиморфизма rs934945 гена PER2 с нарушениями сна в мужской популяции 25-44 лет в Новосибирске.

**Материал и методы:** в рамках эпидемиологического исследования 2014-2016гг обследована случайная репрезентативная выборка мужского населения 25-44 лет одного из районов г. Новосибирска. Случайным методом были отобраны 200 мужчин, средний возраст 35,5 лет, которые прошли психосоциальное тестирование. Тестирование проводилось вопросником С. D. Jenkins et al. "4-item Jenkins Sleep Questionnaire" (JSQ) с целью выявления нарушения качества и продолжительности сна. У мужчин, включенных в исследование, изучалось распределение частот генотипов rs934945 гена PER2. Различия в между группами оценивали посредством критерия ( $\chi^2$ ). Значения  $p<0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты:** распространенность полиморфных вариантов гена-кандидата rs934945 гена PER2 была следующей: гомози-

готный генотип А/А — 4,47%, гетерозиготный генотип А/Г — 30,17% и гомозиготный генотип Г/Г — 65,36%. Среди лиц с гомозиготным генотипом А/А гена PER2 наблюдалась тенденция увеличения тревожных видений во время сна в общей сложности от 4 до 7 дней в месяц (12,5%) в сравнении с носителями генотипов А/Г (7,4%) и носителями генотипа Г/Г (12%) ( $\chi^2=13,83$  df=8  $p=0,08$ ). Носители генотипа Г/Г гена PER2 достоверно реже всех просыпались ночью (51,9%) в сравнении с мужчинами, носителями генотипов А/Г (38,5%) и А/А (37,5%). Мужчины, носители генотипа АА, наоборот, чаще (25%) просыпались 2 и больше раз за ночь, в целом от 4 до 7 раз в неделю, чем носители генотипа А/Г (20,4%) и генотипа Г/Г (13,2%) ( $\chi^2=25,76$  df=8  $p=0,004$ ). В популяции мужчин 25-44 лет носители генотипа А/А гена PER2 имели тенденцию к более короткой продолжительности сна — 5 часов или меньше (62,5%) в сравнении с носителями генотипов А/Г (57,4%) и Г/Г (41,9%) ( $\chi^2=9,21$  df=10  $p=0,51$ ).

**Выводы:** ген PER2 (rs934945) в мужской популяции имеет связь с хронотипом, который играет важную роль в понимании основ расстройств сна.

### 085 ПОЛИМОРФНЫЙ ВАРИАНТ (LYS198ASN) ГЕНА ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Давыдчик Э. В., Снежницкий В. А., Стенуро Т. Л.  
УО Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

**Цель:** изучить частоту встречаемости генотипов и аллелей полиморфизма Lys198Asn гена эндотелина-1 (*EDN1*) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа, а также у практически здоровых лиц Гродненской области.

**Материал и методы:** обследовано 108 пациентов. 1 группа — 78 пациентов с наличием хронической ИБС в сочетании с СД 2 типа. Средний возраст пациентов 1 группы 59 (56;61) лет. 2 группа — 30 относительно здоровых пациентов без ИБС и СД 2 типа. Средний возраст пациентов 54 (52;56) года. Критерии исключения: наличие СД 1 типа, почечной и печеночной недостаточности, заболеваний щитовидной железы с нарушением функции, острого коронарного синдрома. Определение полиморфизма Lys198Asn гена *EDN1* осуществляли с помощью метода полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени с применением набора реагентов производства “Литех”, РФ. Выделение геномной ДНК человека проводилось набором реагентов “ДНК-экспресс-кровь”. Амплификацию ДНК проводили на амплификаторе RotorGene-Q (“Qiagen”, Германия). Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов в программе Statistica 10.0. Сравнительный анализ частот генотипов и аллелей осуществляли с помощью точного критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** в общей выборке пациентов частоты генотипов полиморфизма Lys198Asn гена *EDN1* были следующими: LysLys — 60 (55,6%), LysAsn — 37 (34,2%), AsnAsn — 11 (10,2%) пациентов. Распределение соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ( $p=0,154$ ). Частота аллеля Lys составила 72,7%, аллеля Asn — 27,3%.

По результатам генотипирования пациентов 1 группы по полиморфизму Lys198Asn гена *EDN1* получены следующие результаты: гомозиготный генотип LysLys выявлен у 41 (52,6%) пациента, генотип AsnAsn — у 11 (14,1%), гетерозиготный генотип LysAsn — у 26 (33,3%). Аллель Lys встречалась в 69,2%, аллель Asn — в 30,8%.

Гомозиготный генотип LysLys полиморфизма Lys198Asn гена *EDN1* выявлен у 19 (63,3%) пациентов 2 группы, гетерозиготный генотип LysAsn — у 11 (36,7%) пациентов. Гомозиготный генотип AsnAsn у пациентов 2 группы не выявлен. Аллель Lys встречалась в 81,7%, аллель Asn — в 18,3%.

**Выводы:** установлено распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма Lys198Asn гена *EDN1* у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 типа, а также у практически здоровых лиц Гродненской области. Выявлены достоверные различия между группами по гомозиготному генотипу AsnAsn при выполнении сравнительного анализа частот генотипов и аллелей полиморфизма Lys198Asn гена *EDN1*.

Исследование выполнено при финансовой поддержке БРФФИ (договор № М17-177 от 18 апреля 2017г).

## 086 АНГИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ И АМЛОДИПИНОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *CYP2C9* И *CYP11B2* У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Коваленко Ф. А., Скибицкий В. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

**Цель:** оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением в зависимости от полиморфных вариантов генов *CYP2C9* и *CYP11B2*.

**Материал и методы:** обследовано 80 пациентов с ожирением и неконтролируемой АГ 1-2 степени, которым назначалась фиксированная комбинация периндоприла и амлодипина в дозах 4-8/5-10 мг/сутки. Оценивалось офисное артериальное давление (АД) в соответствии с современными рекомен-

дациями (ESH/ESC, 2013; РКО/РМОАГ, 2015) до и через 16 недель терапии. У всех больных производился забор образцов венозной крови с последующим выделением ДНК из лейкоцитов. Амплификация полиморфных вариантов генов *CYP2C9* и *CYP11B2* проводилась методом Taq Map (дискриминация аллелей) в режиме реального времени с использованием праймеров и зондов (Синтол, Россия). Исследовались полиморфные варианты \*1/\*1, \*1/\*2 и \*2/\*2 для генов *CYP2C9* и *CYP11B2*.

**Результаты:** согласно полученным в ходе исследования данным целевой уровень (ЦУ) АД был достигнут у 50 из 80 (62,5%) больных, получавших комбинацию периндоприла и амлодипина.

Анализ эффективности лечения в зависимости от типа полиморфизма гена *CYP2C9* не выявил существенных различий в частоте достижения ЦУ АД в зависимости от полиморфизма гена. Так при варианте \*1/\*1 ЦУ был достигнут у 56,4%, при \*1/\*2 — у 53,3% и при \*1/\*3 — у 60% пациентов. Пациенты с полиморфизмом *CYP11B2* \*2/\*2 достоверно чаще достигали целевого уровня АД в сравнении с больными, у которых был обнаружен полиморфизм *CYP11B2* \*1/\*2 (в 70% случаях против 51,7% соответственно). Достижение ЦУ АД при полиморфизме \*1/\*1 наблюдалось реже, чем при полиморфизме \*2/\*2, и составило 57,1%. Сопоставимые результаты комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с полиморфизмами \*1/\*1 и \*1/\*2 гена *CYP11B2* позволили нам объединить их в одну группу. При этом оказалось, что частота достижения целевого уровня АД в объединенной группе больных была достоверно меньше, чем у пациентов с полиморфизмом *CYP11B2* \*2/\*2 (54% против 70%). Таким образом, наибольшая эффективность комбинированной антигипертензивной терапии была зарегистрирована у больных с полиморфизмом \*2/\*2 гена *CYP11B2*. В то же время не было установлено зависимости результативности применения периндоприла и амлодипина от полиморфного варианта гена *CYP2C9*.

**Выводы:** особенности взаимосвязи антигипертензивной эффективности комбинации периндоприла и амлодипина с полиморфизмами генов *CYP2C9* и *CYP11B2*, выявленные нами, могут быть учтены при лечении неконтролируемой АГ с ожирением. Вполне возможно, что учет генетических особенностей пациентов, как основного аспекта персонализированной медицины, будет способствовать оптимизации вторичной профилактики кардиоваскулярных осложнений АГ у больных ожирением.

## 087 НОВЫЕ ДАННЫЕ ПО ОТДАЛЕННОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ (РЕГИСТР ЛИС-2)

Марцевенко С. Ю., Кутишенко Н. П., Загребельный А. В., Гинзбург М. Л., Даниэльс Е. В., Фокина А. В., Деев А. Д.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва; ГБУЗ МО Люберецкая районная больница №2, Люберцы, Московская область, Россия

**Цель:** оценить отделанный прогноз жизни больных и структуру причин смерти у пациентов, перенесших мозговой инсульт (МИ), включенных в регистр ЛИС-2.

**Материал и методы:** в регистр включены 960 больных, постоянно проживающих в Москве и Московской области, госпитализированных в Люберецкую районную больницу №2 с 01.01.2009 по 31.12.2011гг с подтвержденным диагнозом МИ или транзиторной ишемической атаки. Первая оценка жизненного статуса проведена в 2012-2013гг, через 2,8 (2,1; 3,5) года после выписки, повторная — в 2017г через 7-8 лет после выписки (медиана наблюдения 6,1 (6,9; 7,7) лет). Первичной конечной точкой была общая смертность. Оценка выживаемости выполнена с помощью построения кривых Каплана-Мейера.

**Результаты:** в конце наблюдения остались в живых 300 больных, умерли — 543 человека, при этом 90 — на этапе отдаленного наблюдения и повторного определения жизнен-

ного статуса, для 117 человек информацию о жизненном статусе получить не удалось (12,2% от всех включенных пациентов). Показатели смертности были наиболее высокими в первый год после МИ, затем они стабилизировались и оставались практически неизменными до окончания периода наблюдения. Примерно через 8 лет наблюдения в живых осталось менее трети больных. Выявление причин смерти было затруднено на всех этапах наблюдения, на отдаленном этапе наблюдения в 52% случаев ее причину уточнить не удалось. МИ и другие цереброваскулярные заболевания, как причина смерти отмечены у 15% умерших, другие сердечно-сосудистые заболевания — у 18%, онкология — у 7%, травмы — у 4%. Такие причины смерти как острый инфаркт миокарда, заболевания легких или легочная эмболия составили в структуре смерти только по 2%. Отмечена тенденция к снижению доли повторного МИ как причины смерти по мере увеличения сроков наблюдения за пациентами.

**Выводы:** в рамках регистра мозгового инсульта ЛИС-2 оценен жизненный статус пациентов в отдаленные сроки после референтного МИ (6-8 лет). Смертность больных на протяжении всего срока наблюдения была стабильно высокой: через 8 лет в живых осталось менее трети больных. В структуре основных причин смерти на отдаленном этапе наблюдения была смерть от МИ и сердечно-сосудистых заболеваний.

## 088 АТЕРОГЕННЫЕ И НЕАТЕРОГЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ И СУБФРАКЦИОННЫЙ СПЕКТР АПО В-СОДЕРЖАЩИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ

Озерова И. Н., Метельская В. А., Гаврилова Н. Е.  
ФГБУ НМИЦ ПМ Минздрава России, Москва, Россия

Липопротеины низких плотностей (апо В-содержащие липопротеины) гетерогенны и состоят из нескольких популяций частиц, различающихся по размеру, плотности, электрическому заряду, химическому составу и атерогенности. Мелкие плотные частицы ЛНП более атерогенны и их наличие повышает риск развития ИБС.

**Цель:** определить, возможно ли предположить наличие коронарного атеросклероза по субфракционному спектру апо В-содержащих липопротеинов при разных типах дислипидемий.

**Материал и методы:** в исследование были включены пациенты-мужчины 30-80 лет (средний возраст  $61 \pm 9,0$  лет), которым по показаниям была выполнена диагностическая коронароангиография. Субфракционный спектр липопротеинов сыворотки крови определяли электрофоретически в готовых трубочках с 3% полиакриламидным гелем, используя "Липопринт ЛНП систему" (Quantimetrix Lipoprint System, США).

**Результаты:** среди пациентов с нормолипидемией и гиперлипидемией были выбраны лица, у которых в липопротеиновом спектре отсутствуют или присутствуют мелкие плотные частицы ЛНП (млЛНП). При нормолипидемии у пациентов с наличием млЛНП ( $n=22$ ;  $1,5 \pm 0,3\%$ ), по сравнению с теми, у кого в спектре не были обнаружены эти частицы ( $n=16$ ), доли промежуточных ЛНП (ЛНП В и ЛНП А) были ниже ( $7,0 \pm 1,2\%$  против  $8,5 \pm 1,0\%$ ; и  $7,9 \pm 1,7\%$  против  $9,6 \pm 2,5\%$ ; соответственно,  $p < 0,01$ ), а доля ЛНП 2 выше ( $7,0 \pm 2,0\%$  против  $4,3 \pm 1,6\%$ ;  $p < 0,001$ ), при этом средний размер частиц ЛНП оказался ниже ( $270,9 \pm 1,3\text{А}$  против  $273,8 \pm 0,9\text{А}$ ;  $p < 0,0001$ ). У пациентов при гиперлипидемии выявлены более выраженные различия в субфракционном спектре: у пациентов с наличием млЛНП ( $n=45$ ;  $3,9 \pm 2,1\%$ ) по сравнению с теми, у кого не обнаружены млЛНП ( $n=6$ ) доля ЛНП 2 была выше ( $11,4 \pm 3,7\%$  против  $5,6 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,002$ ), что было ассоциировано с меньшим размером частиц ЛНП ( $267,2 \pm 1,3\text{А}$  против  $272,8 \pm 1,6\text{А}$ ;  $p < 0,001$ ).

**Выводы:** выявлены различия в субфракционном спектре апо В-содержащих липопротеинов при нормолипидемии и гиперлипидемии. Наличие млЛНП частиц, ассоциированных с меньшим размером ЛНП частиц, могут свидетельствовать о более атерогенном профиле липопротеинов.

## 089 ФАРМАКОГЕНЕТИКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Сизова О. В., Парамонова Е. К., Коричкина Л. Н., Радьков О. В.  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) осложняет 2-5% беременностей и сопровождается неблагоприятными исходами для матери, плода и новорожденного. Однако проблема оптимизации антигипертензивной терапии у пациенток с ХАГ остается нерешенной.

**Цель:** определить индивидуальную чувствительность к терапии метилдопой у беременных с ХАГ в подгруппах носителей генотипов локуса rs5443 гена субъединицы бета-3 белка G (*GNB3*).

**Материал и методы:** выделена группа из 105 пациенток с ХАГ (группа 1), получавших терапию метилдопой. Лечение проводилось в виде монотерапии по 750-1500 мг в сутки. В группу 2 вошли 27 беременных с ХАГ, которые до 28-36 недель гестации не получали антигипертензивную терапию. Полиморфизм rs5443 *GNB3* типирован полимеразной цепной реакцией. У пациенток исследована вазомоторная функция эндотелия на модели микрососудов кожи (МК), выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

**Результаты:** В обеих подгруппах генотипов локуса rs5443 гена *GNB3* беременные, принимавшие метилдопу, характеризовались значимо более низким клиническим систолическим, диастолическим АД и более высокой степенью ночного снижения систолического АД, чем пациентки группы 2. Для носителей генотипов СТ+ТТ эти показатели составили — 135,8 (127,5; 139,1) против 146,1 (136,1; 155,2) и 83,4 (78,4; 88,1) против 90,7 (83,4; 97,8) мм рт.ст.; 9,1 (7,8; 12,1) против 6,7 (4,9; 9,5)% ( $p=0,036-0,040$ ). Для гомозигот ТТ локуса rs5443 гена *GNB3* — 135,2 (125,6; 139,1) против 147,1 (136,5; 157,6) и 85,4 (79,6; 87,3) против 92,4 (85,1; 99,3) мм рт.ст.; 9,2 (6,3; 12,8) против 7,5 (6,4; 8,2)% соответственно ( $p=0,044-0,036$ ). Важно отметить, что ассоциации молекулярных вариантов сайта rs5443 гена *GNB3* с показателями СПАД в обеих группах беременных с ХАГ не обнаружено.

Улучшение показателей сосудодвигательной функции эндотелия на фоне приема метилдопы связано с генотипами локуса rs5443 гена *GNB3*. Так у носителей генотипов СТ+ТТ в группе 1 уровень прироста скорости кровотока при проведении пробы с реактивной гиперемией был значимо выше чем у гомозигот СС — 20,1 (16,9; 22,4) против 16,7 (14,3; 20,1)% ( $Z=2,14$ ,  $p=0,032$ ). Кроме того данные, отражающие степень прироста кровотока в МК у беременных группы 1 подгруппы генотипов СТ+ТТ при сравнении с обеими подгруппами пациенток группы 2 так же значимо различались. Для носителей генотипов СТ+ТТ сайта rs5443 гена *GNB3* группы 2 степень прироста кровотока составила 14,6 (12,8; 17,3)% ( $Z=2,09$ ,  $p=0,036$ ) и СС — 16,2 (13,3; 18,9)% ( $Z=2,05$ ,  $p=0,040$ ). Необходимо отметить, что значимых различий по результатам оценки сосудодвигательной функции эндотелия у гомозигот СС локуса rs5443 гена *GNB3*, получавших метилдопу и обеими подгруппами этого полиморфизма из группы 2 отмечено не было.

**Выводы:** у беременных с ХАГ при лечении метилдопой обнаружена ассоциация полиморфизма rs5443 гена *GNB3* с показателем сосудодвигательной функции эндотелия МК. Можно полагать, что пациентки с ХАГ, являющиеся носителями генотипов СТ+ТТ полиморфизма rs5443 гена *GNB3*, более чувствительны к терапии этим препаратом.

## 090 КАРДИОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕ-И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У СТАРЫХ КРЫС

Чепелев С. Н., Висмонт Ф. И.

УО Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь



**Цель:** выяснение воспроизводимости противоишемической и антиаритмической эффективности дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПК) и дистантного ишемического посткондиционирования (ДИПостК) при ишемии и реперфузии миокарда у старых крыс.

**Материал и методы:** исследование эффективности ДИПК и ДИПостК выполнено на 51 наркотизированных нелинейных белых крысах-самцах, разделенных на две возрастные группы: 21 молодая крыса, массой —  $220 \pm 20$  г, возрастом —  $4 \pm 1$  мес. и 40 старых крыс, массой —  $400-450$  г, возрастом —  $24 \pm 1$  мес. Все животные были разделены на 6 групп: Контроль<sub>молод.</sub> (n=7), Контроль<sub>стар.</sub> (n=11), ДИПК<sub>молод.</sub> (n=7), ДИПК<sub>стар.</sub> (n=12), ДИПостК<sub>молод.</sub> (n=7), ДИПостК<sub>стар.</sub> (n=17). Для наркотизации животных внутривенно вводился тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг. Острую коронарную недостаточность у крыс моделировали по методике, описанной С. Clark et al. (1980). Крыс переводили на искусственное дыхание атмосферным воздухом при помощи аппарата искусственной вентиляции легких. Вскрытие грудной клетки проводили в IV межреберном промежутке. После периода 15-мин. стабилизации гемодинамики животным выполнялась 30-мин. окклюзия левой главной коронарной артерии путем ее механического пережатия фишкой. Реперфузия (120 мин) миокарда достигалась удалением фишки. Животные групп ДИПК (n=19) и ДИПостК (n=24) дополнительно подвергались воздействию 15-мин. окклюзии обеих бедренных артерий соответственно за 25 мин до и через 10 мин после 30-мин. периода острой ишемии миокарда. В ходе экспериментов постоянно регистрировалась ЭКГ во II стандартном отведении, полученные при этом данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Spike 4. Подсчитывалась общая продолжительность аритмий при ишемии-реперфузии миокарда и определялась зона некроза. Результаты обрабатывались в программе Statistica 10. Статистическая значимость различий, полученных данных, оценивалась при помощи теста множественных сравнений Данна и дисперсионного анализа ANOVA. Данные представлены в виде  $M \pm m$ . Значения  $p < 0,05$  рассматривались как достоверные.

**Результаты:** продолжительность аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у крыс была следующей: в группе Контроль<sub>стар.</sub> — 75 (44; 164) с, ДИПК<sub>стар.</sub> — 161 (42; 256) с, ДИПостК<sub>стар.</sub> — 72 (33; 226) с, Контроль<sub>молод.</sub> — 198 (14; 239) с, ДИПК<sub>молод.</sub> — 30 (3; 133) с ( $p < 0,05$  по сравнению с группой Контроль<sub>молод.</sub>) ДИПостК<sub>молод.</sub> — 153 (109; 166) с.

Размеры зоны некроза в миокарде левого желудочка были следующими: в группе Контроль<sub>стар.</sub> —  $47 \pm 3\%$ , ДИПК<sub>стар.</sub> —  $20 \pm 2\%$  ( $p < 0,01$  по сравнению с группой Контроль<sub>стар.</sub>) ДИПостК<sub>стар.</sub> —  $24 \pm 2\%$  ( $p < 0,01$ ), Контроль<sub>молод.</sub> —  $46 \pm 4\%$ , ДИПК —  $19 \pm 1\%$  ( $p < 0,01$ ), ДИПостК<sub>молод.</sub> —  $25 \pm 2\%$  ( $p < 0,01$ ).

**Выводы:** ДИПК и ДИПостК не эффективны в плане снижения длительности аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у старых крыс, однако эффективны в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка.

## 091 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИЦ, ПОГИБШИХ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Шашлов С. В., Яковлев М. Ю.

ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Москва, Россия

По данным историй болезни у ряда погибших после аварии в 1986г на Чернобыльской АЭС были диагностированы либо аускультативно, либо электрокардиографически различного рода нарушения ритма сердечных сокращений: единичные экстрасистолы, преходящая атриовентрикулярная блокада, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, мерцательная аритмия, желудочковые экстрасистолы.

**Цель:** оценка морфофункциональных изменений в миокарде и в клетках APUD-системы надпочечников и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у лиц, погибших после аварии на Чернобыльской АЭС.

**Материал и методы:** используя гистологические, гистохимические методики и методы статистического анализа, исследовали миокард, клетки APUD-системы надпочечников и ЖКТ у 27 лиц, погибших на 14-96-е сутки после аварии в 1986г на Чернобыльской АЭС.

**Результаты:** в миокарде были выявлены две основные группы изменений: мелкоочаговые повреждения миокарда (контрактура, фрагментация и миоцитолитизис) и патология, связанная с сосудистыми расстройствами (венозное полнокровие, стаз, сладж-феномен, межтоточный отек, геморрагии), что было характерно для всех погибших. Мелкоочаговые изменения миокарда и геморрагии, по нашему мнению, могли вызвать нарушения ритма сердечных сокращений.

Отмечены признаки усиления секреторной и синтезирующей активности апудоцитов надпочечников — увеличение гранул в размерах, их перераспределение к границам клеток, что наиболее четко видно в непосредственной близости к кровеносным сосудам во всех 27 наблюдениях. Особенно это было заметно у погибших в “ранние” сроки после аварии. Высокая секреторная активность апудоцитов, очевидно, приводит к выбросу в кровь целого ряда биологически активных веществ (биогенные амины, пептидные гормоны), что, по нашему мнению, и вносит определенный вклад в развитие вышеназванной сердечно-сосудистой патологии. Именно в “ранние” сроки гибели пострадавших преобладал контрактурный тип повреждения миокарда и фрагментация мышечных волокон сердца и именно в “ранние” сроки смерти пациентов признаки усиления секреторной активности клеток мозгового вещества надпочечников были наиболее высокими.

Представленные патологические изменения в сердце, скорее всего, не могли иметь ведущего танатогенетического значения. Однако они заслуживают пристального внимания, поскольку развитие только лишь одних мелкоочаговых повреждений миокарда или геморрагий является фактором риска в плане внезапной остановки сердца.

**Выводы:** при терапии и медицинской реабилитации, пострадавших от поражений ионизирующей радиации представляется целесообразным учитывать, отслеживать и корректировать сдвиги, наблюдаемые как со стороны сердца, так и со стороны клеток APUD-системы.

## 092 ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ВАРИАБИЛЬНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ БИСОПРОЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОЛИМОРФИЗМА RS776746 В ГЕНЕ CYP3A5

Шумков В. А., Загородникова К. А., Болдуева С. А., Петрова В. Б.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** изучить роль генетического полиморфизма rs776746 в гене CYP3A5 в клинической эффективности бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

**Материал и методы:** в исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом, которым по клиническим показаниям был назначен бисопролол. Критериями включения также являлись: возраст пациентов 30-80 лет, нормальные показатели исходного систолического артериального давления 110-139 мм рт.ст. и подписанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнялось суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) на 10 сутки госпитализации — оценивались минимальная, средняя, максимальная ЧСС в течение суток и максимальная ЧСС при нагрузке, проводилась оценка достижения целевой ЧСС (55-65 в минуту) на фоне проводимой уряжающей терапии. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили молекулярно-

генетическое тестирование. Для выполнения генетического анализа отбирали 5 мл крови в пробирки с ЭДТА, хранили при  $-20^{\circ}\text{C}$ . Выделение ДНК проводили комплектами производства НПФ “ДНК-технология” проба рапид генетика. Выявление полиморфных вариантов Т (СУР3А5\*1) и С (СУР3А5\*3) в локусе rs776746 гена СУР3А5 проводили методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-Лайт (НПФ “ДНК-технология”), производитель наборов — компания “Синтол”.

**Результаты:** всего в исследование включено 102 пациента, 62 мужчин и 40 женщин. Средний возраст пациентов — 63,52 года. Частота аллелей составила: 0,073 для СУР3А5\*1 и 0,926 для СУР3А5\*3, что соответствует его распространенности в европейской популяции. Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Из анализа исключили 5 пациентов с фибрилляцией предсердий. К моменту проведения СМЭКГ как у носителей аллеля \*1, так и у пациентов с генотипом \*3\*3 достигались одинаковые значения средней ЧСС (68 уд/мин), и максимальной ЧСС при нагрузке (116 и 114 уд/

мин), что говорит о равной степени эффективности бета-блокаторов к этому моменту. Однако, для достижения этого эффекта пациентам двух групп потребовались разные дозы бисопролола. Так, у носителей как минимум одного аллеля СУР3А5\*1 ( $n=13$ ), сопряженного с повышенной скоростью метаболизма, доза бисопролола на 7-10 сутки ОКС была достоверно выше, и составила 5,62 мг, а у носителей варианта СУР3А5\*3\*3 — 4,51 мг ( $p<0,05$  однонаправленный непараметрический тест Mann-Whitney); при анализе дозы в мг/кг, различия оказались еще более выраженными — 0,15 и 0,07, соответственно ( $p<0,01$ ).

**Выводы:** результаты свидетельствуют о том, что носители минорного аллеля \*1 в гене СУР3А5 нуждаются в достоверно более высоких дозах бисопролола для достижения клинического эффекта, что делает этот генетический полиморфизм полезным фактором для выбора оптимального исходного режима дозирования бисопролола у пациентов, перенесших острый коронарный синдром.

## VI. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### 093 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АНТИДЕПРЕССАНТ, ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАСТРОЙСТВАХ

Гинтер Ю. Е., Скибицкий А. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

**Цель:** изучить взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и основных параметров суточного мониторирования артериального давления (СМАД), а также эффективность включения антидепрессанта в состав комбинированной терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы:** обследовано 85 пациентов (61 женщина и 24 мужчины) с АГ и ТДР. Средний возраст составил 54,8 (44,5-61,3) лет. Все пациенты были рандомизированы на две группы и получали комбинированную антигипертензивную терапию, включавшую антагонист рецепторов ангиотензина II валсартан 80 мг/сут, диуретик гидрохлортиазид 12,5 мг/сут и бета-блокатор бисопролол 2,5 мг/сут. В 1 группе больных ( $n=43$ ) к терапии добавлен антидепрессант сертралин 50 мг/сут. Всем пациентам исходно и через 12 недель терапии проводилось СМАД и офисное измерение АД, тестирование с использованием шкал тревоги и депрессии HADS, CES-D и Гамильтона.

**Результаты:** через 12 недель использования комбинированной терапии, включавшей антидепрессант (группа 1), у 36 (83,7%) пациентов был зарегистрирован целевой уровень АД. Во 2 группе АД  $<140/90$  мм рт.ст. имело место лишь у 23 (54,8%) больных ( $p<0,05$ ).

Сравнительный анализ динамики основных показателей суточного профиля АД показал, что в 1 группе пациентов, получавших комбинированную терапию с использованием сертралина, отмечалось достоверно более выраженное, чем в контрольной группе, снижение индекса времени систолического и диастолического АД (САД и ДАД) днем, индекса времени САД ночью, вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время, а также величины и скорости утреннего подъема АД. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось достоверное увеличение количества больных с нормализовавшимся суточным профилем “диппер”. Исходно в 1 группе профиль “диппер” определялся у 8 (18,6%) больных, а через 12 недель наблюдения — у 38 (88,4%) ( $p<0,05$ ). Во 2 группе количество пациентов с физиологическим снижением АД в ночные часы увеличилось с 9 (21,4%) до 25 (59,5%) человек ( $p<0,05$ ). Следует отметить, что разли-

чия между группами по числу пациентов с профилем “диппер” через 12 недель наблюдения оказались достоверными ( $p=0,009$ ). Кроме того, использование антидепрессанта в составе комбинированной терапии способствовало улучшению психоэмоционального статуса и уменьшению тяжести ТДР, чего не наблюдалось в контрольной группе.

**Выводы:** у пациентов с АГ тяжесть ТДР достоверно коррелирует с основными показателями СМАД. Включение антидепрессанта сертралина в состав комбинированной антигипертензивной терапии обеспечивает более частое достижение целевых значений АД и достоверно более значимое позитивное влияние на параметры СМАД.

### 094 ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ БИЛИРУБИНА КРОВИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Горбунова О. Е., Ермакова Т. П.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ, Астрахань, Россия

**Цель:** определить возможную взаимосвязь между процессами ремоделирования миокарда левого желудочка и уровнем билирубина крови мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:** обследованы 246 мужчин, страдающих ИБС без заболеваний печени и анемии на момент исследования или в анамнезе: 1 группа — 146 человек с уровнем общего билирубина (ОБР)  $\leq 8$  мкмоль/л, средний возраст 60 лет [54; 63], 2-я группа — 100 человек, средний возраст 57 лет [52; 63] с уровнем ОБР  $\geq 8$  мкмоль/л. ОБР и его фракции определяли фотометрическим способом. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилось на аппарате “Toshiba Xario”. Статистический анализ проводился при помощи пакета программ Statistika 7.

**Результаты:** у больных 1 группы в сравнении со 2-й группой отмечено достоверное увеличение размера левого предсердия (ЛП), толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ, конечного систолического размера и конечного диастолического размера ЛЖ, конечного систолического объема и конечного диастолического объема ЛЖ, достоверное уменьшение фракции выброса (ФВ) и частоты развития диастолической дисфункции. В 1 группе в 1,7 раза чаще, чем во 2-ой, регистрировалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III ФК (NYHA), (33% vs 20%, соответственно;  $p<0,05$ ). Корреляционный анализ выявил отрицательные корреляции между размером ЛП и прямым билирубином (ПБР) ( $r=-0,51$ ,  $p<0,05$ ), непрямым билирубином (НБР) ( $r=-0,58$ ,  $p<0,05$ ), ОБР ( $r=-0,59$ ,  $p<0,05$ ); положительные корреляции между ФВ и ПБР

( $r+0,51$ ,  $p<0,05$ ), НБР ( $r+0,56$ ,  $p<0,05$ ), ОБР ( $r+0,57$ ,  $p<0,05$ ). С помощью расчетных показателей ЭхоКГ у больных выявлен следующий спектр типов ремоделирования миокарда ЛЖ: нормальная геометрия, концентрическая гипертрофия, эксцентрическая гипертрофия, эксцентрическая дилатационная гипертрофия (ЭДГ). Спектр типов ремоделирования (доля в %) в 1 группе: нормальная геометрия — 36%; концентрическая гипертрофия — 12%; эксцентрическая гипертрофия — 24%; эксцентрическая дилатационная гипертрофия — 28%; во 2 группе: нормальная геометрия — 40%; концентрическая гипертрофия — 11%; эксцентрическая гипертрофия — 17%; эксцентрическая дилатационная гипертрофия — 32%.

**Выводы:** 1. Уровень билирубина  $\leq 8$  мкмоль/л в крови больных ишемической болезнью сердца взаимосвязан с неблагоприятными изменениями геометрии левого предсердия, левого желудочка, снижением его систолической функции, достоверно более частой регистрацией III ФК ХСН (NYHA).

2. Ремоделирование левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца с уровнем билирубина  $\leq 8$  мкмоль/л достоверно чаще идет по типу эксцентрической гипертрофии, которая ведет к усугублению проявлений хронической сердечной недостаточности.

## 095 УРОВЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА

Горбунова О. Е.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия

**Цель:** изучить взаимосвязь между показателями выраженности антиоксидантного статуса/способности и показателями билирубина и его фракций у мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:** обследовано 246 мужчин больных хронической ИБС, имеющих стенокардию напряжения функционального класса (ФК) ФК II-III, хроническую сердечную недостаточность (ХСН) ХСН I-III ФК (NYHA), без заболеваний печени и анемии на момент исследования или в анамнезе. Концентрацию билирубина (БР) измеряли путем реакции образования азобилирубина при взаимодействии БР с диазореактивом, с использованием анализаторов SYNCHRON CX® и калибратора SYNCHRON® Systems Bilirubin Calibrator. О выраженности антиоксидантного статуса/способности судили по содержанию ImAnOx (TAS/TAC). Для количественного определения антиоксидантного статуса/способности ImAnOx (TAS/TAC) в сыворотке крови использовали тест-системы фирмы Immundiagnostik AG Stubenwald-Allee Bensheim Германия. Диапазон нормальных значений:  $<280$  мкмоль/л — низкая антиоксидантная способность (АОС),  $280-320$  мкмоль/л — средняя АОС,  $>320$  мкмоль/л — высокая АОС. Статистический анализ проведен при помощи пакета программ Statistica 7.0.

**Результаты:** по уровню ImAnOx (TAS/TAC), больные с хронической ИБС были распределены на 3 группы. В первую группу вошли больные с низкой АОС ( $n=111$ ), во вторую группу со средней АОС ( $n=56$ ) и в третью группу с высокой АОС ( $n=79$ ). Так у пациентов с низким уровнем АОС уровень общего БР, прямого и непрямого БР составил  $5,8$  [4,6; 7,3],  $2,1$  [1,8; 2,6],  $3,8$  [3,0; 4,9] мкмоль/л. У пациентов со средней АОС уровень общего БР, прямого и непрямого БР составил  $7,9$  [6,8; 15,3],  $2,7$  [2,2; 3,2],  $5,0$  [4,5; 12,1] мкмоль/л. У пациентов с высокой АОС уровень общего БР, прямого БР и непрямого БР составил  $16,9$  [15,9; 18,4],  $3,6$  [3,0; 4,1],  $13,1$  [12,2; 14,5] мкмоль/л, соответственно. Различия по уровню ImAnOx (TAS/TAC) и общему БР, прямому и непрямому БР были статистически достоверны между группами ( $p<0,05$ ). С помощью корреляционного анализа были обнаружены сильные положительные корреляционные связи между уровнем ImAnOx

(TAS/TAC) и общим БР ( $r+0,78$ ;  $p<0,05$ ), ImAnOx (TAS/TAC) и прямым БР ( $r+0,88$ ;  $p<0,05$ ) и ImAnOx (TAS/TAC) и непрямым БР ( $r+0,97$ ;  $p<0,05$ ). Обнаружение положительной корреляции уровня общего БР и его фракций с показателем ImAnOx (TAS/TAC) может указывать на важную роль БР в защите организма от оксидативного стресса.

**Выводы:** 1. Среди больных ИБС мужского пола, имеющих низкий уровень антиоксидантной способности получены более низкие показатели билирубина и его фракций. Высокий показатель АОС был достоверно выше у больных с нормальным уровнем билирубина и его фракций.

2. Между уровнями билирубина и его фракциями и ImAnOx (TAS/TAC) обнаружена сильная положительная корреляционная связь.

## 096 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ С ДИАГНОЗОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гурьев А. В.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

**Цель:** анализ распространённости болезней системы кровообращения у лиц с диагнозом профессионального заболевания, работавших на предприятиях и организациях, обслуживаемых учреждениями здравоохранения ФМБА России.

**Материал и методы:** в качестве источника информации использовались данные информационной базы Отраслевого регистра лиц, имеющих профессиональное заболевание, сформированной за период с 1951 до 2012 гг. Её численность 1225 пациентов в возрасте  $71,2\pm 0,5$  года на 2012 г. (778 мужчин в возрасте  $71,2\pm 0,6$  года и 447 женщин в возрасте  $71,5\pm 0,8$  года). Для оценки здоровья лиц, учтенных в регистре, дан показатель распространённости болезней, рассчитанный на 1000 больных профессиональными заболеваниями и ошибок показателя. Оценка статистической достоверности результатов исследования проведена с использованием критерия Стьюдента при критическом уровне значимости  $p<0,05$ .

**Результаты:** распространённость заболеваний системы кровообращения у лиц с профессиональными болезнями органов дыхания составляет  $1696,2\pm 63,7$ . Распространённость заболеваний системы кровообращения у лиц, имеющих психические расстройства и расстройства поведения (в основном, за счёт функционального нарушения центральной нервной системы) составляет  $1082,2\pm 70,3$  и у лиц с последствиями воздействия внешних причин (токсического действия органических и неорганических веществ, производственной вибрации) —  $1020,2\pm 38,3$ .

В структуре распространённости болезней системы кровообращения у лиц с профессиональными болезнями органов дыхания два первых ранговых места занимают случаи хронической ишемической болезни сердца  $541,8\pm 36,0$  и гипертонической болезни с преимущественным поражением сердца без сердечной недостаточности  $384,3\pm 23,8$  ( $p<0,05$ ). Аналогичные показатели у лиц, имеющих психические расстройства и расстройства поведения профессионального генеза  $301,4\pm 31,0$  и  $347,0\pm 32,2$ , соответственно ( $p>0,05$ ). У лиц с последствиями воздействия внешних причин профессионального генеза распространённость гипертонической болезни с преимущественным поражением сердца без сердечной недостаточности  $251,8\pm 16,5$  и хронической ишемической болезни сердца  $234,5\pm 16,1$  ( $p>0,05$ ).

**Выводы:** 1. Наибольшая распространённость болезней системы кровообращения выявляется у лиц с профессиональными заболеваниями органов дыхания, что позволяет считать актуальными оптимизацию мероприятий по профилактике на производстве.

У лиц с диагнозом профессиональных заболеваний органов дыхания повышена распространённость хронической ишемической болезни сердца, что требует особого внимания со стороны врачебного персонала в процессе диагностики.



## 097 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КИСЛОТЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ОМЕПРАЗОЛА

*Дорофеева М. Н., Ланидус Н. И.*

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский университет) Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** изучить влияние путей метаболизма омепразола на антигипертензивную эффективность амлодипина у больных артериальной гипертонией (АГ) и кислото-зависимыми заболеваниями (КЗЗ).

**Материал и методы:** анализ встречаемости коморбидной патологии — сочетания АГ и КЗЗ, проводился по анализу записей 1126 амбулаторных медицинских карт. Пациенты с АГ и КЗЗ были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты с АГ, получающие лечение амлодипином в дозе 10 мг, состояние которых потребовало в связи с обострением КЗЗ назначения омепразола в дозе 20 мг на период от 2 до 3 недель. Во вторую группу вошли пациенты с АГ, получающие фармакотерапию 10 мг амлодипина, у которых отмечалась ремиссия КЗЗ, и дополнительных медикаментозных назначений не требовалось. Для оценки эффективности антигипертензивной терапии проводили: офисное измерение АД и суточное мониторирование АД (СМАД). Офисное измерение АД проводилось на каждом визите, СМАД — дважды: до назначения омепразола и через 2 недели фармакотерапии амлодипином и омепразолом.

**Результаты:** анализ амбулаторных медицинских карт больных АГ показал, что у 150 (13%) больных АГ имеются КЗЗ. Контингент представлен преимущественно пациентами с хроническим гастритом (58%) в возрасте от 30 до 67 лет. Среди всех групп антигипертензивных препаратов в амбулаторно-поликлинической практике наиболее часто применяемой комбинацией при лечении пациентов с АГ и КЗЗ являлся омепразол с амлодипином: 51 пациент (34,0%). В группе пациентов, принимающих амлодипин + омепразол, результаты офисного измерения АД показали, что через 2 недели после начала фармакотерапии, по сравнению с группой пациентов, не получавших терапию омепразолом, отмечено статистически значимое снижение САД и статистически значимо более выраженная динамика снижения ДАД ( $p < 0,05$ ). В этой же группе больных было отмечено статистически значимое снижение среднесуточного САД, среднесуточного ДАД, среднего значения дневного САД, среднего значения ночного САД ( $p < 0,05$ ). Снижение среднего значения ДАД дневного и ДАД ночного не явилось статистически значимым ( $p > 0,05$ ).

**Выводы:** повышение концентрации амлодипина в плазме крови может приводить к усилению гипотензивного эффекта, что мы и наблюдали у пациентов АГ, которые на фоне антигипертензивной терапии амлодипином получали фармакотерапию омепразолом в связи с обострением кислотозависимых заболеваний.

## 098 КОРРЕКЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Дроздова В. М., Чернышёв А. В.*

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Вопрос о необходимости коррекции субклинического гипотиреоза (СГ) у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время окончательно не решён. Например, в США левотироксин таким пациентам не назначают, чтобы снизить риск

обострений и декомпенсаций хронических ССЗ, а эксперты Европейского общества эндокринологов напротив, придерживаются мнения о необходимости назначения адекватной заместительной терапии для снижения риска перехода гипотиреоза в клиническую стадию. С учетом увеличения продолжительности жизни в мире и в России, роста числа ССЗ и патологии щитовидной железы, вопрос о целесообразности лечения СГ у лиц пожилого и старческого возраста приобретают все большую актуальность.

**Цель:** изучить влияние коррекции СГ на общее состояние больных и течение сопутствующих ССЗ у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы:** в исследование были включены 58 пациентов Центра медицинской профилактики г. Сочи, из них 49 женщин (84%) и 9 мужчин (16%), средний возраст  $76,6 \pm 3,7$  лет с СГ и ССЗ, которые были разделены на две равные группы по 29 человек. Пациенты группы 1 получали левотироксин (средняя доза  $37,5$  мкг/сут.), а пациенты группы 2 нет. Проводили УЗИ щитовидной железы, анализ крови на тиреотропный гормон, свободный трийодтиронин, свободный тироксин, антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, липидный спектр крови, ЭКГ, тест «самочувствие-активность-настроение» трижды на протяжении 1 года исследования.

**Результаты:** в группе 1 у 94% пациентов отмечалось эутиреоидное состояние, улучшение липидного профиля, эмоционального состояния и мнестических функций, а прогрессирования сопутствующей сердечно-сосудистой патологии не отмечалось. У 6% обследуемых лечение левотироксином было прекращено из-за прогрессирования стенокардии. В группе 2 у 61% пациентов отмечалось медленное прогрессирование основного ССЗ, нарастание дислипидемии, снижение памяти, лабильность настроения; у 39% больных значимых изменений морфо-клинического состояния не выявлено.

**Выводы:** таким образом, коррекция СГ оказывала положительное влияние на общее состояние и течение ССЗ у лиц пожилого и старческого возраста. Пациенты, достигшие эутиреоидного состояния, имели лучшие показатели липидного обмена и эмоционально-мнестических функций. Большинство пациентов нуждались в повышении левотироксина в минимальных дозах («шаг» 12,5 мкг) в связи с низким терапевтическим диапазоном переносимости лекарственного препарата.

Полученные результаты говорят о необходимости дифференцированного подхода к вопросу коррекции СГ у лиц пожилого и старческого возраста с ССЗ. Возможно, следует воздержаться от назначения левотироксина больным со стенокардией высоких градаций, но большинству пациентов заместительная терапия показана.

## 099 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ВОДИТЕЛЕЙ РИТМА

*Искендеров Б. Г.*

Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

**Цель:** изучить корреляции тревожно-депрессивных расстройств с выраженностью хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с искусственным водителем ритма (ИВР) сердца.

**Материал и методы:** обследовали 65 больных (34 мужчин и 31 женщина) с ИВР и признаками ХСН. Возраст больных составил от 37 до 75 лет ( $64,8 \pm 5,3$  лет). Из них у 39 больных была ИБС, у 12 — миокардит, у 7 — дилатационная кардиомиопатия и у 7 — пороки сердца. У 27 больных (41,5%) имплантировался ИВР в режиме VVI, у 26 (40,0%) — AAI и у 12

(18,5%) — DDD. В 13,8% случаев использовались частотно-адаптивные ИВР: DDDR, VVIR и AAIR. Продолжительность электрокардиостимуляции составила от 3 до 15 лет и в среднем —  $7,3 \pm 1,6$  лет. Выраженность тревоги/депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Показатель 7 баллов и ниже считается нормой, 8-10 баллов — субклинической тревогой/депрессией, 11 баллов и выше — клинически выраженной тревогой/депрессией. Больным проводили пробу с 6-ти минутной ходьбой, эхокардиографию и рентгенографию органов грудной клетки.

**Результаты:** субклиническая тревога/депрессия диагностировалась в 52,3 и 40,4% случаев соответственно и клинически выраженная тревога/депрессия — в 29,2 и 16,9% случаев соответственно. По мере прогрессирования тяжести ХСН усиливается выраженность тревоги/депрессии. Так, при I функциональном классе (ФК) ХСН уровень тревоги составил  $7,7 \pm 0,8$  баллов и депрессии —  $7,5 \pm 0,4$ , при II ФК —  $8,6 \pm 1,2$  и  $8,1 \pm 0,5$  соответственно и при III ФК —  $12,4 \pm 1,5$  и  $10,6 \pm 0,7$ . В группе больных в возрасте до 60 лет средние уровни тревоги/депрессии были достоверно ниже, чем у больных старше 70 лет: на 17,9 и 23,1% соответственно ( $p < 0,01$ ). В группе больных с физиологическими режимами ЭКС (AAI, DDD) частота и выраженность тревоги/депрессии также оказались достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе больных с VVI-стимуляцией:  $8,7 \pm 0,9$  против  $9,9 \pm 1,0$  и  $8,2 \pm 1,1$  против  $9,1 \pm 1,3$ , соответственно. Кроме того, в группе больных, перенесших повторную операцию в связи с осложнениями ЭКС, уровни тревоги/депрессии превышали таковые по сравнению с больными, имевшими стабильное нормальное функционирование системы ЭКС:  $12,8 \pm 1,4$  и  $9,2 \pm 0,8$  соответственно ( $p = 0,001$ ). Важно отметить, что при наличии осложнений ЭКС, особенно сопровождающихся синкопальными эпизодами и/или требующих неотложной операции — реимплантации электрода и/или кардиостимулятора, уровни тревоги/депрессии независимо от тяжести ХСН и возраста больных были максимальными. Выявлена обратная корреляция уровня тревоги/депрессии с дистанцией, пройденной во время пробы с 6-ти минутной ходьбой ( $r = -0,49$ ;  $p = 0,017$ ), фракцией выброса левого желудочка ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,041$ ) и прямая корреляция — с кардиоторакальным отношением ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,023$ ). В течение первых 6-12 месяцев от начала ЭКС, как правило, имеет место высокая частота тревожно-депрессивных расстройств, как и в случае возникновения осложнений ЭКС, в дальнейшем уровни тревоги/депрессии закономерно снижаются, а по мере приближения сроков реимплантации кардиостимулятора в связи с истощением источника питания аппарата вновь повышаются.

**Выводы:** установлены корреляции выраженности коморбидных тревожно-депрессивных расстройств с тяжестью ХСН и факторами, характеризующими ЭКС — режимом, наличием неэффективности и сроком ЭКС.

## 100 ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ МИГРЕНИ

Красников А. В., Шабалина А. А., Шведков В. В., Костырева М. В.

ФГБНУ Научный центр неврологии, Москва, Россия

Результаты популяционных исследований опубликованных в последние годы показали, что мигрень является фактором повышенного риска инфаркта миокарда, ишемического инсульта, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также повышает вероятность проведения реконструктивных операций на коронарных артериях. При этом до настоящего времени нет четкого объяснения данной ассоциации.

**Цель:** оценка биомаркеров, отражающих функцию эндотелия, у пациентов с мигренью, что представляется важным в рамках изучения коморбидности мигрени и риска ССЗ.

**Материал и методы:** методом случайной выборки в исследование было включено 280 пациентов (68 мужчин и 212 женщин) с ранее верифицированным диагнозом мигрени, средний возраст составил  $37 \pm 11$  лет. Головная боль была

представлена следующими формами (на основании критериев ICHD-III): хроническая мигрень (10%), эпизодическая мигрень с аурой (22%) и эпизодическая мигрень без ауры (68%). В рамках исследования проводилась оценка ряда биомаркеров, отражающих состояние эндотелия (антиген к фактору фон Виллебранда, ристоцетин-индуцированная агрегация тромбоцитов, гомоцистеин). Референсные значения по исследованным показателям были следующие: антиген к фактору фон Виллебранда (фФВ) 61,3-117,5%, ристоцетин-индуцированная агрегация тромбоцитов (рист-АТ) 50-75%, гомоцистеин 0-15 мкмоль/л. Группу контроля составляли 23 здоровых добровольца.

**Результаты:** повышение уровня фФВ было выявлено в половине случаев (51%), медианные показатели составили 122 [94;153]% (группа контроля 107 [92;126]%). Повышенные показатели фФВ более часто встречались среди женщин, по сравнению с мужчинами (53% и 44% случаев, соответственно). Повышение уровня фФВ чаще выявлялось при хронической мигрени (ХМ) в сравнении с эпизодической мигренью (ЭМ) (59% и 50% случаев, соответственно). Наиболее часто повышенные значения фФВ диагностировались при сочетании ХМ и длительности заболевания более 20 лет (72% случаев). При оценке рист-АТ, отражающей кофакторную активность фФВ, повышенные показатели выявлялись лишь у 23% пациентов с мигренью, медианные показатели составили 63 [56;74]% (группа контроля 54 [52;63]%). Заметно чаще данные нарушения встречались в случае ХМ по сравнению с ЭМ (40% и 21% случаев, соответственно). Повышение уровня гомоцистеина было диагностировано в 48% случаев, медианные показатели составили 14,5 [11,7;17,7] мкмоль/л (контроль 10 [7,9;11,9] мкмоль/л). Значительно чаще гипергомоцистеинемия (ГГЦ) встречалась у мужчин ( $p < 0,001$ ) в сравнении с женщинами (69% и 41% случаев, соответственно). Как и остальные исследованные параметры, ГГЦ более часто диагностировалась при ХМ по сравнению с ЭМ (57% и 47% случаев, соответственно).

**Выводы:** представленные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о наличии у большей части пациентов с мигренью эндотелиальной дисфункции. Причем более выраженные нарушения встречаются при хронической форме мигрени, когда частота приступов головной боли превышает 15 дней в месяц. Нарушение функции эндотелия может повышать прокоагулянтный потенциал крови, что вероятно является одной из причин повышенного риска развития ССЗ при мигрени.

## 101 ОЦЕНКА РОЛИ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Литвиненко А. А., Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Храмова М. А.

ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва Россия

**Цель:** изучение роли нейрогормональных факторов и логопедических нарушений в развитии вегето-сосудистой дистонии у лиц молодого возраста.

**Материал и методы:** обследовано 125 лиц молодого возраста с логопедическими дефектами, страдающих вегето-сосудистой дистонией. Средний возраст составил  $23,8 \pm 1,3$  года. У всех пациентов определяли содержание половых гормонов, нейропептидный комплекс, микроэлементы, проводилось комплексное обследование, включая оценку гемодинамики, психологические тесты Люшера, оценку динамики снижения агрессивности по опроснику Басса-Дарки, генетическое обследование.

**Результаты:** у 46% пациентов диагностирована дисфункция мозговой основы и гипоталамических структур из-за родовой травмы. Эмоциональное напряжение выявлено у 63%, вегето-сосудистая лабильность — в 89% случаев.

Признаки дисфункции мозговых структур наблюдались у всех пациентов независимо от возраста. Дисперсионный анализ по основному фактору “группа” выявил достоверные различия: между группами с разным уровнем развития и речи в диапазоне частот альфа-ритма (8-12 Гц):  $F(2,241)=5,75$ ,  $\epsilon=0,1685$ , ( $p<0,01$ ). Статистически достоверные межгрупповые различия в альфа-диапазоне выявлены и при анализе взаимодействия факторов “группа-локализация”:  $F(30,1965)=2,17$ ,  $\epsilon=0,1585$ ,  $p<0,001$ . Различия между указанными группами в данном диапазоне имеют максимум выраженности в теменно-затылочных отделах. Выявлен достоверный рост доли незрелого типа ЭЭГ в соответствии со степенью тяжести отклонений в развитии высших психических функций и речи перинатального генеза. Учитывая особенности возрастной динамики незрелого типа ЭЭГ у обследованного контингента, наличие данного типа в раннем возрасте является маркером риска нарушений развития психических процессов, эмоционально-волевой сферы, социальной адаптации, обусловленной логопедическим дефектом. Совокупность нейрогормональных и психо-эмоциональных факторов являются предикторами развития вегето-сосудистой дистонии различной степени тяжести.

**Выводы:** логопедические нарушения следует рассматривать как комплекс патологически развивающихся нейрофизиологических, метаболических, психо-эмоциональных нарушений, являющихся предикторами развития вегето-сосудистой дистонии у данного контингента лиц, что требует комплексного подхода к диагностике и коррекции.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №16-06-00709-ОГН.

## 102 ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТРЕМИЕЙ

Могурова М. А., Столярова В. В., Куркина Н. В.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия

**Цель:** изучить поздние потенциалы желудочков (ППЖ) у пациентов с эритремией.

**Материал и методы:** обследование проводилось в ГБУЗ РКБ №4 г. Саранска. Исследование ППЖ проведено у 27 человек. Исследуемые были разделены на группы: контрольная группа — здоровые ( $n=15$ ); исследуемая — пациенты с эритремией ( $n=12$ ). Критерии включения: мужчины и женщины с эритремией IIБ стадии без жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушений ритма сердца. Критерии исключения: хронические заболевания в стадии обострения; онкологические заболевания; тяжелая патология легких, печени, почек в стадии декомпенсации, сахарный диабет; больные с ХСН — IIБ-III ст., III-IV ФК. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ. Регистрировались параметры с использованием экспертной системы “Инкарт” КТ-07-3/12Р. Анализировались следующие показатели ППЖ: RMS40 (мкВ), TotQRSF (мс), LAS40 (мс).

**Результаты:** критериями наличия ППЖ считали выявление не менее двух показателей при регистрации ЭКГ высокого разрешения: продолжительность фильтрованного комплекса QRS (TotQRS)  $>120$  мс; средняя квадратичная амплитуда последних 40 мс у здоровых в комплексе QRS (RMS 40)  $<25$  мкВ; продолжительность низкоамплитудных ( $<40$  мкВ) сигналов в конце комплекса QRS (LAS 40)  $>39$  мс. По возрасту и полу группы сравнения достоверно между собой не отличались.

Среднее значение TotQRSF составило  $72,67 \pm 0,76$  и  $88,75 \pm 6,59$  мс в группе контроля и у больных эритремией, соответственно. Показатель TotQRSF в зоне ППЖ в 45 раз чаще встречался у больных эритремией, чем в группе контроля ( $p<0,05$ ). У пациентов с эритремией имела тенденция к увеличению частоты встречаемости значения RMS 40 в зоне ППЖ в 20 раз ( $p<0,1$ ); средние значения в группе контроля

и у пациентов с эритремией  $37,25 \pm 4,49$  и  $36,75 \pm 4,90$  мкВ, соответственно.

У пациентов с эритремией показатель LAS 40 составил  $27,80 \pm 5,13$  мс, у здоровых —  $31,33 \pm 1,87$  мс. Данный показатель в зоне ППЖ регистрировался в 10 раз чаще, чем у здоровых ( $p<0,05$ ). Частота регистрации ППЖ составила 16,7% в группе контроля, 75,0% у больных эритремией.

**Выводы:** частота выявления ППЖ, маркера электрической нестабильности миокарда и фактора риска внезапной сердечной смерти, у пациентов с эритремией значительно превосходит показатель здоровых, ППЖ у больных эритремией выявляются в 4 раза чаще, чем у здоровых.

## 103 ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Огур Т. В., Доля Е. М., Репинская И. Н.

ФГАОУ ВО КФУ им. В. И. Вернадского Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Симферополь, Россия

**Цель:** выявить факторы, оказывающие влияние на приверженность больных с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2) к терапии гипотензивными препаратами.

**Материал и методы:** обследованы 80 пациентов с АГ и СД 2, находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РК “РКБ им. Н. А. Семашко”, (в возрасте от 42 до 75 лет); средний возраст —  $(62,3 \pm 0,8)$  лет) 77,5% пациентов составили женщины. Средний стаж СД 2 —  $13,5 \pm 1,1$  лет. Стаж АГ у пациентов составил более 1 года. Большинство включенных пациентов имели АГ II стадии (53,7%), второй степени (80%), очень высокого риска (76,2%). Все пациенты получали сахароснижающую и гипотензивную терапию в различных комбинациях. Были проведены клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования, анкетирование пациентов по опроснику “Анкета для пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом” (модифицированная анкета Пифагор IV), включающая вопросы по приверженности к лечению из теста Мориски-Грина.

**Результаты:** в результате исследования установлено, что пациенты нарушают режим приема лекарственных препаратов (ЛП) в 61,3% случаев ( $p=0,03$ ). Выявлены следующие причины: забывают принять ЛП — 43,8%, не принимают, если чувствуют себя хорошо — 43,8%, нарушают время приема ЛП — 40%, не принимают, если чувствуют себя плохо после приема ЛП — 7,5%. У 69,9% исследуемых встречаются комбинированные варианты нарушений режима приема. Наиболее назначаемой группой гипотензивных препаратов являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (70,2%), в комбинации с диуретиками (62,1%) и блокаторами кальциевых каналов (БКК) — 37,8%. Большинство опрошенных отмечали удобство при приеме фиксированных комбинаций ЛП и препаратов, требующих однократного приема. В группе пациентов, принимающих БКК, а именно амлодипин ( $n=56$ ), 85,7% не забывают принять ЛП ( $p=0,01$ ) и 92,3% не нарушают время приема ( $p<0,01$ ). Метформин в составе сахароснижающей терапии применялся у 75% пациентов, у них реже развивались побочные эффекты при применении гипотензивных препаратов ( $p=0,01$ ). Несмотря на сахароснижающую терапию, пациенты с уровнем максимальной гликемии 25-27 ммоль/л чаще забывали принять ЛП ( $p<0,01$ ).

**Выводы:** включение амлодипина в состав комбинированной терапии АГ у пациентов с СД 2 и метформина в состав пероральной сахароснижающей терапии оказывает положительное влияние на приверженность к гипотензивной терапии. Отмечено отрицательное влияние высоких значений гликемии на соблюдение режима приема препаратов.



## 104 РОЛЬ УГЛЕВОДНО-ДЕФИЦИТНОГО ТРАНСФЕРРИНА В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ойроткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Ойроткинова А. А., Храмова М. А., Литвиненко А. А., Никулин А. И.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** оценить роль углеводно-дефицитного трансферрина в диагностике алкогольного поражения печени у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перед проведением аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

**Материал и методы:** проведено комплексное клиническое обследование 65 больных ИБС до проведения операции АКШ. В качестве метода скрининга применяли метод жидкостной хроматографии углеводно-дефицитного трансферрина (УДТ). В качестве стандарта использовался десалированный трансферрин, приготовленный воздействием на иммунологически чистый трансферрин нейроминидазами. Использовался жидкостный хроматограф Agilent 1100 с мультиволновым детектором. Разделение проводили на анионообменной хроматографической колонке при температуре 20 градусов со скоростью потока 1,0 мл/мин. Измерение проводилось на длине волны 460 нм. Диагноз ИБС верифицирован методом коронарографии (КГ), которая выполнялась через 3-5 суток после определения в крови УДТ.

**Результаты:** проведенное исследование показало, что при определении только асиалотрансферрина положительный результат был выявлен у 3 (5,4%) больных с ИБС, поступивших в стационар с выраженными проявлениями острого алкогольного гепатита. При определении суммарного количества углеводно-дефицитного трансферрина патологические изменения диагностированы у 56 (82,3%) больных ИБС. Это подтверждает высокую диагностическую значимость УДТ в тестировании хронической алкогольной болезни и хронической интоксикации алкоголем у пациентов с гиперферментемией, так как алкогольная интоксикация играет важную роль в развитии послеоперационных осложнений (кардиоцеребральных, печеночно-почечных).

**Выводы:** определение углеводно-дефицитного трансферрина представляет важную клиническую значимость в подготовке пациентов ИБС с отягощенным алкоголем анамнезом к проведению АКШ, так как позволяет выделить группу риска и разработать персонализированный алгоритм медикаментозной коррекции как в предоперационном, так на этапах операции и в послеоперационном периодах.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 16-06-00605-ОГН.

## 105 ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН

Осипова И. В., Стародубова Ю. Н.

Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ ГБ №4, Барнаул, Россия

**Цель:** оценить сердечно-сосудистую коморбидность и вклад факторов риска в ее развитие у женщин при ревматоидном артрите.

**Материал и методы:** в исследование включены 205 женщин, средняя продолжительность ревматоидного артрита (РА) 7(109)382 месяца, средний возраст 55,3±6,8 лет. Диагноз РА установлен по критериям ACREULAR (2010 г). Проведена оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, маркеров воспалительной активности. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-я с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (n=132), 2-я без ССЗ (n=73). Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ "Statistica 10".

**Результаты:** сердечно-сосудистая коморбидность встречалась у всех пациенток 1-ой группы (n=132). Среди 73% паци-

енток с артериальной гипертензией (АГ) встречалась ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 45%, хроническая болезнь почек (ХБП) у 19%, инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) у 1% пациенток. У пациенток с ИБС (45%): АГ была у 45%, ХБП у 19%; а ИМ и ОНМК у 1%. Сочетание сердечно-сосудистой коморбидности 2,0±0,03 на одну пациентку. Все пациентки с РА имели ведущие факторы риска (ФР) ССЗ. Среднее число ФР приходится на 1 пациентку 5,3±1,2 (p>0,05). При детальном анализе факторов риска выявлено, что на развитие ССЗ оказывают влияние (в порядке увеличения): снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) в 1,5 раза (p=0,05); абдоминальное ожирение (АО) в 1,5 раза (p=0,04); повышенное содержание триглицеридов (ТГ) в 1,7 раза (p=0,05); тахикардия в 2,0 раза (p=0,02); индекса атерогенности (ИА) в 2,4 раза (p=0,007); повышение общего холестерина (ОХС) в 2,6 раза (p=0,006); повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в 2,9 раза (p=0,004); стресс депрессия в 3,1 раза (p=0,02); антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) в 3,3 раза (p=0,01); повышенный ревматоидный фактор (РФ) в 3,6 раза (p=0,02); длительность РА более 1 года в 3,8 раза (p=0,01); тревога в 3,9 раза (p=0,01); менопауза до 45 лет в 3,9 раза (p=0,03); С-реактивный белок (СРБ) в 4,0 раза (p=0,001); семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых событий в 4,6 раза (p=0,02); курение в 6,2 раза (p=0,001); высокая активность по DAS 28 в 6,6 раза (p=0,001) и наличие АГ в 7,3 раза (p=0,001).

**Выводы:** сердечно-сосудистая коморбидность встречается у всех пациенток 1-ой группы. Развитие сердечно-сосудистых заболеваний при РА повышает наличие факторов риска: снижение ХС-ЛПВП, АО, повышенное содержание ТГ, тахикардия, повышение ИА, повышение ОХС, повышение ХС-ЛПНП, стресс депрессия, тревога, менопауза до 45 лет, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых событий, курение, АГ (p>0,05). Наряду с традиционными ФР важное значение имеет активность РА: АЦЦП, РФ, СРБ, DAS 28 (>5,1) (p>0,05). Таким образом, РА при наличии факторов риска, является пусковым механизмом для развития сердечно-сосудистой коморбидности, что требует более детального изучения и активных профилактических вмешательств с контролем факторов риска.

## 106 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ К ПРОМЫШЛЕННЫМ АЭРОЗОЛЯМ

Паначева Л. А., Ерихова С. М., Зюбина Л. Ю., Лазарева Э. Ш.

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия

**Цель:** изучить суточный профиль артериального давления (СПАД) у работников, имеющих артериальную гипертензию (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и контактом с промышленными аэрозолями (ПА) токсико-химического действия.

**Материал и методы:** обследованы 2 группы работников: 1 — с АГ в сочетании с ХОБЛ и ПА (29 мужчин и 20 женщин, возраст 45,00±2,9 гг.); 2 — больные с АГ и ХОБЛ, не имеющие контакта с ПА (20 мужчин и 6 женщин, возраст 44,8±3,7 лет, группа сравнения). Стаж работы в 1 и 2 группах — 17,45±3,6 и 16,05±3,0 лет; доля курящих — 62,8% и 60,9%. Диагноз АГ установлен соответственно критериям ESH/ESC 2013 [Mancia G. et al., 2013], диагноз ХОБЛ — согласно критериям GOLD [GOLD, 2017]. В обеих группах АГ I степени имели 60,0%, II степени — 40,0% пациентов. Большинство пациентов с АГ I степени принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и индапамид (45,9% и 73,3%), реже бета-блокаторы и индапамид. У 61,8%-70,0% больных с АГ II степени схемы лечения включали иАПФ, бета-блокаторы

и индапамид, а при сочетании АГ с ХОБЛ — иАПФ, антагонисты кальция и индапамид (59,4%). Среднее количество антигипертензивных препаратов на 1 пациента при АГ I степени составило  $1,80 \pm 0,14$  ( $p < 0,05$ ), II степени —  $2,25 \pm 0,18$  ( $p < 0,05$ ). Суточное мониторирование АД проведено на аппарате BPLab (“Петр Телегин”, Россия). Изучение компонентов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) проведено методом ELISA, активности ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) — кинетически-энзиматическим методом.

**Результаты:** наиболее выраженные изменения СПАД отмечены у работников с АГ в сочетании с ХОБЛ, имеющих контакт с ПА. В дневные и ночные часы среднее систолическое АД (САД) и среднее диастолическое АД (ДАД), индексы времени САД и ДАД, их вариабельность в дневное и ночное время были наиболее высокими и статистически значимо отличались от группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Выявлена большая степень повышения утреннего подъема ДАД и САД, более высокая скорость их утреннего подъема, повышенная вариабельность ДАД (55,1%) и САД (44,9%). Среди пациентов, имеющих ХОБЛ в сочетании с АГ и контакт с ПА, преобладали “нондипперы” (55,1%), реже — “найтпикеры” (28,6%). В группе сравнения эти варианты встречались в 46,2% и 19,2% случаев, соответственно. При оценке показателей РААС у пациентов с АГ и ХОБЛ, экспонированных к ПА свыше 10 лет, значения ангиотензина 1, ангиотензина 2 и активности АПФ были в 1,2-1,3 раза выше аналогичных значений группы сравнения. Концентрация фактора, ингибируемого АПФ (N-ацетил Ser-Asp-Lys-Pro), у этих же работников оказалась ниже значений группы сравнения ПА ( $1,29 \pm 0,02$  и  $1,35 \pm 0,01$  нмоль/л, соответственно).

**Выводы:** таким образом, при наличии у больных АГ коморбидной патологии (ХОБЛ) и контакта с ПА наблюдаются более выраженные изменения СПАД, обусловленные высокой активностью РААС.

## 107 ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Петрова Т. Г., Бородин Н. Б., Ванюнина В. В., Яхонтов Д. А.*  
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия

В большинстве развитых стран сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти лиц старше 40 лет. Многочисленные исследования подтверждают зависимость заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) от уровня холестерина плазмы. Известно, что использование статинов при лечении ИБС существенно уменьшает смертность у мужчин и женщин в возрасте до 75 лет. В настоящее время установлено, что для статинов характерен плеостропный эффект и помимо гиполипидемического действия они обладают и противовоспалительными свойствами как при асептическом, так и при инфекционном характере воспаления. Под действием статинов отмечается существенное снижение всех воспалительных маркеров, что приводит к подавлению воспалительного процесса в сосудах, значительному и быстрому улучшению течения не только атеросклеротического поражения сердца, головного мозга, периферических артерий, но и, вероятно, других воспалительных процессов, в том числе и в полости рта.

**Цель:** изучение влияния длительного приема статинов на течение воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с ИБС.

**Материал и методы:** проведено открытое проспективное рандомизированное исследование, в ходе которого осуществлена комплексная оценка стоматологического статуса 76 больных, поступивших в Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер по поводу клинических проявлений ИБС. Средний возраст обследованных составил  $63,7 \pm 1,0$  лет. Пациенты были разделены на 2 группы. В основ-

ную группу вошли больные с гиперлипидемией, длительно ( $10,1 \pm 1,0$  лет) принимающие статины (45 человек). Группу сравнения составили пациенты, не принимающие липидкорригирующую терапию (31 человек). При изучении стоматологического статуса оценивалось гигиеническое состояние полости рта с помощью индекса Green-Wermillion. Для определения распространенности и интенсивности поражения пародонта использовали индекс РМА в модификации Parma, пародонтальный индекс PI (Russel, 1956). Степень кровоточивости десен оценивали по индексу РВІ (Muhlemann-Saxer, 1975).

**Результаты:** установлено, что активность воспаления пародонта и выраженность его клинических проявлений по индексам РМА и РІ у больных, длительно принимающих статины, статистически значимо ниже, чем у пациентов группы сравнения ( $P < 0,001$ ). У больных основной группы отмечено лучшее гигиеническое состояние полости рта и меньшая глубина пародонтальных карманов ( $P < 0,05$ ). Степень кровоточивости десен в группах обследования статистически значимо не различалась.

**Выводы:** длительный прием статинов у больных ИБС с гиперлипидемией способствовал снижению воспалительного процесса в пародонте.

## 108 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Романова Н. А.<sup>1</sup>, Липатова Т. Е.<sup>1</sup>, Суслова Т. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов; <sup>2</sup>НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Саратов-II, Саратов, Россия

**Цель:** демонстрация случая развития метаболической эндокринной кардиомиопатии (МЭКМП) у больной, страдавшей послеоперационным гипотиреозом с последующим развитием лекарственного гипертиреоза.

**Материал и методы:** анализ истории болезни пациентки Д.

**Результаты:** больная Д., 52 лет, страдает артериальной гипертензией в течение 17 лет (с 1999 г.), последние 6 лет отмечает частые гипертонические кризы, связывает их с нерегулярной гипотензивной терапией. В анамнезе — узловой зоб; в 1999 г. субтотальная резекция щитовидной железы, послеоперационный гипотиреоз (принимает L-тироксин 150 мг в сутки длительно бесконтрольно). Поступила в офтальмологическое отделение в связи с катарактой правого глаза. Со слов, последние 2 недели отмечает тупые боли в области верхушки сердца, при этом повышалось артериальное давление (АД) до 170/90 мм рт.ст., боли купировались при снижении АД. При снятии электрокардиограммы (ЭКГ) обнаружены изменения по ST-T в миокарде передне-перегородочно-боковой стенки левого желудочка (ЛЖ): в I, II, V4-V6 умеренная депрессия ST, в I, aVL, V2-V6 глубокий асимметричный зубец T, удлинение интервала QT (530 мс). Доплерэхокардиограмма: гипертрофия ЛЖ небольшой степени без нарушения функции миокарда. УЗИ щитовидной железы: в зоне анатомического расположения ткани щитовидной железы не выявлено. Содержание тиреотропного гормона (ТТГ): 0,03 мЕд/л (норма 0,3–4,0); тироксина (Т4св.): 30,0 пмоль/л (норма 10,8–22,0). Консультация эндокринолога: послеоперационный гипотиреоз, состояние медикаментозного гипертиреоза, рекомендовано снизить дозу получаемого L-тироксина до 50 мкг. Через 2 дня после уменьшения дозы L-тироксина на ЭКГ: глубина зубца T уменьшилась. Пациентка переведена для лечения в эндокринологическое отделение; спустя 2 недели достигнут медикаментозный эутиреоз: Т4 св. 10,1 пмоль/л, на ЭКГ зубец T в V4-V6 из отрицательного стал изоэлектричным, в V3 значительно уменьшился по амплитуде, QT 500 мс. Боли в грудной клетке купировались, стабилизировалось АД. После выписки из стационара рекомендовано наблюдение эндокринолога, контроль за содержанием ТТГ и Т4св., ЭКГ в динамике.

**Выводы:** 1. При терапии пациентов с послеоперационным гипотиреозом важно помнить о необходимости регулярного контроля (1 раз в 2-3 мес.) за содержанием в крови ТТГ и Т4св. в связи с возможным переходом заболевания в медикаментозный гипертиреоз и последующим развитием МЭКМП, что наблюдалось у нашей больной.

2. На фоне снижения дозы L-тироксина отмечена быстрая положительная клиническая и ЭКГ динамика в течение короткого времени (начиная с 2-го дня в течение 2-х недель) и переход гипертиреоза в состояние эутиреоза, что подтверждает диагноз МЭКМП.

## 109 НАЛИЧИЕ ОПСОНИН-ФАГОЦИТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ В ОТНОШЕНИИ *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* И *STREPTOCOCCUS PYOGENES* У ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Усанова Е. А., Чаусова С. В., Гуревич К. Г., Арутюнова Е. Э. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

**Цель:** оценить опсонизирующую активность плазмы и фагоцитарную активность полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПМЛ) крови при воздействии комплексными антигенами (АГ) *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes* у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материал и методы:** для оценки опсонизирующей активности плазмы и фагоцитарной активности ПМЛ крови использовался метод люминолзависимой стимулированной сульфатом бария хемилюминесценции (СЛХЛ). В исследовании участвовало 16 пациентов с СДС, возраст  $57,7 \pm 2,7$  лет, 7 мужчин и 9 женщин. Концентрация глюкозы в крови у пациентов с СДС находилась в пределах  $7,0-15,0$  ммоль/л, длительность течения сахарного диабета 2 типа составила  $12,9 \pm 1,5$  лет. По клинической форме СДС преобладала нейроишемическая форма (81,3%) Практически все пациенты имели тяжелое течение сахарного диабета (81,3%). Группа сравнения включала 49 пациентов, не имеющих сахарного диабета, но страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и мягких тканей нижних конечностей в виде абсцессов и флегмон. Возраст пациентов составил  $40,7 \pm 7,8$  лет, 38 мужчин и 11 женщин. Контрольная группа включала 11 здоровых доноров-добровольцев в возрасте  $19,9 \pm 0,5$  лет, 7 мужчин и 4 женщины. Образцы гепаринизированной венозной крови ( $1 \times 10^6$  ПМЛ в пробе) всех обследуемых лиц, инкубировали с комплексными АГ (диапазон концентраций  $5 \times 10^4 - 1000 \times 10^4$  микробных клеток/мл в пробе) в течение 60 минут при  $37^\circ\text{C}$  в режиме постоянного перемешивания. Измерение параметров СЛХЛ производили на биолюминоцентном анализаторе БЛМ 3606-01 (СКТБ "Наука" КНЦ СО РАН, Россия). Для оценки фагоцитарной активности ПМЛ крови вычисляли максимальную интенсивность СЛХЛ, а для опсонизирующей активности плазмы крови — время достижения максимальной вспышки СЛХЛ (Тмах). Полученные данные обрабатывались статистически с помощью пакета компьютерных программ "STATISTICA for Windows" версия 7.0 (StatSoft, USA).

**Результаты:** у пациентов с СДС наблюдается снижение фагоцитарной активности ПМЛ крови на 64,2% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентами, имеющими гнойно-воспалительные заболевания на фоне нормального углеводного обмена. Выявлена отрицательная корреляция между фагоцитарной активностью ПМЛ и уровнем гипергликемии в крови ( $r = -0,784$ ;  $p < 0,05$ ). Также обнаружено достоверное прямое дозозависимое увеличение параметра Тмах при воздействии комплексных АГ на ПМЛ крови у пациентов с СДС по сравнению с контрольной группой и группой пациентов без СДС. Это указывает на наличие изменений опсонизирующей активности плазмы в отношении данных микроорганизмов у пациентов с СДС.

**Выводы:** выявленные нарушения опсонизации и фагоцитарной активности ПМЛ крови при СДС свидетельствуют о существовании незавершенности процессов фагоцитоза в отношении *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*, что способствует более тяжелому и затяжному течению гнойно-воспалительных осложнений при сахарном диабете 2 типа.

## 110 МЕХАНИЗМЫ И ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Зюбина Л. Ю., Шпагина Л. А., Паначева Л. А., Годик С. Д., Колезнев С. Ю., Зуева М. А.

ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России» Новосибирск, Россия

**Цель:** Изучить механизмы формирования поражения сердца и его варианты при длительном, рецидивирующем течении железодефицитной анемии (ДРТЖДА).

**Материал и методы:** Обследовано 148 женщин с ДРТЖДА от 10 до 15 лет, средний возраст  $38,8 \pm 3,5$  лет. Средний уровень Нв —  $110,6 \pm 3,2$  г/л (не достигнута ремиссия), цветовой показатель —  $0,76 \pm 0,06$ , коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) —  $10,2 \pm 1,1\%$ . Основной причиной ЖДА была хроническая оккультная кровопотеря, преимущественно, маточного (у 85,3% женщин) и другого происхождения, в том числе у 11,5% — кадровое донорство. Проведены следующие исследования: морфофункциональные для изучения состояния сердца (ЭКГ, холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, ДППКГ, спирометрия, ритмография) и клеточно-мембранные для оценки формирования висцеральной патологии (ПОЛ, АОС ферментативная — каталаза, SH-группа и неферментативная, жирнокислотный состав биомембраны эритроцитов, кислая фосфатаза, кислая РНК-аза,  $\beta$ -галактозидаза,  $\beta$ -глюкозидаза, гормональный статус больных).

**Результаты:** Основными звеньями формирования поражения сердца при ЖДА являются развитие на фоне хронической сидеропенической тканевой гипоксии системных мембранопатий вследствие активации ПОЛ в 1,3 - 6,8 раза и депрессии антиоксидантов в 3,5-4,1 раза (уровень  $\alpha$ -токоферола —  $10,2 \pm 0,4$  мкмоль/л против  $19,1 \pm 0,6$ , каталазной активности эритроцитов с  $5,4 \pm 0,6$  мг/кл до  $1,8 \pm 0,5$ ,  $p < 0,01$ , при ее увеличении в плазме с  $10,4 \pm 0,01$  до  $0,09 \pm 0,002$  мг/кл в контроле). Происходит значительная перестройка липидного состава цитоплазматических биомембран, показатели которых находятся в зависимости от тяжести и, в большей степени, от длительности анемии и оказывающих прямое повреждающее действие и преждевременный апоптоз клеточных структур (снижение содержания насыщенных жирных кислот (ЖК) — пальмитиновой с  $18,7 \pm 1,3$  против  $24,4 \pm 1,5\%$  и повышение ненасыщенных ЖК — олеиновой, линолевой и арахидоновой на 10,5, 45,5 и 67,2%, соответственно,  $p < 0,05$ , снижение индекса насыщенности ЖК до  $0,61 \pm 0,08$  против  $0,88 \pm 0,04$ ). Выявленные нами внутриклеточный белковый (снижение липопротеидов в Эр в 1,4 раза, свободного холестерина в 2 раза, гистидина — в 2 раза) и углеводный энергодефицит (увеличение уровня Г6ФДГ в 1,4, активация лизосомальных гидролаз —  $\beta$ -галактозидазы в 3,2, кислой РНК-азы в 2,5,  $\beta$ -глюкозидазы в 1,3 раза, коррелирующие с синдромом липидной перекисидации), дисрегуляторные изменения во всех звеньях нейроэндокринной центральной и периферической системы (снижение уровня кортизолов 1,47, АКГГ — в 1,2, повышение значения фолликулостимулирующего гормона в 1,2, сопряженное с ростом ЛГ в 1,3 при снижении уровня прогестерона и пролактина в 1,3 и снижение соматотропного гормона в сыворотке крови в 1,25 раза, свидетельствующие о преобладании эндокринно-метаболического генеза висцеропатий), межсистемные нарушения формируют синдром регенераторно-пластической недостаточности и дистрофические процессы в миокардиоцитах. При ДРТЖДА средней степени тяжести у 22,5% больных возникают функциональные нарушения в сердечной мышце в виде клинико-биоэлектрических нарушений вегетативной дисрегуляции



и вегетативной дисфункции. В 57,3% случаев определены классические изменения, свидетельствующие о дисметаболической миокардиодистрофии. У 20,2% женщин регистрируемые морфологические признаки изменения геометрии сердца (эксцентрическая ГЛЖ с повышением массы миокарда в 1,4 раза ( $99,9 \pm 4,7$  против  $70,2$  г/м<sup>2</sup>) и реже – концентрическая ремоделиция ЛЖ с ИММ –  $110,7$  г/м<sup>2</sup>, утолщение МЖП до  $15,9 \pm 0,5$  мм, ЗСЛЖ до  $19,1 \pm 0,09$  мм, снижение интенсивности функциональных структур, появление ДППКГ-признаков диастолической дисфункции, выраженные ЭКГ-дистрофические изменения с признаками некоронарогенной ишемии и др.) в сочетании с нарушением ритма и проводимости и нарастающими симптомами ХСН, позволяют говорить о сформировавшейся вторичной дисметаболической кардиомиопатии (КМП).

**Выводы:** Таким образом, клинико-функциональное исследование сердца при ДРТЖДА, изучение различных механизмов формирования дистрофических внутриклеточных процессов с синдромом клеточно-пластической недостаточности позволило выделить три преимущественных варианта поражения сердца в виде: вегетативной дисфункции, имеющей право быть – классической дисметаболической миокардиодистрофии, описанной Е.И. Чазовым (1982), В.Х. Василенко (1989), А.И. Воробьевым (1989) и дисметаболической КМП, отвечающей всем ее критериям (доказанными нами нарушением геометрии сердца, прогрессирующим ХСН с нарушениями ритма и проводимости). Определены критерии каждого варианта анемического сердца, профилактика развития которого диктует необходимость проведения длительного лечения препаратами железа, антиоксидантами, регуляторами эритропоэза при исключении причины сидеропенической анемии.

## 111 СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВЛИЯНИИ ОЖИРЕНИЯ НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Яхонтов Д. А., Валеева А. М., Хидирова Л. Д., Дуничева О. В., Яхонтова П. К., Шулятьева О. Ю.*

Новосибирский государственный медицинский университет. Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер. Новосибирск. Россия

Абдоминальное ожирение (АО) является важным фактором кардиоваскулярного риска, значимость которого повышается у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Несмотря на установленную причинную связь между АО

и прогрессирующим ФП, в последнее время обсуждается феномен «парадокса ожирения», который позволяет говорить о неоднозначном влиянии последнего на прогноз при ФП.

**Цель:** Изучить особенности течения фибрилляции предсердий у пациентов с наличием абдоминального ожирения и с нормальным индексом массы тела (ИМТ).

**Материал и методы:** Обследовано 45 больных в возрасте  $64,9 \pm 8,3$  лет с пароксизмальной, персистирующей и/или постоянной формой ФП и АО, индекс массы тела (ИМТ) которых составил  $35,2 \pm 4,6$  кг/м<sup>2</sup> (основная группа) и 43 больных ФП в возрасте  $69,1 \pm 10,5$  лет с нормальным ИМТ ( $23,9 \pm 1,8$ ) кг/м<sup>2</sup> (группа сравнения). Артериальная гипертензия 1-3 степени имела место у 91% больных в основной группе и у 83% в группе сравнения, сахарный диабет – у 27 и 12%, ИБС – у 24 и 37%, гипотиреоз – у 13 и 5%, ХОБЛ – у 4 и 12% больных основной группы и группы сравнения соответственно. Больные мало отличались по характеру назначаемой терапии ( $\beta$ -адреноблокаторы, блокаторы РААС, амиодарон, статины). Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы «Statistica 7.0».

**Результаты:** Больные с наличием АО чаще имели постоянную и персистирующую форму ФП (77,8%) и оказались достоверно моложе ( $64,8 \pm 8,3$  лет) больных с нормальным ИМТ, в которой регистрировалось 67,4% больных с соответствующими формами ФП, а средний возраст составил  $69,1 \pm 10,5$  лет. Анализ биохимических показателей и данных ультразвукового исследования сердца обнаружил у больных основной группы достоверно более высокий уровень триглицеридов крови  $1,8 \pm 0,8$  ммоль/л (в группе сравнения  $1,3 \pm 0,5$  ммоль/л), тощаковой гликемии  $6,3 \pm 1,4$  ммоль/л (в группе сравнения  $5,4 \pm 1,1$  ммоль/л) и больший размер поперечника аорты  $3,5 \pm 0,3$  см (в группе сравнения  $3,3 \pm 0,3$  см). В то же время такие показатели, как общий холестерин, липопротеины низкой плотности, креатинин крови и большинство морфометрических и функциональных показателей миокарда достоверно не различались. Расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) была выше у больных с наличием АО ( $77,1 \pm 24,3$ ) мл/мин, не достигая при этом критериев гиперфильтрации, в то время как в группе сравнения СКФ составила  $52,9 \pm 16,4$  мл/мин.

**Выводы:** Наличие АО у больных ФП сопряжено с высокой частотой АГ, равно как и у больных с нормальным индексом массы тела. Отсутствие негативных сдвигов большинства биохимических, ультразвуковых и функциональных показателей миокарда в основной группе требует дальнейшего изучения проблемы «парадокса ожирения» при ФП и адекватной интерпретации значений первичных и вторичных конечных точек.

## Содержание

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДИФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ <i>Абдуллаев А. Х., Нурмухамедов А. И., Турсунбаев А. К., Шукуров У. М., Эгамбердыева Д. А.</i> .....	3
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Абрамова Т. Г., Ирсамбетова Е. Ю., Грудин Р. В.</i> .....	3
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ <i>Адамян Л. В., Манухин И. Б., Сибирская Е. В., Тургунова Г. М.</i> .....	3
ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И АТЕРОГЕННЫЕ ФРАКЦИИ ЛИПОПРОТЕИДОВ СРЕДИ МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Акимова Е. В., Гакова Е. И., Фролова Е. Ю., Кузнецов В. А.</i> .....	4
СТРЕСС В СЕМЬЕ В ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ <i>Акимов А. М., Каюмова М. М.</i> .....	4
ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ НА СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И СМЕРТНОСТИ ОТ НИХ <i>Алленов А. М., Винокуров В. Г., Андриянова О. В.</i> .....	5
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ПОЖАРНЫХ-СПАСАТЕЛЕЙ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ МЕТОДАМИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Архангельская А. Н., Ивкина М. В., Гуревич К. Г., Бабушкина А. И.</i> .....	5
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ТАБАКОКУРЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ И СЕМЕЙНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Гакова Е. И., Акимова Е. В., Каюмова М. М., Гакова А. А., Акимов А. М.</i> .....	6
23-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-44 ЛЕТ <i>Гафаров В. В., Громова Е. А., Гагулин И. В., Гафарова А. В., Панов Д. О.</i> .....	6
ПОЧЕМУ КУРЯТ СОВРЕМЕННЫЕ СТУДЕНТЫ? <i>Думинский В. Ю.</i> .....	6
СООТНОШЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИИ НАГРУЗКИ И СКРЫТОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Евсеева М. Е., Галькова И. Ю., Мищенко Е. А.</i> .....	7
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕКОТОРЫХ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ <i>Еганян Р. А., Калинина А. М., Карамнова Н. С., Измайлова О. В., Куцунина Д. В.</i> .....	7
ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГОВЫХ КРИТЕРИЕВ ПЕРВИЧНЫХ КАРДИОМИОПАТИЙ ПРИ ИХ ПРИМЕНЕНИИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ <i>Задворьев С. Ф., Крысюк О. Б., Обрезан А. Г.</i> .....	8
СОЧЕТАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, НЕГАТИВНО ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД <i>Казидаява Е. Н.</i> .....	8
ПОТРЕБЛЕНИЕ КОНДИТЕРСКИХ ИЗДЕЛИЙ И СТАТУС КУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОЙ ПОПУЛЯЦИИ РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ <i>Карамнова Н. С., Шальнова С. А., Деев А. Д., Тарасов В. И.</i> .....	9
АССОЦИИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И УРОВНЕЙ ВРАЖДЕБНОСТИ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Каюмова М. М., Акимов А. М.</i> .....	9
ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ НА ПОВЕДЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ г. МОСКВЫ <i>Котова М. Б., Розанов В. Б., Иванов Е. И.</i> .....	9
РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ <i>Кутумова О. Ю., Кононова Л. И.</i> .....	10
МАРКЕРЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА — ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕАЛИЗОВАННОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА <i>Милягин В. А., Милягина И. В., Осипенкова Т. А., Ковалева О. А., Пунин Д. А., Жигунова Е. П.</i> .....	10
АДАПТАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПАУЭРЛИФТИНГОМ <i>Плакида А. Л., Бондарев И. И., Кухар Н. Н.</i> .....	11
СОДЕРЖАНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В КРОВИ — ФАКТОР ДОЛГОЛЕТИЯ? <i>Пристром М. С., Семененков И. И., Штонда М. В.</i> .....	11
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО 10-ЛЕТНЕГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СМЕРТИ У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ <i>Пушкарев Г. С., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.</i> .....	12
ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОПУЛЯЦИИ ОДНОГО ИЗ РЕГИОНОВ РОССИИ <i>Тереховская Ю. В., Смирнова Е. А., Молодцова А. А., Якушин С. С.</i> .....	12

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СИБИРСКОГО РЕГИОНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ PURE (PROSPECTIVE URBAN RURAL EPIDEMIOLOGY) В РОССИИ <i>Цыганкова Д. П.</i> .....	12
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА ЕГО СНИЖЕНИЕ У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА <i>Яскевич Р. А.</i> .....	13
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА <i>Яскевич Р. А.</i> .....	13
НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Аляви Б. А., Абдуллаев А. Х., Далимова Д. А., Узаков Ж. К.</i> .....	14
ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Аникин В. В., Пушкарева О. В.</i> .....	14
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ <i>Аргунова Ю. А., Короткевич А. А., Помешкина С. А., Коков А. Н., Барбараш О. Л.</i> .....	15
ВЛИЯНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТЕМ1 <i>Галимская В. А., Голубева А. В., Томашевская Ю. А., Олейников В. Э.</i> .....	15
ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КРУПНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КРАСНОЯРСКА <i>Деревянных Е. В., Яскевич Р. А.</i> .....	16
ДИНАМИКА ВНР НА ФОНЕ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАТИНОТЕРАПИИ <i>Душина Е. В., Барменкова Ю. А., Галимская В. А., Лукьянова М. В.</i> .....	16
НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Душина Е. В., Барменкова Ю. А., Томашевская Ю. А., Квасова О. Г.</i> .....	16
ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Измайлова О. В., Карамнова Н. С.</i> .....	17
СРАВНЕНИЕ РИСКОВ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ СОБЫТИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ, ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ <i>Комков А. А., Мазаев В. П., Рязанова С. В., Самочатов Д. Н.</i> .....	17
ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО РЕГИСТРА ПРОФИЛЬ <i>Комкова Н. А., Кутищенко Н. П., Марцевич С. Ю.</i> .....	18
“ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ” — СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ <i>Корвякова О. П., Кулишова Т. В.</i> .....	18
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТАДИИ <i>Корчикина Л. Н., Бородин В. Н.</i> .....	18
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАЦИЕНТА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ <i>Корниенко Н. В., Гафарова Н. Х., Радзивил П. Н.</i> .....	19
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Леушина Е. А., Брынза М. Г.</i> .....	19
МЕТОДЫ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ <i>Леушина Е. А., Брынза М. Г.</i> .....	20
ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ <i>Манюгина Е. А., Бурсиков А. В.</i> .....	20
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НИКОРАНДИЛА <i>Марцевич С. Ю., Лукина Ю. В., Кутищенко Н. П., Воронина В. П., Дмитриева Н. А., Загребельный А. В., Лерман О. В. от имени рабочей группы исследования “НИКЕЯ”</i> .....	21
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА “ПРОФИЛЬ-ИМ”: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТЕРАПИИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ НАБЛЮДЕНИЯ <i>Марцевич С. Ю., Калайджян Е. П., Сичинава Д. П., Кутищенко Н. П.</i> .....	21
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС КАК ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Метсо К. В., Никифоров В. С.</i> .....	21
КОМПАЕНТНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА <i>Молчанова А. Р., Долгушина А. И., Шумакова О. А., Шамаева Т. Н., Кузнецова А. С., Сеянина А. А.</i> .....	22



КАРДИАЛЬНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ. СРАВНИТЕЛЬНОЕ РЕГИСТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ГОРОДЕ РЯЗАНИ <i>Низов А. А., Сучкова Е. И., Дашкевич О. В., Трунина Т. П.</i> .....	22
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В АОРТЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Опольская С. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.</i> .....	23
ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И НИЗКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Петрова В. Б., Болдуева С. А., Петрова А. И., Захарова О. В.</i> .....	23
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА СИБИРИ <i>Печерина Т. Б., Клименкова А. В., Клименкова А. В., Журавлев Е. Д., Журавлева Е. Н., Херасков Ю. В., Херасков В. Ю., Барбараиш О. Л.</i> .....	24
МЕСТО ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В МЕДИЦИНЕ АНТИСТАРЕНИЯ <i>Пристром М. С., Семенов И. И., Штонда М. В.</i> .....	24
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Ромащенко О. В., Казакова Е. Е., Алфёров П. К., Грищенко Н. Д., Шевцова И. С., Лантева И. А., Румбеит В. В.</i> .....	24
ФОСФОЛИПИДЫ СЕРДЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ В ДИНАМИКЕ ОЗОНО- И ФОТОТЕРАПИИ <i>Садыкова Г. А., Рахматуллаев Х. У., Базарова С. А.</i> .....	25
ВОЗМОЖНОСТИ ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТА, ИЗОСОРБИДА МОНОНИТРАТА И НИКОРАНДИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Сизова Ж. М., Козлова Н. В., Захарова В. Л.</i> .....	25
НОВАЯ ШКАЛА СТРАТИФИКАЦИИ ДОЛГОСРОЧНОГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКОГО И НЕИНВАЗИВНОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ <i>Толыгина С. Н., Деев А. Д., Марцевич С. Ю.</i> .....	26
ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ПРИЕМА, ДОЗ И СООТНОШЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ДЖЕНЕРИЧЕСКИХ ФОРМ ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА “ПРОГНОЗ ИБС” <i>Толыгина С. Н., Марцевич С. Ю.</i> .....	26
ОБЪЕМ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Тучков А. А., Гоголашвили Н. Г., Яскевич Р. А.</i> .....	27
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИИ НЕКОРОНАРОГЕННОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Хидирова Л. Д., Яхонтов Д. А., Зенин С. А.</i> .....	27
ОЦЕНКА GDF-15 У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА <i>Хоролец Е. В.</i> .....	27
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Хоролец Е. В., Шлык С. В.</i> .....	28
ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ РИГИДНОСТИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ <i>Хромова А. А., Саламова Л. И., Матросова И. Б., Борисова Н. А., Бурко Н. В.</i> .....	28
ПОЧКИ В ПРОГНОЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Чапау А. Х., Дерьяева Г. Г., Эсенов М., Амангельдыев Г.</i> .....	29
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА <i>Чапау А. Х., Мухаммедова Н. А., Дерьяева Г. Г., Курбаналиев С. А.</i> .....	29
КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ ПЕРЕД ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИАЛЬНОГО РИСКА <i>Чернявский М. А., Кудавев Ю. А., Чернов А. В., Артюшин Б. С.</i> .....	30
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ КАРДИАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ДИЛАТАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ И ОТНОСИТЕЛЬНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ <i>Ярославская Е. И., Кузнецов В. А.</i> .....	30
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ <i>Яхонтов Д. А., Хидирова Л. Д., Валеева А. М.</i> .....	30
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ <i>Горяев А. Г., Кулишова Т. В.</i> .....	31

### III. РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАННИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Иноземцева А. А., Помешкина С. А., Аргунова Ю. А., Барбараиш О. Л.</i> .....	31
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АМПУТАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Кантемирова Р. К., Свиридова Е. О., Бурнос А. А., Крюков А. С., Герасимова Г. В.</i> .....	32
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2015 -2017гг <i>Кантемирова Р. К., Фидарова З. Д., Свиридова Е. О., Ломоносова О. В., Кароль Е. В.</i> .....	32
ГИПОКСИТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Карамова И. М., Кузьмина З. С., Абдюкова Э. Р., Столярова Т. В., Газизова Н. Р., Голдобина Л. П.</i> .....	33
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ <i>Карамова И. М., Кузьмина З. С., Абдюкова Э. Р., Столярова Т. В., Газизова Н. Р., Голдобина Л. П.</i> .....	33
ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2017 ГОДУ <i>Кароль Е. В., Шилов П. Б., Ломоносова О. В., Долгая А. К., Самсоненко О. О., Боровкова Т. А.</i> .....	33
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Князева Т. А., Никифорова Т. И.</i> .....	34
СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА В КАРДИОПРОФИЛАКТИКЕ У ЖЕНЩИН ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА <i>Крысюк О. Б., Дейнеко В. В.</i> .....	34
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ <i>Кулишова Т. В., Жоган И. В., Репешко Н. В., Каркавина А. Н.</i> .....	35
ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Субботина Н. А., Руденко К. В.</i> .....	35
СТРУКТУРИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГОРОДА МОСКВЫ ПРИ МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ <i>Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Колтунов И. Е., Короткова С. А., Осипова Г. Т., Полякова Е. И., Якушева А. В.</i> .....	36
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБОВАРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ <i>Адамян Л. В., Сибирская Е. В., Тарбая Н. О., Клинишова Т. А.</i> .....	36
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ СЕМИ РЕГИОНОВ РОССИИ <i>Кожевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С., Филимонова И. К., Абашидзе Э. А., Маргиева Т. В., Кайтукова Е. В., Сурков А. Н.</i> .....	36
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХ ТРЕНИНГ-СЕМИНАРОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И АЛГОРИТМУ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКАХ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА <i>Кутумова О. Ю., Демко Е. А.</i> .....	37
ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК КАК МАРКЕР СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ <i>Ушакова С. А., Петрушина А. Д., Кляшев С. М.</i> .....	37
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ <i>Шамсиев Ж. А., Пак Е. А., Давронов Б. Л., Махматкулов Х. Г.</i> .....	38
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS934945 ГЕНА <i>PER2</i> С НАРУШЕНИЯМИ СНА В МУЖСКОЙ НОВОСИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-44 ЛЕТ <i>Гафаров В. В., Гагулин И. В., Крымов Э. А., Гафарова А. В., Панов Д. О., Громова Е. А.</i> .....	38
ПОЛИМОРФНЫЙ ВАРИАНТ (LYS198ASN) ГЕНА ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Давыдчик Э. В., Снежикский В. А., Степура Т. Л.</i> .....	38
АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ И АМЛОДИПИНОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ <i>CYP2C9</i> И <i>CYP11B2</i> У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ <i>Коваленко Ф. А., Скибицкий В. В.</i> .....	39
НОВЫЕ ДАННЫЕ ПО ОТДАЛЕННОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ (РЕГИСТР ЛИС-2) <i>Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Загребельный А. В., Гинзбург М. Л., Даниэльс Е. В., Фокина А. В., Деев А. Д.</i> .....	39
АТЕРОГЕННЫЕ И НЕАТЕРОГЕННЫЕ ДИСЛИПИДЕМИИ И СУБФРАКЦИОННЫЙ СПЕКТР АПО В-СОДЕРЖАЩИХ ЛИПОПРОТЕИНОВ <i>Озерова И. Н., Метельская В. А., Гаврилова Н. Е.</i> .....	40
ФАРМАКОГЕНЕТИКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Сизова О. В., Парамонова Е. К., Коричкина Л. Н., Радьков О. В.</i> .....	40
КАРДИОПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕ- И ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У СТАРЫХ КРЫС <i>Чепелев С. Н., Висмонт Ф. И.</i> .....	40

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИЦ, ПОГИБШИХ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС <i>Шашлов С. В., Яковлев М. Ю.</i> .....	41
ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ВАРИАБИЛЬНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ БИСОПРОЛОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОЛИМОРФИЗМА RS776746 В ГЕНЕ <i>CYP3A5</i> <i>Шумков В. А., Загородникова К. А., Болдуева С. А., Петрова В. Б.</i> .....	41
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АНТИДЕПРЕССАНТ, ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ <i>Гинтер Ю. Е., Скибицкий А. В.</i> .....	42
ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ БИЛИРУБИНА КРОВИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Горбунова О. Е., Ермакова Т. П.</i> .....	42
УРОВЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ БИЛИРУБИНА <i>Горбунова О. Е.</i> .....	43
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ С ДИАГНОЗОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ <i>Гурьев А. В.</i> .....	43
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ОМЕПРАЗОЛА <i>Дорофеева М. Н., Липидус Н. И.</i> .....	44
КОРРЕКЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Дроздова В. М., Чернышёв А. В.</i> .....	44
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ВОДИТЕЛЕЙ РИТМА <i>Искендеров Б. Г.</i> .....	44
ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ МИГРЕНИ <i>Красников А. В., Шабалина А. А., Шведков В. В., Костырева М. В.</i> .....	45
ОЦЕНКА РОЛИ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫХ И ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Литвиненко А. А., Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Храмова М. А.</i> .....	45
ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРИТРЕМИЕЙ <i>Могурова М. А., Столярова В. В., Куркина Н. В.</i> .....	46
ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Огир Т. В., Доля Е. М., Репинская И. Н.</i> .....	46
РОЛЬ УГЛЕВОДНО-ДЕФИЦИТНОГО ТРАНСФЕРРИНА В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ <i>Ойноткинова О. Ш., Шкловский Б. Л., Ойноткинова А. А., Храмова М. А., Литвиненко А. А., Никулин А. И.</i> .....	47
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЖЕНЩИН <i>Осипова И. В., Стародубова Ю. Н.</i> .....	47
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ К ПРОМЫШЛЕННЫМ АЭРОЗОЛЯМ <i>Паначева Л. А., Ерихова С. М., Зюбина Л. Ю., Лазарева Э. Ш.</i> .....	47
ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Петрова Т. Г., Бородин Н. Б., Ванюнина В. В., Яхонтов Д. А.</i> .....	48
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) <i>Романова Н. А., Липатова Т. Е., Сулова Т. А.</i> .....	48
НАЛИЧИЕ ОПСОНИН-ФАГОЦИТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ В ОТНОШЕНИИ <i>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</i> И <i>STREPTOCOCCUS PYOGENES</i> У ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Усанова Е. А., Чаусова С. В., Гуревич К. Г., Арутюнова Е. Э.</i> .....	49
МЕХАНИЗМЫ И ВАРИАНТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩЕЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ <i>Зюбина Л. Ю., Шпагина Л. А., Паначева Л. А., Годик С. Д., Колезнев С. Ю., Зуева М. А.</i> .....	49
СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВЛИЯНИИ ОЖИРЕНИЯ НА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Яхонтов Д. А., Валеева А. М., Хидирова Л. Д., Дуничева О. В., Яхонтова П. К., Шулятьева О. Ю.</i> .....	50



## Алфавитный указатель авторов

<b>А</b>		<b>Д</b>	
Абашидзе Э. А.	36	Далимова Д. А.	14
Абдуллаев А. Х.	3, 14	Даниэльс Е. В.	39
Абдюкова Э. Р.	33	Дашкевич О. В.	22
Адамян Л. В.	3, 36	Деев А. Д.	9, 26, 39
Акимов А. М.	4, 6, 9	Дейнеко В. В.	34
Акимова Е. В.	4, 6, 12	Демко Е. А.	37
Алленов А. М.	5	Деревянных Е. В.	16
Алфёров П. К.	24	Дерьяева Г. Г.	29
Аляви Б. А.	14	Дмитриева Н. А.	21
Амангельдыев Г.	29	Долгая А. К.	33
Андрянова О. В.	5	Долгушина А. И.	22
Аникин В. В.	14	Доля Е. М.	46
Аргунова Ю. А.	15, 31	Дорофеева М. Н.	44
Артюшин Б. С.	30	Дроздова В. М.	44
Артунова Е. Э.	49	Думинский В. Ю.	6
Архангельская А. Н.	5	Дуничева О. В.	50
<b>Б</b>		Душина Е. В.	16
Бабушкина А. И.	5	<b>Е</b>	
Базарова С. А.	25	Евсеева М. Е.	7
Барбараш О. Л.	15, 24, 31	Еганян Р. А.	7
Барменкова Ю. А.	16	Ерихова С. М.	47
Болдуева С. А.	23, 41	Ермакова Т. П.	42
Бондарев И. И.	11	<b>Ж</b>	
Борисова Н. А.	28	Жигунова Е. П.	10
Боровкова Т. А.	33	Жоган И. В.	35
Бородина В. Н.	18	Журавлев Е. Д.	24
Бородина Н. Б.	48	Журавлева Е. Н.	24
Брынза М. Г.	19, 20	<b>З</b>	
Бурнос А. А.	32	Загородникова К. А.	41
Бурсиков А. В.	20	Загребельный А. В.	21, 39
Бурко Н. В.	28	Задворьев С. Ф.	8
<b>В</b>		Захарова В. Л.	25
Валеева А. М.	30, 50	Захарова О. В.	23
Ванюнина В. В.	48	Зенин С. А.	27
Винокуров В. Г.	5	Зуева М. А.	49
Висмонт Ф. И.	40	Зюбина Л. Ю.	47, 49
Воронина В. П.	21	<b>И</b>	
<b>Г</b>		Иванова Е. И.	9
Гаврилова Н. Е.	40	Ивкина М. В.	5
Гагулин И. В.	6, 38	Измайлова О. В.	7, 17
Газизова Н. Р.	33	Иноземцева А. А.	31
Гакова А. А.	6	Ирсамбетова Е. Ю.	3
Гакова Е. И.	4, 6	Искендеров Б. Г.	44
Галимская В. А.	15, 16	<b>К</b>	
Галькова И. Ю.	7	Казакова Е. Е.	24
Гафаров В. В.	6, 38	Казидева Е. Н.	8
Гафарова А. В.	6, 38	Кайтукова Е. В.	36
Гафарова Н. Х.	19	Калайджян Е. П.	21
Герасимова Г. В.	32	Калинина А. М.	7
Гинзбург М. Л.	39	Кантемирова Р. К.	32
Гинтер Ю. Е.	42	Карамнова Н. С.	7, 9, 17
Годик С. Д.	49	Карамова И. М.	33
Гоголашвили Н. Г.	27	Каркавина А. Н.	35
Голдобина Л. П.	33	Кароль Е. В.	32, 33
Голубева А. В.	15	Каюмова М. М.	4, 6, 9
Горяев А. Г.	31	Квасова О. Г.	16
Горбунова О. Е.	42, 43	Клименкова А. В.	24
Гриценко Н. Д.	24	Клименкова А. В.	24
Громова Е. А.	6, 38	Клишиова Т. А.	36
Грудин Р. В.	3	Кляшев С. М.	37
Гуревич К. Г.	5, 49	Князева Т. А.	34
Гурьев А. В.	43	Ковалева О. А.	10
<b>Д</b>		Коваленко Ф. А.	39
Давронов Б. Л.	38	Кожевникова О. В.	36
Давыдчик Э. В.	38	Козлова Н. В.	25

Коков А. Н. ....	15	Олейников В. Э. ....	15
Колезнев С.Ю. ....	49	Опольская С. В. ....	23
Колтунов И. Е. ....	36	Осипенкова Т. А. ....	10
Комков А. А. ....	17	Осипова Г. Т. ....	36
Комкова Н. А. ....	18	Осипова И.В. ....	47
Кононова Л. И. ....	10		
Корвякова О. П. ....	18	<b>П</b>	
Коричкина Л. Н. ....	18, 40	Пак Е. А. ....	38
Корниенко Н. В. ....	19	Паначева Л. А. ....	47, 49
Короткевич А. А. ....	15	Панов Д. О. ....	6, 38
Короткова С. А. ....	36	Парамонова Е. К. ....	40
Костырева М. В. ....	45	Петрова А. И. ....	23
Котова М. Б. ....	9	Петрова В. Б. ....	23, 41
Красников А. В. ....	45	Петрова Т. Г. ....	48
Крымов Э. А. ....	38	Петрушина А. Д. ....	37
Крысюк О. Б. ....	8, 34	Печерина Т. Б. ....	24
Крюков А. С. ....	32	Плакида А. Л. ....	11
Кудаев Ю. А. ....	30	Полякова Е. И. ....	36
Кузнецов В. А. ....	4, 12, 30	Помешкина С. А. ....	15, 31
Кузнецова А. С. ....	22	Пристром М. С. ....	11, 24
Кузьмина З. С. ....	33	Пунин Д. А. ....	10
Кулишова Т. В. ....	18, 31, 35	Пушкарев Г. С. ....	12
Курбаналиев С. А. ....	29	Пушкарева О. В. ....	14
Куркина Н. В. ....	46		
Кутишенко Н. П. ....	18, 21, 39	<b>Р</b>	
Кутумова О. Ю. ....	10, 37	Радзивил П. Н. ....	19
Кухар Н. Н. ....	11	Радьков О. В. ....	40
Кушунина Д. В. ....	7	Рахматуллаев Х. У. ....	25
		Репешко Н. В. ....	35
<b>Л</b>		Репинская И. Н. ....	46
Лазарева Э. Ш. ....	47	Розанов В. Б. ....	9
Лалпидус Н. И. ....	44	Романов Н. А. ....	48
Лалтева И. А. ....	24	Ромашенко О. В. ....	24
Лерман О. В. ....	21	Руденко К. В. ....	35
Леушина Е. А. ....	19, 20	Румбейт В. В. ....	24
Липатова Т. Е. ....	48	Рязанова С. В. ....	17
Литвиненко А. А. ....	45, 47		
Ломоносова О. В. ....	32, 33	<b>С</b>	
Лукина Ю. В. ....	21	Садыкова Г. А. ....	25
Лукьянова М. В. ....	16	Салямова Л. И. ....	28
		Самочатов Д. Н. ....	17
<b>М</b>		Самсоненко О. О. ....	33
Мазаев В. П. ....	17	Свиридова Е. О. ....	32
Манухин И. Б. ....	3	Селянина А. А. ....	22
Манюгина Е. А. ....	20	Семенов И. И. ....	11, 24
Маргиева Т. В. ....	36	Сибирская Е. В. ....	3, 36
Марцевич С. Ю. ....	18, 21, 26, 39	Сизова Ж. М. ....	25
Матросова И. Б. ....	28	Сизова О. В. ....	40
Махматкулов Х. Г. ....	38	Сичинава Д. П. ....	21
Метельская В. А. ....	40	Скибицкий А.В. ....	42
Метсо К. В. ....	21	Скибицкий В. В. ....	23, 39
Милягин В. А. ....	10	Смирнова Е. А. ....	12
Милягина И. В. ....	10	Снежницкий В. А. ....	38
Мищенко Е. А. ....	7	Стародубова Ю. Н. ....	47
Мозурова М. А. ....	46	Степура Т. Л. ....	38
Молодцова А. А. ....	12	Столярова В. В. ....	46
Молчанова А. Р. ....	22	Столярова Т. В. ....	33
Мухаммедова Н. А. ....	29	Субботина Н. А. ....	35
		Сурков А. Н. ....	36
<b>Н</b>		Суслова Т. А. ....	48
Намазова-Баранова Л.С. ....	36	Сучкова Е. И. ....	22
Низов А. А. ....	22		
Никифоров В. С. ....	21	<b>Т</b>	
Никифорова Т. И. ....	34	Тарасов В. И. ....	9
Никулин А. И. ....	47	Тарбая Н. О. ....	36
Нурмухамедов А. И. ....	3	Тереховская Ю. В. ....	12
		Толыгина С. Н. ....	26
<b>О</b>		Томашевская Ю. А. ....	15, 16
Обрезан А. Г. ....	8	Трунина Т. П. ....	22
Огир Т. В. ....	46	Тургунова Г. М. ....	3
Озерова И. Н. ....	40	Турсунбаев А. К. ....	3
Ойроткинова А. А. ....	47	Тучков А. А. ....	27
Ойроткинова О. Ш. ....	45, 47		

<b>У</b>		<b>Ш</b>	
Узаков Ж. К. ....	14	Шабалина А. А. ....	45
Усанова Е. А. ....	49	Шальнова С. А. ....	9
Ушакова С. А. ....	37	Шамаева Т. Н. ....	22
<b>Ф</b>		Шамсиев Ж. А. ....	38
Фендрикова А. В. ....	23	Шашлов С. В. ....	41
Фидарова З. Д. ....	32	Шведков В. В. ....	45
Филимонова И. К. ....	36	Шевцова И. С. ....	24
Фокина А. В. ....	39	Шилов П. Б. ....	33
Фролова Е. Ю. ....	4	Шкловский Б. Л. ....	45, 47
<b>Х</b>		Шлык С. В. ....	28
Херасков В. Ю. ....	24	Шпагина Л.А. ....	49
Херасков Ю. В. ....	24	Штонда М. В. ....	11, 24
Хидирова Л. Д. ....	27, 30, 50	Шукуров У. М. ....	3
Хоролец Е. В. ....	27, 28	Шулятьева О.Ю. ....	50
Храмкова М. А. ....	45, 47	Шумакова О. А. ....	22
Хромова А. А. ....	28	Шумков В. А. ....	41
<b>Ц</b>		<b>Э</b>	
Цыганкова Д. П. ....	12	Эгамбердыева Д. А. ....	3
<b>Ч</b>		Эсенов М. ....	29
Чапау А. Х. ....	29	<b>Я</b>	
Чаусова С. В. ....	49	Яковлев М. Ю. ....	41
Чепелев С. Н. ....	40	Якушин С. С. ....	12
Чернов А. В. ....	30	Якушева А. В. ....	36
Чернышёв А. В. ....	44	Ярославская Е. И. ....	30
Чернявский М. А. ....	30	Яскевич Р. А. ....	13, 16, 27
		Яхонтов Д. А. ....	27, 30, 48, 50
		Яхонтова П.К. ....	50



# НАШИ ПАРТНЕРЫ

Главный партнер

## АКВИСТА

Официальные партнеры



Партнеры



