

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ РФ**  
**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК**  
**ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ СЕРДЦА**  
**ФГБУ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР**  
**ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ**  
**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ**  
**УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.И. ЕВДОКИМОВА**  
**РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ**  
**ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»**

## **VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ**

**27-29 марта 2019 года**  
**г. Москва**

### **СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ФОРУМА**

**Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18,**  
**дополнительный выпуск (март)**  
**doi:10.15829/1728-8800-2019-s1**

# ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КОМОРБИДНОСТИ

Абдикаликова Т.Ж., Мурсалова Ж.Ш.

НАО «Медицинский университет Караганды», ТОО ГДЦ «Нефрос-Азия»,  
Караганда, Казахстан

**Цель.** Изучить ассоциации клинико-лабораторных показателей пациентов, получающих постоянную заместительную функцию почек терапию (ЗПТ) гемодиализом (ГД), со степенью индекса коморбидности Charlson (ИКЧ).

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезни 70 пациентов (36 мужчин, 34 женщины), средний возраст которых составил  $53,2 \pm 9,4$  года, средняя продолжительность ЗПТ —  $41,6 \pm 37,4$  мес. У всех пациентов оценивалось наличие курения, согласно общепринятым рекомендациям проводилось измерение АД, расчёт индекса массы тела (ИМТ), исследование уровня гемоглобина, мочевины, креатинина, натрия, калия, кальция, фосфора, ферритина, альбумина, паратгормона. Распределяли пациентов в группы в зависимости от ИКЧ с учётом сопутствующих заболеваний и возраста пациента. Респонденты были разделены на группы с низкой (1-2 балла), умеренной (3-4 балла), высокой (более 5 баллов) степенью коморбидности. Оценка различий проводилась с помощью критерия Краскела-Уоллиса, за статистически значимый уровень при сравнении групп был принят  $p=0,05$ . Корреляционный анализ проведен при помощи коэффициента Спирмена.

**Результаты** исследования показали, что в структуре первичного диагноза пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) преобладали гломерулонефрит – 40,8%, пиелонефрит- 33,8% и диабет- 15,5%; удельный вес пациентов с поликистозом почек составил 4,2 %. В зависимости от степени коморбидности пациентов распределились следующим образом: низкая - 38,6%, умеренная -31,4 % и высокая - 30%. Распространенность курения составила 21,4%, избыточный вес и ожирение имели 47% пациентов, АГ – отмечена у 70%, анемия - у 75%, у 98,5% пациентов выявлено повышение паратгормона, у 20% пациентов - гипоальбуминемия. В структуре нарушений электролитного баланса у 82% больных выявлена гиперфосфатемия, 42 % пациентов - гиперкалиемия, у 50% - гипокальциемия, у 36% - гипонатриемия. Мы обнаружили значимые различия между группами по длительности диализа ( $\chi^2=5,71$ ;  $p=0,05$ ), ИМТ ( $\chi^2=11,2$ ;  $p=0,004$ ). Не обнаружено значимых корреляционных связей между уровнями индекса коморбидности и уровнем креатинина ( $r=0,06$ ,  $p=0,3$ ), мочевины ( $r=-0,12$ ,  $p=0,15$ ), альбумина ( $r=-0,18$ ,  $p=0,07$ ), калия ( $r=0,14$ ,  $p=0,12$ ), натрия ( $r=-0,16$ ,  $p=0,09$ ), фосфора ( $r=-0,08$ ,  $p=0,2$ ), кальция ( $r=0,02$ ,  $p=0,4$ ), паратгормона ( $r=-0,13$ ,  $p=0,14$ ).

**Заключение.** Высокий индекс коморбидности, являющийся предиктором риска летальных исходов, отмечался у 30% обследуемых. Установлены существенные различия между длительностью ЗПТ, ИМТ в зависимости от степени коморбидности. Полученные результаты свидетельствуют об актуальности выявления факторов, определяющих коморбидность этих пациентов, с целью проведения их эффективного менеджмента и мониторинга.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Абрахманова А.И.<sup>1,2</sup>, Сайфуллина Г.Б.<sup>2</sup>, Горнаева Л.И.<sup>2</sup>, Цибулькин Н.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань

<sup>2</sup>ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань

<sup>3</sup>КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМНАПО Минздрава России, Казань

**Цель.** Анализ особенностей данных однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) у пациентов с безболевыми ишемией миокарда (ББИМ)

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты с ББИМ, которым проведено ОФЭКТ в период с января 2013 г. по декабрь 2017 г. в условиях ГАУЗ МКДЦ. Общее количество таких пациентов составило 41 человек (средний возраст  $57,51 \pm 0,28$  лет), 4 женщины (9,8%), 37 (90,2%) - мужчин. У 18 пациентов (53%) была полностью ББИМ (I тип), у 23 (%) пациентов сочетание болевых и безболевых эпизодов (II тип). 25 пациентов (60,9 %) имели в анамнезе перенесенный ИМ, 26 (63,4%) – артериальную гипертензию, 16 (39%) пациентов страдали СД II типа. ЭКГ-синхронизированная ОФЭКТ проводилась на гамма-томографе MILLENIUM MPR /GE Medical Systems/, использовался технеций-99m ( $^{99m}\text{Tc}$ ). ОФЭКТ миокарда осуществлялась по двухдневному протоколу в последовательности: проба в покое (REST) – исследование в сочетании со стресс-

тестом (STRESS). В качестве нагрузочного теста использовалась велоэргометрия.

**Результаты.** Для оценки кровоснабжения ЛЖ проводили анализ полярной карты с визуальной, полуколичественной, количественной оценкой перфузии и дефектов по степени нарушения и выраженности. Количественный подход к оценке наличия и тяжести дефектов перфузии миокарда включает деление миокарда на 19 сегментов и определение процента включения РФП в каждый сегмент. Дефекты перфузии обнаружены у всех пациентов. Количество сегментов со сниженным накоплением РФП при исследовании в покое  $10,45 \pm 0,22$ . Проведение нагрузочного теста провоцировало увеличение числа сегментов до  $11,65 \pm 0,17$  ( $p < 0.005$ ). При анализе тяжести нарушений перфузии использовали 5-балльную шкалу: включение РФП от 80 до 95 % соответствует норме (0 баллов), при слабо сниженном накоплении (65–79 %) – 1 балл, умеренно сниженном (50–64 %) – 2 балла, значительно сниженном накоплении (30–49 %) – 3 балла, значение накопления менее 30 % – 4 балла. Затем провели подсчет суммарной балльной оценки: суммарный стресс счет (summed stress score, SSS – сумма баллов во всех сегментах, полученной при проведении стрессовой нагрузки); суммарный покой-счет (summed rest score, SRS – сумма баллов во всех сегментах в покое). Получены следующие результаты: SSS ( $17,47 \pm 0,50$ ), SRS ( $20,93 \pm 0,48$ ) ( $p < 0.005$ ). У всех пациентов SSS более 8 – высокая вероятность ИБС, умеренный риск развития ИМ и сердечной смерти.

**Заключение.** Для пациентов с ББИМ характерно стресс-индуцированное ухудшение перфузии миокарда (выявлены рост суммарного значения величины дефекта перфузии и увеличение числа сегментов с гипоперфузией в протоколах REST-STRESS).

## ЛЕГОЧНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ДИАГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Абдрахманова А.И.<sup>1</sup>, Цибулькин Н.А.<sup>2</sup>, Фролова Э.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань

<sup>2</sup>КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМНАПО Минздрава России, Казань

<sup>3</sup>ФГОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава, Казань

**Цель.** Легочная тромбоэмболия (ЛТ) проявляется нарушениями центральной гемодинамики, сердечной недостаточностью, изменениями ЭКГ и клиническими симптомами, также типичными для острого коронарного синдрома (ОКС). В ряде случаев у пациентов, госпитализированных с ОКС, в дальнейшем выявляется ЛТ. Целью исследования является определение клинических и инструментальных диагностических характеристик пациентов с ЛТ, госпитализированных с ОКС.

**Материалы и методы.** В исследование включены 22 пациента (12 женщин, 10 мужчин, средний возраст 59 лет), поступивших в отделение с диагнозом ОКС, у которых впоследствии была диагностирована ЛТ, а диагноз ОКС был снят. ЛТ выявлялась по данным компьютерной томографии и уровню Д-димера плазмы. Случаи летальной ЛТ не рассматривались в связи с очевидностью диагноза. Оценивались клинические, анамнестические и диагностические данные.

**Результаты.** Пациенты-мужчины моложе женщин в среднем на 16 лет: ср. возраст соответственно 50 и 66 лет. В 91% случаев выявлен избыточный вес: у мужчин 28, а у женщин 34 кг/кв.м (ожирение I ст.). В целом, пропорция пациентов увеличивалась с возрастом: младше 30 лет 5%, старше 60 лет 59%, однако для возраста 31-40 лет выявлено повышение до 18%, при том что для 21-30 лет 0%, а для 41-50 лет 5%. Анализ времени госпитализации не выявил утреннего подъема, характерного для ОКС: 73% поступлений приходится на середину дня. Продолжительность лечения в среднем 12 дней, первые три дня в палате интенсивной терапии (ПИТ). Более трех дней в ПИТ находились более молодые пациенты ср. возраста 48 лет (не более трех дней – 65 лет), с тахикардией (ЧСС выше 110 в мин.) и увеличением размера сердца (кардио-торакальный индекс 0,62). По данным УЗИ сердца эти пациенты также имели больший размер левого желудочка и меньший уровень его глобальной сократимости (КДР ЛЖ 5,3 см, ФВ ЛЖ 50% по сравнению с 4,4 см и 56% при лечении в ПИТ не более трех дней). Нарушения гемодинамики выявлены у 23% больных: гипотония в среднем 95/65 мм рт. ст. и тахикардия в среднем ЧСС 110 в мин. (в прочих случаях 137/80 мм рт. ст. и ЧСС 89 в мин.); тахикардия с ЧСС выше 100 в мин. отмечена у половины больных. В 27% случаев шоковый индекс был выше 0,8 (шок легкой или средней ст.); средний возраст этих больных был на 19 лет ниже, чем у пациентов без нарушений гемодинамики: 46 и 65 лет.

**Заключение.** Для пациентов с ЛТ характерен избыточный вес, более выраженный у женщин. Число случаев ЛТ повышается с увеличением возраста. Повышенное число случаев в возрасте 31-40 лет может отражать особенности патогенеза ЛТ у некоторых лиц более молодого возраста. Характерный для ОКС утренний подъем частоты госпитализации при ЛТ отсутствовал. Более тяжелое течение ЛТ наблюдалось у более молодых лиц и сопровождалось увеличением размеров сердца, признаками сердечной недостаточности и нарушением центральной гемодинамики до уровня шока легкой или средней степени.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОЛМСТРЕС У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Раимкулова Н.Р., Узоков Ж.К., Азизов Ш.И., Каримова Д.К., Исхаков Ш.А., Иминова Д.А.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Оценка эффективности растительного препарата Колмстрес у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС), подвергшихся эндоваскулярному вмешательству.

**Материалы и методы.** В исследование включили больных КБС стабильной стенокардией напряжения, которым после плановой коронароангиографии проведено стентирование венечных артерий). 15 пациентов получали базисную терапию (аспирин+клопидогрел, бета-блокаторы, розувастатин) (I группа), а 15 пациентов (II группа) - дополнительно растительный лекарственный препарат Колмстрес («APOLLO PHARM MED», Узбекистан) по 2 таблетке, 2 раза в день до еды в течение месяца. До начала исследования и через 3 месяцев в сыворотке крови пациентов изучали липиды (ОХС, ХСЛПНП и ХСЛПВП, ТГ, агрегационную активность тромбоцитов, активность ферментов АЛТ и АСТ, общий билирубин, оценивали клиническое течение и состояние больных, проводили необходимые инструментальные исследования (ЭКГ, ЭХОКГ и др.).

**Результаты.** У большинства пациентов наблюдали расстройства эмоций (недовольство, раздражительность), возникновение тревоги, страха, мнительность в отношении собственного здоровья. Результаты исследования, полученные до лечения, выявили существенные изменения со стороны липидов (увеличение ОХС, ТГ, содержания ХСЛПНП и уменьшение ХСЛПВП). Под влиянием проведенного лечения нормализовался липидный спектр, улучшились показатели агрегации тромбоцитов. У больных II группы, принимавших на фоне базисного лечения Колмстрес, улучшение общего состояния и эмоционального статуса отмечено в более ранние сроки и уже к концу первого месяца наблюдения уменьшились или прошли раздражительность, чувство внутреннего напряжения и снизилась реакция на различные внешние раздражители. Быстрее наступал более глубокий и спокойный сон, повысилась трудоспособность. Выявлена благоприятная корреляция показателей лабораторно-инструментальных исследований, параметров ЭКГ, ЭХОКГ и других показателей. Больные лечение переносили хорошо, побочных эффектов не наблюдалось. Показатели АЛТ, АСТ и билирубина были в пределах нормы. КБС протекает с нарушениями функции нервной системы. Стресс-реакция снижает резистентность миокарда к гипоксии и ишемии, играет особую роль в патогенезе КБС. Этот фактор риска имеет важное значение, как в профилактике болезни, так и в предупреждении повреждения сердца. Растительное седативное средство Колмстрес оказывает также спазмолитическое и сосудорасширяющее действие. На наш взгляд, он может влиять на некоторые патогенетические звенья КБС и благодаря своим указанным свойствам, существенно усиливает эффект базисной терапии и в комплексе с ней значительно улучшает качество жизни пациентов.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют рекомендовать Колмстрес как дополнительный препарат к основному набору лечения больных КБС.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ КОМБИНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х., Садыкова Г.А., Нурмухамедов А.И., Раимкулова Н.Р.,  
Турсунбаев А.К.

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

**Цель.** Оценка эффективности антибактериальной комбинации при лечении больных с внебольничной пневмонией в сочетании с дизурическими явлениями.

**Материал и методы.** Пациенты (24 мужчины и 12 женщин) с внебольничными пневмониями, вызванными ассоциациями неспецифических возбудителей и различными дизурическими нарушениями (инфекцией мочевыводящих путей с дизурическими нарушениями: зуд, жжения, эмоциональное недержание мочи) получали цефепима гидрохлорид и тазобактам натрия (Жиосеф, “Zeiss Pharmaceuticals Pvt. Ltd.” Индия), в/м, по 1 г X 2 раза в сутки, в течение 7-10 дней. До и после лечения проводили необходимые клинико-инструментальные исследования (общие анализы крови, анализ мокроты, рентгенография, пикфлоуметрия, необходимые биохимические анализы крови, исследования мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мазка).

**Результаты.** Пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины. При назначении антибиотика следует учитывать современные сведения об устойчивости возбудителей к наиболее распространенным препаратам. Представляют интерес комбинации антибиотика широким спектром активности и ингибитора  $\beta$ -лактамаз (тазобактам).

Объективная оценка тяжести состояния больного и принятие решения о тактике ведения и лечения больного – важнейший фактор успеха. У наших пациентов нормализация температуры тела происходила на 2-4 день лечения, а «положительная» «рентген картина» выявлялась на 3 неделе. Затяжное течение наблюдали у 2 лиц старше 60 лет и у 3 с сердечной недостаточностью. Остальные 31 (86%) пациента начали отмечать уменьшение и исчезновение дизурических явлений (зуд, жжение, эмоциональное недержание мочи и т.д.) уже на ранних стадиях лечения (после 2-го дня уменьшились/прошли жалобы). Контрольное исследование, проведенное через 1 месяца после лечения, не выявило вышеуказанных дизурических явлений. В состав препарата входят цефалоспорины 4-поколения широкого спектра действия, обладающий бактерицидным действием и ингибитор  $\beta$ -лактамаз (в т.ч. плазмидных и хромосомных) – тазобактам. Препарат активен относительно многих грамположительных, грамотрицательных, аэробных и анаэробных микроорганизмов.

Особое значение имеет наличие у препарата широкого спектра, охватывающего грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы высокая бактерицидная активность, низкая частота развития резистентности бактерий, высокая биодоступность и хорошая переносимость. У всех пациентов, включенных в исследование, не отмечены побочные реакции от проведенного лечения Жиосефом и случаев отмены препарата не было.

**Заключение.** Исследование показало эффективность препарата, что позволяет рекомендовать применение Жиосеф у больных с пневмониями с коморбидными патологиями.

## ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ И ОЖИРЕНИЕ

Агаян А.А., Корнеева Е.В.

БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия

**Цель.** Изучить состояние углеводного и жирового обмена у больных с гиперпролактинемией

**Материалы и методы.** Обследовано 86 пациентов с синдромом гиперпролактинемии, средний возраст  $34,2 \pm 2,7$  лет. Из них 53 женщины и 33 мужчин. Группа контроля - 34 здоровых женщин и мужчин в возрасте  $29,0 \pm 1,2$  года. Всем пациентам были проведены антропометрическое (измерение объема талии (ОТ), ИМТ), лабораторное (уровень ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, КА, гликемический профиль, индексы инсулинорезистентности, определение пролактина), инструментальное (рентгенологическое исследование черепа и турецкого седла и МРТ гипофиза). Статистический анализ полученных результатов проводили при помощи статистических программ "Statistica 6.0.

**Результаты.** Было выявлено, что 40,7% больных с гиперпролактинемией имеют вес в пределах нормальных значений, а 15,1% имеют избыточный вес, 17,4% - ожирение 1 степени, 19,8% - ожирение 2 степени, 7% - ожирение 3 степени. При этом мужчин с избыточным весом (на 6,0%) и с ожирением 3 степени (на 3,4%) было больше, чем женщин. Было установлено достоверное повышение содержания глюкозы натощак, повышение индекса НОМА в группе больных с гиперпролактинемией и избыточной массой тела. При исследовании жирового обмена выявлено, что ОХС в сыворотке крови у больных с ожирением и избыточной массой тела был повышен в 46,9 % случаях. Показатели ЛПВП были достоверно снижены среди женщин и мужчин с избыточным весом и ожирением ( $p < 0,01$ ). Показатели ТГ, были достоверно повышены в 35,6% случаях. КА в группе пациентов с ожирением превышал по сравнению с группой контроля почти в 2 раза.

**Выводы:** выявленная корреляция между гиперпролактинемией, ожирением и нарушением липидного и углеводного обмена определяет необходимость мониторинга массы тела у больных с гиперпролактинемией с целью профилактики заболеваний, связанных с ожирением.

## АССОЦИАЦИЯ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Алтынхан Ж.Ш., Ерназарова Е.Н.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.

**Цель.** Оценить взаимосвязь выраженности синдрома артериальной гипертензии (АГ) и дилатационной кардиомиопатии со снижением сократительной функции у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** Ретроспективным анализом катамнеза, объективных данных, протоколов ЭКГ и ЭХО КС у 98 пациентов выявлена кардиомиопатия предположительно смешанного генеза. У 50 из которых (48% женщин и 52% мужчин) имели место признаки дилатационной кардиомиопатии. Все респонденты в широком возрастном диапазоне: средний возраст – 48%, пожилой возраст – 44% и старческий возраста – 8%. По продолжительности заболевания от момента верификации СД пациенты разделены на две группы: до 10 лет - 26 пациентов и более 10 лет - 24 респондента. Компенсацию углеводного обмена традиционно оценивали по HbA1C. В исследование включены пациенты с целевым уровнем HbA1C. Преобладание пациентов старших возрастных групп с выраженными

изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы определяло его уровень. Целевой (HbA1C<8%) был достигнут у 68% респондентов. Меньшую долю составили пациенты с индивидуальным целевым HbA1C>8%, который констатирован у 32 % обследованных. Данные обработаны с применением STATISTICA версии 6.0. Статистический анализ гипотез проводился с помощью расчета критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса.

**Результаты.** Анализ клинических симптомов и объективных критериев, включая ЭКГ, позволил верифицировать у трети пациентов (32%) АГ 2 степени и у 68 % АГ 3 степени, а по результатам ЭХО КС аналогичное соотношение умеренных и выраженных дилатационных изменений левого желудочка. У 34% пациентов умеренные и у двух третьих (68 %) выраженные ЭХО КС критерии, которые стали причиной снижения фракции изгнания (ФИ). К значимым изменениям отнесли увеличение конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка более чем до 115% от расчетной нормы и снижение ФИ< 45%. При оценке влияния выраженности АГ на толщину стенки левого желудочка у больных с дилатационной кардиомиопатией, получен  $\chi^2 - 3,841$  с поправкой - 0,132 при  $p > 0.05$ , что свидетельствует об отсутствии четких корреляционных связей между данными изменениями при СД 2 типа. Хотя у 22 пациентов с АГ 3 степени толщина стенки левого желудочка значительно превышала нормальные критерии ЭКГ и ЭХО КС. Анализ влияния выраженности дилатации на степень снижения ФИ в подгруппах с разной тяжестью АГ так же не выявил прямой взаимосвязи между анализируемыми величинами. Так  $\chi^2$  равен 3,841 с поправкой - 0,163 при  $p > 0.05$ .

**Заключение.** Таким образом, при СД 2 типа дилатация вызывается комплексом патогенетических факторов, включая липо и глюкозотоксичность, нейропатию и особенности коронаросклероза, а не являет «чисто» вторичной на фоне «обязательной» значительной гипертрофии левого желудочка при тяжелой степени АГ.

## **ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ФАКТОРА РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабиржанова З.Т., Нуритдинова С.К.,  
Раджабова Д.И., Юнусова Л.И.**

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

**Цель.** Изучить уровень фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) у больных с разными формами ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Обследовано всего 62 пациентов, это пациенты с ИБС или острым коронарным синдромом (ОКС) на фоне гипертонической болезни. Диагноз ИБС устанавливали по данным ЭКГ, ЭхоКГ, признакам инфаркта миокарда в анамнезе, результатам коронарографии. Под ОКС понимали любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию.

Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с гипертонической болезнью сердца при отсутствии ИБС (18 человек), 2 группа – пациенты с АГ и стабильной стенокардией (22 человека), 3 группа – больные с АГ и ОКС (22 пациента). Группу контроля составили 34 практически здоровых добровольца (средний возраст  $53,4 \pm 7,8$  года).



Забор крови на анализы проводился в утренние часы до приема пищи и лекарственных препаратов. Определение уровня VEGF выполнялось количественным иммуноферментным анализом.

**Результаты.** Установлено, что средние значения уровня VEGF были достоверно выше среди всех пациентов с ИБС и АГ по сравнению с относительно здоровыми добровольцами. Здоровые добровольцы в среднем по группе имели уровень VEGF  $176,78 \pm 14,34$  пг/мл, а у пациентов с ИБС и АГ он составил  $196,04 \pm 17,17$  пг/мл ( $p < 0,05$ ) (значения колебались от 834,05 пг/мл до 22,04).

Выявлено, что VEGF имеет разнонаправленные достоверные связи со значением пульсового АД. При этом уровень VEGF имел положительную связь ( $r = 0,2901$ ,  $p < 0,05$ ). При корреляционном анализе была получена обратная достоверная связь между СОЭ и уровнем VEGF.

Среди пациентов, имеющих ИБС с АГ, особенно которые в анамнезе имели ОИМ, уровень VEGF был более высоким, чем у пациентов с АГ.

Необходимо отметить положительные корреляции уровня VEGF с пульсовым АД у пациентов с АГ и при наличии АГ и острого ИМ.

**Заключение.** При наличии сердечно-сосудистой патологии выявляется повышенный уровень эндотелиального фактора роста, причем у пациентов с острым инфарктом миокарда регистрируются максимально высокие значения. На уровень факторов ангиогенеза у пациентов с ИБС влияют пульсовое АД, гематокрит, показатели липидного спектра крови. Высокие уровни эндотелиального фактора роста прослеживаются только при наличии острой коронарной патологии, что может служить маркером декомпенсации сосудистого русла и имеет не только диагностическое, но и прогностическое значение на практике.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА С СОДЕРЖАНИЕМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Раджабова Д.И.,  
Шодиев Ж.Д.**

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

**Цель.** Выявить взаимосвязь между ремоделированием левого желудочка с содержанием провоспалительных цитокинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне постинфарктного кардиосклероза (ПИКС).

**Материал и методы.** Обследовано 30 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с ИБС. Средний возраст -  $58,2 \pm 8,71$ . Все пациенты перенесли инфаркт миокарда не ранее чем за 12 месяцев до начала исследования. Всем пациентам была выполнена ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ, определяли конечно-систолический (КСР), конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), фракцию выброса (ФВ ЛЖ) и миокардиальный стресс (МС). Уровни фактора некроза опухоли –  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) и интерлейкина – 6 (ИЛ-6) сыворотки крови определяли методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Исследованиями установлено, что у пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ на фоне ухудшения клинического состояния происходило снижение ФВ ЛЖ и в среднем составило  $35,2 \pm 6,35$  %. У больных с адаптивным ремоделированием снижение ФВ ЛЖ было незначительным ( $52,4 \pm 6,74$ %) и находилось в пределах нормальных значений. Исходно концентрация ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови колебалась от 0,23 до 90,53 пг/мл, концентрация ИЛ-6 сыворотки крови находилась в пределах от 0,14 до 77,9 пг/мл. Выявленный нами параллелизм

между ЭхоКГ показателями и содержанием ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 свидетельствует об участии этих цитокинов в процессах дезадаптации сердечной мышцы. Имелась корреляция ФНО- $\alpha$  с показателем ФВ/МС, который характеризует удельную контрактильность миокарда ( $r=-0,81$ ,  $p<0,05$ ). Отмечена корреляционная связь ФНО- $\alpha$  с КДР ЛЖ ( $r=0,82$ ,  $p<0,05$ ), КСР ЛЖ ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ). Также выявлена корреляционная связь ФНО- $\alpha$  с массой миокарда ( $r=0,84$ ,  $p<0,05$ ) и МС ( $r=0,78$ ,  $p<0,05$ ). Имелась корреляционная связь и с состоянием диастолической функции ЛЖ: пик Е и Е/А ( $r=0,72$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=0,89$ ,  $p<0,05$ ) В нашем исследовании получены достоверные данные об изменениях концентрации ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 в зависимости от выраженности ремоделирования ЛЖ. Значительное скачкообразное повышение ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 отмечено у пациентов с дезадаптивным ремоделированием ЛЖ, что может, на наш взгляд, служить еще одним критерием дезадаптивного ремоделирования помимо гемодинамических критериев.

**Заключение.** Таким образом, результаты исследования доказывают, что процесс ремоделирования ЛЖ непосредственно связан с иммунной активацией. Нами отмечено, что развитие дезадаптивной фазы ремоделирования ЛЖ сопровождается резким подъемом уровня провоспалительных цитокинов сыворотки крови. Полученные данные могут быть использованы в практической медицине, а также могут помочь врачам терапевтам и кардиологам проводить оценку тяжести ИБС.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНОМ НА УРОВЕНЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ И ФАКТОР РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Раджабова Д.И., Юнусова Л.И., Хан Т.А.**

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

**Цель.** Оценить влияние терапии статинами на уровень интерлейкина 6 и фактора роста сосудов VEGF у больных ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы.** В исследование включено 30 мужчин с ИБС, стабильной стенокардией II-III функционального класса (ФК), средний возраст  $57\pm 9$  лет. Критериями включения являлись наличие стабильной стенокардии в сочетании с положительным результатом велоэргометрии, а также уровень общего холестерина крови более 5,2 ммоль/л.

Исследование общего и биохимического анализов крови проводилось исходно и через 3 месяца приёма розувастатина. Определялся уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), аспартатамино-трансаминазы (АСТ), аланинаминотрансаминазы (АЛТ), креатинкиназы (КК), глюкозы, общего билирубина, креатинина. В сыворотке крови пациентов исходно и через 3 месяца приёма розувастатина в дозе 10 мг с помощью иммуноферментных методов проводили определение уровня С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина 6 (ИЛ-6) и сосудистого эндотелиального фактора роста – VEGF.

**Результаты.** Терапия розувастатином оказала влияние на факторы воспаления - уровень СРБ снизился у 27 больных (90%) и повысился у 3 больных (10%). В среднем по группе уровень СРБ, как и уровень ИЛ-6 достоверно уменьшился. Исходно уровень СРБ составил  $2,76\pm 2,72$  мг/л, после терапии  $1,21 \pm 0,9$  мг/л ( $p=0,004$ ). Уровень ИЛ-6 составил исходно  $2,66\pm 1,54$  пг/мл, на фоне терапии  $2,0\pm 0,29$  пг/мл ( $p<0,01$ ). Терапия розувастатином привела к снижению уровня VEGF - исходно VEGF  $382\pm 249$  пг/мл, на фоне терапии  $297\pm 220$  пг/мл,  $p=0,006$ . Не было выявлено

корреляции между исходным уровнем СРБ и уровнем VEGF ( $r=0,16$ ,  $p=0,5$ ) и между исходным уровнем ИЛ-6 и VEGF ( $r=0,18$ ,  $p=0,5$ ).

Получено достоверное снижение уровней ХС, ХС ЛНП, ТГ на фоне терапии розувастатином. Уровень ХС снизился на 31%, ТГ на 39%, ХС ЛНП на 44%. У 23 больных (77%) достигнут целевой уровень ХС ЛНП  $<2,6$  ммоль/л.

Также не выявлено корреляции между степенью снижения СРБ и VEGF, а также снижением ИЛ-6 и VEGF ( $r=0,17$ ,  $p=0,4$  и  $r=0,34$ ,  $p=0,12$  соответственно).

**Заключение.** Таким образом, терапия розувастатином привела не только к снижению атерогенных липидов и факторов воспаления, но и к снижению уровня VEGF. Отсутствие корреляции между ИЛ-6 и VEGF позволяет предположить, что снижение VEGF является прямым, а не опосредованным через влияние на липиды крови и факторы воспаления эффектом розувастатина. По результатам исследования показано значительное снижение уровня VEGF сыворотки крови на фоне терапии розувастатином, что может рассматриваться как возможный механизм стабилизации атеросклеротической бляшки у пациентов с ИБС.

## **ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ И АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ СТЕНТИРОВАНИЮ**

**Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Далимова Д.А., Раимкулова Н.Р., Исхаков Ш.А., Азизов Ш.И., Иминова Д.А., Каримова Д.К.**

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт; Центр высоких технологий, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучить влияние статинов и антиагрегантов на некоторые показатели липидов, факторы воспаления и ультразвукового исследования у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся стентированию.

**Материалы и методы.** В исследование включили 40 пациентов ИБС, подвергшихся плановой коронароангиографии и стентированию коронарных артерий, получавших, согласно рекомендациям, антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел), розувастатин или аторвастатин, бета-блокаторы, по показаниям, и ингибиторы АПФ. До и в динамике лечения изучали липидный спектр, высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ), интерлейкины (ИЛ) - ИЛ-1 $\beta$ , 4, 6, 10 и полиморфизм генов CYP2C19\*2. Проводили УЗИ сонных артерий (СА).

**Результаты.** У больных ИБС со стенокардией напряжения IV функционального класса ФК (СН IV ФК) содержание вСРБ составило  $5,4 \pm 1,2$  мг/л, а у больных со СН III ФК -  $4,3 \pm 0,7$  мг/л, концентрация ИЛ-6, соответственно,  $15,3 \pm 0,7$  и  $14,2 \pm 0,9$  пг/мл и ИЛ-1 $\beta$   $19,3 \pm 1,5$  и  $17,2 \pm 1,8$  пг/мл. Повышенные значения ИЛ-6 выявлены у всех больных, а вСРБ - чаще у больных с гемодинамически значимым стенозом СА. Более высокие уровни вСРБ и ИЛ-6 могут свидетельствовать о нестабильности атеросклеротической бляшки. Содержание противовоспалительных цитокинов: ИЛ-4 у больных ИБС со СН IV ФК составил  $0,2 \pm 0,09$ , а ИЛ-10 -  $3,4 \pm 0,6$  пг/мл и, соответственно,  $3,4 \pm 0,6$  и  $4,1 \pm 0,8$  пг/мл у больных со СН III ФК. Наблюдались более низкие значения коэффициента растяжимости у больных СН IV ФК по сравнению с таковым при СН III ФК. Индекс жёсткости ( $\beta$ ) и Ер у больных СН IV ФК были существенно выше, чем у пациентов СН III ФК.  $\beta$  положительно коррелировал с САД и ДАД и, в меньшей степени, с наличием слоистости СА. Коэффициент растяжимости характеризовался обратной корреляционной связью с этими показателями. У пациентов СН III ФК показатели коэффициента

антиатерогенности и противовоспалительных цитокинов(ИЛ-4 и 10) были выше, по сравнению с таковыми больных СН IV ФК и более высокие показатели вСРБ и ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ6, что, видимо, связано с патогенетической основой дестабилизации стенокардии. Обнаруженные мутации генов уменьшают число рецепторов и нарушают способность рецепторов удалять из крови холестерин. Выявлены взаимосвязи повышенной экспрессии провоспалительных цитокинов с рестенозами. Эффективность статинов и антиагрегантов сохранялись на достаточном уровне, отмечен их противовоспалительный эффект. У части пациентов сохранялся повышенный риск тромботических осложнений и рестеноза.

**Заключение.** Подбор эффективных и безопасных доз антиагрегантов и статинов с учетом полиморфизма генов CYP2C19\*2 позволит предупредить развитие резистентности к препаратам, осложнений и рестенозов.

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ СЕРДЦА И СОСУДОВ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ**

**Агафонова Т.Ю., Баев В.М.**

**ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ, Пермь, Россия**

**Цели работы** - оценить особенности реакции структурно-функциональных параметров сердца и периферических сосудов на физиологические нагрузки у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией.

**Материал и методы.** Объект исследования: женщины-добровольцы 18-35 лет с идиопатической артериальной гипотензией. Объем исследования – 289 женщин с гипотензией и 143 женщины с нормальным артериальным давлением. Предмет исследования – динамика структурно-функциональных параметров сердца, периферических артерий и вен при физиологических нагрузках. Критерием исключения для всех пациентов были: дисплазия соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врождённые заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Критерием гипотензии считали диапазон САД 61-98 мм рт.ст. и ДАД 59 мм рт.ст. и менее. Нормальными значениями считали САД 120-129 мм рт.ст., ДАД 80-84 мм рт.ст. Изучали динамику параметров эхокардиографии и ангиоскопии периферических артерий и вен при выполнении нагрузочных проб: психоэмоциональной (n=16) по Е. Краерелин; физической нагрузкой (n=72) по J.Ruffier;холодовой (n=16) по В. Вебер; апноэ на 20 секунд (n=19); реактивной гиперемией (n=73) по D.Celermajer и пробы с ортостазом (n=73) по В. Черкасовой. Сравнение проводили с реакцией изучаемых параметров женщин с нормальным артериальным давлением. Исследование выполнено в период профилактических осмотров поликлинике университета. Имеется разрешение этического комитета университета (протокол №13 от 25 ноября 2015г.) и письменное согласие добровольцев.

**Результаты.** При психоэмоциональной нагрузке у женщин с гипотензией не отмечено ускорения периферического кровотока, в отличие от пациентов с нормальным артериальным давлением. Апноэ при гипотензии сопровождается уменьшением размеров камер сердца и расширением периферических артерий. При гипотензии холоддовая проба и проба с реактивной гиперемией вызывают диастолическую дисфункцию левого желудочка и перераспределение периферического артериального и венозного кровотока. Ортостаз и физическая

нагрузка усугубляют хроническую венозную недостаточность нижних конечностей, вызывают дисрегуляцию экстракраниального артериального кровотока.

**Заключение.** У молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (САД 98 мм рт.ст. и менее, ДАД 59 мм рт.ст. и менее) реакции сердечно-сосудистой системы на физиологические нагрузки сопровождаются признаками структурно-функциональной дезадаптации сердечно-сосудистой системы, что может иметь неблагоприятные прогностические последствия для здоровья.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ КОРРЕЛИРУЕТ С УРОВНЕМ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

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

**ФГБУ “Национальный медицинский научно-исследовательский центр  
профилактической медицины” МЗ РФ, Москва, Россия**

**Целью исследования:** выявить существуют ли взаимосвязи между эффективностью антигипертензивной терапии с показателями психологического статуса и качеством жизни (КЖ) больных с артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы:** была проанализирована база данных, включающая результаты 280 суточных мониторингов артериального давления (СМАД). Больным проводилось лечение антигипертензивными препаратами в течение 2-3 месяцев в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). При неэффективности этой терапии добавлялся диуретик, но данные этих больных не анализировались. До и после лечения больные заполняли опросники, оценивающие КЖ и психологический статус пациентов (СМОЛ). Оценивались следующие шкалы опросника КЖ (J. Siegrist и соавт.): I - физическое самочувствие (жалобы), II - работоспособность, III - позитивное или IV - негативное психологическое самочувствие, V - психологические способности, VI - социальное самочувствие, VII - способность к социальным контактам. Опросник СМОЛ содержит три оценочные шкалы- L, F и K и восемь клинических, позволяющим оценивать следующие психологические особенности: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), параноидные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9), а также уровень социальной адаптации (4 шкала). Эффективность антигипертензивной терапии (ЭАТ) оценивалась как разность между показателями СМАД до и после лечения. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

**Результаты:** Среднее систолическое АД (САД) составило  $141.1 \pm 11.5$ ; диастолическое АД (ДАД) -  $89.2 \pm 9.8$  (мм рт. ст.). Эффективность антигипертензивной терапии не зависела от показателей КЖ. Вместе с тем, найдены следующие достоверные корреляционные связи ( $r$ ) между выраженностью ЭАТ и показателями шкал опросника СМОЛ ( $p < 0,05$ ): 1) отрицательные - с уровнем агрессивности, стремления к лидерству (показатели шкалы 6 – СМОЛ) ( $r = -0,18$ ,  $r = -0,15$  – для суточного и ночного САД соответственно); 2) положительные - с уровнем оптимизма, жизненной активности (9 шкала СМОЛ) ( $r = 0,15$  – для ночного ДАД). Эффективность антигипертензивной терапии не зависела от показателей КЖ.

**Выводы:** высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности (показатели шкалы 6 опросника СМОЛ) больных с АГ могут нивелировать эффект антигипертензивной терапии, напротив высокий уровень оптимизма, энергичности, жизнерадостности повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия

может стать эффективной. Вместе с тем, эффективность антигипертензивной терапии не зависела от показателей КЖ.

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, КАК ЭКСТРАКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА И КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

**Арямкина О.Л.<sup>1</sup>, Демьяненко А.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета»,  
Сургут**

**<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ульяновский государственный университет»,  
Ульяновск, Россия**

**Актуальность.** В XXI веке все чаще регистрируется коморбидное течение заболеваний. Кроме того, при целом ряде нозологий описываются их системные внеорганные проявления, а также оверлап-синдромы, или синдромы перекреста. Особенно часто это касается аутоиммунной патологии и хронических инфекций. Оверлап-синдромы описаны в ревматологии, гепатологии, при функциональной патологии органов пищеварения. Нередко экстраорганные проявления манифестируют в клинике основного заболевания, утяжеляют его течение и ухудшают прогноз. Важным является четкое понимание, с чем в каждом конкретном случае клиницист имеет дело, так как необходимо определяться с тактикой ведения и лечения множественных заболеваний у одного больного.

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости и структуру гепатита при язвенном колите и болезнью Крона с целью определения их принадлежности.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки за 2009-2018 годы в исследование включены 300 из 360 больных ВЗК, состоящих в региональном регистре – 259 (86%) язвенным колитом и 41 (14%) болезнью Крона, в 100% случаев верифицированных гистологически. Выполнено когортное, рандомизированное проспективное исследование, проведенное в соответствии с нормами биомедицинской этики. Диагностику язвенного колита, болезни Крона и хронического гепатита проводили по комплексу клинических, лабораторных, инструментальных, гистологических исследований. Изменения биохимических параметров требовали исследования на маркеры HBV-, HCV-инфекции, АМА. Данные обработаны при помощи лицензионной программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** Соотношение язвенного колита (ЯК) к болезни Крона (БК) соответствует 6,32 : 1. Возраст больных составил 43,9±2,05 лет (95% ДИ 42,9-45,7), соотношения мужчин/женщин равнялось 1 : 1,07.

Гепатит диагностируется в каждом третьем случае (n=97, 32,3%) ВЗК. Из них хронический гепатит В и С – у 44,3%, стеатогепатит у 44,3%, как проявление НАЖБП и лекарственного гепатита и ПСХ у 13,4% обследованных.

ПСХ – экстракишечное проявление язвенного колита и болезни Крона, диагностируется преимущественно на фоне ВЗК в течение 12±3,63 (95% ДИ 3,92-20,1) лет – в 11 из 13 случаев, тогда как в 2-х из 13 случаев данный диагноз устанавливается одновременно с диагнозом ЯК или БК. В 4-х случаях ПСХ осложнился холангиоцеллюлярной карциномой, явившейся причиной их гибели.

**Заключение.** Хронический гепатит встречается у каждого третьего больного (32,3%) ВЗК с одинаковой частотой при обоих заболеваниях.

Гепатит - хронический В и С и стеатогепатит, преимущественно как лекарственный относится к полиморбидной патологии, в том числе к ятрогении.

ПСХ, как системное проявление, сопровождает ВЗК в каждом 20-ом их случае (5,02%) и осложняется ХЦК, приводящей к гибели больных.

## **ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В ПОЛИМОРБИДНОСТИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

**Арямкина О.Л.<sup>1</sup>, Васильева И.В.<sup>2</sup>, Терентьева Н.Н.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета», г. Сургут

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ульяновский государственный университет», г.

Ульяновск, Россия

**Актуальность.** Проблемы полиморбидности становятся все более актуальными. Одним из вариантов является сердечно-сосудистый континуум, объясняющий генез формирования 4-х важнейших хронологических коморбидных неинфекционных заболеваний сердца и сосудов. Но сегодня их спектр расширен до 7 транснологическими и трансиндромными коморбидными заболеваниями, включающими в себя еще неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП), гиперурикемию и липоматоз поджелудочной железы. Основной причиной НАЖБП являются инсулинорезистентность, гиперинсулинемия при наличии атерогенной гиперхолестеринемии и дислипидемии, обусловленных дисгормонозом регуляторов жирового обмена. Сегодня НАЖБП – стеатоз, стеатогепатит и цирроз печени занимают в структуре хронического гепатита до 35%. В связи с возможностью иных механизмов развития НАЖБП (токсического воздействия лекарственных препаратов, развитием осложнений иной хронической патологии), а также их взаимовлияний проводится настоящее исследование

**Цель.** Изучить структуру НАЖБП при кардиоваскулярной патологии с высоким риском развития сердечно-сосудистых событий и изменения тромбоцитарного звена гемостаза при данном варианте течения метаболического синдрома (МС).

**Материалы и методы.** Обследованы методом случай-контроль 90 больных АГ, ИБС, ХСН, лечившихся в клинике кафедры. Все они имели высокий (риск 3, 10,5%) и очень высокий (риск 4, 89,5%) кардиоваскулярный риск. Диагнозы установлены согласно стандартам их диагностики. Всем проведены ЭХО КГ, УЗИ-исследования органов брюшной полости. Во всех 90 случаях гепатита исключена иная этиология гепатита. Всем им на лазерном анализаторе «BIOALA LTd» (Россия) проведено исследование тромбоцитарного звена гемостаза. Обработка материала проведена при помощи программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** У больных с сердечно-сосудистой патологией, протекающей в полиморбидности с НАЖБП с соотношением мужчин к женщинам 2,8 : 1 в возрасте  $61,1 \pm 2,85$  (95% ДИ 55,1-67,1) лет диагностированы маркеры МС : гиперхолестеринемия ( $6,94 \pm 0,42$  (95% ДИ 6,06-7,81) ммоль/л); гипертриглицеридемия (составив  $2,5 \pm 0,3$  (95% ДИ 1,86-3,13) ммоль/л); повышение содержания в крови ЛПНП и ЛПОНП ( $4,18 \pm 0,43$  (95% ДИ 3,29-5,08) ммоль/л и  $1,69 \pm 0,31$  (95% ДИ 1,04-2,33) ммоль/л соответственно), коэффициента атерогенности  $4,89 \pm 0,28$  (95% ДИ 4,31-5,48). Гиперлипидемия соответствует в половине случаев IIa (55,6%) стадии. НАЖБП в виде стеатоза (47,4%) и стеатогепатита (52,6%) была коморбидной с АГ, ИБС, дегенеративными пороками сердца (52,6%) и ХСН с ДДЛЖ (52,6%). В 94,5% случаев выявлены нарушения тромбоцитарного звена гемостаза – преимущественно по 1-му и 2-м параметрам (77,8%).

**Заключение.** Метаболический синдром - кардиоваскулярной патологии с 3-м и 4-м рисками сосудистых катастроф, сочетающийся с НАЖБП, сопровождается расстройствами тромбоцитарного звена гемостаза, требующих исследований и внесения дополнений в клинические рекомендации.

## **ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ В ПОЛИМОРБИДНОСТИ С Нр-АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Арямкина О.Л.<sup>1</sup>, Кулакова Ж.В.<sup>2</sup>, Терентьева Н.Н.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета», г.Сургут**

**<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия**

**Актуальность.** Проблемы полиморбидности выходят за рамки органной патологии и требуют комплексной оценки этио-патогенетических причин мультифакториальности, так как нет единых подходов к ведению коморбидного пациента, а имеющиеся стандарты оказания медицинской помощи и Национальные и Международные клинические рекомендации ограничены моноорганной патологией. Известно, что у лиц старше 40 лет каждые последующие 8 лет полипатия удваивается. А лечение основных неинфекционных и инфекционных заболеваний вносит свой вклад в развитие полиморбидности в виде ятрогении. Сердечно-сосудистые заболевания являются наряду с онкологической патологией основными неинфекционными причинами инвалидизации и смертности населения планеты. Кроме того, больные кардиоваскулярной патологией требуют профилактики тромбоэмболических осложнений. Наряду с АГ, ИБС, ХСН чрезвычайно распространен хеликобактериоз, что ухудшает прогноз для больных в связи с развитием лекарственной гастродуоденопатии.

**Цель.** Изучить изменения тромбоцитарного звена гемостаза при Нр-ассоциированной гастродуоденальной патологии у больных Метаболическим синдромом (МС) с высоким риском развития сердечно-сосудистых событий.

**Материалы и методы.** Обследованы методом случай-контроль 102 больных АГ, ИБС, ХСН, лечившихся в клинике кафедры. Все они имели высокий (риск 3, 1085%) и очень высокий (риск 4, 89,5%) кардиоваскулярный риск и клинико-эндоскопически патологию гастродуоденальной зоны. Диагнозы установлены согласно стандартам их диагностики. Всем проведены ЭФГДС (47,4%), ЭХО КГ, УЗИ-исследования органов брюшной полости, биохимическое исследование Нр-инфекции (31,6%). Всем им на лазерном анализаторе «BIOLA LTd» (Россия) проведено исследование тромбоцитарного звена гемостаза. Обработка материала проведена при помощи программы STATISTICA 10.0.

**Результаты.** У больных с сердечно-сосудистой патологией, протекающей в рамках метаболического синдрома X в возрасте  $64,5 \pm 1,84$  (95% ДИ 60,1-70,1) лет диагностированы маркеры МС без гендерных различий: дислипидемия, ожирение (47,4%), АГ (100%), ИБС (94,7%), ХСН (100%), СД 2-го типа (94,7%), диспепсия (100%), а в каждом десятом (10,5%) случаев – анемия, у половины - гипохромная. ИК Чарлсон составил  $5,53 \pm 0,35$  (95% ДИ 4,78-6,28). Верифицирована гастродуоденит (42,6%) - НПВП-ассоциированный (100%) и Нр-ассоциированный (66,7%). Параметры агрегометрии были снижены в каждом втором случае (52,6%), а в каждом



девятнадцатом случае (5,26%) – повышены. Это объясняет анемию, в т ч вследствие кровопотерь.

**Заключение.** Коморбидная патология с высоким кардиоваскулярным риском сопровождается расстройствами тромбоцитарного звена гемостаза и формированием сочетанной гастродуоденальной патологии. Подавлении агрегации тромбоцитов указывает на риск кровотечений, а ее активизация – на риск тромбозов.

## **СЛОЖИВШАЯСЯ ПРАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ В СЕЛЬСКИХ СТАЦИОНАРАХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**Афанасьев Н.Е., Байда А.П, Батулин В.А.**

**ГБУЗ Ставропольского края городская поликлиника №2, Ставрополь, Россия,  
ФГБОУВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ  
РФ, Ставрополь, Россия**

**Цель.** Изучение особенностей антибиотикотерапии пациентов с ХОБЛ в стационарах круглосуточного пребывания в Шпаковском районе Ставропольского края (СК).

**Материалы и методы.** Проведен анализ медицинских документов 735 пациентов (мужчин – 58,6%, женщин – 41,4%, лиц трудоспособного возраста – 56,1%), находившихся на лечении в районной и трех участковых больницах Шпаковского района СК в 2010-2018 гг.

**Результаты.** Чаще всего пациенты поступали в стационар, когда терапия, проводимая на амбулаторном этапе, оказывалась неэффективной. Так, в первые сутки начала болезни были госпитализированы 3,5 % больных с обострением ХОБЛ, в течение первой недели – 31%, в первые 2 недели – 29 % и 36,6 % - более чем через 2 недели от начала обострения заболевания. На амбулаторном этапе антибактериальную терапию получали только 23,7%, и чаще всего назначали амоксициллин/клавулановая кислота или азитромицин. При поступлении в стационар у половины больных отмечалась нормальная температура тела, у 36,8% - повышение температуры тела до 37,5 °С, у остальных – выше 38 °С. Увеличение количества мокроты наблюдалось у 43,4 %. Усиление одышки в покое и при физической нагрузке отмечали все пациенты. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки легочные поля были без инфильтративных изменений. В клиническом анализе крови при поступлении у 23% не выявлено воспалительных изменений, у 31 % - палочкоядерный сдвиг при нормальном уровне лейкоцитов и у того же количества больных- лейкоцитоз выше 10 тыс/мкл с палочкоядерным сдвигом больше 8%, у 38 % - лейкоцитоз при нормальной лейкоцитарной формуле. При поступлении чаще всего назначали (83,7 %) - цефтриаксон или цефотаксим, в 16,3 % применяли фторхинолоны, макролиды или амоксиклав, что соответствовало стандарту медико-санитарной помощи при ХОБЛ. Оценка эффективности и переносимости назначенной эмпирически антибактериальной терапии осуществлялась в первые трое суток лечения и основывалась на нормализации температуры, уменьшении одышки, количества мокроты и степени ее гнойности. При хорошем клиническом ответе фармакотерапия продолжалась до 7-10 дней. Изменение антибактериальной монотерапии отмечено у 33,5 % пациентов и лишь у 4,18 % применяли сочетание цефтриаксона с фторхинолоновым антибиотиком или комбинацию цефтриаксона и амоксиклава. При осложненном течении заболевания пневмоторксом, бронхоэктазами или развитием острой дыхательной недостаточности (3,71 %) требовалось проведение реанимационных мероприятий.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности современных антибактериальных препаратов в лечении пациентов с обострением ХОБЛ. При обострении ХОБЛ целесообразно назначать цефалоспорины 3-ей генерации, фторхинолоны как препараты первой линии.

## **ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СЕЛЬСКИХ СТАЦИОНАРАХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**Афанасьев Н.Е., Байда А.П., Батурич В.А.**

**ГБУЗ Ставропольского края городская поликлиника №2; ФГБОУВО,**

**Ставрополь, Россия,**

**«Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ,**

**Ставрополь, Россия**

**Цель.** Изучение особенностей фармакотерапии пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) в стационарах круглосуточного пребывания в Шпаковском районе Ставропольского края (СК).

**Материалы и методы.** Проведен анализ медицинских документов 1134 пациентов (мужчин – 57,5%, женщин – 42,5%, лиц трудоспособного возраста – 66,7%), находившихся на лечении в районной и трех участковых больницах Шпаковского района СК в 2010-2018 гг. Всем пациентам, включенным в исследования, выполнены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные исследования.

**Результаты.** Чаще всего ВП диагностировали в возрасте 18-55 лет (43,6%), несколько реже – в 56-75 лет (34,6%), у пациентов старше 75 лет – в 21,5%. Очаговые поражения были выявлены у 19,6%, долевые – у 63,1% и сегментарные – у 17,3% пациентов. В зависимости от тяжести течения заболевания и данных лабораторно-инструментальных методов исследования у 59,2% проводилась монотерапия антибиотиками, у 40,8% - комбинация антибиотиков. Для монотерапии чаще всего (74,1%) назначали цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотоксим), в 25,9% применяли циплокс или лефлбакт, азитромицин и аминогликозиды. При комбинированной антибиотикотерапии наиболее часто (33,1%) назначали цефтриаксон и циплокс (либо лефлбакт). Реже (21,8%) использовали сочетание амоксициллина с азитромицином, в 15,7% - комбинации цефтриаксона с азитромицином, у 12,9% пациентов – амоксициллин с циплоксом. С тяжелой ВП по показаниям назначали мукоактивные препараты, бронходилататоры, проводили дезинтоксикационную инфузионную терапию. При отсутствии положительной динамики через 48-72 ч после начала лечения у 115 больных (10,2%) проводили коррекцию антибиотикотерапии. При получении баканализа у 205 пациентов с учетом результатов чувствительности и резистентности к антибиотикам изменение стартовой терапии потребовалось в 29 случаях (14,6%). Основным исходом лечения ВП являлось выздоровление, которое наступило в 974 случаях (86,2%). Осложненное течение ВП с развитием плеврита наблюдалось у 92 (8,1%) больных, пневмофиброза – у 37 (3,3%) пациентов, абсцидирование – у 28 (2,5%) больных. После проведенного лечения все пациенты были выписаны с положительной динамикой под наблюдение участкового врача-терапевта.

**Заключение.** Таким образом, заболеваемость ВП, составляющая 0,8% от всего населения Шпаковского района СК (112530 человек) и 40% от общего количества (2833 пациента) зарегистрированных случаев болезней органов дыхания за 2010-2018 гг., что свидетельствует об актуальности проблемы ВП для сельского населения. Средние сроки госпитализации составили 13±1 день, в тяжелых случаях – 22,5± дней. Примененная фармакотерапия в целом соответствовала стандарту первичной медико-

санитарной помощи при пневмонии и привела к выздоровлению всех госпитализированных больных.

## **БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В ПРОГРАММАХ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Бадалов Н.Г., Марфина Т.В., Мухина А.А.**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный  
медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии  
Минздрава РФ, Москва, Россия.**

**Актуальность.** Увеличение распространения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди населения диктует необходимость совершенствования программ профилактики и повышения их эффективности. В этой связи, профилактическому аспекту бальнеотерапии и/или санатор-курортного лечения придается все большее значение. Санаторно-курортное лечение по своей сути является профилактической платформой. Наличие природных лечебных факторов, развитой диагностической базы и научно обоснованных лечебно-оздоровительных технологий, профессиональной команды врачей и среднего медперсонала, возможности медицинского просвещения с лекциями и семинарами, и наконец доступность основной массе населения создают благоприятную профилактическую среду.

Современный этап развития бальнеотерапии в мире характеризуется осознанием необходимости предупреждения заболеваемости, улучшения прогноза и характера течения хронических заболеваний, повышения комплаентности к терапевтическим программам. Анализ результатов рандомизированных клинических исследований, проведенных в России и за ее пределами показывает, что актуальными задачами бальнеотерапии на настоящем этапе становятся:

- разработка программ профилактики с использованием потенциала бальнеотерапии, ее лечебных и оздоровительных возможностей в борьбе с факторами риска развития ССЗ.
- разработка программ обучения больного в рамках комплексного подхода к лечению ССЗ в условиях санаторно-курортной организации;
- разработка программ курортного лечения больных с ССЗ с включением терапевтического обучения

В обществе существует запрос на информированность и обучение по вопросам совершенствования образа жизни, и становится очевидным, что здоровье пациента с хроническим заболеванием не может быть улучшено с долгосрочной перспективой без его участия, поэтому необходимо его обучение по вопросам здоровья, участия в управлении своим заболеванием, изменения привычек и поведения. Образовательные программы, реализуемые на курорте, способствуют профилактике возникновения и развития ССЗ, повышению эффективности санаторно-курортного лечения, что экономически обосновано.

На фоне высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и роста распространения ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета приоритетность программ по формированию здорового образа жизни выходит на первый план. Активное участие санаторно-курортных учреждений в таких программах позволило бы охватить профилактическими мерами более широкие слои населения, реализовать весь потенциал бальнеотерапии и мероприятий по снижению факторов риска.

**Заключение.** Таким образом, ориентированность бальнеотерапии на профилактику рисков возникновения и развития хронических заболеваний ССЗ и повышение результативности комплексных лечебных программ должно быть одним из основных направлений развития санаторно-курортного лечения.

## ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ М-ХОЛИНОЛИТИКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

Баев В.М., Агафонова Т.Ю.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера МЗ РФ, Пермь, Россия

**Цель.** Изучить побочные эффекты однократного приема м-холинолитика у молодых женщин сидиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

**Материал и методы.** Объект исследования – 20 женщин с ИАГ в возрасте 19-32 лет. Предмет исследования – жалобы на ухудшение самочувствия после приема м-холинолитика. Тип исследования – динамический с экспериментом. Критерием ИАГ считали САД равный 98 мм рт.ст. и ниже, отсутствие причины гипотензии. Критерии исключения: симптоматические артериальные гипотензии, анемии, дисплазии соединительной ткани в виде синдрома Марфана, Элерса-Данло и несовершенного остеогенеза, онкологических заболеваний, сахарного диабета, ожирении 2 степени и более, гипотиреоз, надпочечниковая недостаточность, коллагенозы, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированное сердце, беременность в любом сроке, наркомания, острые инфекционные заболевания на момент исследования, глаукома и непереносимость холинолитических препаратов в анамнезе. Изменение самочувствия оценивали по данным анкеты, в которой пациенты отмечали жалобы на ухудшение самочувствия через 1 час и через 24 часа после приема м-холинолитика. В качестве экспериментального препарата применяли однократный контролируемый прием 1 таблетки, содержащего экстракта красавки густого 0,01 г и натрия гидрокарбоната 0,3 г (БН). Имеется положительное решение локального этического комитета университета на проведение данного эксперимента (протокол №9 от 25 октября 2017г.). Все добровольцы дали письменное согласие на участие в исследовании. Выбывших из исследования не было.

**Результаты.** Через 1 час после приема препарата 6(30%) пациентов отметили ухудшение самочувствия в виде усиления сердцебиения, перебоев и болей в сердце, появления тревожности и волнения, которые продолжались не более 2 часов. Не заметили разницы в самочувствии 7 пациентов (35%). Через 24 часа после приема препарата анкетирование показало ухудшение самочувствия у 2 пациенток (10%), отметивших появление сухости во рту, которая прошла после нескольких глотков воды. Ухудшение самочувствия может быть определено появлением известных побочных эффектов препарата БН и повышенными субъективными ощущениями к своему здоровью женщин на этом фоне. Улучшение гемодинамики в данном случае пациенты могут расценивать как беспокойство, обусловленное изменением самочувствия и угрозой их здоровья. Например, часть пациентов отметила у себя сердцебиение, как признак ухудшения самочувствия, хотя случаев тахикардии (ЧСС более 90) не было зафиксировано в группе после приема препарата. Данные жалобы, как мы считаем, возникли по причине усиления сократительной способности сердца, на данный эффект и отреагировали субъективно пациенты, что никак нельзя считать негативным эффектом м-холинолитика при ИАГ.

**Заключение.** М-холинолитик, не смотря на положительный гемодинамический эффект при ИАГ, через 1 час после его приема у 30% молодых женщин ухудшает субъективное самочувствие, и через 24 часа после приема препарата ухудшение отмечено у 10% женщин, что надо учитывать при лечении гипотензии.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Бадина Л.К., Койгельдинова Ш.С., Коваль М.Н.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Исследовать влияние небивола на показатели суточного мониторирования артериального давления и функциональное состояние мозгового кровообращения у лиц пожилого и старческого возраста.

**Материал и методы.** В исследование было включено 67 больных старше 65 лет с артериальной гипертензией II степени. Всем больным проводились клинические обследования, которые включали физикальный осмотр, трехкратное измерение артериального давления в положении сидя, частоту сердечных сокращений. Биохимические исследования включали параметры углеводного и липидного обмена. Из инструментальных методов до начала и через 6 недель исследования проводились суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковая доплерография с применением физиологических тест нагрузок, эхокардиография, ЭКГ.

Небивол у 15 пациентов (22,3%) был назначен как первый антигипертензивный препарат, остальным пациентам как дополнение к ранее существующей терапии (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов ангиотензина). Пациенты получали небивол в дозе 5 мг/сут. Положительным эффектом считали снижение артериального давления (АД) не менее, чем на 10%.

**Результаты.** В дозе 5 мг/сут. гипотензивный эффект небивола был получен у 72% больных. Достоверный эффект проявился уже на 7-10 сутки и нарастал к концу 4-ой недели, систолическое АД снизилось до  $138,5 \pm 5,8$  мм.рт.ст., диастолическое АД до  $83,1 \pm 2,8$  мм.рт.ст. Максимальное снижение АД наблюдалось в утренние часы и на исходно повышенную вариабельность АД в периоды сна и бодрствования. У пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в начале исследования были признаки повышения тонуса сосудистой стенки в 69% случаев, в 32,8% случаев в сочетании с повышенным периферическим сопротивлением.

Таким образом, включение небивола в лечение больных с АГ, по данным функциональных нагрузочных проб, расширяет резерв вазодилатации, нормализует периферическое сосудистое сопротивление, что улучшает мозговой кровоток. Эффект от терапии небиволом был более выражен у больных моложе 70 лет. Действие небивола не зависит от массы тела, пола, наличия или отсутствия сахарного диабета и гипертрофии левого желудочка. Небивол обладает хорошим профилем безопасности и благоприятными эффектами на гликемию и липидемию.

**Заключение.** Бета-блокатор третьего поколения с выраженным вазодилатирующим действием, небивол, является эффективным и безопасным антигипертензивным препаратом у больных старших возрастов с АГ в сочетании с различными коморбидными состояниями.

## **МЕСТО ЭПЛЕРЕНОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Бадина Л.К., Койгельдинова Ш.С., Коваль М.Н.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.**

**Цель работы.** Изучить эффективность применения эплеренона (Эспиро) в комплексе стандартной терапии (ингибитор АПФ, диуретик, бета-блокатор) у больных ХСН II-IIIФК по NYHA различной этиологии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 62 больных с ХСН ишемического и не ишемического генеза, в возрасте от 60 до 75 лет. В исследование

не включались больные с исходно высоким уровнем креатинина. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определялся уровень креатинина и калия в сыворотке крови исходно и через 2-4 недели, а также по истечении двух месяцев приема препарата. Исходно и в динамике проводилась эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру и суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Эспиро назначался в комплексной терапии ХСН в дозе от 25 до 50 мг/сутки. При повышении уровня калия в крови дозу снижали до 12,5 мг/сутки. У 67% больных фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была менее 45%, у 26% больных на ЭКГ были выявлены различные нарушения ритма: желудочковая экстрасистолия - у 22%, наджелудочковая – у 18%, преходящая фибрилляция предсердий - у 18%. Повышение уровня артериального давления - у 25% больных.

Эффект Эспиро оценивался по клиническим данным. Объективными критериями были увеличение фракции выброса левого желудочка и уменьшение систолической и диастолической дисфункции левого желудочка.

**Результаты.** У лиц, уже получавших комбинацию ингибитора АПФ, бета-адреноблокатора, диуретика и по показаниям дигоксина, добавление Эспиро к лечению привело к положительному эффекту уже через четыре недели. ФВ ЛЖ, в среднем, увеличилась у больных с II функциональным классом ХСН на 13%, с III – на 9,2% от исходной величины.

По данным Холтер-ЭКГ, нарушения ритма в группе уменьшились на 12%, в том числе желудочковая экстрасистолия – 10,9%. При анализе данных СМАД отмечалось снижение систолического АД, при его уровне 140-150 мм.рт.ст., на 7-10%.

Анализ переносимости и возможных побочных эффектов Эспиро показал отсутствие гиперкалиемии и повышение уровня креатинина в сыворотке крови при применении препарата в дозе от 12,5 до 50 мг/сутки. В случае отмены препарата постепенного снижения дозировки не требуется. Эффект препарата не зависел от возраста и пола в данной группе больных.

**Заключение.** Селективный антагонист альдостерона Эспиро эффективен и безопасен в комплексной терапии ХСН больных пожилого возраста.

## **АССОЦИАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И УРОВНЯ ЭНДОКАНА В РАЗВИТИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ**

**Байдильдина Б.Н., Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М., Ибраева Л.К.,  
Шалыгина А.А., Ахмалтдинова Л.Л.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются актуальной медико-социальной проблемой для здравоохранения во всем мире, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости и лидирующим положением в структуре смертности населения. Этим обусловлена актуальность поиска маркеров риска кардиоваскулярных событий. В развитии атеросклероза установлено значение эндотелиальной дисфункции. Одной из молекул, секретируемых эндотелиальными клетками, является эндокан, который представляет собой потенциальный иммунный маркер и может быть связанным с ССЗ. Целью исследования было оценить влияние факторов кардиоваскулярного риска, входящих в шкалу SCORE и уровня эндокана на развитие сердечно-сосудистых событий в течение проспективного 4 –летнего наблюдения.

**Материал и методы.** Проведено проспективное исследование с мая 2014 по декабрь 2018 года в городе Сарани Карагандинской области. Случайную выборку составили 223 человек (852 женщин, 352 мужчин) в возрасте от 25 до 65 лет. Критериями

исключения были беременные. Исследование включало анкетирование, где указывались пол, возраст, поведенческие привычки (курение, потребление алкоголя). Всем респондентам проводилось измерение АД, объема талии, роста, веса, исследование уровня глюкозы и общего холестерина. Уровень эндотелина определяли с помощью мультиплексного иммунологического анализа на аппарате Bioplex 3D. За кардиоваскулярное событие принимали развитие острого нарушения мозгового кровообращения, острого коронарного синдрома, транзиторной ишемической атаки, впервые диагностированной врачом стенокардии. Оценка различий проводилась с помощью критерия Краскела-Уоллиса, за статистически значимый уровень при сравнении групп был принят  $p=0,025$ .

**Результаты.** В течение 4-х летнего периода наблюдения кардиоваскулярное событие развилось у 15,7 % респондентов. В группе с кардиоваскулярным событием преобладали лица старше 45 лет ( $p=0,002$ ). Было выявлено отсутствие значимого влияния гендерного признака на развитие кардиоваскулярного события ( $p=0,72$ ). При сравнении двух групп мы не обнаружили значимых различий между частотой курения ( $p=0,17$ ), уровнем ДАД ( $p=0,36$ ) и общего холестерина ( $p=0,56$ ); уровень САД ( $p=0,02$ ), ИМТ ( $p=0,009$ ), частота абдоминального ожирения ( $p=0,003$ ), уровень эндотелина ( $p=0,017$ ) имели существенные различия.

**Заключение.** Частота кардиоваскулярных событий в течение 4-х летнего периода наблюдения составила 15,7 %. Выявлено статистически значимое превалирование в группе с кардиоваскулярным событием лиц в возрасте старше 45 лет, повышенным уровнем систолического АД, абдоминальным ожирением и повышенным уровнем эндотелина ( $p=0,009$ ). Необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить значение эндотелина в развитии ССЗ.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Барменбаева М.О.**

**Казахский Национальный медицинский университет имени С.Асфендиярова,  
№3 ГП, Алматы, Казахстан**

**Цель:** изучить особенности клинико-лабораторных показателей у больных с сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях.

**Материалы и методы.** Проведены клинико-лабораторные обследования 398 больных СД 2 типа, в амбулаторных условиях, из них 254 женщины 144 мужчины. Средний возраст мужчин составил  $55,6 \pm 5,2$  лет, у женщин  $57 \pm 5,4$  лет. Изначально пациенты были разделены на группы в зависимости от длительности СД 2-го типа: 1-я группа – до 5 лет и 2-я группа – более 5 лет. В 1-й группе – 231 человек (58%); во 2-й группе – 167 человек (42%). Изучены следующие показатели: индекс массы тела (ИМТ) ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ), уровни артериального давления (мм.рт.ст), гликолизированного гемоглобина (HbA1c) (%), общего холестерина (ОХ) (ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (ммоль/л), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (ммоль/л), триглицеридов (ТГ) (ммоль/л). Необходимо привести более подробно методики обследования ИМТ, гликолизированного гемоглобина, ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ с указанием нормативов.

**Результаты и их обсуждение.** У обследованных нами пациентов с СД2 из сопутствующих ССЗ чаще всего выявляется АГ: у 266 человек (84,7%), затем ИБС у 102 человек (32,5%), из них 34 пациента (10,8%) перенесли инфаркт миокарда, и острое нарушение мозгового кровообращения у 17 больных (5,4%). Отмечается, что с увеличением длительности СД 2 количество пациентов, имеющих одновременно и

ССЗ также увеличивается. Средний возраст пациентов с СД 2 типа составил у мужчин  $55,6 \pm 5,20$  лет, у женщин  $57,6 \pm 5,4$ , а возраст, в котором был диагностирован СД, равнялся у мужчин  $43,6 \pm 5,20$  лет, у женщин  $42,4 \pm 5,6$  лет. Средний ИМТ пациентов составил  $28,7 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup>, что свидетельствует о наличии ожирения у больных с СД 2. Показатели уровней целевого липидного обмена у больных с СД2 в амбулаторных условиях также не были достигнуты: средний уровень общего составил  $5,5 \pm 1,8\%$  ммоль/л, ХС ЛПНП  $3,18 \pm 0,93$  ммоль/л, ТГ  $2,59 \pm 1,7$  ммоль/л, ХС ЛПВП  $1,7 \pm 1,3$  ммоль/л. Средние уровни ИМТ в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-28,8 \pm 5,2$  (кг/м<sup>2</sup>), более 5 лет –  $28,3 \pm 4,6$  (кг/м<sup>2</sup>), HbA1c в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-8,2 \pm 1,8\%$ , более 5 лет –  $8,1 \pm 1,6\%$ , ОХ в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-5,4 \pm 0,99$  ммоль/л, более 5 лет –  $5,3 \pm 0,89$  ммоль/л, ЛПНП в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-3,2 \pm 1,0$  ммоль/л, более 5 лет –  $3,0 \pm 0,8$  ммоль/л, ЛПВП в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-1,4 \pm 1,0$  ммоль/л, более 5 лет –  $1,9 \pm 1,4$  ммоль/л, ТГ в группе больных СД 2 до 5 лет составили  $-2,5 \pm 1,77$  ммоль/л, более 5 лет –  $2,1 \pm 1,72$  ммоль/л. Таким образом, все обследованные больные СД2 в амбулаторных условиях имеют сопутствующие ССЗ, из них лидируют АГ и ИБС в зависимости от продолжительности заболевания: с увеличением длительности СД 2 количество пациентов, имеющих одновременно и ССЗ также увеличивается. Практически все пациенты в среднем во всех группах не достигали целевых уровней ИМТ, HbA1c, ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ. С увеличением продолжительности заболевания СД показатели нарушений липидного обмена также увеличивались.

**Выводы.** Особенности клинико-лабораторных показателей больных с СД2 в амбулаторных условиях наличие сопутствующих ССЗ у всех, из них лидируют АГ и ИБС. Отмечается, что с увеличением длительности СД 2 количество пациентов, имеющих одновременно и ССЗ также увеличивается. СД2, являясь самостоятельным фактором высокого и очень высокого рисков ССЗ, будет усиливать в амбулаторных условиях свое влияние на прогрессирование имеющихся сердечно-сосудистых осложнений. Необходимо дальнейшее изучение причин выявленных нами результатов.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА**

**Батрак Г.А.**

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия**

**Цель.** Выявить особенности клинических проявлений и лабораторных показателей у больных с впервые выявленным СД 1 типа.

**Материал и методы.** Наблюдали 27 пациентов с впервые выявленным СД I типа, 11 женщин (41%) и 16 мужчин (59%), средний возраст  $37,1 \pm 13,0$  лет, средние значения ИМТ  $22,4 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>. Обследование включало сбор анамнеза (наследственность по СД, наличие сопутствующих заболеваний) и клинический осмотр. Лабораторные методы: определение глюкозы крови натощак и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), С-пептида, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Исследовали микроальбуминурию (МАУ), протеинурию, уровень ацетона в моче. Инструментальные методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где M - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.



**Результаты.** Все пациенты с впервые выявленным СД 1 типа направлены в стационар эндокринологом, по состоянию не нуждались в лечении в палате интенсивной терапии. У всех пациентов жалобы на сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, потерю веса, слабость. У 7% - отягощенная наследственность по СД 1 типа, у 37% наследственность отягощена по СД 2 типа. Сопутствующая патология: хронический гастрит (33%), хронический пиелонефрит (22%), патология щитовидной железы (7%), феохромоцитома (4%). Средний уровень гликемии натощак при поступлении  $15,03 \pm 4,4$  ммоль/л, при выписке  $6,0 \pm 0,7$  ммоль/л ( $p \leq 0,05$ ). Уровень постпрандиальной гликемии исходно  $18,7 \pm 1,2$  ммоль/л, при выписке  $8,2 \pm 0,24$  ммоль/л ( $p \leq 0,05$ ). Поступили в отделение без кетонурии 11%, у 11% кетонурия (+), у 30% кетонурия (++) , у 33% кетонурия (+++), у 15% кетонурия (++++). При поступлении HbA1c  $11,45 \pm 2,4\%$ , С-пептид  $1,16 \pm 0,4$  нг/мл (норма  $0,78-5,19$  нг/мл), ХС  $5,59 \pm 1,6$  ммоль/л, ТГ  $1,41 \pm 0,5$  ммоль/л. СКФ  $115,1 \pm 35,1$  мл/мин, у 7% отмечалась МАУ. Неврологических нарушений и диабетических поражений сетчатки не выявлено. Лечение: средняя доза инсулина короткого действия  $23,1 \pm 7,2$  ед. в сутки, инсулина продленного действия  $14,9 \pm 6,3$  ед. в сутки. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение эндокринолога.

**Заключение.** При выявлении СД 1 типа не отмечено гендерных особенностей, средний возраст пациентов при манифестации заболевания более 35 лет.

Генетическая предрасположенность по СД 1 типа лишь у 7%, более трети пациентов с СД 1 типа при выявлении имеют отягощенную наследственность по СД 2 типа. При выявлении СД 1 типа отмечаются выраженная декомпенсация заболевания с высоким уровнем HbA1c и низкие значения С-пептида. У 7% пациентов уже наблюдались начальные проявления микроангиопатии в виде МАУ.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА И 2 ТИПА**

**Батрак Г.А.**

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава  
России, Иваново, Россия**

**Цель.** Выявить особенности клинической картины острых диабетических осложнений при сахарном диабете 1 и 2 типа.

**Материал и методы.** В течение года обследовали 35 пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа с острыми диабетическими осложнениями: из них 25 пациентов с СД 1 типа (71,5%) и 10 пациентов с СД 2 типа (28,5%). Длительность СД 1 типа 0 - 43 лет, в среднем  $11,1 \pm 3,5$  лет, длительность СД 2 типа 0 - 20 лет, в среднем  $18 \pm 3,1$  лет. По тяжести состояния пациенты госпитализированы в специализированное эндокринологическое отделение или в палату интенсивной терапии. Проведены лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови (исследование калия, натрия, креатинина, билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы), коагулограмма, уровень гликемии в течение суток, анализ крови на гликозилированный гемоглобин HbA1c, общий анализ мочи, МАУ, суточная протеинурия, СКФ, анализ мочи по Нечипоренко, диастаза мочи, посев мочи на флору, исследование копрограммы. Инструментальные методы обследования включали: рентгенологическое исследование органов грудной полости и придаточных пазух носа, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, ФЭГДС. Проведены консультации специалистов: терапевта, невролога, окулиста, гинеколога, хирурга, ЛОР, гастроэнтеролога, онколога, уролога.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном

распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты.** Острые диабетические осложнения чаще возникают у женщин: среди пациентов с СД 1 типа острые диабетические осложнения отмечались у 40% мужчин и 60% женщин, при СД 2 типа – у 10% и 90%, соответственно. При СД 1 типа у абсолютного большинства пациентов (87,5%) отмечался кетоз, у 8,3% - кетоацидоз, у 4,2% - гипогликемическая кома. При СД 2 типа также у большинства пациентов (70%) отмечался кетоз, у 10% - кетоацидоз, у 10% - гипогликемическая кома и у 10% - тяжелое гипогликемическое состояние. Большинство пациентов с острыми диабетическими состояниями, как с СД 1 типа, так и с СД 2 типа, имели длительный стаж заболевания: при СД 1 типа более 5 лет (76% пациентов), при СД 2 типа более 5 лет (70% пациентов). После проведенного лечения пациентам рекомендована инсулинотерапия (88,6%), прием таблетированных сахароснижающих препаратов (8,6%), комбинированная терапия (2,8%). Все пациенты выписаны с улучшением.

**Заключение.** Острые диабетические осложнения чаще возникают при СД 1 типа, независимо от типа диабета чаще отмечаются кетозы и кетоацидозы, в основном у женщин, с длительностью заболевания более 5 лет.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Батрак Г.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава  
России, Иваново, Россия

**Цель.** Определить распространенность и особенности нарушения углеводного обмена у пациентов с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** В исследование включены 50 пациентов с метаболическим синдромом (МС), из них 78% женщин и 22% мужчин, средний возраст  $42,4 \pm 1,2$  лет. По критериям МС 100% женщин и мужчин имели окружность талии (ОТ) более 80 см и более 94 см, соответственно. ОТ у женщин с МС составил  $106,3 \pm 0,5$  см, у мужчин с МС -  $110,1 \pm 0,4$  см. Среди пациентов с МС абдоминальное ожирение: 1 степени (66%), 2 степени (22%), 3 степени (12%). Средние значения ИМТ среди пациентов с МС: у женщин  $32,5 \pm 2,0$  кг/м<sup>2</sup>, у мужчин ИМТ  $34,0 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>. Также в исследование включены 50 пациентов без МС, с нормальными показателями ОТ и ИМТ: 76% женщин и 24% мужчин, средний возраст  $41,26 \pm 1,3$  лет. Все женщины без МС имели ОТ менее 80 см, в среднем  $75,6 \pm 0,8$  см, мужчины без МС имели ОТ менее 94 см, в среднем  $75,4 \pm 1,4$  см. Средние значения ИМТ у женщин без МС -  $22,8 \pm 2,3$  кг/м<sup>2</sup>, у мужчин без МС ИМТ составил  $24,4 \pm 0,2$  кг/м<sup>2</sup>. В обеих группах наблюдения определяли уровень гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, уровень гликозилированного гемоглобина HbA1c. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты.** Среди всех пациентов с МС у 10% выявлено нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 8% уже установлен диагноз сахарный диабет (СД) 2 типа, в отличие от пациентов без МС, где НТГ выявлено только у 2% пациентов ( $p \leq 0,05$ ), СД 2 типа установлен только у 2% пациентов ( $p \leq 0,05$ ). Средние значения гликемии натощак у пациентов с МС  $5,4 \pm 0,5$  ммоль/л, без МС –  $4,37 \pm 0,2$  ммоль/л ( $p \leq 0,05$ ), постпрандиальной гликемии при МС -  $7,0 \pm 0,3$  ммоль/л, без МС -  $6,5 \pm 0,03$  ммоль/л

( $p \leq 0,05$ ), соответственно. Значения HbA1c при МС составили 6,3%, значения HbA1c без МС – 5,0% ( $p \leq 0,05$ ). С ростом числа диагностических критериев в структуре МС увеличилось число пациентов с нарушением углеводного обмена, как с НТГ, так и с СД 2 типа.

Среди пациентов с 3-мя критериями МС у 4% выявлено НТГ и у 4% - СД 2 типа. Среди пациентов с 4-мя критериями МС у 18% - НТГ, у 12% - СД 2 типа. Среди пациентов с 5-ю критериями МС – у 40% - НТГ, у 20% - СД 2 типа. Среди пациентов с 6-ю критериями МС в 100% отмечался СД 2 типа.

**Заключение.** Среди пациентов с МС нередко встречается нарушение углеводного обмена. С ростом числа диагностических критериев в структуре МС значительно увеличивается число пациентов с нарушением углеводного обмена.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДОЖИРЕНИЕМ**

**Батрак Г.А.**

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия**

**Цель.** Представить характеристику факторов риска развития метаболического синдрома у пациентов с предожирением.

**Материал и методы.** В исследование включено 50 пациентов с избыточной массой тела: 76% женщин в возрасте 26 - 54 лет и 24% мужчин в возрасте 29 - 54 лет, средний возраст  $46,54 \pm 0,5$  лет. Средние значения окружности талии (ОТ) у женщин  $91,47 \pm 2,4$  см, у мужчин  $101,8 \pm 3,1$  см, индекс массы тела (ИМТ) у женщин и у мужчин  $27,0 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup> и  $27,48 \pm 0,7$  кг/м<sup>2</sup>, соответственно. Отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) у женщин 0,85, у мужчин 0,93. В исследование также включены 50 пациентов, имеющих нормальные значения ОТ и ИМТ. Среди них 76% женщин в возрасте 23 - 59 лет и 24% мужчин в возрасте 21 - 51 года, средний возраст  $41,26 \pm 2,5$  лет. Средние значения ОТ у женщин  $75,6 \pm 1,1$  см, у мужчин  $75,4 \pm 1,5$  см. Средние значения ИМТ у женщин  $22,8 \pm 2,0$  кг/м<sup>2</sup>, у мужчин  $24,7 \pm 1,7$  кг/м<sup>2</sup>. Отношение ОТ/ОБ у женщин с нормальными значениями ИМТ 0,76; у мужчин 0,77. Клиническое обследование включало сбор анамнеза и клинический осмотр. Лабораторные методы: определение глюкозы крови натощак и постпрандиальной гликемии, общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС ЛПНП, ХС ЛПВП. Инструментальные методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ внутренних органов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где M - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты.** Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у пациентов с предожирением и у пациентов с нормальными значениями ОТ и ИМТ в 44% и в 22% случаев, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), повышен уровень ТГ у 36% и у 6%, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), снижен уровень ХС ЛПВП у 56% и у 24%, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), повышен уровень ХС ЛПНП у 80% и у 58%, соответственно ( $p \leq 0,05$ ). Средние значения АД у пациентов с предожирением и пациентов с нормальной массой тела составили  $132/84 \pm 5,7$  мм рт.ст. и  $120/76 \pm 2,3$  мм рт.ст., соответственно ( $p \leq 0,05$ ). Средний уровень общего ХС у пациентов с предожирением и пациентов с нормальными значениями ИМТ составил  $5,86 \pm 1,0$  ммоль/л и  $5,1 \pm 0,3$  ммоль/л, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), ТГ  $1,55 \pm 0,1$  ммоль/л и  $0,8 \pm 0,02$  ммоль/л, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), ХС ЛПВП  $1,18 \pm 0,1$  ммоль/л и  $1,46 \pm 0,02$  ммоль/л, соответственно ( $p \leq 0,05$ ), ХС ЛПНП  $4,0 \pm 0,2$  ммоль/л и  $3,29 \pm 0,2$  ммоль/л, соответственно ( $p \leq 0,05$ ). У пациентов

с предожирением в 2 % выявлено нарушение толерантности к глюкозе, у 12% уже установлен диагноз сахарного диабета (СД) 2 типа, глюкоза крови  $5,26 \pm 0,6$  ммоль/л. У пациентов с нормальными значениями ИМТ нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 2%, но только у 2% установлен СД 2 типа. Среднее значение глюкозы крови  $4,87 \pm 0,2$  ммоль/л.

**Заключение.** Таким образом, у большинства пациентов с предожирением уже выявляются нарушения липидного обмена, более трети имеют АГ, нередко отмечены нарушения углеводного обмена.

## **ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Батрак Г.А.**

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава  
России, Иваново, Россия**

**Цель.** Выявить особенности сердечно-сосудистой патологии у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

**Материал и методы.** Проанализировали особенности сердечно-сосудистой патологии у 65 пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Обследование включало сбор анамнеза и клинический осмотр пациентов с определением индекса массы тела (ИМТ), артериального давления (АД), пульса, состояния органов и систем. Лабораторные методы включали исследование глюкозы крови натощак, гормонов щитовидной железы (ТТГ, св.Т3, св.Т4), антител к тиреопероксидазе, антител к рецепторам ТТГ. Из инструментальных методов применяли: ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ и сцинтиграфию щитовидной железы, по показаниям – тонкоигольную пункционную биопсию узлов щитовидной железы. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Excel Windows 7. Количественные признаки при нормальном распределении значений представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  - среднестатистическое значение,  $\sigma$  - стандартное отклонение. Различия при  $p \leq 0,05$  считались статистически значимыми.

**Результаты.** Среди наблюдаемых в городском эндокринологическом центре 65 пациентов с заболеваниями щитовидной железы 35% имели сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В группе пациентов с патологией щитовидной железы и ССЗ преобладали женщины (85%), в возрасте 45-67 лет, средний возраст  $53,0 \pm 2,5$  лет. Преобладающая патология: первичный гипотиреоз (65%), диффузный токсический зоб (25%), узловые формы зоба (10%). У большинства (60%) пациентов с первичным гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита отмечается сердечно-сосудистая патология, при этом чаще встречалась (60%) артериальная гипертензия (АГ) 1 степени, средние значения АД составили  $145/80 \pm 5,1$  мм рт. ст. У 30% пациентов с диффузным токсическим зобом 1-2 степени встречались ССЗ, гипертоническая болезнь 2 стадии только у 20% пациентов, средние значения АД  $140/85 \pm 5,4$  мм рт.ст. У 12 % пациентов на фоне диффузного токсического зоба встречались наиболее тяжелые сердечно-сосудистые осложнения (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, «тиреотоксическое сердце. Данная группа пациентов в 65% госпитализировалась в специализированное эндокринологическое отделение для наблюдения и медикаментозной коррекции. У пациентов с узловыми формами зоба без нарушения функции щитовидной железы ССЗ встречались лишь в 8% случаев, при этом чаще была выявлена АГ 1 степени, средние значения АД  $135/85 \pm 3,4$  мм рт. ст.

**Выводы.** У трети пациентов с заболеваниями щитовидной железы встречается сердечно-сосудистая патология, данное сочетание нозологических форм

преобладает у женщин в возрасте старше 50 лет. У большинства пациентов с гипотиреозом встречается АГ 1 степени. Треть пациентов с диффузным токсическим зобом имеют ССЗ. Для пациентов с диффузным токсическим зобом характерна наиболее тяжелая сердечно-сосудистая патология, данная группа наблюдения чаще нуждается в госпитализации в специализированное отделение.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ И ЧАСТОТА ГИПЕРТЕНИЧЕСКИХ КРИЗОВ**

**Белова Г.В.**

**ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново**

**Актуальность.** Одним из наиболее частых осложнений гипертонической болезни (ГБ) и наиболее частой причиной обращения за неотложной помощью в территориальную поликлинику является гипертонический криз (ГК).

**Цель:** анализ частоты гипертонических кризов у больных ГБ и зависимость их от приверженности к лечению.

**Материалы и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ журнала вызовов врача отделения неотложной помощи одной из территориальных поликлиник и амбулаторных карт больных ГБ, которым оказывалась неотложная помощь на дому по поводу ГК. Всего за два года (2016-2017 гг) за неотложной помощью в поликлинику по поводу повышения АД обратилось 154 человека. По данным заключения врача после осмотра больных диагноз ГБ и ГК был диагностирован у 98 больных (63,64%), среди них мужчин было 24 человека (24,49%), женщин – 74 (75,51%). Средний возраст больных составил  $68,2 \pm 1,7$  г. Среди пациентов ГБ II стадии была у 35 человек (35,71%), ГБ III стадии- у 63 человек (64,29%). Все больные состояли под диспансерным наблюдением у участковых терапевтов, что подтверждалось записями в первичной медицинской документации. Всем больным участковым терапевтом была рекомендована комбинированная антигипертензивная терапия. 42 больным (42,86%) была рекомендована терапия 2 препаратами, 27 больным (27,55%) рекомендована терапия 3 препаратами, 29 больных (29,59%) принимали более 3-х препаратов.

**Результаты.** У всех пациентов при обращении за неотложной помощью была выявлена артериальная гипертензия (АГ) 3 степени (АД 180/100 мм рт. ст. и выше). У 91 больного (92,86%) был диагностирован неосложненный ГК. В 62 случаях (63,26%) в амбулаторных картах есть указание на рекомендации по самостоятельному приему капотена под язык при повышении АД, однако при ГК ни в одном случае нет указаний на самостоятельный прием больным препарата до приезда врача. Все больным с неосложненным ГК в качестве неотложной терапии был дан капотен сублингвально с оценкой его эффективности через 15-20 минут, в 100% случаев неотложная помощь была оценена врачом как эффективная. Анализ записей в амбулаторных картах показывает, что более 60% больных (64 человека – 65,3%) прекратили регулярный плановый прием препаратов при снижении или нормализации АД за 1.5-2 месяца до ГК. В данных анамнеза при вызове врача на дом по поводу ГК 67,34% пациентов (66 человек) связывают ухудшение изменениями погоды, 23,47% (23 человека) – с психоэмоциональной нагрузкой, 9,2% (9 человек) – с физической перегрузкой. Прекращение приема лекарственных препаратов, как причину повышения АД и ухудшения самочувствия, не указал ни один больной.

**Выводы.** Таким образом, пациенты не считают причиной ухудшения в течение заболевания нерегулярный прием гипотензивных препаратов, что говорит о недостаточной разъяснительной работе участкового терапевта.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ КЛИНИЧЕСКУЮ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Белокрылова Л.В., Пушников А.А., Лисина Е.В., Ребятникова М.А.

Тюменский государственный медицинский университет, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», Тюмень, Россия

**Цель исследования.** Оценить факторы, определяющие клиническую результативность профилактики ишемического инсульта (ИИ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материалы и методы.** Анализ историй болезни 72 больных (47 женщин, 25 мужчин), перенесших ИИ на фоне ФП и проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении ОКБ №2 г. Тюмени в 2016 г. Анализ клинической результативности профилактики ИИ у лиц с ФП проводился с учетом факторов риска тромбоемболических осложнений с оценкой по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, факторов риска кровотечений по шкале HAS-BLED и оценки антитромботической терапии на догоспитальном этапе.

**Результаты исследования.** Средний возраст больных с ИИ на фоне ФП составил 74,3±11,2 лет, у женщин он был достоверно ( $p=0,003$ ) выше, чем у мужчин. Наиболее часто встречающимися факторами риска были: артериальная гипертония (100%), сердечная недостаточность (98,6%), сосудистые заболевания (90,3%). Среднее значение индекса CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 6,14±1,19 баллов; у мужчин индекс был достоверно ( $p<0,001$ ) ниже, чем у женщин. Риск кровотечений по шкале HAS-BLED составлял 3,2±0,7 баллов и не имел достоверных отличий в группах мужчин и женщин; у 58 (76%) пациентов был повышенный риск кровотечений (индекс HAS-BLED>3). При проведении корреляционного анализа была установлена положительная зависимость между риском тромбоемболических осложнений (индекс CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) и риском кровотечений (индекс HAS-BLED)  $+r=0,431$  ( $p=0,0001$ ).

В 77% случаев инсульты относились к категории тяжелых. Наиболее частыми проявлениями ИИ на фоне ФП были гемипарез, сенсорно-моторная афазия, дизартрия.

При оценке лечения на догоспитальном этапе, оказалось, что 40,5% больных получали антиагреганты, варфарин принимали 14% больных, дабигатрана этексилат - 5,5% больных с ИИ на фоне ФП. В 39% случаев пациенты не использовали для снижения риска тромбообразования ни антикоагулянтов, ни антиагрегантов.

**Выводы.** В нашем исследовании наиболее часто встречающимися факторами риска ИИ и тромбоемболических осложнений были: артериальная гипертония, сердечная недостаточность и атеросклеротическое поражение сосудов.

В 77% случаев ИИ у больных с ФП сопровождалось развитием тяжелого неврологического дефицита.

Все пациенты, перенесшие ИИ на фоне ФП имели высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоемболий; у 76% больных был высокий риск кровотечений.

Антикоагулянты получали 20,5% больных, антиагреганты – 40,5%, а у 39% больных не проводилась антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.

## НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ В ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Биек А.Ю., Арямкина О.Л., Алимова Р.Р., Бессонова А.Р.

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

**Актуальность.** Коморбидность в рамках мультифакториальности или мультиморбидности при заболеваниях, составляющих метаболический синдром, основу которого определяет сердечно-сосудистый континуум, в XXI веке расширена до 7 нозологий, одна из которых неалкогольная жировая болезнь (НАЖБП, требующая особого внимания. НАЖБП преимущественно развивается при дислипидемии и инсулинорезистентности. Однако, НАЖБП требует исключения лекарственного, алкогольного стеатогепатита и хронического гепатита С.

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости и клинические формы НАЖБП при сахарном диабете (СД) 2-го типа, протекающем в рамках метаболического синдрома и кардиоваскулярной патологии.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки за 2017-2018 годы обследованы 1928 больных, пролеченных в БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Оценивали нозологическую структуру полиморбидности, состояние печени по клинико-лабораторным и сонографическим параметрам. Диагноз НАЖБП установлен при стеатозе печени и при исключении вирусного (В и С), лекарственного, аутоиммунного, алкогольного гепатита. Диагнозы СД 2-го типа, гиперхолестеринемии, дислипидемии, ИБС, АГ, атеросклероза иных локализаций, ожирения установлены согласно стандартам и клиническим рекомендациям заболеваний с применением всех комплексов необходимой верификации нозологий. Проводились в том числе эластометрия печени, СМАД, УЗИ сосудов, органов брюшной полости. Обследованы 1862 больных СД 2-го типа. Обработка проведена лицензионной программой STATISTICA 10.0.

**Результаты.** За отчетный период в эндокринологии пролечено 3173 человек, из них у 1862 (58,7%) с СД 2-го типа, который сочетался с диагностированной НАЖБП у 245 больных (13,2%) – стеатоз (n=116, 47,3%), стеатогепатит (n=114, 46,5%) и цирроз печени (n=15, 6,5%). Группу сравнения им составили 66 больных гастроэнтерологического отделения со стеатогепатитом при НАЖБП, сопоставимых по полу, возрасту, структуре коморбидности. Выявили цитолиз (38,4%), изменения печени по УЗИ – стеатоз, изменение структуры (100%) Преобладали лица 50 лет и старше (89,5%), в 2,21 раз чаще болели женщины. Коморбидность при НАЖБП представлена еще и ожирением (67,5%), АГ (85,8%), ИБС (31,2%), атерогенная дислипидемия (100%). Из 311 случаев активность гепатита была в 62,7% случаев.

**Заключение.** Таким образом НАЖБП диагностируется в каждом шестом случае СД 2-го тип, протекающего коморбидно. В 86,8% случаев требуются дополнительные исследования по программе НАЖБП (NAFLD Fibrosis Score, APRI TEST, STEATO TEST, NASH TEST).

**БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
ПОЧЕК КАК МАРКЕР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ  
ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ**

**Богатырева М. М-Б.**

**ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Магас, Россия**

**Цель исследования.** Оценить влияние темпов прогрессирования хронической болезни почек на выживаемость больных после старта заместительной почечной терапии (ЗПТ).

**Материал и методы.** Проанализированы данные 97 пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), умерших и прошедших аутопсию, из которых 11 пациентов находились на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе, 40 пациентов получали лечение программным гемодиализом и 46 пациентов не получали заместительной почечной терапии. Основной причиной уремии послужили хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, сахарный диабет и эссенциальная артериальная гипертензия. Мужчин было 45 (46,4%), женщин – 52 (53,6%). Средний возраст больных составил  $61,13 \pm 1,15$  лет.

**Результаты и обсуждение.** В течение первого года после клинического дебютирования хронической почечной недостаточности (ХПН) умерло 33 больных (34%), в течение первых пяти лет – 74 больных (76,3%), более чем 10-летний стаж ХПН отмечен у 10 больных (10,3%). В группе диализных больных в течение первого года после клинического дебютирования ХПН умерло – 11 больных (21,6%), в группе не получавших ЗПТ – 22 больных – 47,8% ( $\chi^2=6,3$ ,  $p=0,01$ ). 5- и 10- летняя выживаемость у больных, получавших ЗПТ составила – 37,2% и 16,3%, у больных группы без ЗПТ – 8% и 0% ( $\chi^2=5,5$ ,  $p=0,019$  и  $\chi^2=2,9$ ,  $p=0,09$  соответственно). Выявлена выраженная высокодостоверная положительная корреляция между стажем ХПН и длительностью диализной терапии ( $r_s=0,73$ ,  $p<0,001$ ). Медиана длительности диализа составила у больных со стажем ХПН до 1 года - 3,5 мес; от 2 до 10 лет – 31,5 мес и более 10 лет – 72 мес. ( $N=15,9$ ,  $p<0,001$ ). При этом пятилетняя выживаемость после дебютирования ХПН у диализных больных была более чем в 4 раза выше по сравнению с больными, не получавшими ЗПТ ( $p<0,02$ ), более 10 лет после диагностирования ХПН продолжала жить шестая часть больных, которым была начата ЗПТ и ни один больной, которому такая терапия не проводилась. Медиана длительности жизни после дебютирования ХПН у диализных больных была в 4 раза выше по сравнению с больными, не получавшими ЗПТ ( $p<0,001$ ). Половина больных с преддиализной стадией ТХПН умерли от нарастания уремии, тогда как в группе диализных больных – 29,4%.

**Выводы.** Быстро прогрессирующее течение хронической болезни почек выступает важным неблагоприятным предиктором укорочения продолжительности жизни на диализе, что наглядно демонстрирует выраженная высокодостоверная корреляция между стажем ХПН и длительностью диализа у умерших больных. При этом своевременное начало заместительной почечной терапии у больных с ТХПН ассоциируется с увеличением продолжительности жизни вследствие снижения смертности непосредственно от уремии.



## **ВОЗМОЖНО БОЛЕЕ РАННЕЕ НАЧАЛО ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КАК ПРЕДИКТОР УЛУЧШЕНИЯ ВИТАЛЬНОГО ПРОГНОЗА**

**Богатырева М. М-Б.**

**ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Магас, Россия**

**Цель исследования.** Выявить предикторы улучшения продолжительности жизни на диализе у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН).

**Материал и методы.** Исследование проводилось на основе данных пациентов с ТХПН, получавших заместительную почечную терапию (ЗПТ) в виде программного гемодиализа (ГД) и постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПД) Все пациенты после смерти прошли аутопсическое исследование. Основной причиной уремии послужили хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, сахарный диабет и эссенциальная артериальная гипертензия. Средний возраст больных составил  $58,2 \pm 1,9$  лет. Больные получали бикарбонатный гемодиализ на аппаратах «А4008Е» («Fresenius», Германия) с использованием полисульфоновых мембран (40 больных), 11 больных получали ПД по стандартной программе: 4 обмена по 2-2,5 литра диализного раствора в сутки. Сердечно-сосудистые заболевания выступили в качестве причины смерти в 56,9% случаев, ТХПН послужила причиной смерти у диализных больных в 29,4% случаев.

**Результаты и обсуждение.** По полученным нами данным в течение первого года после клинического дебютирования ХПН умерло 11 больных (21,6%); 5- и 10-летняя выживаемость составила – 37,2% и 16,3% соответственно. Из больных, получавших гемодиализ в качестве ЗПТ, 6 больных (15%) получали предварительно заместительную терапию ПД длительностью от 6 до 28 мес., из них 3 больных (50%) умерли в течение первого месяца после перевода на ГД. В целом в течение первого года от начала заместительной терапии ГД умерло 18 больных (45%), из них 8 больных (44,4%) в течение первого месяца; 35 больных (87,5%) не преодолели 5-летний рубеж терапии ГД. В группе ПД годовой рубеж заместительной терапии ПД не преодолели 6 (54,5%) больных; 10 (91%) больных находились на диализе менее 5 лет. При небольших математических подсчетах получается, что в течение первого месяца от начала проведения процедур гемодиализа умер каждый пятый больной, в последующие от 2 до 12 месяцев смертность снизилась в 9 раз, от 13 до 60 месяцев - более чем в 20 раз.

**Выводы.** Таким образом, как ни парадоксально это звучит, в первые пять лет риск смерти у больных, начавших терапию ГД, с увеличением ее продолжительности значительно уменьшается. Это подтверждается полученной как нами, так и другими исследователями достоверно меньшей (более чем в 2 раза) длительностью ГД у умерших больных по сравнению с живыми больными. В качестве критических периодов можно выделить первый год и, особенно, первый месяц от начала диализной терапии. До 2014 года 70% почечных больных Москвы начинали диализ, пройдя жизнеспасующую терапию в реанимации, в 2017 году доля попавших с этим диагнозом в реанимацию сократилась до 50%. В Западной Европе начинают диализ по экстренным показаниям не более 20% больных. Все это говорит о необходимости своевременного, возможного более раннего начала заместительной почечной терапии у уремических больных.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ДАННЫМ АУТОПСИИ**

**Богатырева М. М-Б.**

**ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Магас, Россия**

**Цель исследования.** Оценить распространенность и выраженность гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с терминальной стадией хронической болезни почек (ТХБП) по данным эхокардиографии (ЭХОКГ) и данным аутопсии, в том числе в сравнительном аспекте.

**Материал и методы.** Проанализированы данные 97 пациентов с ТХБП (I группа), умерших и прошедших аутопсию, из которых 11 пациентов находились на перитонеальном диализе (ПД), 40 пациентов получали лечение программным гемодиализом (ГД) и 46 пациентов не получали заместительной почечной терапии; а также данные эхокардиографии 28 пациентов с ТХБП, продолжавших получать гемодиализ (II группа). Средний возраст больных составил  $61,13 \pm 1,15$  и  $53,8 \pm 3,6$  лет в I и II группах соответственно. ГЛЖ диагностировалась по данным аутопсии при массе сердца более 285 г для женщин и 320 г для мужчин и толщине свободной стенки ЛЖ (мм) более 12 мм. При ЭХОКГ критериями ГЛЖ были толщина межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка более 12 мм, масса миокарда ЛЖ более 220 г для мужчин и более 190 г для женщин.

**Результаты и обсуждение.** По результатам нашего исследования ГЛЖ при аутопсии была обнаружена у 96% больных с ТХБП. Частота ГЛЖ еще в преддиализной стадии составила 93,5%, у больных, находившихся на ГД, ГЛЖ была выявлена в 97,5% случаев, у больных, получавших ПД – в 100% случаев. Средние значения свободной стенки ЛЖ по данным аутопсии составили —  $18,3 \pm 0,4$  мм. Аутопсия выявила незначительную ГЛЖ у 10,8% больных, умеренную и значительную ГЛЖ - у 23,7% и 21,5% больных соответственно, выраженную ГЛЖ и гипертрофию ЛЖ высокой степени - у 19,4% и 26,9% больных. У больных II группы ГЛЖ была выявлена у 25 (83,3%) больных; средние значения массы сердца составили  $302,5 \pm 84,8$  г, средние значения толщины МЖП -  $14,4 \pm 2,2$  мм, толщины ЗСЛЖ -  $14,1 \pm 2,2$  мм. Незначительная степень ГЛЖ встречалась в 40% случаев, умеренная ГЛЖ в 32% случаев, значительная ГЛЖ в 28% случаев, выраженная ГЛЖ и гипертрофия ЛЖ высокой степени не были выявлены ни разу.

Таким образом по полученным данным у подавляющего большинства больных с выявленной эхокардиографически ГЛЖ, диагностировалась незначительная и умеренная степень гипертрофии (72% случаев), значительная ГЛЖ была выявлена в 28% случаев. В то время как при аутопсии незначительная и умеренная ГЛЖ составили только 34,5%; выраженная ГЛЖ и гипертрофия ЛЖ высокой степени при аутопсии обнаружены у 46,3% больных.

**Выводы.** Мы хорошо понимаем всю условность данных сравнений, однако, приведенные цифры, на наш взгляд, косвенно указывают на невысокую чувствительность эхокардиографии в диагностике распространенности и выраженности ГЛЖ у больных с ТХБП. Стоит также отметить, что полученные нами данные ЭХОКГ по выраженности ГЛЖ совпадают с имеющимися литературными данными по эхокардиографической оценке ГЛЖ у уремических больных.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У УРЕМИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Богатырева М.М-Б.**

**ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Магас, Россия**

Хорошо известно, что сердечно-сосудистая летальность является основной причиной смертности больных с терминальной хронической почечной недостаточностью, составляя по данным большинства авторов около 60% в общей структуре летальности. Эхокардиография является доступным, неинвазивным методом, рекомендованным для проведения всем больным с терминальной хронической

почечной недостаточностью, в том числе для динамической оценки эхокардиографических показателей.

**Цель исследования.** Оценить влияние эхокардиографических показателей на выживаемость больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН).

**Материал и методы.** Проанализированы данные эхокардиографии 28 пациентов с ТХПН, получавших диализную терапию и умерших в течении месяца после проведения эхокардиографии (I группа) и 30 пациентов с ТХПН, продолжавших находится на диализе (II группа). Возраст больных колебался в I группе от 23 до 85 лет, в среднем  $61,13 \pm 1,15$  лет; во II группе от 21 до 56 лет, в среднем  $41,32 \pm 1,78$  лет. Среди больных I группы: мужчин – 45 (46,4%), женщин – 52 (53,6%); среди больных II группы мужчин – 19 (63,3%), женщин – 11 (36,7%) ( $\chi^2=2,0$ ,  $p=0,16$ ). Основными причинами уремии послужили в обеих группах хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, сахарный диабет и эссенциальная артериальная гипертония. Артериальная гипертония зарегистрирована у 25 (89%) больных I группы и 25 (83%) больных II группы (различия недостоверны). Всем больным была проведена трансторакальная эхокардиография в стандартных эхокардиографических позициях.

**Результаты и обсуждение.** При сравнении результатов эхокардиографии у умерших и живых пациентов с ТХПН, у больных I группы достоверно выше оказались следующие показатели: диаметр левого предсердия -  $40,2 \pm 5,03$  против  $37,6 \pm 4,4$  мм у больных II группы ( $t=2,2$ ;  $p=0,03$ ), вертикальный размер левого предсердия -  $55,7 \pm 9,1$  против  $47,5 \pm 5,4$  мм ( $t=4,2$ ;  $p=0,000$ ), вертикальный размер правого предсердия -  $53,5 \pm 10,5$  против  $46,1 \pm 5,2$  мм ( $t=2,9$ ;  $p=0,006$ ). Сократительная способность миокарда была снижена у больных I группы по сравнению с больными II группы, о чем свидетельствовала сниженная фракция выброса:  $48,6 \pm 9,9\%$  против  $62,6 \pm 8,4\%$  ( $t=5,8$ ;  $p=0,000$ ). В процентном соотношении систолическая дисфункция диагностировалась у 57,1% больных I группы против 13,3% больных II группы ( $\chi^2=10,4$ ;  $p=0,001$ ). У больных II группы по сравнению с больными I группы достоверно выше был показатель толщины задней стенки левого желудочка:  $14,1 \pm 2,2$  и  $12,8 \pm 1,77$  мм соответственно ( $t=2,4$ ;  $p=0,02$ ). В отношении показателей толщины межжелудочковой перегородки, толщины свободной стенки правого желудочка, конечно-диастолического размера левого желудочка, наличия диастолической дисфункции миокарда левого желудочка достоверных различий у больных I и II групп не выявлено.

**Заключение.** По полученным нами данным трансторакальной эхокардиографии увеличение размеров предсердий, снижение фракции выброса левого желудочка являлись наиболее значимыми достоверными маркерами неблагоприятного прогноза у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИИ

Бодаубай Р., Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т.

Медицинский университет Караганды, Караганда, Республика Казахстан

**Цель работы:** оценить качества жизни пациентов после стентирования коронарных артерии.

**Методы исследования.** В исследование были включены 80 пациентов после стентированием коронарных артерии в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст  $65,5 \pm 7,7$  лет). При обследовании у всех пациентов собрали полный анамнез, проводили физикальное исследование. Изучение качества жизни у пациентов проведено с

помощью методики опросника SF – 36. Опросник позволял оценить: GH (General Health) – общее состояние здоровья; PF (Physical Functioning) – физическое функционирование; RP (Role–Physical) – влияние физического состояния на работу и выполнение повседневной деятельности; RE (Role–Emotional) – влияние эмоционального состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности; BP (Bodily Pain) – интенсивность боли в груди за прошедший месяц; VT (Vitality) – жизнеспособность; MH (Mental Health) – самооценку психического здоровья (10). Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0. Уровень статистической значимости всех тестов был принят как  $p > 0,05$ .

**Полученные результаты.** Проведенное исследование показало, что по данным опросника у мужчин и женщин значения GH и VT оказались ниже (на 33,5% и 14,4% соответственно;  $U=123,5-569,0$ ; все  $p=0,001-0,049$ ). В дальнейшем был выполнен корреляционный анализ характеристик качества жизни пациентов. По анализу опросника независимо от пола была обнаружена связь между параметрами GH и BP, GH и PF, PF и VT, VT и MH, RP и RE ( $R_s=0,41-0,65$ ). Кроме этого, у мужчины показатель BP ассоциировался с PF и VT ( $R_s=0,27-0,45$ ). При этом у женщины была выявлена корреляция параметров PF и VT ( $R_s=0,56$ ). В дальнейшем был выполнен анализ гендерных различий характеристик качества жизни. При этом значении PF у мужчин оказалось выше, чем у женщин (на 18,4%;  $U=1099$ ;  $p=0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, качество жизни пациентов в отдаленные сроки после стентирования коронарных артерий достоверно возросло преимущественно за счет физического компонента. Снижение показателя физического компонента, может служить предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений на отдаленных сроках наблюдения после стентирования коронарных артерий.

## **ПОКАЗАТЕЛИ КОАГУЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

**Бодаубай Р., Тайжанова Д.Ж., Калимбетова А.Б.**

**Медицинский университет Караганды, Караганда, Республика Казахстан**

**Цель работы:** оценить показатели коагулограммы у пациентов после стентирования коронарных артерий.

**Методы исследования.** Для достижения поставленной цели проведено комплексное обследование, динамическое наблюдение 60 пациентов с диагнозом ишемическая болезнь сердца, госпитализированных и пролеченных, в том числе, с помощью чрескожного коронарного вмешательства (стентирования коронарных артерий) в Областном кардиологическом центре, г.Караганды с 2017 по 2018гг.

Средний возраст пациентов составил  $62,4 \pm 8,15$  года. У всех больных выяснялись анамнестические факторы риска ишемической болезни сердца (ИБС) — наличие курения и отягощенного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям. Общеклиническое обследование включало - сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр; определялись антропометрические показатели (рост, масса тела, индекс массы тела). Проанализированы показатели коагулограммы — тромбоциты, тромбиновое время (ТВ), протромбиновое время (ПВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), фибриноген.

Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0. Уровень статистической значимости всех тестов был принят как  $p > 0,05$ .

Все пациенты были осведомлены об условиях исследования, дали информационное согласие на участие в исследовании.

**Полученные результаты.** Проведенное исследование показывало, что в большинстве случаев у всех обследованных пациентов была выявлена тенденция к повышенному внутрисосудистому тромбообразованию, проявляющаяся в увеличении на 36% концентрации фибриногена, уменьшении ПТВ и АЧТВ на 10% ( $p < 0,05$ ) 18% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Показатели протромбинового времени исследовали определением тромботеста, протромбинового индекса (менее чувствительны), а также МНО, рекомендуемым ВОЗ как более чувствительный метод. Получены следующие результаты: тромботест —  $(4,7 \pm 0,09)$  ст., протромбиновый индекс (ПИ) —  $(81,03 \pm 1,36)$  %, МНО —  $(1,9 \pm 0,04)$ , что соответствует общепринятым нормам и свидетельствует об адекватном функционировании внешнего механизма свертывания коагуляционного гемостаза.

**Выводы.** Таким образом, механизм нарушенного равновесия между свертывающей и противосвертывающей системами крови сводится к активации коагулянтного звена гемостаза при достоверном снижении активности ингибирующей системы и умеренно угнетенном фибринолизе. Это увеличивает риск ретромбозов и требует на данном этапе реабилитации тщательного контроля системы гемостаза, а при необходимости и его коррекции.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ**

**Бугибаева А.Б., Алина А.Р., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Шерьяданова Д.Н**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Оценить уровень галектина-3 у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с диабетической нефропатией (ДН).

**Материал и методы.** В исследование включено 42 пациента с СД 2 типа, из них 21 (мужчин-9, женщин-12) человек с СД 2 типа с ДН, 21 (мужчин-8, женщин-13) человек с СД 2 типа без ДН. СД 2 типа диагностирован согласно рекомендациям Американской ассоциации диабета (2013г). Критериями наличия нарушения функции почек были: стойкая микроальбуминурия (МАУ)/протеинурия или при их отсутствии – снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже  $60$   $\text{мл/мин/1,73 кв.м}$  в течении последних 3 месяцев. Средний возраст пациентов СД 2 типа составил –  $55,5 \pm 6,7$  лет. Средняя длительность заболевания СД 2 типа в группе пациентов с СД 2 типа с ДН -  $11,5 \pm 6,4$  лет, СД 2 типа без ДН –  $6,6 \pm 4,8$  год. Контрольную группу составили 17 (мужчин-7, женщин-10) человек без СД 2 типа и нарушения функции почек, средний возраст -  $50,5 \pm 6,4$  лет. Всем больным проводились анкетирование, общие клинические исследования, включая определение в крови креатинина, глюкозы в плазме крови натощак, гликолизированного гемоглобина (HbA1c) общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и альбумина в моче. Уровень галектина-3 определялся с помощью мультиплексного иммунологического анализа и стандартизированной иммунологической панели Bio-Plex Pro RBM Human Metab Panel 2.

**Результаты.** При анализе показателей углеводного обмена у пациентов с СД 2 типа с ДН и без ДН средний уровень глюкозы натощак ( $9,1 \pm 2,6$  и  $8,1 \pm 2,3$  ммоль/л, соответственно) и средний уровень HbA1c ( $8,4 \pm 1,8$  и  $7,9 \pm 1,2$ %, соответственно) достоверно не отличались. Таким образом, пациенты СД 2 типа находились в стадии декомпенсации углеводного обмена. При оценке липидного спектра отмечается увеличение среднего уровня ТГ у 48% пациентов с ДН ( $2,5 \pm 1,4$  ммоль/л), у 28% пациентов без ДН ( $1,8 \pm 0,8$  ммоль/л). Гиперхолестеринемия наблюдалась у 48%

пациентов с ДН ( $5,6 \pm 1,6$  ммоль/л), у 38% пациентов без ДН ( $5,6 \pm 1,5$  ммоль/л). Показатели ЛПВП и ЛПНП в исследуемых группах были в пределах допустимой нормы. У пациентов с ДН в 57 % случаев выявлена микроальбуминурия, в 43% - протеинурия. Повышение креатинина наблюдались у 62% пациентов с ДН ( $150,86 \pm 68,35$  мкмоль/л), у пациентов без ДН уровень креатинина был в пределах допустимой нормы ( $61,40 \pm 52,93$  мкмоль л). В группе с ДН пациенты имели более низкий средний уровень СКФ по СКД-ЕРІ -  $53,7 \pm 26,4$  мл/мин/1,73 кв.м. Средний уровень галектина-3 в группе больных с СД 2 типа с ДН составил  $15571 \pm 5691$  pg/ml, в группе без ДН -  $14720 \pm 4540$  pg/ml, в контрольной группе -  $12417 \pm 3722$  pg/ml. У пациентов с микроальбуминурией уровень галектина-3 составил  $14400 \pm 5666$  pg/ml, с протеинурией -  $14880 \pm 5666$  pg/ml, с ХПН -  $15181 \pm 5666$  pg/ml.

**Заключение.** Таким образом, уровень маркера фиброза галектин-3 у пациентов с СД 2 типа с ДН выше по сравнению с больными без ДН и контрольной группой. Повышение уровня галектина – 3 у больных с ДН выявлено уже на стадии микроальбуминурии.

### **УРОВЕНЬ ГАЛЕКТИНА-3 У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА** **Бугибаева А.Б., Алина А.Р., Ларюшина Е.М, Бачева И.В., Оспанова Г.Г.** **НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Оценить уровень галектина-3 у пациентов сахарным диабетом (СД) 2 типа.

**Материал и методы.** В исследование было включено 32 пациента с СД 2 типа. Контрольную группу составили 20 человек без нарушения углеводного обмена ( $n=20$ ). Средний возраст пациентов в группе СД 2 типа составил  $56,4 \pm 5,6$  лет, в группе контроля -  $50,4 \pm 9,3$  лет. Всем пациентам проводились анкетирование, общие клинические исследования, включая определение глюкозы в плазме крови натощак, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), а также оценивали уровень маркера фиброза - галектина-3. Уровень галектина-3 определялся с помощью мультиплексного иммунологического анализа и стандартизированной иммунологической панели Bio-Plex Pro RBM Human Metab Panel 2.

**Результаты.** У пациентов СД 2 типа средний уровень HbA1c составил -  $7,3 \pm 1,5\%$  (у мужчин -  $7,2 \pm 1,4\%$ , у женщин -  $7,3 \pm 1,5\%$ ). Средний уровень глюкозы крови натощак составил -  $8,4 \pm 1,8$  ммоль/л (у мужчин -  $8,7 \pm 2,04$  ммоль/л, у женщин -  $8,2 \pm 1,8$  ммоль/л). Таким образом, пациенты СД 2 типа находились в стадии декомпенсации углеводного обмена. Среди пациентов СД 2 типа 1 степень артериальной гипертензии (АГ) имели - 41%, 2 степень - 19%, 3 степень - 6%. 34% пациента СД 2 типа имели избыточную массу тела, 28% ожирение 1 степени, 16% - 2 степени, 9% - 3 степени. Средний уровень галектина-3 у пациентов СД 2 типа составил  $14878 \pm 4030$  pg/ml, в группе контроля -  $12417 \pm 3722$  pg/ml, достоверного отличия не выявлено. У женщин СД 2 типа уровень галектина -3 составил  $15878 \pm 4761$  pg/ml, у мужчин -  $14129 \pm 4732$  pg/ml. Показатели галектина -3 у респондентов женского пола контрольной группы был  $13628 \pm 3979$  pg/ml, у мужчин -  $11417 \pm 3722$  pg/ml. Таким образом, в обеих исследуемых группах отмечается более высокий уровень галектина-3 у женщин по сравнению с мужчинами. Проведен анализ уровня галектина-3 в зависимости от возраста пациентов и наличия или отсутствия осложнений СД. В группе пациентов СД 2 типа не имеющих осложнения диабета лиц молодого возраста не было. У пациентов среднего (45-59 лет) и пожилого (60-74 лет) возраста не имеющих осложнения СД показатели углеводного обмена, уровень АД и ИМТ не различались. Уровень галектина-3 у лиц пожилого возраста составил  $15196 \pm 7759$  pg/ml, у пациентов среднего возраста -  $14910 \pm 7769$  pg/ml. У пациентов молодого (18-44 лет), среднего (45-59 лет) и пожилого (60-74 лет) возраста имеющих тяжелые

осложнения СД показатели углеводного обмена и ИМТ не различались. Пациенты пожилого возраста имели более высокий уровень АД по сравнению с лицами молодого и среднего возраста. Уровень галектина-3 у лиц молодого возраста, имеющие тяжелые осложнения составил - 13172 pg/ml. У лиц среднего и пожилого возраста, имеющих тяжелые осложнения СД уровень галектина-3 был значительно выше, и составили 18155 pg/ml и 19810 pg/ml, соответственно.

**Заключение.** Уровень маркера фиброза галектин-3 был значительно выше у лиц женского пола. Выявлена тенденция к повышению среднего уровня галектина -3 у лиц среднего и пожилого возраста с СД 2 типа, имеющих тяжелые осложнения диабета.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ОБРАЩАЕМОСТИ К ГЕМАТОЛОГУ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**Бутюгина М.Н., Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М.,**

**Щербатаев Ш.К., Анафина А.Ж.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Оценить причины обращаемости пациентов к гематологу на амбулаторном этапе.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 219 медицинских заключений пациентов, проконсультированных врачом гематологом с ноября 2017 года по ноябрь 2018 года на базе Университетской клиники.

**Результаты.** Среди проанализированных медицинских заключений за указанный период было осмотрено 81,7% женщин, 18,2% мужчин. Из общего числа проанализированных медицинских заключений 43,4% пациентов обратились с синдромом анемии. При проведении дифференциально- диагностического поиска у 37,1% его генез был обусловлен дефицитом железа. Подавляющее большинство пациентов с железодефицитной анемией приходилось на женщин (95,4%), из которых 50,7% женщин, состояли на учете по поводу беременности и более половины (55%) были направлены к гематологу в период второго и третьего триместра. У 5,7% выявлена полидефицитная анемия (сочетание дефицита витамина В12, фолиевой кислоты, железа). Изолированная витамин В12-дефицитная анемия выявлена у 1,7% пациентов. Нормохромные анемии диагностированы в 0,5 % случаев, генез которых требовал уточнения с проведением соответствующего алгоритма диагностического поиска.

Патология гемостаза выявлена у 26,2%, из них 73,9 % пациентов (14,7% мужчин и 85,3% женщин) были направлены врачом общей практики по причине тромбоцитопении. Геморрагический синдром по петехиально-пятнистому типу имел место лишь в 2,9% случаев, с последующей верификацией иммунной тромбоцитопении. В остальных случаях тромбоцитопении не сопровождалась геморрагическими проявлениями. 48,1% женщин, направленных по поводу тромбоцитопении, состояли на учете по поводу беременности. Геморрагический синдром по гематомному типу был выявлен у 2-х пациентов, у которых в ходе дальнейшего обследования была верифицирована гемофилия А, легкой степени тяжести. Пациентов с тромбофилическими состояниями проконсультировано 13,04%, из общего числа пациентов с патологией гемостаза. Пациенты с другими гематологическими синдромами составили 19,6%, из них с двухростковым цитозом - 11,5%, тромбоцитозом - 26,9%, панмиелозом - 15,3%, эритроцитозом - 23%, панцитопенией - 11,5%, лейкопенией - 7,6%, лимфоаденопатией- 4%. Меньшая доля пациентов, всего 10,8% направленных с верифицированными онкогематологическими заболеваниями, такими как идиопатический миелофиброз

(10,5%), острый лимфобластный лейкоз (5,2%), множественная миелома (5,2%), хронический неходжкинские лимфомы (5,2%).

**Заключение.** Основная доля обращений пациентов приходится на железодефицитные анемии, преимущественно у женщин, а также на тромбоцитопению в период беременности, что определяет необходимость исследования показателей периферической крови у женщин фертильного возраста на этапе планирования беременности.

## **ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Будникова Н.В.<sup>1</sup>, Романенко И.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ОБУЗ «ГКБ №3 г. Иванова», Иваново, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

**Актуальность.** Артериальная гипертония (АГ) является основной составляющей сердечно-сосудистых заболеваний, которые имеют большую социальной значимостью. Для предупреждения развития АГ необходима оценка факторов и их своевременная коррекция. Особенно это актуально у лиц молодого возраста, так как состояние здоровья молодежи – важный фактор обеспечения социального и экономического развития общества.

**Цель работы.** Изучение факторов риска развития АГ и вкусовой чувствительности (ВЧ) у лиц молодого возраста.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование и клиническое обследование 55 лиц молодого возраста (30,9% мужчин, 69,1% женщин). Средний возраст составил – 20,76±6,67 лет. Исследование ВЧ проводилось по методике ГОСТ Р ИСО 3972-2005.

**Результаты.** По результатам анкетирования выявлено, что у 32,72% была отягощена наследственность по АГ, курили 12,72%. На момент осмотра у 78,18% регистрировалось артериальное давление (АД) в пределах допустимых нормальных значений, высокое нормальное АД отмечалось у 12,73% обследуемых, АГ 1 степени была у 9,09%.

При опросе установлено, что ограничивали употребление соли 7,27%, при этом, по данным анкетирования избыточно использовали соль 43,63% молодых людей.

При оценке индекса массы тела выявлено, что у обследованных лиц была нормальная масса тела (54,55%), избыточная масса тела (45,45%), включающая предожирение и ожирение 1-2 степени. Абдоминальное ожирение было у 23,68% женщин и у 29,41% мужчин. При этом соблюдали гипокалорийную диету 5,45%.

Оценка ВЧ показала, что кислый вкус был идентифицирован 96,36% обследованными, горький вкус – 81,81%, сладкий вкус – 81,27%, соленый вкус – 78,18%.

**Заключение.** Из факторов риска АГ у лиц молодого возраста наиболее часто встречались: избыточная масса тела (45,45%), злоупотребление соли (43,63%), отягощенная наследственность по АГ (32,72%). При оценке ВЧ было выявлено, что большинство лиц молодого возраста идентифицируют кислый (96,36%), горький (81,81%) и сладкий (81,27%) вкусы. Соленый вкус определяла меньшая часть обследованных (78,18%). Снижение порога чувствительности к данному вкусу при наличии факторов риска в дальнейшем может привести к развитию АГ. Таким образом, у лиц молодого возраста имеет место высокая частота модифицируемых факторов риска, что требует изменения образа жизни и коррекции данных факторов.



## ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛЮДЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Бунин В.А.<sup>1</sup>, Козлов К.Л.<sup>1</sup>, Миронова Е.С.<sup>1</sup>, Сараев Г.Б.<sup>1</sup>, Пальцева Е.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

**Актуальность.** При инфаркте миокарда (ИМ) репарация сердечной ткани осуществляется за счет клеточных элементов (фибробластов) и внеклеточного матрикса. Регуляция метаболизма белков внеклеточного матрикса осуществляется системой матриксных металлопротеиназ (ММПs) и их тканевых ингибиторов. Уровень ММП-8 и ММП-9 в плазме крови является фактором риска развития ИМ и других сердечно-сосудистых заболеваний, а также свидетельствует о степени повреждения миокарда.

**Цель работы** - провести сравнительный анализ концентрации ММП-8 и ММП-9 в слюне лиц среднего и пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии (ССП) и с ИМ.

**Материал и методы.** Материалом для исследования служила слюна, полученная от лиц без СПП (73 человека, контроль), а также от пациентов с ИМ (65 человек). Материал был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова от доноров среднего ( $55,3 \pm 2,1$  года) и пожилого возраста ( $71,0 \pm 2,7$  года). Концентрацию ММП-8 и ММП-9 в слюне человека определяли при помощи метода иммуноферментного анализа (BioTek Instruments), с использованием набора (HS)-CRP EIA kit (DRG International Inc). Для статистической обработки результатов применяли программу SPSS Statistics 17.0, а также критерий Колмогорова-Смирнова, t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни.

**Результаты.** У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация ММП-8 в слюне повышалась в 4,3 раза по сравнению с контролем соответствующей возрастной группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без СПП концентрация ММП-8 в слюне уменьшилась в 1,6 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация ММП-8 в слюне повышалась в 6,4 раза по сравнению с контролем соответствующей возрастной группы. У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация ММП-9 в слюне повышалась в 4,6 раза по сравнению с контролем соответствующей возрастной группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без СПП не обнаружено различий концентрации ММП-9 в слюне. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация ММП-9 в слюне повышалась в 4,75 раза по сравнению с контролем соответствующей группы.

**Заключение.** Таким образом, при ИМ ремоделирование межклеточного матрикса усиливается, о чем свидетельствует повышение концентрации ММП-8 и ММП-9 в слюне у лиц разного возраста. Однако, у лиц без СПП с возрастом также отмечается повышение концентрации ММП-9. Таким образом, для диагностики развития ИМ по материалу слюны может быть рекомендован только маркер ММП-8.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗМЕРОВ ПОЛОСТЕЙ И СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЖ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.**

**Бунин Ю. А., Миклишанская С.В., Карлова Н.А., Тайбер Г.С., Антонов Д.Е.,  
Белякова М.Д., Портнягина Р.И.**

**ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного  
последипломного образования, Москва, Россия**

**Главный клинический госпиталь МВД РФ, Москва, Россия**

**Госпиталь ветеранов войн №1 ДЗМ, Москва, Россия**

**Цель исследования.** Изучить размеры левых отделов сердца и сократительной функции миокарда ЛЖ у больных разных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Были обследованы 82 пациента с фибрилляцией предсердий (ФП), находящихся на лечении в главном клиническом госпитале МВД, 71 мужчина и 11 женщин, медиана возраста составила 62 [54;71] года. Наряду с общеклиническими методами обследования всем больным была выполнена эхокардиография.

Результаты исследования представлены в виде Me (LQ-UQ), где Me - медиана, LQ-UQ – межквартильный размах. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью U теста Манн-Уитни (Mann-Whitney U Test).

**Результаты.** Все обследованные больные были разделены на 2 группы в соответствии с возрастом. В первую группу вошли больные в возрасте 60 лет и старше, всего 45 человек, медиана возраста 70 [65;73]года. Вторую группу составили больные младше 60 лет, всего 37 человек, медиана возраста 54 [48;56] года. Достоверных различий между группами по величине фракции выброса левого желудочка (ФВ) и размерам левых отделов сердца выявлено не было (ЛП, КДР ЛЖ).ФВ: 64% [46;69] vs 63%[56;67];p=0,97. Передне-задний размер левого предсердия: 4,2см[4,0;4,7]vs 4,1см [3,8;4,5];p=0,15.Конечно-диастолический размер ЛЖ: 5,4 см[5,1;6,6]vs 5,3см [4,7;5,9];p=0,15. Были выявлены достоверные различия по толщине межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ между группами. Толщина МЖП: 1,0 см [0,9;1,1] vs 1,15 см[1,0;1,3];p=0,004. Толщина задней стенки левого желудочка: 1,0 см[0,9;1,10] vs 1,10 см [1,0;1,2] ;p=0,03.

В тоже время у больных с пароксизмальной формой ФП (45 чел) размер полости ЛЖ достоверно меньше, а ФВ достоверно больше по сравнению с больными с постоянной формой ФП (34 чел).ФВ: 64% [57;67] vs 57%[43;66];p=0,007. Передне-задний размер левого предсердия: 4,1см[3,7;4,5] vs 4,2см [4,0;4,6];p=0,28.Конечно-диастолический размер ЛЖ: 5,2 см[4,8;5,6] vs 5,85см [5,2;6,55];p=0,01. По толщине стенок ЛЖ различий между группами не было.

**Заключение:** 1.Размеры ЛП и КДР ЛЖ достоверно не различались у больных старше и моложе 60 лет (p=0,15).

2.Толщина МЖП и ЗСЛЖ была достоверно больше у больных старше 60 лет (p< 0,05).

3.Фракция выброса достоверно выше (p=0,007), а полость ЛЖ достоверно меньше (p=0,01) у лиц с пароксизмальной формой ФП по сравнению с постоянной формой ФП.

## СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.

Бунин Ю. А., Миклишанская С.В., Золозова Е.А., Тайбер Г.С., Антонов Д.Е.,  
Белякова М.Д., Портнягина Р.И.

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного  
последипломного образования, Москва, Россия

Главный клинический госпиталь МВД РФ, Москва, Россия

**Цель исследования.** Провести сравнение характера поражения коронарного русла у больных с фибрилляцией предсердий моложе и старше 60 лет.

**Материалы и методы.** Были обследованы 82 пациента с фибрилляцией предсердий (ФП), находившихся на лечении в главном клиническом госпитале МВД, 71 мужчина и 11 женщин, медиана возраста составила 62 [54;71] года. Кроме общеклинических методов обследования для верификации диагноза ИБС всем больным проводилась коронарография. Под клинически значимым поражением коронарных артерий подразумевалось сужение диаметра одной из основных коронарных артерий (КА) на 50% и более у больных с доказанной ишемией. Оценивались передняя нисходящая ветвь левой коронарной артерии (ПНА), огибающая ветвь левой коронарной артерии (ОА), правая коронарная артерия (ПКА). Результаты исследования представлены в виде Me (LQ-UQ), где Me - медиана, LQ-UQ – межквартильный размах. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью U теста Манн-Уитни (Mann-Whitney U Test). Достоверность различий качественных признаков определялась при помощи двухстороннего теста Фишера (two-tailed Fisher exact test).

**Результаты.** Все обследованные больные были разделены на 2 группы в соответствии с возрастом. В первую группу вошли больные в возрасте 60 лет и старше, всего 45 человек, медиана возраста 70 [65;73] года. Вторую группу составили больные младше 60 лет, всего 37 человек, медиана возраста 54 [48;56] года. Диагностически значимое поражение ПНА отмечалось у 21 больного старше 60 лет и у 7 больных моложе 60 лет ( $p=0,01$ ). Медиана степени стенозирования ПНА в группах была соответственно: 94% [70;100] vs 90% [80;95] ( $p=0,7$ ). Диагностически значимое поражение ПКА отмечалось у 14 больных старше 60 лет и у 5 больных моложе 60 лет ( $p=0,04$ ). Медиана степени стенозирования ПКА в группах была соответственно: 89% [80;99] vs 80% [70;100] ( $p=0,9$ ). Диагностически значимое поражение ОА отмечалось у 10 больных старше 60 лет и у 2 больных моложе 60 лет ( $p=0,02$ ). Медиана степени стенозирования ОА в группах была соответственно: 70% [70;100] vs 70% [70;80] ( $p=0,05$ ). Многососудистое поражение коронарного русла встречалось у 16 больных 60 лет и старше и у 4 больных младше 60 лет ( $p=0,01$ ). Диагностически значимое поражение коронарного русла встречалось у 26 больных 60 лет и старше и у 13 больных младше 60 лет ( $p=0,04$ ). При анализе всех пациентов вне зависимости от возраста у больных с постоянной (46 чел) и пароксизмальной формами (36 чел) фибрилляции предсердий поражение коронарного русла встречалось одинаково часто ( $p=0,4$ ).

**Заключение:** 1. У больных с фибрилляцией предсердий в возрасте 60 лет и старше поражение коронарного русла выявлено достоверно чаще (57%), чем у лиц младше 60 лет в 35% случаев ( $p=0,04$ ).

2. Многососудистое поражение коронарного русла у лиц с фибрилляцией предсердий достоверно чаще встречалось у больных 60 лет и старше ( $p=0,01$ ).

3. Степень и количество пораженных коронарных артерий не зависело от формы фибрилляции предсердий ( $p=0,4$ ).

## ПОТЕНЦИАЛ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 40-59 ЛЕТ

Бурсиков А.В., Манюгина Е.А.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия», Иваново,  
ОБУЗ Городская клиническая больница №7, Иваново, Россия

**Актуальность.** Начальным этапом сердечно-сосудистого континуума является наличие или совокупность факторов риска (ФР), а мероприятия по коррекции ФР являются наиболее эффективными в плане первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Особенно это актуально в возрастной категории 40-59 лет, когда происходит манифестация клинических проявлений большинства сердечно-сосудистых заболеваний. На выявление ФР и их коррекцию в ходе профилактического консультирования нацелены мероприятия по проведению диспансеризации определенных групп населения.

**Цель работы.** Определить наличие модифицируемых ФР сердечно-сосудистых заболеваний в возрастной группе городских жителей 40-59 лет, прошедших 1 этап диспансеризации населения, у которых по результатам диспансеризации установлена 1 группа здоровья, то есть не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты диспансеризации 70 пациентов, жителей г. Иваново, прошедших в полном объеме 1 этап диспансеризации, у которых по результатам диспансеризации установлена 1 группа здоровья. Всего обследовано 30 (42,8%) мужчин и 40 (57,2%) женщин. Средний возраст женщин  $54,3 \pm 2,4$  года, мужчин  $50,3 \pm 4,2$  года. Исследовались наличие следующих ФР сердечно-сосудистых заболеваний: повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение. Объем исследования определен порядком проведения диспансеризации определенных групп населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 г. N 869н.

**Результаты.** Отсутствие хотя бы одного ФР выявлено только у 4 (5,7%) пациентов обследованной группы. Повышенный уровень АД впервые был выявлен у 8 (11,4%) человек, повышенный уровень глюкозы не был выявлен ни у одного человека, курили 4 (5,7%) человека. У 17 (24,3%) человек был повышен уровень холестерина. Ожирение (индекс массы тела  $30 \text{ кг/м}^2$  и более) имели 6 (8,6%) человек, избыточную массу тела (индекс массы тела в диапазоне  $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$ ) – 20 (28,6%) человек, при этом окружность талии (ОТ) более 102 см не было ни у одного мужчины, ОТ более 88 см имели 16 (22,9%) женщин с ожирением или избыточной массой тела. 13 (18,6%) человек имели низкую физическую активность. Нерациональное питание имело разные варианты: в виде избыточного употребления сахара у 36 (51,4%) человек, недостаточное употребления фруктов и овощей у 28 (40,0%) человек, досаливания пищи у 24 (34,3%) человек. У всех обследованных в группе с избыточной массой тела или ожирением, а также в группе пациентов с повышенным уровнем холестерина имели место один из элементов нерационального питания или их сочетание.

**Заключение.** Таким образом, в группе лиц мужского и женского пола с в возрасте 40-59 лет с низким или средним абсолютным сердечно-сосудистым риском, наиболее часто выявляемым ФР является нерациональное питание в виде избыточного потребления сахара или недостаточного употребления овощей и фруктов, что ассоциировано с повышением уровня холестерина, наличием избыточной массы тела

или ожирения, а у женщин сочетается с повышенной ОТ. На коррекцию этих ФР должны быть направлены профилактические мероприятия по сохранению здоровья этой группы населения.

## **ПРИЗНАКИ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

**Вагапов Т.Ф., Баев В.М.**

**ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ, Пермь, Россия**

**Цель исследования.** Сравнительный анализ частоты субъективных и объективных признаков хронических заболеваний вен нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией.

**Материал и методы.** Объект исследования – мужчины с АГ (сотрудники органов МВД России) 30-50 лет. Предмет исследования – частота субъективных и объективных признаков ХВЗ. Объем исследования – 74 человек с АГ и 41 мужчин с нормальным артериальным давлением. Критерием АГ считали уровень САД 140 мм рт.ст. выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше, критерием нормального артериального давления - САД 120-129 мм рт. ст. и/или ДАД 80-84 мм рт.ст. Жалобы, ассоциированные с ХЗВ, фиксировали с помощью анкеты. Объективные признаки ХЗВ диагностировали согласно рекомендациям СЕАР. Тип исследования - поперечный, нерандомизированный. Дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании были утверждены этическим комитетом ПГМУ (протокол №6 от 28 июня 2017 г.). Все добровольцы дали письменное согласие на обследование.

**Результаты.** При АГ 33(45%) мужчины жаловались на тяжесть и ощущение распирания в ногах, что чаще чем у мужчин без АГ – 9 случаев (22%), при  $p=0,027$ . Усиление болей, судорог и отеков в ногах при длительном стоянии предъявляли 28(38%) пациентов с АГ, при нормальном артериальном давлении только 7(17%) мужчин, при  $p=0,035$ . 50(68%) пациентов с гипертензией отмечали уменьшение боли и тяжести в ногах после отдыха в горизонтальном положении или при использовании медицинских компрессионных изделий (чулки, бинты), что чаще чем у пациентов с нормальным давлением - 16(39%) при  $p=0,01$ . 25(34%) мужчин с гипертензией жалуются на отеки на голени и стопах к концу дня, среди мужчин с нормальным артериальным давлением аналогичные жалобы отмечали только 6(6%) пациентов, при  $p=0,046$ .

При объективном осмотре ног у 62(84%) пациентов с АГ диагностированы внешние признаки ХЗВ, у пациентов без АГ отмечены в 27(66%) случаях,  $p=0,002$ . При АГ выявлены С1 (телеангиэктазии или ретикулярные вены) в 28(37,8%) случаях, у пациентов без АГ в 7(17,1%) случаях,  $p=0,035$ . У мужчин с гипертензией отмечены С2 (варикозно-измененные подкожные вены) в 15(20,3%), без АГ в 3(7,3%),  $p=0,11$ . С3 (отек) диагностирован у 18(24,3%) мужчин, что отличается от группы мужчин без АГ - 3(7,3%) случаев соответственно,  $p=0,045$ . Проявлений С4-С6 не было выявлено

**Выводы.** Коморбидность артериальной гипертензии и хронических заболеваний вен нижних конечностей подтверждается более высокой частотой жалоб и внешних признаков. В основе общего патогенетического механизма данной коморбидности лежит сосудистая гипертензия.

**МУЖЧИНЫ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И  
ПАРАСИМПАТИКОТОНИЕЙ ЧАЩЕ ЖАЛУЮТСЯ НА СИМПТОМЫ  
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Вагапов Т.Ф., Баев В.М., Дружина Л.Н., Нечаева М.Г.  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера МЗ РФ, Пермь, Россия**

**Цель исследования.** Исследование связи между частотой жалоб, ассоциированных с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей и состоянием активности автономной нервной системы (АНС) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Объект исследования – мужчины с АГ в возрасте 30-50 лет (сотрудники органов МВД РФ). Предмет исследования – жалобы на ХЗВ и состояние АНС. Объем исследования – 60 человек. Тип исследования - поперечный, нерандомизированный. Критерии исключения: употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты, цирроз печени, панкреатиты, язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центрального нервной системы и спинного мозга. Критерием АГ считали рекомендации ESH/ESC 2013. Жалобы, ассоциированные с ХЗВ, регистрировали с помощью разработанного нами опросника (2017) на основе “Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен” (2013). Результаты анкетирования оценивали по количеству случаев варианта ответа – «да». Активность АНС оценивали по величине вегетативного индекса Kérdö I. (ВИ). Положительный ВИ оценивали как признак преобладания симпатических влияний, отрицательный - преобладание парасимпатической активности. Обследуемые 60 пациентов характеризовались параметрами (Me (Q1--Q3): возраст 43(38-46) лет; САД 148(144-155) мм рт.ст.; ДАД 101(92-108) мм рт.ст. У всех 60 пациентов с АГ наблюдалась парасимпатическая активность АНС (ВИ= -32(-43 - -25)), то для выполнения цели исследования мы сформировали из их числа две группы – группа 1 (20 пациентов в самом низком ВИ= -46(-50 - -43) и группа 2 (20 пациентов с самым высоким ВИ= -22(-25 - -15)). Все добровольцы дали письменное согласие на обследование.

**Результаты.** В группе 1 (с выраженной парасимпатикотонией) быструю утомляемость и боли в ногах при ходьбе отмечали 11 пациентов, в группе 2 – 2 пациента, при  $p=0,006$ . Трофические нарушения кожи нижней части голени (сухость и изменение цвета кожных покровов голени, заключающееся в появлении различной степени интенсивности коричневого оттенка, выпадение волос) в группе 1 зафиксировали 6 пациентов, в группе 2 – случаев не зафиксировано, при  $p=0,02$ . По остальным жалобам различий не выявлено.

**Выводы.** У мужчин с артериальной гипертензией частота жалоб, ассоциированных с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей, зависит от активности автономной нервной системы. При выраженной парасимпатикотонии жалобы на хронические заболевания отмечаются чаще.

# УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОБЪЕКТИВНЫХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН ПРИ ПАРАСИМПАТОТОНИИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вагапов Т.Ф., Баев В.М.

ФГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера МЗ РФ, Пермь, Россия

**Цель исследования.** Исследование связи частоты объективных симптомов хронических заболеваний вен (ХЗВ) с состоянием автономной нервной системы (АНС) у мужчин с артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы.** Объект исследования – мужчины с АГ в возрасте 30-50 лет (сотрудники органов МВД). Предмет исследования – внешние признаки ХЗВ и состояние АНС. Объем исследования – 60 человек. Тип исследования - поперечный, нерандомизированный. Критерии исключения: употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты, цирроз печени, панкреатиты, язва желудка и двенадцатиперстной кишки; профессиональные спортсмены; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центрального нервной системы и спинного мозга. Критерии включения и исключения из исследования подтверждены результатами медицинского обследования в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю». Исследование выполняли в 1 день госпитализации. Критерием АГ считали рекомендации ESH/ESC2013. АД и ЧСС измеряли после 5-минутного отдыха в положении сидя тонометром A&D UA-777. Внешние признаки ХЗВ регистрировали признаки по рекомендациям CEAP и Ассоциации флебологов России (2013). Активность АНС оценивали по величине вегетативного индекса Kérdö I. (ВИ). Положительный ВИ оценивали, как признак преобладания симпатических влияний, отрицательный - преобладание парасимпатической активности. Обследуемые 60 пациентов характеризовались параметрами (Me (Q1--Q3): возраст 43(38-46) лет; САД 148(144-155) мм рт. ст.; ДАД 101(92-108) мм рт. ст. У всех 60 пациентов с АГ наблюдалась парасимпатическая активность АНС (ВИ= -32(-43 - -25)). В связи с чем мы сформировали две группы – 20 пациентов в самом низком ВИ (группа 1, ВИ -46(-50- -43) и 20 пациентов с самым высоким ВИ (группа 2, ВИ=-22(-25 - -15)).

**Результаты.** В группе 1 телеангиэктазии (венозные паучки) или ретикулярные вены (С1) зарегистрированы в 2 случаях, в группе 2 – 6 случаев, при  $p=0,23$ .

Варикозно-измененные подкожные вены (С2) в группе 1 отмечены в 2 случаях и 6 случаях в группе 2, при  $p=0,23$ . У мужчин 1 группы варикоз вен и отек голени, или голеностопного сустава (С3) выявлены в 16 случаях, 8 случаев диагностированы в группе 2, при  $p=0,022$ . Более тяжелые проявления - С4 (трофические изменения кожи и подкожных тканей, С5 (зажившая венозная язва) и С6 (открытая, активная венозная язва) не были зафиксированы.

**Заключение.** Выраженная парасимпатикотония при артериальной гипертензии ассоциируется с увеличенной частотой ХЗВ, что указывает на роль автономной нервной системы в формировании коморбидности АГ и ХЗВ.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У  
ПАЦИЕНТОВ С АГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО  
ДАВЛЕНИЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ПРОБЫ НА  
СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

**Васильев В.Ю<sup>1</sup>., Скибицкий В.В.<sup>2</sup>., Фендрикова А.В.<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>ГБУЗ г. Сочи «Городская больница №4»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

**Цель работы:** оценить показатели центрального аортального давления (ЦАД) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от динамики артериального давления (АД) во время ночного сна после пробы на солечувствительность (СЧ).

**Материалы и методы:** в исследование включены 116 пациентов с АГ (52 мужчины и 64 женщины), медиана возраста 60,5 (56-64,5) лет. У всех пациентов изучались показатели ЦАД: систолическое давление в аорте (САДао), диастолическое давление в аорте (ДАДао), среднее гемодинамическое давление в аорте (СрАДао), пульсовое давление в аорте (ПАДао), индекс аугментации в аорте приведенный к числу сердечных сокращений (ЧСС) 75/мин. (АІХао75), амплификация пульсового давления приведенная к ЧСС 75/мин. (РРА75), длительность периода изгнания левого желудочка приведенная к ЧСС 75/мин (ЕD75). У всех пациентов изучались показатели АД во время ночного сна до и после пробы на СЧ (по В.И. Харченко, 1984г.) при помощи суточного мониторирования АД (BPLab ООО «Петр Телегин»). В отличие от стандартной методики в работе оценивались изменения систолического и/или диастолического АД исключительно во время ночного сна. Результаты обработаны при помощи программы Statistica 10 (StatSoft Inc., США). Количественные признаки представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов. Сравнительный анализ показателей в независимых группах проводился при помощи U критерия Манна-Уитни с уровнем значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты:** после пробы на СЧ у 68 пациентов (59%) во время ночного сна отмечено повышение систолического и/или диастолического АД  $\geq 5$  мм.рт.ст.(положительная проба) и эти больные сформировали группу 1. В группу 2 вошли 48 (41%) больных, у которых значимого прироста АД в ответ на солевую нагрузку не отмечено (отрицательная проба). Такие показатели ЦАД как САДао, ДАДао, СрАДао и ПАДао были достоверно выше в группе 1: так САДао составило 132 (124-146) против 127 (123-140) мм.рт.ст., ДАДао — 90 (83-96) против 82,5 (76-93) мм.рт.ст., СрАДао — 110 (106-120) против 102,5 (98-112) мм.рт.ст., ПАДао — 46 (36-54) против 42 (32-48) мм.рт.ст., РРА75 – 133 (130-139)% против 129,5 (127-134)% в группах 1 и 2 соответственно, ( $p < 0,05$ ). ED 75 и АІХао75 были достоверно ниже в группе 1: так ED 75 составил 312 (302-333)мс против 334 (314-347)мс, АІХао75 — 9 (-4-23)% против 21 (7-29)% в группах 1 и 2 соответственно, ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, более выраженные негативные изменения основных изучаемых показателей ЦАД у пациентов с АГ регистрировались в группе с положительной реакцией на СЧ в ночное время, что может свидетельствовать о более значимом повреждении магистральных сосудов у данной категории пациентов. Вероятно, требуется дифференцированный подход к выбору антигипертензивной терапии у лиц с АГ и различной СЧ в ночное время для обеспечения не только оптимизации плечевого АД, но и коррекции значительной сосудистой ригидности.



**ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ФОНА ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ**

**Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Виноградов А.И., Рубанова М.П., Губская П.М.  
ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет им. Ярослава  
Мудрого», Великий Новгород, Россия**

**Цель исследования:** изучить динамику показателей variability суточного профиля АД у больных АГ женщин с субклинической депрессией и с нормальным психо-эмоциональным фоном (ПЭФ) под влиянием амлодипина.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 34 женщины, больные АГ II ст. (ESC, 2018), средний возраст  $46,2 \pm 1,2$  лет. По данным суточного мониторинга АД анализировались показатели variability систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневные и ночные часы. По результатам психометрического обследования все больные были разделены на две группы: в I группу вошло 18 больных АГ с нормальным ПЭФ, II группу составили 16 больных АГ женщин с субклинической депрессией. Используются психометрические шкалы: а) шкала депрессии CES-D (Central for Epidemiologic Studies-Depression); б) шкала Бэка (Beck Depression Inventory); в) госпитальная шкала депрессии и тревоги – HADS. Во вторую исследовательскую группу включались больные АГ, у которых по двум из трех шкал выявлялась субклиническая депрессия. Обследование больных проводилось до начала регулярной антигипертензивной терапии и через месяц лечения амлодипином. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

**Результаты исследования** показали, что через месяц терапии амлодипином в группе больных АГ женщин с субклинической депрессией увеличилось число пациентов с повышенной variability САД ночью с 18,8% до 50% ( $p < 0,05$ ) и повышенной variability ДАД ночью с 17,8% до 40% ( $p < 0,05$ ). Значительных изменений variability САД и ДАД в дневные часы у этой группы больных на фоне лечения амлодипином не было выявлено.

В группе больных АГ женщин с нормальным ПЭФ отмечалось увеличение числа больных АГ с 6,3% до 44,4% ( $p < 0,05$ ), у которых на фоне лечения повысился показатель variability ДАД ночью. Достоверных различий в изменении показателей variability САД в течение суток и variability ДАД днем на фоне терапии амлодипином у этой группы больных не наблюдалось.

**Заключение.** Результаты исследования показали, что, несмотря на исключительные фармакокинетические и фармакодинамические свойства блокатора кальциевых каналов III поколения амлодипина, назначение этого препарата больным АГ должно быть дифференцированным, причем как у больных с субклинической депрессией, так как увеличивается variability САД и ДАД ночью, так и у больных АГ с нормальным ПЭФ, поскольку у некоторых больных variability АД (особенно ДАД ночью) становится избыточно высокой впервые под влиянием препарата. В обеих группах больных это приводило к увеличению нагрузки на органы-мишени: на сердце и сосуды головного мозга и т.д., но в группе больных АГ с субклинической депрессией этот эффект был выражен в большей степени.

**ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО И  
КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ**

**Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Виноградов А.И., Сухенко И.А., Кулик Н.А.  
ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университета имени Ярослава  
Мудрого», Великий Новгород, Россия**

**Цель исследования:** исследовать изменения среднегемодинамического АД за сутки на фоне антигипертензивной терапии амлодипином у больных АГ женщин.

**Материал и методы исследования:** в исследование вошло 16 женщин больных АГ II ст. (ESC, 2018), средний возраст  $48,2 \pm 1,3$  лет, получавших антигипертензивную терапию амлодипином в суточной дозе 5-10 мг. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью портативного носимого аппарата BP Lab («Петр Телегин», Н.Новгород) с определением стандартных показателей, в том числе среднегемодинамического АД (АД<sub>ср.</sub>) в дневные и ночные часы. За показатели нормальной ауторегуляции кровотока в основных органах-мишенях приняты значения АД<sub>ср.</sub>: 60/70-150 мм рт.ст. для мозгового кровотока, 70-130 мм рт.ст. – для коронарного кровотока. Обследование больных проводилось до начала лечения и через 1 месяц терапии амлодипином. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы «Statistica 6,0».

**Результаты исследования** показали, что до лечения у 6 больных (37,5%) были зарегистрированы показатели АД<sub>ср.</sub>, выходящие за нижние пределы оптимальной ауторегуляции мозгового кровотока (ниже 60 мм рт.ст.). Через месяц терапии амлодипином число больных с нарушением ауторегуляции мозгового кровотока увеличилось до 9 (56,3%), ( $p > 0,05$ ). Таким образом, на фоне терапии амлодипином у 3 больных впервые появились значения среднегемодинамического АД, выходящие за нижние пределы оптимальной ауторегуляции мозгового кровотока. Интересно отметить, что показатели АД<sub>ср.</sub>, выходящие за верхние пределы ауторегуляции мозгового кровотока (более 150 мм рт.ст.) до лечения амлодипином регистрировались у 4 больных АГ (25,2%), спустя месяц терапии – у одного больного (6,3%), ( $\chi^2 = 5,228$ ,  $p = 0,022$ ).

Показатели АД<sub>ср.</sub>, выходящие за нижние пределы ауторегуляции коронарного кровотока (ниже 70 мм рт.ст.) до лечения были зарегистрированы у 6 больных (37,5%), через месяц терапии амлодипином – у 10 больных (62,5%), ( $p > 0,05$ ). То есть у 4 больных на терапии амлодипином впервые появились значения АД<sub>ср.</sub>, выходящие за нижние пределы ауторегуляции коронарного кровотока. Различий по количеству больных АГ с показателями АД<sub>ср.</sub>, выходящими за верхние пределы ауторегуляции коронарного кровотока (выше 130 мм рт.ст.), до лечения и через месяц терапии выявлено не было – 12 больных (75,0%) и 11 больных (68,8%), соответственно ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Появляющееся на фоне терапии амлодипином у части больных нарушение ауторегуляции кровотока в органах-мишенях, перепады от повышенного к пониженному АД<sub>ср.</sub> представляется нам весьма неблагоприятным фактором, способствующим развитию структурно-функциональных изменений в органах-мишенях при АГ.

## **ВЛИЯНИЕ ИСХОДНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТДАЛЁННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Вершинина Е.О., Репин А.Н.**

**Научно-исследовательский институт кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра российской академии наук, Томск, Россия.**

**Цель исследования:** изучить влияние исходной систолической дисфункции миокарда на течение ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов после плановых чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

**Материалы и методы:** проведено ретроспективное исследование, последовательно включившее 162 пациента со стабильной ИБС. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – с ФВЛЖ  $\geq 50\%$  перед ЧКВ, 2 группа – с исходной ФВЛЖ  $< 50\%$ . Исходы вмешательств оценивались через 6 лет после индексного ЧКВ путём анализа медицинской документации и телефонного интервью. Первичной конечной точкой исследования была частота смерти от сердечно-сосудистых причин (ССС). Вторичными конечными точками были общая смертность (ОС), частота больших неблагоприятных сердечно-сосудистых событий МАССЕ (ССС + острый коронарный синдром + острое нарушение мозгового кровообращения), частота нефатального острого инфаркта миокарда (ОИМ).

**Результаты:** Исходно у пациентов 2 группы чаще имелось многососудистое поражение коронарных артерий (66,9% в 1 группе и 85,7% во 2 группе,  $p=0,049$ ), постинфарктный кардиосклероз (71,6% в 1 группе и 100% во второй,  $p=0,002$ ), хроническая обструктивная болезнь лёгких (7,1% в 1 группе и 23,8% во 2 группе,  $p=0,029$ ). Смерть от сердечно-сосудистых событий через 6 лет после индексного ЧКВ была зарегистрирована у 10,9% пациентов (7% в первой группе и 38,9% во второй,  $p=0,0002$ ). Общая смертность за этот период составила 14,4% (10,9% в первой группе и 41,2% во второй,  $p=0,003$ ). МАССЕ были зарегистрированы у 39,9% больных (36,2% в первой группе и 66,7% во второй,  $p=0,026$ ). Острый инфаркт миокарда развился у 10,1% больных (7,3% в первой группе и 31,3% во второй,  $p=0,01$ ). Показано, что исходное снижение ФВ ЛЖ  $< 50\%$  является предиктором развития отдалённой ССС (ОШ = 8,41; 95% ДИ [2,63–26,97];  $p=0,000$ ), ОС (ОШ = 6,19; 95% ДИ [2,01–19,04];  $p=0,000$ ), МАССЕ (ОШ = 3,61; 95% ДИ [1,27–10,25],  $p = 0,012$ ); нефатального ОИМ (ОШ = 5,62; 95% ДИ [1,44–21,99];  $p = 0,006$ ). При оценке с помощью кривых Каплана-Мейера влияния исходной систолической дисфункции на общую выживаемость, выживаемость без фатальных сердечно-сосудистых событий, а также на частоту МАССЕ, было показано, что все три отдалённые конечные точки развивались статистически значимо чаще в группе пациентов с исходной систолической дисфункцией миокарда, чем при её отсутствии ( $p < 0,000$ ).

**Заключение:** У пациентов, направленных на плановое ЧКВ, исходная систолическая дисфункция миокарда ассоциирована с многососудистым поражением коронарных артерий, постинфарктным кардиосклерозом, сопутствующей ХОБЛ и является предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности, а также МАССЕ в отдалённый период после плановых ЧКВ.

**ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ  
ЭЛЕКТРОДОВ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПУТЁМ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА КАК  
ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**Виноградова Л.Г., Федорец В.Н., Гридин А.Н., Самойленко И.В., Лукин М.Ю.,  
Обухова О.А., Пашаев Р.З., Александров А.Н.**

**ООО МЦ “МИРТ”, г. Кострома, Россия**

**ФГБОУ ВО СПб ГПМУ МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия**

**ОКБУЗ Ярославская областная клиническая больница, г. Ярославль, Россия**

**ГКБ №4, г. Москва, Россия**

**ГКБ им. Вересаева В.В., г. Москва, Россия**

**МОНИКИ им. Владимирского М.Ф., г. Москва, Россия**

**Цель:** разработка и оценка возможности широкого применения нового экономически доступного способа интраоперационного измерения основных параметров стимуляции имплантируемых желудочковых электродов у пациентов старших возрастных групп.

**Материалы и методы исследования.** На базе отделения нарушений ритма сердца ОГБУЗ Ярославской областной клинической больницы с января по ноябрь 2018 года проводилось исследование, включившие в себя 30 пациентов страдающих брадикардиями ритма сердца в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст 72, 8 ± 3,4 лет), из них 19 женщины и 11 мужчин, которым были имплантированы биполярные желудочковые электроды с пассивной фиксацией Apollo V58 и постоянные электрокардиостимуляторы Юниор SR в количестве 30, из них четыре оперативных вмешательства были выполнены по экстренным показаниям. В каждом случае проводилось интраоперационное измерение стандартных параметров имплантируемых желудочковых электродов при помощи системы, состоящей из специального переходника к ЭКС, программатора ЮНИ-2, электрокардиостимулятора Юниор SR. Для регистрации основных параметров стимуляции: R-волны, порога стимуляции, импеданса электрода- измерения проводились стандартным методом, применяемым для динамического наблюдения за пациентами с имплантированными ЭКС модели Юниор SR с использованием программатора ЮНИ-2 и при помощи системы, состоящей из специально разработанного переходника, двух стерильных проводов, соединенных с контактами желудочкового электрода и кардиостимулятора Юниор SR, идентичного имплантируемым пациентам ЭКС.

**Результаты исследования и их обсуждение:** полученные результаты измерений амплитуды R-волны, порога стимуляции, импеданса желудочкового электрода выполненные предложенной нами системой, соответствовали значениям, обеспечивающим безопасную, эффективную, устойчивую стимуляцию миокарда. Средние значения R-волны были более 8 мВ, с значения порога стимуляции 0,8 В ± 0,38 В, значения импеданса электрода 650 ± 157,2 Ом. Данные измерения соответствовали результатам контрольного тестирования .

**Выводы:** 1. Применение новой измерительной системы оценки интраоперационных параметров стимуляции у пациентов старших возрастных групп, обеспечивает получение корректных данных.

2. Использование нового способа измерения параметров даёт возможность обходиться без дорогостоящих импортных анализирующих систем и проводить измерения простым, экономически более доступным методом, как при выполнении плановых , так и экстренных оперативных вмешательств.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Галымжан Н.С.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить особенности клинической картины, показателей лабораторных и инструментальных исследований остеоартроза у больных с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы.** Исследовано 120 (средний возраст  $59,4 \pm 11,6$  лет) пациентов с первичным остеоартрозом согласно Американской ревматологической Ассоциации (1995). Пациенты разделены на 2 группы: 1-ая группа пациенты с остеоартрозом и МС - 95 человек, во 2-ой группе пациенты с остеоартрозом, но без МС – 25 человек. Средний возраст пациентов с МС составил -  $56,5 \pm 9,8$  лет, без МС –  $57,9 \pm 7,6$  лет. Диагностика МС основана на клинико – лабораторных признаках, разработанные Международной Федерацией диабета (IDF, 2005). Суставной синдром оценен путем подсчета количества пораженных суставов, а также интенсивность болевого синдрома в покое и при движении по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), и подсчитан индексом Western Ontario and McMaster Universities (WOMAS). Проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологические стадии остеоартроза были в соответствии с классификацией Келлгрена (1975).

**Результаты.** У пациентов с остеоартрозом и МС по сравнению с пациентами без МС частота поражения коленных ( $95\%$  и  $48\%$ , соответственно ( $\chi^2=4,29$ ,  $p=0,025$ )), голеностопных ( $68\%$  и  $49\%$ , соответственно ( $\chi^2=2,05$ ,  $p=0,05$ )), тазобедренных ( $45\%$  и  $36\%$ , соответственно ( $\chi^2=2,23$ ,  $p=0,05$ )) суставов было достоверно выше. Поражение суставов верхних конечностей чаще всего наблюдалось у пациентов без МС. У пациентов с МС и остеоартрозом показатель ВАШ составил в покое  $26,7 \pm 1,44$ , при движении  $79,5 \pm 0,58$ ; по индексу WOMAS  $109,76 \pm 20,54$ ; у пациентов без МС показатель ВАШ составил в покое  $3,4 \pm 1,72$ , при движении  $53,2 \pm 0,53$  ( $p < 0,001$ ); по индексу WOMAS  $101,67 \pm 18,84$ . По лабораторным анализам у пациентов 1 группы скорость оседания эритроцитов, уровень С – реактивного белка по сравнению со 2 группой соответственно выше ( $p=0,05$ ). У пациентов с остеоартрозом и МС по сравнению с пациентами без МС выявлены более тяжелое поражение хряща. Так как, у исследуемых 1 группы в 3 раза чаще встречались 2 и 3 рентгенологическая стадия остеоартроза.

**Заключение.** Таким образом, у пациентов с остеоартрозом и МС выявлена высокая частота поражения суставов нижних конечностей, более выраженные структурные изменения суставов и интенсивный болевой синдром.

## ОСОБЕННОСТИ ДЕФОРМАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕИЗМЕНЕННЫМИ КОРОНАРНЫМИ СОСУДАМИ

Герцен К.А., Максимов Н.И.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава  
России, Ижевск, Россия

**Цель исследования.** Изучить особенности деформации миокарда у пациентов с не (мало)измененными коронарными артериями с ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ) и практически здоровых лиц.

**Материал и методы.** В группы наблюдения включены пациенты в возрасте от 20 до 55 лет со стабильной стенокардией (СтСт) с ХСН с сохраненной ФВ с малоизмененными (НПКА) коронарными артериями ( $n=30$ ), согласно КАГ и без перенесенного инфаркта миокарда, и практически здоровые (ПЗ) лица ( $n=30$ ), имеющие так же данные ЭХОКГ, рентгенографии грудной клетки, ФГДС. Проведена оценка продольной деформации миокарда ЛЖ (GLPS) методом спекл-трекинг на УЗ-

аппарате Vivid 7 GE. Критериями исключения - иные заболевания системы кровообращения, дыхательной системы и др коморбидной патологии. Пациенты распределены в 2 группы: 1-СтСт+НПКА и 2 — ПЗ.

**Результаты исследования.** Систолическая функция по ФВ была соответственно в группах:  $66,73 \pm 0,49\%$  -  $69,17 \pm 0,22\%$ . СтСт+НПКА характеризовалась изменением глобальной продольной деформации миокарда выявленной в 26,67% со средним значением  $GLPS = -19,02 \pm 0,23\%$  и с минимальным значением по базальным передне-боковому, передне-перегородочному и переднему сегментам  $GLPS = -16,73 \pm 0,46\%$ , Диастолическая дисфункция выявлена в 56,67% и характеризовалась:  $iVLP = 38,97 \pm 1,92$  мл/м<sup>2</sup>,  $iMMLJ = 112,33 \pm 1,84$  г/м<sup>2</sup>,  $E/Em = 7,32 \pm 0,32$ . Изменение  $GLPS$  выявлено в 7,69% при ДД I типа и в 100% при ДД II типа. Группа ПЗ характеризовалась отсутствием поражения КА и диастолической дисфункции при значениях  $iVLP = 32,13 \pm 0,87$  мл/м<sup>2</sup>,  $iMMLJ = 98,93 \pm 0,37$  г/м<sup>2</sup>,  $E/Em = 9,48 \pm 0,08$ ., но выявленным изменением  $GLPS$  в 20% со средним значением  $-20,03 \pm 0,16\%$  и с поражением как базальных так и средних задне-бокового, заднего и передне-бокового сегментов с минимальным значением  $-16,97 \pm 0,38\%$ . С целью поиска причины деформационных нарушений, пациентам группы ПЗ (в группе 1 исключена коморбидная патология) было проведено дополнительное обследование, в т.ч. ФГДС, где в 100% случаев было выявлено эрозивное поражение нижней трети пищевода с недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера. В условиях базисной терапии в 100% случаев получена положительная динамика продольно - деформационных изменений миокарда у пациентов группы ПЗ.

**Заключение.** Максимальные нарушения деформационных свойств миокарда у пациентов с малоизмененными КА наблюдались при ДД II типа, что говорит об их высокой корреляции. ГЭРБ может являться причиной снижения деформационных свойств миокарда у практически здоровых лиц, и возможного развития диастолической дисфункции у лиц без первично выявленной сердечно-сосудистой патологии.

## СВЯЗЬ МЕЖДУ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Гизатова З.Н.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить связь лептинорезистентности и инсулинорезистентности у лиц с различным типом ожирения.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 200 случайно выбранных человек из числа прошедших на амбулаторном уровне скрининговое обследование. Участники были разделены на группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) и наличия абдоминального ожирения (АО). Первая группа (129 человек) - лица с  $ИМТ > 25$  кг/м<sup>2</sup> и АО, вторая группа (14 человек) - лица с  $ИМТ > 25$  кг/м<sup>2</sup> без АО, третья группа (7 человек) - лица с нормальным ИМТ имеющие АО, четвертая группа (50 человек) – лица с нормальным ИМТ без АО. Всем участникам проводилась оценка уровня гликемии натощак, параметров липидограммы, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), инсулина, лептина, растворимых рецепторов лептина с расчетом индексов инсулинорезистентности (ИИР) и лептинорезистентности (ИЛР). Оценка различий в группах проводилась по критерию Краскелла-Уоллиса, оценка связей параметров по коэффициенту корреляции Спирмена при принятом уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При сравнении групп выявлены статистически значимые различия по уровню глюкозы натощак ( $H=20.29$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ), HbA1c ( $H=20.26$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ), инсулина ( $H=29.66$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ), ИИР ( $H=32.38$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ), ИЛР ( $H=28.34$ ,

df=3,  $p < 0.001$ ). Наивысший уровень инсулинорезистентности наблюдался у лиц с ИМТ превышающим норму имеющих признаки абдоминального ожирения Me ( $Q_{25-75}$ ) = 2.50 (1.325 – 4.757). У 45% участников данной группы ИИР превышал допустимые значения ( $> 2,7$ ). В группе лиц с повышенным ИМТ без абдоминального ожирения медиана ИИР составила 1,46 ( $Q_{25-75} = 0.58-1.91$ ). Доля лиц с повышенным ИИР составила 21,4%. Наименьшее среднее значение ИИР имели лица с нормальным ИМТ Me ( $Q_{25-75}$ ) = 1.33 (0.39-1.33). Медиана индекса лептинрезистентности в группах с повышенным ИМТ значительно превышает медиану ИЛР у лиц с нормальным ИМТ (Me = 0.5). Причем в группе лиц, имеющих высокий ИМТ без абдоминального ожирения среднее значение ИЛР (Me ( $Q_{25-75}$ ) = 1.47 (0.58-1.91) выше, чем у лиц с повышенной массой тела имеющих абдоминальное ожирение Me ( $Q_{25-75}$ ) = 0.86 (10.38-2.20). В ходе анализа выявлены статистически значимые связи между индексом инсулинорезистентности и окружностью талии ( $r_s = 0.54$ ,  $p = 0.01$ ), ИМТ ( $r_s = 0.53$ ,  $p = 0.01$ ), уровнем гликемии натощак ( $r_s = 0.48$ ,  $p = 0.01$ ), уровнем HbA1c ( $r_s = 0.26$ ,  $p = 0.01$ ), триглицеридами ( $r_s = 0.39$ ,  $p = 0.01$ ). Индекс лептинрезистентности показал связи с ИМТ ( $r_s = 0.44$ ,  $p = 0.01$ ), уровнем инсулина ( $r_s = 0.38$ ,  $p = 0.01$ ), ОТ ( $r_s = 0.32$ ,  $p = 0.01$ ). Показатели липидного спектра не показали значимых связей с ИЛР. Обнаружена статистически значимая положительная связь между индексом лептинорезистентности и инсулинорезистентности ( $r_s = 0.36$ ,  $p = 0.01$ ).

**Заключение.** Таким образом, выявленная положительная связь ИИР и ИЛР предполагает снижение восприимчивости жировой ткани в условиях абдоминального ожирения, гиперинсулинемии. Уровень лептинрезистентности у лиц с абдоминальным ожирением требуют дальнейшего изучения на предмет поиска факторов влияющих на данный показатель с оценкой функциональной активности жировой ткани.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АПЛЕГИНА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ.**

**Горшенина Е.И., Ивлиева Е.Н., Скоробогатова Л.Н., Куркина Н.В.,  
Мордовский государственный национальный исследовательский  
университет имени Н.П. Огарёва, Медицинский институт, Саранск, Россия**

**Цель исследования** - изучить в эксперименте влияние аплегина на некоторые показатели функциональной активности тромбоцитов (интенсивность перекисного окисления липидов, активность фосфолипазы A<sub>2</sub>, состав липидов биомембран) на модели эндотоксикоза, вызванного панкреатитом.

**Материалы и методы исследования.** Панкреатит моделировали по способу В.М. Буянова (1989г.). В качестве модели использовались половозрелые собаки, разделенные на опытную и контрольную группы. Путем введения желчи в паренхиму поджелудочной железы по 0,5 мл в 5 точек моделировали отечную форму острого панкреатита в опытной группе. В контрольные сроки (1, 3, 5 суток) осуществляли забор крови. В контрольной группе на фоне традиционной терапии в динамике исследовали состав липидов, интенсивность перекисного окисления липидов, активность фосфолипазы A<sub>2</sub> и некоторые показатели функционального состояния тромбоцитов. Опытная группа: на указанной модели оценивали влияние вводимого внутривенно аплегина (из расчета на массу тела животного) на исследуемые показатели гомеостаза и функцию тромбоцитов.

**Результаты.** Исследованиями установлена достоверная корреляционная связь между нарушением функционального состояния тромбоцитов в виде значительного увеличения агрегационной способности и интенсификацией свободнорадикальных и ферментативных реакций в липидном матриксе биомембран форменных элементов, выявлен комплекс биохимических изменений в составе липидов. Данные изменения функционального состояния тромбоцитов сопровождают эндотоксикоз. Применение аплегина приводило к

восстановлению функции тромбоцитов с третьих суток применения, корреляционно связанную со снижением интенсивности перекисного окисления липидов, уменьшением фосфолипазной активности. Использование вышеуказанного препарата при эндотоксикозе позволило продемонстрировать важнейшее направление терапии - снижение интенсивности прогрессирования дислипидных расстройств клеточных структур тромбоцитов.

С клинической точки зрения эффективность терапии выразилось в уменьшении прогрессирования заболевания до панкреонекроза.

**Заключение.** Таким образом, при включении аплегина в традиционную терапию острого панкреатита отмечено существенное снижение альтерирующих процессов в ткани поджелудочной железы. В основе эффекта - способность препарата регулировать липидный метаболизм за счет изменения интенсивности перекисного окисления липидов и фосфолипазной активности, что сопровождалось появлением тенденции к восстановлению гемостаза посредством коррекции функционального состояния тромбоцитов.

### **ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ НИТРИТ- И НИТРАТ-ИОНЫ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ: 3 И 8 ЛЕТ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**Гуманова Н., Деев А.**

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

**Цель.** Оксид азота - самый мощный вазорелаксант, вырабатываемый эндотелиальными клетками. Нарушение его продукции и/или биодоступности является одной из главных причин эндотелиальной дисфункции и сердечно-сосудистых заболеваний. Цель исследования - изучить взаимосвязь между циркулирующими метаболитами оксида азота - суммарной концентрацией нитрит- и нитрат-ионов (NOx) и сердечно-сосудистой смертностью.

**Материалы и методы.** В проспективное когортное исследование было включено 1876 жителей Москвы обоего пола, в возрасте 55 лет и старше. Регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса (HR) была рассчитана с поправками на множество факторов, в том числе - возраст, пол, курение и маркеры воспаления. Анализ выживаемости проводили с помощью кривых Каплана-Мейера и Лог-ранг теста. NOx измеряли в депротеинизированной сыворотке в реакции Грисса с одновременным восстановлением нитрита в нитрат хлоридом ванадия (III). Другие биохимические параметры измеряли с помощью наборов ELISA или автоматических анализаторов.

**Результаты.** С помощью регрессии Кокса с поправками на факторы, связанные с риском сердечно-сосудистых заболеваний и маркеры воспаления, была обнаружена значимая ассоциация между высоким уровнем циркулирующего NOx  $\geq 75$  мкМ и сердечно-сосудистой смертностью (HR 2,21; 95% ДИ 1,13–4,31; P = 0,02) за 3 года наблюдения независимо от уровня маркеров воспаления, включающих С-реактивный белок, интерлейкин-6, фибриноген, лейкоциты. Последующий анализ выживаемости Каплана-Мейера за 8-летний период показал, что относительный риск сердечно-сосудистой смерти и относительный риск смерти от всех причин был почти в полтора раза выше (HR 1,4; 95% ДИ 0,98-1,98, P = 0,03), (HR 1,4; 95% ДИ 1,06-1,8, P = 0,02) среди мужчин с концентрацией NOx  $\geq 70$  мкМ, по сравнению с мужчинами с концентрацией NOx  $< 40$  мкМ (Лог-ранг тест Уилкоксона 0,01 и 0,003 соответственно). Подобных ассоциаций не наблюдалось среди женщин.

**Заключение.** Повышенная концентрация NOx в сыворотке крови  $\geq 70$  мкМ является долгосрочным, специфичным в отношении пола, фактором риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от всех причин среди мужчин. NOx  $\geq 70$  также является краткосрочным фактором риска сердечно-сосудистой смерти среди



мужчин и женщин, поэтому может использоваться в качестве маркера сердечно-сосудистой смерти.

## **МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА ПРИ БАЛЬНЕОПРОЦЕДУРАХ**

**Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., А.Ш.Кадиев, Малачилова М.М.  
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Махачкала**

**Цель.** Описать морфологические изменения одиночных лимфоидных узелков желудка при воздействии бальнеопроцедур.

**Материал и методы исследования.** Изучили на 75 белых крысах (контрольные, пресные и сероводородные ванны) весом 180-220г (возраст 3-4 месяцев). Использовали анатомо-гистологические, цитологические, морфометрические и статистические методы исследования.

**Результаты.** Лимфоидные структуры желудка интактных крыс представлены лимфоидными узелками, диффузной лимфоидной тканью, околожелезистыми и межэпителиальными лимфоцитами, а также небольшими скоплениями (5-10 клеток) лимфоцитов расположенными вдоль мышечной пластинки слизистой оболочки.

При воздействии пресных ванн в стенках тела и привратника желудка у животных отмечается увеличение количества (на 15-20 %), размеров (в 2,5 раза), а также, глубины залегания лимфоидных узелков без центра размножения. У кардиальной и фундальной частей желудка увеличивается также площадь лимфоидных узелков без центра размножения на гистологических срезах, (в 1,7 раза) и глубина их залегания.

При воздействии пресных ванн в лимфоидных узелках с центром размножения увеличивается плотность расположения клеток (26-31) на единице площади среза, равной 880 мкм<sup>2</sup>. При этом содержание малых лимфоцитов уменьшается на 8-10%. В то же время количество больших и средних лимфоцитов увеличивается на 10-12%, количество клеток с картинами митоза в различных частях стенок желудка составляет 0,3%, происходит увеличение процентного содержания макрофагов и тучных клеток.

При воздействии сероводородных ванн площадь лимфоидных узелков с центрами размножения в стенках тела и привратника желудка увеличивается на 30-35% , увеличивается глубина их залегания в подслизистой основе. У кардиальной и фундальной частей желудка увеличивается также площадь лимфоидных узелков без центра размножения на гистологических срезах и глубина их залегания.

По нашим данным имеются определенные отличия в клеточном составе и морфометрических показателях лимфоидных узелков при действии сероводородных и йодобромных минеральных ванн, что связано с химическим составом воды и позитивными биохимическими сдвигами, происходящими в организме животных.

**Заключение.** Таким образом, минеральные ванны с их разнообразными ионами и микроэлементами оказывают влияние на площадь лимфоидных узелков и на клеточные соотношения в них.

## **МОРФОЛОГИЯ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК (ПБ) ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ 6 СУТОК**

**Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Эседова А.Э.**

**ФГОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет"  
Минздрава России, Махачкала**

**Цель.** Изучить строение ПБ тонкой кишки у белых крыс при дегидратации 6 суток.

**Материал и методы исследования.** На 30 белых крысах весом 180-220 г (возраст 3-4 месяцев) - 15 крыс контрольные и 15 животных после дегидратации 6 суток изучали морфологические проявления в эксперименте. Используются современные анатомо-гистологические, цитологические, морфометрические и статистические методы исследования.

**Результаты.** При дегидратации через 6 суток наступают морфологические изменения вокруг крипт и пейеровых бляшек. Это выражается: в уменьшении количества бластных клеток, снижении плотности клеток лимфоидного ряда, уточнении ретикулярных клеток, увеличении интервала между криптами и гемо- и лимфатическими капиллярами. Соответственно страдает кишечная секреция, нарушается в слизистой оболочке синтез, секреция кишечных желез.

К местной иммунной системе относятся ассоциирование с желудочно-кишечным трактом лимфоидные образования: пейеровы бляшки, солитарные фолликулы, лимфоидная ткань глоточного кольца аппендикс и многочисленные лимфатические клетки, инфильтрирующие подслизистую оболочку органов пищеварительного тракта. (П.М.)

При дегидратации меняются содержание Т- и В- лимфоцитов в пейеровых бляшек. Как известно Т- лимфоциты характеризуются высокой активностью кислой фосфатазы когда В-лимфоциты обнаруживаются в слизистой оболочке- реакции, глюкозо 6 фосфат дегидрогеназы и щелочной фосфатазы.

На 6 сутки дегидратации начинается уменьшение площади центров размножения, ответственный за выработку В-лимфоцитов.

Пейеровы бляшки располагаются в тощей и подвздошной кишке у белых крыс в толще собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основе. Расстояние между бляшками варьирует от 4 до 9 мм в подвздошной кишке и от 8 до 15 мм в тощей кишке, т.е в подвздошной кишке бляшки расположены более плотно, чем в тощей. Это хорошо и демонстративно видно на макропрепаратах, выявленных по методу Хелмана.

Форма ПБ округлая, овальная, лентообразная. ПБ локализованы на свободном (противобрыжеечном) крае тонкой кишки. До брыжеечного края ПБ не доходят и они находятся от него на 4-6 мм.

**Заключение.** Таким образом, изучение морфогенеза ПБ при дегидратации является важнейшим научным направлением, позволяющим выявить оригинальные закономерности структур иммунной системы, связанные и с другими органами (дыхательная, мочеполовая и др.).

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Эседова А.Э., Сулейманова Р.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Махачкала

**Цель.** Выявление соотношений лимфатических капилляров и сосудов со структурами стенок тонкой кишки при дегидратации 6 суток и с использованием физ. раствора.

**Материал и методы исследования.** Мы в эксперименте на 45 белых крысах 180-220г (возраст более 3-4 месяцев) исследовали воздействие дегидратации на лимфатическое русло и структуры стенок тонкой кишки при 3,6 дней дегидратации. Обезвоживание белых крыс обеспечивали кормлением сухим овсом без доступа к воде в изолированных клетках. Используются современные анатомические, гистологические, цитологические, морфометрические и статистические методы исследования.

**Результаты.** При анализе данных, полученных на интактных, дегидратационных и экспериментальных (введение физ.раствора) белых крысах с учетом морфометрических сведений отмечается, что в строении стенок структур тонкой кишки имеются особенности. Эти особенности выражаются в том, что наиболее активные в функциональном отношении структуры как при дегидратации, так и введение физ.раствора реагируют в первую очередь. Так, длина ворсинок укорачивается на 7-10% при трех суточной дегидратации и введении физ.раствора. Плотность ворсинок на 1 см не меняется после введения физ.раствора по сравнению с дегидратацией. Высота млечных синусов при инъекции физ.раствора увеличивается на 9-11%. По сравнению с трех суточной дегидратацией при введении физ.раствора достоверно ( $p \leq 0,05$ ) увеличиваются морфометрические показатели ворсинок, млечных синусов, толщина слизистой оболочки и подслизистой основы. Другие структуры стенок тонкой кишки (мышечная и серозная оболочки), складки, крипты меняются незначительно и те изменения видимые на препаратах не достоверны ( $p \geq 0,05$ ).

При сравнении локальных особенностей при дегидратации и введении физ. раствора наиболее заметные и достоверные ( $p \leq 0,05$ ) морфологические изменения заметны в подвздошной кишке по сравнению с двенадцатиперстной и тощей кишкой. Это в первую очередь отражается в показателях морфометрии ворсинок, млечных синусов, кишечных желез, клеток крипт и ворсинок, слизистой оболочки, подслизистой основы и лимфоидных образований.

При введении физ.раствора через 3 суток дегидратации нормализуется длина одиночных лимфоидных узелков, количество узелков с центром размножения, расстояние от кишечных эпителиоцитов до короны узелков, диаметр периузелковых гемокапилляров.

При дегидратации и коррекции физ.раствором заметные изменения наступают в клеточном составе в собственной пластинке слизистой оболочки и одиночных или лимфоидных узелков.

**Заключение.** Таким образом, что проведенные нами исследования углубляют наши знания в области лимфологии и гастроэнтерологии. Добытые нами данные помогают при расшифровке патологии желудочно-кишечного тракта при дегидратации (энтериты, поносы и т.д).

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МОКСОНИДИНА И  
АМЛОДИПИНА В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ  
НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО  
ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ,  
СОЧЕТАННОЙ С ПРЕДИАБЕТОМ**

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

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

**Цель.** Сравнить эффективность моксонидина и амлодипина в составе комбинированной антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертонией и предиабетом.

**Материал и методы.** В исследовании участвовало 80 больных с АГ (51 женщин и 29 мужчин) в сочетании с предиабетом. Медиана возраста составила 60 (53-66) лет. Больные были рандомизированы на две группы: в 1 группе (n=40) пациенты получали периндоприл 5-10 мг/сут, индапамид-ретард 1,5 мг/сут и моксонидин 0,4 мг/сут; во 2 группе (n=40) - периндоприл 5-10 мг/сут, индапамид-ретард 1,5 мг/сут и амлодипин 5-10 мг/сут. Оценивались основные параметры: среднесуточные, дневные и ночные показатели систолического и диастолического артериального давления (АД) (САД<sub>24</sub>, САД<sub>д</sub>, САД<sub>н</sub>, ДАД<sub>24</sub>, ДАД<sub>д</sub>, ДАД<sub>н</sub>), среднего АД (АД<sub>24</sub> ср, АД<sub>д</sub> ср, АД<sub>н</sub> ср), пульсового АД (ПАД<sub>24</sub>, ПАД<sub>д</sub>, ПАД<sub>н</sub>), индекс времени САД и ДАД (ИВ САД<sub>д</sub>, ИВ САД<sub>н</sub>, ИВ ДАД<sub>д</sub>, ИВ ДАД<sub>н</sub>), вариабельность САД и ДАД (Var САД<sub>д</sub>, Var САД<sub>н</sub>, Var ДАД<sub>д</sub>, Var ДАД<sub>н</sub>), величина утреннего подъема САД и ДАД (ВУП САД и ВУП ДАД), скорость утреннего подъема САД и ДАД (СУП САД и СУП ДАД).

**Результаты.** Через 24 недели лечения периндоприлом, в сочетании с индапамидом SR и моксонидином/амлодипином, целевой уровень АД был достигнут у 37 (92,5%) из 40 больных в каждой группе. Кроме того, на фоне терапии отмечалось достоверное снижение всех изучаемых показателей СМАД в обеих группах. Так, САД<sub>24</sub> в 1-й и 2-й группах снижалось на 12,9% и 16,6%, САД<sub>д</sub> на 7,6% и 12,2%, САД<sub>н</sub> на 11,3% и 17,3%, ДАД<sub>24</sub> на 6% и 12,8%, ДАД<sub>д</sub> на 3,3% и 12,2%, ДАД<sub>н</sub> на 5,3% и 14,6%, АД<sub>24</sub> ср на 10,3% и 14,2%, АД<sub>д</sub> ср на 7% и 11,6%, АД<sub>н</sub> ср на 9,3% и 15,5%, ПАД<sub>24</sub> на 10,9% и 17,7%, ПАД<sub>д</sub> на 8,2% и 17,5%, ПАД<sub>н</sub> на 6,5% и 17,9% соответственно. Вместе с тем отмечалось снижение ИВ САД<sub>д</sub> на 34,8% и 62,2%, ИВ САД<sub>н</sub> на 46,7% и 68%, ИВ ДАД<sub>д</sub> на 22,2% и 45,5%, ИВ ДАД<sub>н</sub> на 17% и 45,2%, Var САД<sub>д</sub> на 20% и 35,3%, Var САД<sub>н</sub> на 23,1% и 40%, Var ДАД<sub>д</sub> на 10 и 22,2%, Var ДАД<sub>н</sub> на 15,4% и 28,6%, ВУП САД на 10% и 26,9%, ВУП ДАД на 9,3% и 17,9%, СУП САД на 13,3% и 30,6%, СУП ДАД на 14,3% и 28,6% соответственно. Следует отметить, что снижение параметров САД<sub>24</sub>, САД<sub>д</sub>, САД<sub>н</sub>, ДАД<sub>24</sub>, ДАД<sub>д</sub>, ДАД<sub>н</sub>, АД<sub>24</sub> ср, АД<sub>д</sub> ср, АД<sub>н</sub> ср, ПАД<sub>24</sub>, ПАД<sub>д</sub>, ПАД<sub>н</sub>, ИВ САД<sub>д</sub>, ИВ САД<sub>н</sub>, ИВ ДАД<sub>д</sub>, Var САД<sub>д</sub>, Var САД<sub>н</sub>, Var ДАД<sub>д</sub> и ВУП САД во 2-й группе оказалось статистически более значимым по сравнению с 1-й группой.

**Заключение.** Применение комбинированной фармакотерапии, включавшей периндоприл, индапамид SR, а также моксонидин или амлодипин у пациентов с АГ и предиабетом обеспечивало достоверное улучшение основных показателей СПАД через 24 недели наблюдения. Однако в группе пациентов, принимавших амлодипин в составе комбинированной терапии, отмечалось статистически более значимое улучшение изучаемых показателей.

**ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ  
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА:**

**ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Денисова А.Г., Татарченко И.П., Позднякова Н.В.**

**ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,**

**ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, Пенза, Россия**

**Цель исследования.** Изучить параметры вазомоторной функции эндотелия артерий и показатели гомоцистеина у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2) при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СНсСФВ ЛЖ).

**Материал и методы.** 69 больных СНсСФВ II-III ФК (возраст  $58,7 \pm 4,5$  лет); I группа - 34 больных ИБС и СД2, II группа - 35 больных ИБС без признаков нарушения углеводного обмена. Комплекс обследования: клинико-лабораторные исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ). Концентрация гомоцистеина (ГЦ) измеряли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов «Axis-Shield AS». Вазомоторную функцию эндотелия оценивали при дуплексном сканировании плечевой артерии с определением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

**Результаты:** эпизоды депрессии ST сегмента зарегистрированы у 33 больных I группы (ИБС+СД). У 16 из 33 больных отмечено сочетание болевых эпизодов ишемии миокарда (БЭИМ) и периодов безболевой ишемии миокарда (БИМ), у 12 больных только эпизоды БИМ, в 5 наблюдениях - только эпизоды БЭИМ. Во II группе эпизоды БИМ и БЭИМ регистрировались у 12 пациентов, в 3 случаях – только эпизоды БИМ. В I группе исходный диаметр плечевой артерии составил  $4,2 \pm 0,18$  мм, после теста с реактивной гиперемией у 28 пациентов прирост диаметра плечевой артерии не превысил 6%, что значимо ниже в сравнении с аналогичным показателем II группы: исходное значение –  $4,36 \pm 0,18$  мм, после теста с реактивной гиперемией –  $5,2 \pm 0,12$  мм,  $p < 0,05$ . Умеренная ГЦ определялась у 79,4% больных I группы и составила  $22,43 \pm 3,21$  мкмоль/л, у остальных больных в этой группе уровень гомоцистеина соответствовал нормативным значениям  $12,23 \pm 1,34$  мкмоль/л. В группе больных ИБС без нарушения углеводного обмена у 74,3% больных нормогомоцистеинемия с уровнем гомоцистеина  $9,04 \pm 1,13$  мкмоль/л, у 25,7 % больных отмечена ГЦ с уровнем гомоцистеина  $15,73 \pm 4,13$  мкмоль/л. Установлена корреляционная связь содержания гомоцистеина и ЭЗВД ( $R=0,51$ ,  $p < 0,03$ ), гомоцистеина и ЛПНП ( $R=0,53$ ,  $p < 0,03$ ). Соотношение  $E'/A'$  преобладало в II группе при более низком значении  $E/E'$  в сравнении с аналогичными показателями в I группе ( $p < 0,05$ ), соответственно:  $0,75 \pm 1,1$  и  $0,56 \pm 0,83$ ;  $11,3 \pm 0,17$  и  $13,8 \pm 0,14$ .

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

## ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Дербенева С.А.<sup>1</sup>, Богданов А.Р.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> — ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва

<sup>2</sup> — ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

**Цель исследования:** изучение особенностей метаболического статуса у больных ожирением, осложненным развитием синдрома обструктивного апноэ сна.

**Материалы и методы.** В отделении сердечно-сосудистой патологии клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» было обследовано 422 пациента с ожирением. Все пациентам проведена комплексная оценка метаболического статуса, включающая анализ фактического питания в домашних условиях, оценку показателей композиционного состава тела пациентов методом биоимпедансометрии, оценку основного обмена (ОО) методом непрямой респираторной калориметрии. Для диагностики синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) проведено кардиореспираторное мониторирование ночного сна.

В зависимости от степени выраженности ожирения все больные были разделены на три группы: пациенты с ожирением I ст. - Ож I ст. (ИМТ 30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup>), n=52, пациенты с ожирением II степени - Ож II ст. (ИМТ 35,0-39,9 кг/м<sup>2</sup>), n=96, пациенты с ожирением III степени - Ож III ст. (ИМТ 40,0-49,9 кг/м<sup>2</sup>), n=274. Учитывая низкую распространенность СОАС при ожирении I степени, в дальнейшее исследование были включены пациенты II и III степени ожирения.

**Результаты:** при анализе фактического питания у пациентов исследуемых групп установлено, что питание пациентов с Ож. II и III ст. с СОАС характеризуется повышенной калорийностью рациона (3312±201 ккал/сут и 3160,9±152,7 ккал/сут, соотв.), избыточным потреблением жира (164,1±12,3 г/сут и 158,6±9,9 г/сут, соотв.) и углеводов (441,1±81,1 г/сут и 400,4±76,1 г/сут, соотв.), недостаточным потреблением пищевых волокон (10,6±1,1 г/сут и 13,6±0,9 г/сут, соотв.).

При оценке показателей композиционного состава тела у пациентов обследованных групп было выявлено увеличение величин содержания жировой массы, скелетно-мышечной массы, а также общей жидкости организма независимо от наличия СОАС. При исследовании показателей ОО установлено, что у пациентов с ожирением II ст. и СОАС показатели ОО достоверно выше, чем в группе пациентов с Ож. II ст. без СОАС (p=0,018). Аналогично в группе с Ож. III ст. и СОАС показатели ОО также достоверно превышали соответствующие показатели в группе с Ож. III ст. без СОАС (p=0,01). У пациентов с Ож. III ст. выявлены более высокие показатели скорости окисления жиров (СОЖ), чем у пациентов с Ож. II ст. (130,1±6,4 и 102±11,6 г/сут соотв., p<0,05). В группе пациентов с Ож. III ст. и СОАС выявлено также достоверное увеличение СОЖ по сравнению с Ож. II ст. (p<0,05), и достоверное уменьшение скорости окисления углеводов.(p<0,05), что согласуется с имеющимися литературными данными по данной патологии.

**Заключение.** Таким образом, ожирение в сочетании с СОАС сопровождается выраженными изменениями метаболического статуса пациентов, что обосновывает необходимость оптимизации и индивидуализации рационов питания у данной категории больных.

## **СПОСОБ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ**

Дербенева С.А.<sup>1</sup>, Богданов Р.Р.<sup>2</sup>, Богданов А.Р.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> — ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва

<sup>2</sup> — ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», г. Москва

<sup>3</sup> — ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

**Актуальность.** Коррекция нутриметаболического статуса пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ожирением является ключевым моментом лечения для предупреждения развития у них различных осложнений, в том числе когнитивного профиля. При этом проводимая диетотерапия должна быть индивидуализированной (персональной) для адекватной коррекции выявленных нарушений клинико-метаболического статуса, достижения максимальных терапевтических эффектов и являться частью лечебного плана.

**Цель исследования** - изучение влияния комплексного лечения (дието- и фармакотерапии) на когнитивные функции у пациентов с ожирением, осложненным развитием хронической сердечной недостаточности.

**Материалы и методы.** Обследованы 30 пациентов с ожирением, хронической сердечной недостаточностью и дисциркуляторной энцефалопатией I стадии. Применялись клинические методы исследования соматического статуса, производились расчет ИМТ, нейропсихологическое обследование. В 3 течение месяцев исследования пациенты дополнительно к базовой медикаментозной и диетотерапии получали экстракт листьев Гинкго билоба по 120 мг в день. Обследование проводили до начала, через 4 и 12 недель после начала терапии.

**Результаты** проведенного исследования показали, что исходно у пациентов наблюдались преимущественно нейродинамические расстройства в виде снижения оперативной памяти и внимания на фоне сохраненных модальностей, характеризующих зрительно-пространственные функции. Комплексная фармако- и диетотерапия через 4 недели способствовала статистически значимому улучшению оперативной памяти, внимания и выраженности тревожного аффекта.

**Заключение.** Применение комплексных психологических тестов позволяет определить уровень нейродинамических нарушений, наблюдение и тестовый контроль в ходе терапии — оценивать динамику и проводить контроль и коррекцию терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и ожирением. Комплексная дието- и фармакотерапия более эффективна в отношении нейродинамических расстройств, проявляющихся нарушениями внимания и оперативной памяти.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОПТИМАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ СТАТИНАМИ**

Дербенева С.А.

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Москва, Российская Федерация

**Целью** настоящего исследования явилась оценка динамики показателей липидного профиля у пациентов ИБС и ожирением с резидуальной дислипидемией,

получающих оптимальную терапию статинами, на фоне стандартной низкокалорийной диеты (НКД) обогащенной специализированным пищевым продуктом (СПП) направленного гипополипидемического действия.

**Материалы и методы** исследования. Открытое проспективное наблюдение проводилось на базе отделения сердечно-сосудистой патологии ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи». В исследование включались больные с тяжелыми проявлениями коронарного атеросклероза. Критерием включения были нецелевые значения липопотеидов низкой плотности (ЛПНП), более 1,5 ммоль/л, на фоне оптимальной терапии статинами (розувостатин более 20 мг/сут, аторвастатин и симвастатин более 80 мг/сут.), индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>.

Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании и были рандомизированы случайным образом. 40 пациентов, отобранных для исследования были разделены на две группы, отличающиеся методом диетологического лечения. Пациенты основной группы - 20 человек - в течение 30 дней получали НКД с включением СПП (представляющего собой жировой продукт с добавлением обезжиренного сухого молока, м.д.ж. 53%) в размере 36 г/сут. (174,6 ккал/сут.). Пациенты контрольной группы - 20 человек – в течение 30 дней получали только НКД – содержащую 70-80 г белки/сутки, 60-70 г/сутки жира, 130-150 г/сутки углеводов, с энергетической ценностью 1350-1550 ккал/сутки. Оценивались показатели липидного профиля (общий холестерин сыворотки крови – ОХС, триглицериды - ТГ, липопротеиды высокой плотности – ЛПВП, липопротеиды очень низкой плотности – ЛПОНП, ЛПНП и коэффициент атерогенности - КА) на фоне проведенного курса диетотерапии.

**Результаты** исследования показали, что назначение НКД в течение 30 суток позволяет достоверно снизить уровень ОХС на 15,7% ( $p=0,0003$ ) и ЛПНП на 19,1% ( $p=0,0024$ ), а дополнительное включение в диету СПП позволяет повысить эффективность НКД и добиться достоверной редукции ОХС на 32,9% ( $p<0,0001$ ), ЛПНП на 38,1% ( $p<0,0001$ ), ЛПОНП на 44,5% ( $p=0,013$ ) и КА на 35,2% ( $p=0,003$ ).

Представленные результаты позволяют **заключить**, что у больных ИБС и ожирением, имеющих нецелевые значения липидограммы на фоне оптимальной терапии статинами, целесообразно использовать возможности как низкокалорийной диеты, так и СПП направленного антиатерогенного действия. Такой подход позволяет достичь дополнительного снижения ЛПНП более чем на 44% без увеличения медикаментозной нагрузки на больного и снизить вероятных побочных эффектов от больших дозировок статинов.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ С ПОНИЖЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ФАКТОРАМИ РИСКА**

**Дроботя Н.В., Шингарева Е.И., Гусейнова Э.Ш., Калтыкова В.В.**

**ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра кардиологии, ревматологии  
и функциональной диагностики ФПК и ППС, Ростов-на-Дону, Россия**

**Цель.** Оценить сосудистый возраст и его связь с факторами риска у лиц с пониженным артериальным давлением (АД) без сердечно-сосудистой патологии.

**Материал и методы.** В исследование были включены 24 женщины в возрасте от 20 до 45 лет с АД ниже 100/60 мм рт.ст., но без сердечно-сосудистой патологии, которая исключалась на основании результатов физикального и инструментального обследования. У всех включенных в исследование анализировали наличие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска (ФР), частоту их встречаемости и возможные комбинации с помощью специально разработанной анкеты. Величину сосудистого возраста, характеризующего состояние (жесткость)



сосудистой стенки, оценивали, используя прибор Pulse Trace PCA 2 (Великобритания), в основе которого лежит метод контурного анализа пульсовой волны, позволяющий определить скорость пульсовой волны (СПВ) и взаимосвязанный с ней биологический возраст (БВ) сосудов.

**Результаты.** Основными ФР в группе обследованных являлись курение, несбалансированное питание, низкая физическая активность, психо-эмоциональное перенапряжение и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Следует отметить, что преобладали различные комбинации ФР (три и более). Результаты, полученные при оценке состояния сосудистой стенки, позволили разделить обследуемых на 3 подгруппы в зависимости от соотношения их паспортного и биологического возрастов. Соответствие БВ паспортному было выявлено лишь у 17% женщин (1-я подгруппа). У 25% обследованных БВ был ниже паспортного на 5 и более лет (2-я подгруппа), в то время как БВ сосудов, превышающий паспортный на 5 и более лет, имел место у подавляющего большинства лиц – 58% (3-я подгруппа). Обращало внимание, что практически у половины представительниц 3-й подгруппы БВ был выше паспортного на 20 и более лет. Сопоставление БВ с имеющимися ФР в 3-й подгруппе позволило установить, что у всех женщин имелись ФР, как правило, в комбинациях (курение, психо-эмоциональное перенапряжение, отягощенная наследственность по ССЗ).

**Заключение.** Традиционно повышенный БВ как отражение высокой жесткости сосудистой стенки в сочетании с имеющимися ФР рассматривается как предиктор ССЗ и их осложнений у лиц с артериальной гипертензией. Результаты нашего исследования позволяют пересмотреть отношение к гипотонии как к состоянию, не представляющему кардио-васкулярной угрозы для организма. Установленное нами в значительном проценте случаев превышение БВ сосудов относительно паспортного у лиц с пониженным АД и сопутствующими ФР может свидетельствовать о высокой вероятности сосудистых осложнений. Соответственно, данный контингент так же, как и лица с повышенным АД и ФР, должен являться объектом динамического мониторинга с целью профилактики ССЗ и их осложнений.

## **ЛИПИДНЫЙ СТАТУС С УЧЕТОМ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НАЛИЧИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Евсевьева М.Е., Прохоренко-Коломойцева И.И., Сергеева О.В., Калашникова А.С., Боднарчук Е.Л.**

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

**Цель.** Оценить показатели липидограммы у молодых женщин с наличием метаболического синдрома (МС) с учетом индекса массы тела (ИМТ). **Материал и методы.** Обследованы 49 женщин (ср. возраст 28,4±0,7 лет) с признаками МС (ИМТ от 26,8 до 52,2). С помощью анализатора крови BioSystems A-15 (Испания) выполнялась оценка показателей общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Сформировано 4 группы: 1я гр. 9чел. с ИМТ 25,0-29,9; 2я гр. 30чел с ИМТ от 30 до 34,9; 3я гр. – 12чел. с ИМТ от 35 и до 39,9 и 4я гр. 6чел. с ИМТ свыше 40кг/м<sup>2</sup>. Данные обработаны с помощью пакета Excel 2007 (USA). **Результаты.** Оказалось, что в 1ой группы значение ОХ в среднем составило 6,1±0,4, а ЛПНП – 5,0±0,7, а в 4ой группе указанные показатели равнялись 5,2±0,4 и 3,8±0,3ммоль/л. Значения ОХ во 2ой и 3ей группах составили–5,9±1,2 и 5,6±0,2ммоль/л соответственно. При этом ЛПНП во 2ой группе оказались на среднем уровне 4,4±0,3 и в 3ей группе - 3,8±0,2ммоль/л. Однако ТГ у женщин в 1й группе составили 1,5±0,2ммоль/л, а в остальных группах, где этот показатель был повышен и

составил  $1,8 \pm 0,2$  – и в 3ей и 4ой группах и  $1,9 \pm 0,1$  во 2ой. Параметры ЛПВП во всех группах имели нормальные значения- выше  $1,2$  ммоль, однако в 1ой группе ЛПВП составили  $1,7 \pm 0,2$ , а в 4ой группе этот параметр равнялся  $-1,3 \pm 0,1$  ммоль/л. **Заключение.** В процессе анализа подгрупп, сформированных по уровню индекса МТ, показатели ЛПВП проявили ожидаемую взаимосвязь со значением указанного индекса: чем выше становился индекса МТ, тем меньше в крови определялось «хороших» липидов. Параметры же ОХ и ЛПНП характеризовались совсем другой тенденцией – при нарастании веса тела в сравниваемых группах значения этих липидов неуклонно снижалось. В меньшей степени указанная динамика выявлена со стороны ТГ. Эти данные целесообразно использовать для оптимизации программы ведения указанной категории женщин в процессе осуществления коррекции их метаболических нарушений и профилактики возможных сердечно-сосудистых рисков.

## К ВОПРОСУ ОБ АСИММЕТРИИ АД НА РУКАХ У МОЛОДОГО КОНТИНГЕНТА

Евсеева М.Е , Фурсова Е.Н., Харченко М.Н., Боднарчук Г.Л.,  
Горьковенко М.В.,  
Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь, Россия

**Цель** исследования состояла в изучении распространенности феномена асимметрии систолического артериального давления (САД), превышающей 10 мм рт.ст. на руках у представителей молодёжной популяции с учетом принятых критериев нормотонии и вариантов повышенного АД.

**Материал и методы.** Обследовано 66 юношей в возрасте от 19 до 29 лет, которые были разделены на 3 группы с учетом САД на правой руке (ПР). 1я группа нормотоники (30чел.или 45,5%), во 2ю группу вошли юноши с прегипертензией (13чел.или 19,7%) и 3ю группу составили молодые люди с артериальной гипертензией (23чел.или 34,4%). Использовали аппарат Vasera VS-1500 (Fukuda Denshi, Япония), который позволяет одновременно регистрировать АД на 4 конечностях. Обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (USA).

**Результаты.** Разница в уровнях САД на ПР и левой руке (ЛР) более 10мм рт.ст. зафиксирована у 7 (21,9%) обследованных лиц с нормальным АД. В большинстве случаев (16,6%) она находилась в пределах 11-15мм и только у 6,6% нормотоников разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст. Во 2й группе разница в уровнях САД на ПР и ЛР более 10 мм была у 5 (38,5%) обследованных. В 3% она находилась в пределах 11-15 мм рт.ст и у 4,5% разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст. В 3й группе различия в уровне от 6-10 мм рт.ст. наблюдалась у 5 (21,7%). Разница в уровнях САД на руках более 10 мм зарегистрирована у 7 (30,4%) обследованных 3й группы. В 3% она находилась в пределах 11-15 и у 7,5% разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст.

**Выводы.** Анализ уровней САД на верхних конечностях среди представителей молодёжной популяции позволил сделать вывод о том, что минимальная разница уровня САД между руками наблюдается у нормотоников. Разница в уровнях САД > 10 мм рт.ст. на руках чаще определяется у лиц с прегипертензией и у носителей признаков. Асимметрия САД в молодом возрасте может быть связана с анатомическими особенностями, с большим влиянием пульсового АД на уровень САД по правой руке, а также с возможным развитием доклинического атеросклероза.

# ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ

Ерёмина Н.М., Хурса Р.В., Месникова И.Л.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск  
Республика Беларусь

**Цель исследования.** Определить особенности variability сердечного ритма (ВСР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в покое и при проведении ортостатической пробы в зависимости гемодинамического фенотипа.

**Материалы и методы.** Обследовано 56 пациентов с АГ 1-3 ст., риск 2-4, в т.ч. в сочетании с хроническими формами ИБС: 29 мужчин, 27 женщин, получающих стандартную антигипертензивную терапию основными рекомендованными группами лекарств. Средний возраст составил  $50,8 \pm 1,6$  лет. Гемодинамический фенотип определялся методом КАСПАД (количественный анализ связей параметров артериального давления – АД). Метод реализуется на персональном компьютере путем построения линейной регрессии временного ряда параметров АД, отражающей зависимость систолического артериального давления от пульсового давления. Исследование ВСР проводилось при помощи программно-технического комплекса «Бриз-М». В обработке результатов и оценке ВРС использовался спектральный (частотный) анализ ритмограммы.

**Результаты.** При гемодинамическом фенотипировании у пациентов определены гармонический фенотип (Н) – у 36 чел. (64,3%) и диастолический дисфункциональный (D) – у 20 чел. (35,7%). Показатели ВСР в покое у группы наблюдения в целом характеризовались снижением общей мощности спектра (TR), незначительным преобладанием активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), повышением индекса напряжения (SI), который отражает степень централизации управления сердечным ритмом. У пациентов с фенотипом D показатель SI был достоверно более высоким, чем у пациентов с фенотипом Н: 205 (132-293,5) и 119,5 (74,5-241) соответственно,  $p=0,04$ ). Анализ показателей ВСР в условиях ортостатической пробы показал достоверно более выраженное снижение в фенотипе D таких показателей, как TR – 717,5 (560,5-894,5)  $\text{мс}^2/\text{Гц}$  против 1104,5 (701-1543)  $\text{мс}^2/\text{Гц}$  у пациентов фенотипа Н,  $p=0,019$ , а также низкочастотной компоненты спектра (LF): у пациентов с фенотипом D – 285 (237,5 – 400,5)  $\text{мс}^2/\text{Гц}$ , с фенотипом Н – 436 (303,5-665,5)  $\text{мс}^2/\text{Гц}$ ,  $p=0,022$ . Таким образом, гемодинамические фенотипы сопряжены с особенностями регуляции кровообращения.

**Заключение.** У пациентов с АГ с гемодинамическим фенотипом D по сравнению с пациентами фенотипа Н достоверно более высокий уровень централизации управления ритмом в состоянии покоя и дезадаптивная реакция на ортостатическую пробу с увеличением надсегментарных симпатических влияний. Поэтому фенотипирование по параметрам АД, отражающее индивидуальные особенности регуляции кровообращения, может использоваться в клинической практике для персонализации лечебной тактики. В частности, в лечении пациентов с АГ с фенотипом D наряду с антигипертензивной медикаментозной терапией следует использовать методы, влияющие на центральные регуляторные механизмы, в первую очередь, немедикаментозные (физические, психотерапевтические и др.).

## «ПАРАДОКС ОЖИРЕНИЯ» КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ефремова Е.В.<sup>1</sup>, Дмитриева А.Ю.<sup>2</sup>, Залялеева Ч.Р.<sup>1</sup>, Козлова И.В.<sup>1</sup>,  
Люкшонкова К.А. 1, Новгородский В.А. 1, Семёнова Е.С. 1, Спорова В.Н. 1,  
Тимофеев А.А. 1

1 - ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,  
Ульяновск, Россия

2 - ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»,  
Поликлиника по оказанию помощи взрослому населению №2,  
Ульяновск, Россия

**Цель.** Изучить особенности нутритивного статуса больных с ХСН в зависимости от коморбидности.

**Материалы и методы.** Обследовано 200 больных (70 женщин и 130 мужчин, средний возраст 61,5±9,6 лет) с ХСН I – III стадии, I – III ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр, 2016). Больные имели высокую коморбидность, которую оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на 3 группы: I группа-50 больных (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов); II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4–5 баллов) – 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) – 77 больных. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Срок наблюдения за больными составил 12 мес.

**Результаты.** Индекс коморбидности Чарлсона составил 5,1±2,1 балла. Метаболический синдром наблюдался у 89 (43,8%) больных, ожирение с ИМТ ≥ 30 кг/м<sup>2</sup> - 97 (48,5%), избыточная масса тела – 62 (31%) пациентов с ХСН. У больных с ХСН с низкой коморбидностью по сравнению с больными с высокой коморбидностью чаще диагностирован метаболический синдром: 38 (71,6%) и 24 (31,2%), соотв. ( $\chi^2=19,05$ ;  $P_{I-III}=0,009$ ). Окружность талии у больных с высокой коморбидностью меньше, чем у больных с низкой коморбидностью: 100,4±15,6 и 106,8±14,5 см соотв.,  $P_{III-I}=0,01$ . Также для больных с низкой коморбидностью характерен более высокий индекс массы тела по сравнению с больными с высокой коморбидностью: 32,1±6,1 и 28,9±5,5 кг/м<sup>2</sup> соотв.,  $P_{I-III}=0,04$ . При оценке прогноза относительный риск смерти в течение 12 месяцев в группе больных с высокой коморбидностью был в 1,68 раза (95% ДИ 1,35 – 2,09) выше риска смерти больных с низкой коморбидностью. Парадокс ожирения (obesity paradox), приводящий к улучшению выживаемости у больных, страдающих ожирением по сравнению с больными с нормальной массой тела по неясным причинам, для больных с ХСН неоднозначен (Zamora E. с соавт., 2013; Casas-Vara A., с соавт., 2012). По результатам нашего исследования больные с более высокой массой тела обладают более низкой коморбидностью, т.е. более благоприятным долгосрочным прогнозом.

**Заключение.** Для коморбидных больных с ХСН характерен «парадокс ожирения»: наличие коморбидности ассоциируется с более низким индексом массы тела, более высокими показателями окружности талии и неблагоприятным прогнозом по сравнению с больными с низкой коморбидностью.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Жексембаева С.О., Шакирова А.С., Цыганова В.О.  
Карагандинский государственный медицинский университет,  
Караганда, Казахстан

**Целью исследования** явилась изучение эффективности применения бисопролола в составе комплексной терапии у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа.

**Методы исследования.** Обследовано 56 больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа. Из них мужчины составили 30 (54%), женщины 26(46%), возраст колебался от 40 до 77 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу составили 29 пациентов, принимавшие бисопролол включенный в состав комплексной терапии. Во 2-ю группу вошли 27 больных, получавших комплексную терапию. Критериями включения в исследование были: верифицированный сахарный диабет 2-го типа у лиц обоего пола в возрасте от 40 до 77 лет, офисное артериальное давление (АД) более 140\85мм.рт.ст. Всем больным исходно и через 16 недель лечения проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографии, ультразвуковое сканирование сонных артерий и лабораторные тесты (гликированный гемоглобин, липидный спектр крови). После исходного обследования пациенты в течение 16 недель получали селективный бета - адреноблокатор бисопролол в стартовой дозе 2,5мг, которую увеличивали до 5-10 мг в сутки, титрация дозы проводилась каждые 2 недели.

**Результаты.** Через 4 месяца лечения бисопрололом было отмечено значимое снижение АД как по данным офисных измерений, так и по результатам СМАД. Целевые значения АД были достигнуты у 78% больных. По данным ультразвукового сканирования сонных артерий было выявлено достоверное уменьшение толщины комплекса интимы – медиа внутренних сонных артерий, что свидетельствует о положительном влиянии бисопролола на структуру сосудистой стенки. В подгруппе бисопролола достоверной динамики гликированного гемоглобина не отмечено. Не было достоверных различий в динамике скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии, уровня липидов крови. Применение бисопролола не вызывало неблагоприятных метаболических изменений у больных с сахарным диабетом. Бисопролол при лечении артериальной гипертензии не оказывает существенного влияния на уровень липидов крови и углеводный обмен и улучшал качество жизни. Эти данные касаются больных разных возрастов – и пожилого и молодого возраста. Было выявлено, что бисопролол не изменяет уровень глюкозы в крови у больных сахарным диабетом, при этом не требуется коррекции дозы гипогликемических средств, что свидетельствует о его метаболической нейтральности.

**Выводы.** Таким образом, бисопролол благодаря высокой селективности не оказывает существенного влияния на углеводный и липидный обмен и может применяться у больных с сахарным диабетом 2-го типа.

Комплексная терапия, включающая бисопролол больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2-го типа, сопровождается выраженным антигипертензивным эффектом, уменьшением толщины стенки сонных артерий и уменьшением жесткости сосудистой стенки.

## ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жексембаева С.О., Нурпеисова К. М., Абжанова А. Б.  
Карагандинский государственный медицинский университет,  
Караганда, Казахстан

**Целью исследования** явилась изучение приверженности больных пожилого и старческого возраста к лечению артериальной гипертензии в поликлинических условиях.

**Методы исследования.** Исследуемый контингент составили 38 больных артериальной гипертензией в возрасте от 69 до 82 лет. Из них 18 (47%) мужчин и 20 (53%) женщин. Длительность заболевания от 5 до 20 лет. Изучены амбулаторные карты и данные выписного эпикриза, с целью уточнения диагноза артериальной гипертензии, осложнений, характера проводимого лечения. Для оценки самочувствия была использована анкета визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Приверженность к лечению оценивали с помощью опросника приверженности приему лекарственных препаратов, в основу которого положена методика D.Morisky et al. (1986) в интерпретации Ж.Д. Кобалава с соавторами (2008). В анкете содержалось 4 вопроса, каждый ответ «нет» оценивался в 1 балл. Приверженным к лечению считались анкетированные, набравшие 4 балла, не приверженными – 2 балла и менее. Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

**Результаты.** Наиболее частыми причинами несоблюдения режима приема препаратов среди пациентов 69 лет и старше являлись: боязнь побочных эффектов, плохая переносимость препаратов, большое количество препаратов и кратность приема в сутки, продолжительность терапии, бессимптомное течение заболевания. Проведена оценка влияния образовательного фактора на приверженность к лечению артериальной гипертензии. Приверженность к лечению по данным теста Мориски – Грина у обследованных лиц с высшим образованием была выше, в сравнении с другими обследованными. Среди мужчин имеющих высшее образование антигипертензивную терапию получают 55% обследуемых, из них адекватно лечатся 34%, в то время как среди мужчин с общим и среднеспециальным образованием антигипертензивную терапию получают 27%, адекватно лечатся 22% обследованных мужчин соответственно.

Однако эти показатели были ниже в сравнении с женщинами. Приверженность к лечению у женщин с высшим образованием была выше и составила 75% случаев, из них адекватно лечатся 90%. Приверженность к лечению у женщин с основным общим и среднеспециальным образованием составила 50%, из которых 40% адекватно лечатся.

**Выводы.** Таким образом, наиболее частыми причинами несоблюдения режима приема препаратов среди пациентов пожилого и старческого возраста являлись: боязнь побочных эффектов, плохая переносимость препаратов, большое количество препаратов и кратность приема в сутки, продолжительность терапии, бессимптомное течение заболевания. Наибольшая приверженность к лечению выявлена у пациентов пожилого возраста с высоким уровнем образования. Более низкой приверженности к лечению относятся больные мужского пола, с факторами риска и длительным анамнезом артериальной гипертензии, они меньше принимают современные гипотензивные средства.

**МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И МЕДИЦИНСКАЯ  
АКТИВНОСТЬ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД**

**Жидкова Е.А., Гутор Е.М., Калинин М.Р., Гуревич К.Г.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва; Центральная  
дирекция здравоохранения ОАО «РЖД», Москва, Россия; НУЗ «ЦКБ № 2 им.  
Н.А. Семашко» ОАО «РЖД», Москва**

**Цель исследования.** Эпидемиологическое изучение модифицируемых факторов риска среди работников локомотивных бригад (РЛБ) ОАО «РЖД»

**Материал и методы.** Исследование одобрено решением межвузовского комитета по этике. Опрошены РЛБ всех железных дорог РФ. Была разработана специальная анкета, учитывающая состояние здоровья машинистов и их помощников, производственные и непроизводственные факторы риска. Анкета предоставлялась для заполнения работникам локомотивных бригад и включала: паспортную часть, результаты медицинских исследований (измерение АД, уровень холестерина и глюкозы крови), вопросы по профессиональным факторам риска, факторам риска развития ХНИЗ. Данные лабораторных исследований работники локомотивных бригад заполняли с помощью медицинских сотрудников. Роздано 11000 анкет, для окончательного анализа использовано 9309 анкет.

**Результаты:** наименьшее бремя поведенческих факторов риска выявлено у РЛБ на Октябрьской и Приволжской железных дорогах, а наименьшее бремя биологических факторов риска - на Восточно-Сибирской и Забайкальской. Следует отметить, что 33% работников выходили на работу в случае недомогания. 8,2% принимали лекарственные препараты как самостоятельно, так и по назначению врача, а 6,2% принимали лекарственные препараты исключительно самостоятельно. 66% РЛБ обращались к врачу преимущественно с профилактической целью, при этом 40% респондентов посещали врача за последний год. Курили 36% опрошенных. Алкоголь за последнюю неделю употребляли 62%, при этом 9% делали это за последние 1-2 дня. 68% потребляли достаточное количество овощей и фруктов; около  $\frac{1}{3}$  питались нерегулярно или 1-2 раза в день. Подавляющее большинство употребляли жирную пищу (91%), готовые продукты или полуфабрикаты (84%), соленое (81%). Треть досаливала пищу. Половина питалась в ресторанах фаст-фуд. 41% работников занимались спортом. 30 мин в день и менее пешком ходили 18% респондентов. 40% мало бывали в течение недели на свежем воздухе. ИМТ РЛБ составил  $26,4 \pm 3,7$  кг/м<sup>2</sup>. 16% обследованных имели признаки ожирения (по расчету ИМТ и ОТБ). Средние уровни глюкозы и холестерина крови были в пределах нормы. Однако концентрации глюкозы у 10% лиц и холестерина у 20% лиц следует рассматривать как превышающие критические значения.

**Заключение:** у РЛБ выявлены как позитивные, так и негативные тенденции в отношении модифицируемых факторов риска, что дает основания для разработки программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

## СОПРЯЖЕННОСТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Кулик Н.А.  
ФГБОУ ВО «Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого», Великий Новгород, Россия

**Цель исследования:** исследовать сопряженность диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) и ремоделирования сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 29 женщин больных АГ II ст. (ESC, 2018), средний возраст  $51,17 \pm 1,4$  лет. Диастолическую функцию левого желудочка исследовали методом доплерэхокардиографии. За основу взят показатель E/A. Исследование эндотелиальной функции (ЭФ) проводилось с использованием манжеточной пробы (проба с реактивной гиперемией). Увеличение диаметра плечевой артерии через 60 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10 % и более считали нормальной реакцией. Исследование сонных артерий проводили при помощи ультразвукового триплексного сканирования на аппарате Vivid-7 (США). Визуализировались обе общие сонные артерии (ОСА), внутренние сонные артерии и наружные сонные артерии на всем доступном ультразвуковой визуализации протяжении. Измерялась толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) ОСА в положении лежа на спине после 10 минут отдыха. Увеличенной ТКИМ считалась при значениях  $\geq 0,9$  мм.

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

**Результаты исследования.** В обследованной группе больных в 32,2% случаев была обнаружена ДДЛЖ. ЭД была выявлена у 7,1% больных, а увеличение ТКИМ ОСА  $\geq 0,9$  мм отмечалось у 76,0% больных АГ.

Таким образом, наиболее часто у больных АГ женщин выявляется ремоделирование сосудистой стенки в виде увеличения ТКИМ ОСА. ДДЛЖ встречалась у в 2 раза реже, но при этом значительно чаще, нежели эндотелиальная дисфункция (в 32,2% случаев и в 7,1% случаев, соответственно;  $\chi^2=6,362$ ;  $p=0,012$ ).

**Заключение.** Полученные результаты позволяют говорить о том, что прямой зависимости между ремоделированием сердца и сосудов у больных АГ не наблюдается. Кроме того у многих пациентов с признаками структурного ремоделирования сосудистой стенки (увеличение ТКИМ ОСА) эндотелиальная функция какое-то время остается нормальной. Исходя из полученных данных, нормальная эндотелиальная функция не может служить показателем отсутствия структурных изменений в сосудистой стенке.

## УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ ВЛИЯЕТ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Жолбасканова К.Т. Абдильдаева С.А.

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

**Актуальность.** На продолжительность жизни, сохранение молодости и здоровья человека в основном влияют четыре фактора: наследственность, образ жизни, экология и уровень здравоохранения в стране. Наблюдения показали, что умные и образованные живут дольше и меньше болеют, а интеллектуальный уровень значительно влияет на состояние здоровья людей и продолжительность жизни.



**Цель исследования.** Выявление связи между уровнем образования и показателями здоровья населения.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 1267 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет. Из них мужчин 582 (45,9 %), женщин 685 (54 %). Имели высшее образование 198 (15,6 %) мужчин, 214 (16,8 %) женщин (первая группа). Среднее и начальное образование имели 384 (30,3%) мужчин и 471 (37,1 %) женщин (вторая группа).

**Результаты.** Социально значимые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь среди мужчин и женщин с высшим образованием наблюдались 27 (13,6 %) и 52 (24,2 %) соответственно. Среди пациентов со средним и начальным образованием эти заболевания встречались у мужчин 86 (22,3%), у женщин 133 (28,2 %). Имели повышенное питание и ожирение 56 (28,2 %) мужчин и 87 (40,6 %) женщин из первой группы, 165 (42,9 %) мужчин и 213 (45,2 %) женщин из второй группы. Курили сигареты 111 (56 %) мужчин из первой группы, 277 (72,1 %) из второй группы. Данные результаты согласуются с результатами других исследований, показавших, что меньше болеют в течение своей жизни люди с высшим профессиональным образованием. По мере того как образовательная планка понижается, число заболеваний увеличивается. Образованные люди тщательнее следят за своим здоровьем, стремятся вести здоровый образ жизни. Существует явная взаимосвязь между уровнем интеллекта и состоянием здоровья человека. Чем более человек образован, тем реже он болеет в течение жизни. Причина не только в том, что образованность определяет поведение человека, но и сама по себе является фактором, повышающим продолжительность жизни.

**Заключение.** Таким образом, высокая образованность положительно влияет как на качество жизни, так и на ее продолжительность. Образованность обратно пропорциональна заболеваемости.

## **ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ШКАЛЕ FINDRISK У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Жук Е.А.**

**ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия**

**Цель.** Изучить распространенность традиционных факторов риска и определить 10-летний риск развития сахарного диабета (СД) 2-го типа с помощью опросника FINDRISK (Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessment Form) у женщин, страдающих бронхиальной астмой (БА).

**Материалы и методы.** Обследовано 165 больных бронхиальной астмой – женщин в возрасте от 16 до 75 лет. Среди обследованных было 19 (11,5%) больных с легким персистирующим течением БА, 101 (61,2%) – с БА средней тяжести, 45 (27,3%) – с тяжелым течением заболевания. Пациенток со стероидозависимой БА среди обследованных не было. Проводилось клиническое обследование, включая оценку антропометрических показателей, выраженности одышки по шкале Борга, исследование функции внешнего дыхания, заполнение госпитальной шкалы тревоги и депрессии. 10-летний риск развития СД 2 типа оценивался с помощью опросника FINDRISK.

**Результаты.** Низкий риск развития СД отмечен только у 27 (16,4%) больных. У большей части пациенток – 71 (43%) - риск СД был немного повышен. У 40 (24,2%) больных отмечался умеренный риск, у 25 (15,2%) – высокий риск, у 2 (1,2%) – очень высокий риск. Из традиционных факторов риска наиболее часто наблюдалась артериальная гипертензия – 121 (73,3%) человек, ожирение – 92 (55,8%) пациентки. Отмечены положительные корреляционные связи между числом баллов по опроснику FINDRISK и степенью артериальной гипертензии ( $r=0,53$ ), артериальным

давлением систолическим ( $r=0,53$ ) и диастолическим ( $r=0,42$ ), длительностью анамнеза артериальной гипертензии ( $r=0,27$ ), отягощенной наследственностью по артериальной гипертензии ( $r=0,28$ ), степенью ожирения ( $r=0,49$ ), длительностью анамнеза ожирения ( $r=0,26$ ), наличием менопаузы ( $r=0,41$ ). Выявлены положительные корреляционные связи между риском СД и выраженностью одышки по шкале Борга ( $r=0,26$ ), возрастом начала БА ( $r=0,32$ ). Отмечены отрицательные корреляционные связи между числом баллов по опроснику FINDRISK и рядом спирометрических показателей: форсированной жизненной емкостью легких ( $r=-0,27$ ), объемом форсированного выдоха за 1 секунду ( $r=-0,23$ ), пиковой скоростью выдоха ( $r=-0,2$ ). Обнаружены положительные корреляционные связи между риском СД и выраженностью тревоги ( $r=0,22$ ) и депрессии ( $r=0,23$ ).

**Заключение.** У больных БА нередко отмечается умеренный и высокий риск развития СД 2 типа. Из традиционных факторов риска у данной категории пациентов наиболее часто отмечается артериальная гипертензия и ожирение. Выявлена ассоциация риска развития СД 2 типа не только с выраженностью и длительностью анамнеза артериальной гипертензии и ожирения, но и с возрастом начала БА, степенью снижения показателей функции внешнего дыхания, выраженностью одышки, наличием признаков тревоги и депрессии.

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КОНТРОЛЯ КОРРИГИРОВАННОГО Q-T ИНТЕРВАЛА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**Жумабаева Т.Н., Абенова Н.А., Сейпенова А.Н.**

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени  
Марата Оспанова, Актобе, Казахстан.**

**Цель.** Определение отрицательного влияния антибактериальной терапии на удлинение корригированного Q-T интервала у больных ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 60 больных в течение 6 месяцев, которые разделены на 3 группы по 20 пациентов в каждой. В первую группу включены пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), хронической сердечной недостаточностью 2 стадии (ХСН), продолжительностью болезни более 10 лет, получающие нолипрел, амидорон диувер, тромбо - АСС; 2-ую группу составили больные ИБС Стенокардия стабильная, артериальная гипертензия (АГ) с высоким риском и ХСН принимающие дилтиазем, стопресс, кардиомагнил, торосемид, продолжительность болезни 12 лет и 3-ю группу включены пациенты ИБС. ПИКС. АГ, ХСН 2 стадий, принимающие диратон, небилет, торасемид, продолжительностью болезни 10-14 лет. Всем пациентам проведено обследование до начала наблюдения, ежемесячно и по необходимости коагулограммы, К, Na, Ca, Mg и ЭКГ с определением корригированного Q-T интервала. Пациенты 2-3-ей группы периодически принимали в течение 10-12 дней антибиотики по поводу бронхо-легочной и мочевыделительной системы.

**Результаты:** Наблюдения в течение 6 месяцев показали значительное удлинение корригированного Q-T интервала во 2-3-ей группах до 0.45-0.48 и 3-ей 0.47-0.52 секунд соответственно, при норме до 0.44с, 1-ой группе до 0.44-0.47с. Развитие желудочковой экстрасистолии выявлено у 4-х больных во 2-ой группе, у 7 больных 3-ей группы. В 3-ей группе у 2-х пациентов развилась фибрилляция предсердий.

**Заключение.** Таким образом, контроль скорректированного Q- T интервала при приеме комбинированной терапии способствует раннему выявлению развития аритмии у кардиологических больных и своевременному проведению профилактических мероприятий.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АНЕМИЕЙ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

**Жусупова А.М., Ербаева Ф., Жарылғапова А., Жумабекова Г., Қалижан А.,  
Құрмаш А., Тарыбаева Г.  
НАО «Медицинский университет Караганды»,  
Караганда, Казахстан**

**Актуальность.** Программный гемодиализ остается основным методом заместительной почечной терапии у большинства пациентов с хронической болезнью почек в конечной, терминальной стадии. Популяция больных, получающих лечение гемодиализом, ежегодно неуклонно возрастает.

**Цель:** эпидемиологическая характеристика больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН) и анемией, находящихся на программном гемодиализе.

**Материал и методы исследования.** Материалом для исследования послужили медицинские карты стационарных больных отделения гемодиализа Областной клинической больницы г. Караганды за 2018 год. Критерии включения в исследование: возраст >18 лет, наличие терминальной почечной недостаточности, леченной программным гемодиализом, анемия (уровень гемоглобина у женщин <120 г/л, у мужчин <130 г/л).

**Результаты исследования.** Всего за анализируемый период получало лечение программным гемодиализом 60 человек (мужчин – 27, женщин – 33). Средний возраст больных составил 49 лет. Доля пациентов в возрасте до 50 лет составила 47%, в возрастной категории 50-60 лет – 30%, 60-70 лет – 17%, старше 70 лет - 6%. Большинство больных (90%) страдали хроническим заболеванием почек более 5 лет, причем 60% отметили на длительность заболевания почек от 5 до 15 лет. Только 2% пациентов указали на «стаж» почечной болезни менее года, 8% респондентов – от года до 5 лет. Анализ нозологической структуры причин терминальной почечной недостаточности показал, что ведущими по частоте ее причинами оказались пиелонефрит (45%) и гломерулонефрит (23%). Среди других заболеваний причиной ТПН послужил диабетический нефросклероз (13%), гипертоническая нефропатия (10%), поликистоз почек (6%), онкологические заболевания почек (3%). Треть пациентов получала лечение программным гемодиализом от 2 до 5 лет, 35% респондентов – более 5 лет, 18% - менее 1 года. Около половины больных имели уровень гемоглобина 100-110 г/л, у 23% - уровень гемоглобина оказался < 100 г/л. 5% пациентов отметили проведение гемотрансфузии за последний месяц. Все пациенты с уровнем гемоглобина < 110 г/л получали терапию эритропоэтинами подкожно в дозе 2000 ЕД. Только 3% больных получали их в дозе 4000 ЕД.

**Заключение.** 77% больных ТПН и анемией, получающих терапию программным гемодиализом, трудоспособного возраста. Доминирующими нозологиями, ведущими к терминальной почечной недостаточности, являются пиелонефрит и гломерулонефрит. 35% больных получают длительное лечение гемодиализом (более 5 лет), что диктует необходимость изучения качества жизни этих пациентов, прежде всего с позиций оптимизации стратегии их долгосрочного ведения.

## СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДИВШИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Жусупова А.М., Волокитин С.В., Кудрявцева В., Буяльская А., Гизатова З.,  
Макулбек А., Савицкая Т.

НАО «Медицинский университет Караганды»,  
Караганда, Казахстан

**Цель:** изучение структуры причин летального исхода больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН), находившихся на программном гемодиализе в Карагандинской области.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 42 случаев смерти больных ТПН, находившихся на программном гемодиализе в Карагандинской Областной клинической больнице за период с 2007г. по 2018г. Из 42 умерших больных было 16 женщин и 26 мужчин (средний возраст  $59,3 \pm 6,4$  лет и  $63,3 \pm 7,2$  лет соответственно).

**Результаты исследования.** Продолжительность лечения гемодиализом составила  $66,2 \pm 4,8$  мес. Все пациенты получали заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа: по 3 сеанса в неделю, каждый сеанс длительностью по 4 часа в день. Анализ нозологической структуры причин ТПН показал, что ведущими по частоте ее причинами оказались диабетический нефросклероз (35,7%), гломерулонефрит (23,8%) и тубулоинтерстициальный нефрит (21,4%).

В структуре летальности преобладала кардиоваскулярная патология (59,5%). Второй по частоте причиной смерти была полиорганная недостаточность (11,9%), третьей – инфекционные осложнения и злокачественные новообразования (9,5%). Далее следовали желудочно-кишечное кровотечение и несчастный случай (4,8%). Причина 14,3% случаев осталась неизвестной.

В структуре сердечно - сосудистых осложнений превалировали острый инфаркт миокарда – 28,1%, нарушения мозгового кровообращения – 25%, сердечная недостаточность – 18,8%, нарушения сердечного ритма – 15,6%, внезапная сердечная смерть – 12,5%.

Число смертей женщин от инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения было в два раза выше, чем у мужчин, тогда как у мужчин в два раза выше была доля смертей от сердечной недостаточности. При этом в возрастной категории до 45 лет в структуре причин смерти преобладали нарушения сердечного ритма и внезапная сердечная смерть. В возрастной категории старше 45 лет превалировали острый инфаркт миокарда и хроническая сердечная недостаточность, отодвинув мозговой инсульт на третье место.

В структуре инфекционной летальности доминировала септицемия.

**Заключение.** Сердечно - сосудистые осложнения составляют доминирующую причину смерти пациентов на программном гемодиализе (59,5%). Выявление факторов прогрессирования сердечно - сосудистых осложнений и разработка методов их профилактики и лечения позволит оптимизировать режим заместительной почечной терапии у больных терминальной почечной недостаточностью.

## ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Закирова Г.А., Камилова У.К., Хамраев А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Изучить взаимосвязь между показателями нейрогуморальных факторов - мозгового натрийуретического пептида (МНУП) и альдостерона (Ал) и прогнозом у больных I-III ФК хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материал и методы.** Обследованы 52 больных ХСН в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст которых составил  $53,3 \pm 6,9$  лет). Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов. Больные I ФК ХСН составляли – 18, II ФК ХСН - 21 и III ФК – 13 пациентов. Определение уровня МНУП и альдостерона проводилось на иммуноферментном анализаторе «HUMAREADER SINGLE».

**Результаты.** У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания МНУП на 71,1% ( $p < 0,01$ ), а у больных III ФК на 188,3% ( $p < 0,001$ ) по сравнению с больными I ФК. Соответственно уровень МНУП был в 1,7 раза при II ФК и в 2,9 раза выше при III ФК ХСН по сравнению со значениями больных ФК I. Наблюдалось также достоверное увеличение содержания альдостерона в обеих группах больных: у больных с ХСН II ФК уровень альдостерона увеличивался на 36,8% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с показателями больных I ФК. В группе больных с ФК III увеличение содержания альдостерона составляло 51% ( $p < 0,001$ ). Соответственно уровень альдостерона увеличивался в 1,3 раза при ФК II и в 1,5 раза при III ФК ХСН. Учитывая колебания этих показателей, изучено распределение обследуемых больных по содержанию уровня исследуемых гормонов в пределах меньших значений медианы (средневысокий уровень) и больших значений медианы (высокий уровень). У больных ФК II и III средневысокий уровень повышения МНУП наблюдался у 51,7% и 40,1% больных, тогда как средневысокий уровень альдостерона наблюдался у 58,4% больных с ФК II и 39,6% больных с ФК III соответственно. При этом у больных ФК II преобладали средневысокие уровни нейрогуморальных факторов, а при ФК III высокие уровни МНУП и альдостерона. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем нейрогормонов и ФК ХСН: у больных со II ФК, которая составила  $r = 0,54$ , а с III ФК  $r = 0,67$  ( $P < 0,001$ ). Изучение ассоциации уровня нейрогормонов - МНУП и Ал с показателями ремоделирования сердца показала высокую обратную корреляцию показателей нейрогуморальных факторов с ФВ ( $r = -0,68$ ,  $r = -0,61$  соответственно) и прямая корреляция с КДО ЛЖ ( $r = 0,66$ ,  $r = 0,58$  соответственно) и показателем максимальной скорости раннего быстрого наполнения ЛЖ - E ( $r = 0,64$ ;  $r = 0,51$ ). У больных ХСН показатель летальности имел сильную положительную корреляцию с высокими и средневысокими значениями МНУП (соответственно,  $r = 0,71$ ;  $r = 0,64$ ). Высокий уровень альдостерона имел прямую взаимосвязь высокой степени (от  $r = 0,78$  до  $r = 0,65$ ) с риском развития как фатальных, так и нефатальных событий.

**Заключение.** Таким образом, у больных ХСН наблюдается увеличение содержания МНУП и альдостерона, которые коррелирует с тяжестью ХСН и прогнозом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА  
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ,  
ОБРАТИВШИХСЯ В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

<sup>1</sup>Иванова Е.С., <sup>2</sup>Шалягин Ю.Д., <sup>2</sup>Овчаренко М.И.

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр  
профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup>Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр  
восстановительной медицины и реабилитации», Москва, Россия

**Актуальность.** В Московской области функционируют 26 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения. Специалисты ЦЗ выполняют скрининговые исследования состояния здоровья, оценивают уровень функциональных и адаптивных резервов организма, проводят групповое и индивидуальное углубленное профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни и коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ). Одной из проблем, выявившихся за годы функционирования ЦЗ, стало отсутствие детального анализа распространенности факторов риска НИЗ. Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО КЦВМиР (Московский областной центр медицинской профилактики), выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету для выявления факторов риска НИЗ у людей, обратившихся в ЦЗ.

**Цель исследования** – провести анкетирование по выявлению факторов риска НИЗ и оценить их распространенность у лиц, обратившихся в ЦЗ для взрослого населения.

**Материал и методы.** В 2018 году в исследовании по распространенности факторов риска НИЗ приняли участие 53115 человек (34918 женщин и 18197 мужчин), собранные данные стратифицированы по полу и возрасту (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 65 лет и старше 65 лет).

**Результаты.** В 2018 году по результатам анкетирования, проведенного в ЦЗ, ожирение выявлено у 35% женщин и 32% мужчин; повышенное артериальное давление – у 42% женщин и 34% мужчин; гипергликемия натощак – у 19% женщин и 21% мужчин; гиперхолестеринемия - у 45% женщин и 43% мужчин; изменения показателей внешнего дыхания - у 23% женщин и 28% мужчин; курение за последние 30 дней: у 11% женщин и 25% мужчины; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 г в день среди женщин – 47%, мужчин – 52%; недостаточная физическая активность (менее 30 мин. в день) среди женщин – 41%, мужчин – 44%; злоупотребление алкоголем среди женщин – 9%, мужчин – 14%.

**Выводы.** Таким образом, по результатам проведенного исследования факторы риска НИЗ среди взрослого населения Московской области выявляются с высокой частотой. Высокая распространенность модифицируемых факторов риска диктует необходимость разработки новых целевых программ по их коррекции в целях более эффективной профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения.

**ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ В  
ВЫЯВЛЕНИИ ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У  
БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПРОЦЕДУРЕ «ЛАБИРИНТ» ВО ВРЕМЯ  
ОПЕРАЦИЙ НА СЕРДЦЕ**

**Искендеров Б.Г.**

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

**Цель:** сравнительный анализ данных стандартной ЭКГ и длительного Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ в оценке эффективности процедуры Maze-III,

выполненной в ходе протезирования клапанов сердца, у больных с длительно персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП).

**Материал и методы.** В исследование были включены 179 больных (95 мужчин и 84 женщин) в возрасте от 36 до 68 лет ( $57,4 \pm 5,9$  года), страдающих длительно персистирующей ФП, и подвергнутых коррекции клапанных пороков. Больным в ходе операции на сердце проводилась процедура Maze III (модификация операции «лабиринт»). Периоды наблюдения за больными составили: ранний послеоперационный период (30 дней) и через 12 месяцев после операции. ХМ ЭКГ выполнялось с помощью системы «Astrocard» (ЗАО «Медитек», Россия). В ближайший период после операции больным неоднократно проводили ХМ ЭКГ с длительностью эпизодов от 7 до 24 часов и суммарно от 34 до 70 часов (в среднем  $55,3 \pm 12,9$  часов). При оценке рецидивов ФП учитывали устойчивые пароксизмы с длительностью более 30 сек. Всем больным до и после операции на сердце выполняли эхокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки.

**Результаты.** В ранний послеоперационный период частота выявления рецидивов ФП и/или трепетания предсердий, по данным стандартной ЭКГ и ХМ ЭКГ, не различалась. При этом из 179 больных у 75 (41,9%) обнаружены пароксизмы ФП. Через 12 месяцев после операции, по данным ХМ ЭКГ, поздние рецидивы ФП выявлены у 62 больных (34,6%), в том числе у 17 больных (9,5%) впервые после операции. По данным длительного ХМ ЭКГ, эффективность процедуры Maze-III составила 63,7%, а стандартной ЭКГ – 77,1% ( $\chi^2 = 6,92$ ;  $p=0,003$ ). Выявлено, что в группе больных с рецидивами ФП средний возраст был достоверно выше, чем у больных с отсутствием рецидивов аритмии после операции:  $64,5 \pm 6,7,1$  против  $58,2 \pm 6,8$  ( $p = 0,007$ ). Кроме того, при поздних рецидивах ФП гипертрофия левого желудочка выявлялась в 35,5% случаев, а при сохранном синусовом ритме – в 24,8% случаев ( $p=0,013$ ). Показано, что в группе больных с поздними рецидивами ФП гораздо чаще диагностировался синдром слабости синусового узла, чем у больных без рецидива ФП: 17,7% против 9,4% ( $p=0,013$ ). Также отмечено наличие прямой корреляции между частотой выявления поздних рецидивов ФП и длительности ХМ ЭКГ.

**Заключение.** Таким образом, по данным длительного ХМ ЭКГ, поздние рецидивы ФП после процедуры Maze-III по сравнению с записью стандартной ЭКГ выявляются достоверно чаще, что требует проведения длительной регистрации ЭКГ и своевременной активной терапии с использованием не прямых оральными непрямыми антикоагулянтов и антиаритмических препаратов, способствующих снижению кардиоваскулярных осложнений и смертности.

## КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Исламова Д.Н., Аляви Б.А.

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

**Цель.** Изучить коморбидность у больных анкилозирующим спондилоартритом (АС).

**Материал и методы.** Обследованы 90 больных АС в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст которых составил  $43,3 \pm 9,7$  лет). Для изучения коморбидности, ее структуры и степени тяжести пациента проводили анализ медицинской документации и подсчитывали тяжесть коморбидности в баллах с использованием модифицированного индекса коморбидности Charlson. Помимо опроса пациентов, коморбидность оценивали по данным медицинской документации больного (истории болезни, выписки из амбулаторных и стационарных карт).

**Результаты.** В клинической картине заболевания наиболее часто наблюдались утренняя скованность (93,3%), боли и тугоподвижность в поясничном отделе позвоночника (90%), ночные боли в позвоночнике и суставах (83,3%). Отягощенный семейный анамнез наблюдался у 16 (17,8%) пациентов, среди которых было 6 женщин и 10 мужчин. Из внесуставных поражений при АС поражения сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма сердца) наблюдались у 21 (23,3%) больных, артериальная гипертензия у 35 (38,9%), заболевания пищеварительного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь, хронический холецистит) — у 37 (41,1%), органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма, ХОБЛ)— у 10 (11,1%), сахарный диабет у 4 (4,4%), поражение почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) у 14 (15,6%), поражение глаз (увеит, иридоциклит, катаракта) — у 10 (11,1%) больных, анемия — у 11 (12,2%). Предшествующая кишечная инфекция отмечена в 4 (4,4%) случаях, мочеполая инфекция — в 5 (5,5%). Показатели встречаемости коморбидности у обследованных больных зависели от продолжительности заболевания. Оценка коморбидности по значению индекса коморбидности Charlson с продолжительностью болезни более 10 лет составил  $1,6 \pm 0,7$  балла.

**Заключение.** Таким образом, у большинство больных АС сочетаются с коморбидными состояниями, в связи с чем коморбидность определяет прогноз и тактику ведения пациента.

## **РИСКИ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЦЕНТРАЛЬНОМ КАЗАХСТАНЕ**

**Кабиева А.К.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Оценить распространенность риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа у женщин фертильного возраста в Центральном Казахстане.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное поперечное исследование в виде скрининга 1508 женщин от 18 до 49 лет. Из них азиатского происхождения — 71,1%, европейского — 28,9%. Средний возраст составил 36,2 лет. Критерии исключения: беременные, лица с психическими, тяжелыми неврологическими заболеваниями, СД. Всем женщинам проводили анкетирование, антропометрию с подсчетом индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии, оценивание риска развития СД 2 типа по опроснику FINDRISC, определение лептина в крови. Для оценки ИМТ у азиатов использовали критерии Western Pacific Region. Исследование уровня лептина проводилось путем иммуноферментного анализа у 477 женщин, которые были разделены на 2 группы в зависимости от ИМТ. 1-ю группу составили 303 респондента с избыточной массой тела и ожирением с соответствующим риском развития СД, контрольную группу — 174 женщины с нормальной массой тела без риска СД, не имеющие хронических заболеваний. Оценка ассоциации лептина со степенью риска СД проводилась с применением коэффициента корреляции Спирмена. Статистический анализ проведен с помощью IBM SPSS Statistics, 22.0. Результаты считались статистически значимыми при  $P$  менее 0,05.

**Результаты.** Распространенность избыточной массы тела составила 18,03%, ожирения — 43,89%, включая I степень — 56,9%, II степень — 27,7%, III степень — 15,2%; абдоминального ожирения — 56,1%. Частота встречаемости ожирения значительно выше у азиатов (52,23%), чем у европейцев (28,27%). Низкий риск развития СД 2 типа выявлен у 42,8% респондентов (предполагается развитие СД у 1 из 100 женщин), немного повышенный — 36,4% (у 1 из 25), умеренный — 13,3% (у 1 из 6), высокий — 6,7% (у 1 из 3), очень высокий — 0,7% (у 1 из 2). Выявлено увеличение



уровня лептина у лиц с избыточной массой тела и ожирением. Средний уровень лептина в группе с низким риском СД составил 19500,7 пг/мл, немного повышенным - 29986,0 пг/мл, умеренным - 34163,3 пг/мл, высоким - 38981,2 пг/мл, очень высоким - 30408,8 пг/мл. В данной группе наблюдается слабая положительная корреляционная связь (коэффициент корреляции 0,222) между уровнем лептина и риском развития СД 2, по сравнению с отсутствием таковой в контрольной группе.

**Заключение.** Таким образом, каждая 2-я женщина фертильного возраста в Центральном Казахстане страдает ожирением, что нашло отражение в изменении адипокинового статуса в виде повышения уровня лептина, который возрастает по мере увеличения риска СД. Более того, у 20% женщин есть высокая вероятность развития СД 2 типа в ближайшие 10 лет, что диктует необходимость усиления профилактических мероприятий с целью предотвращения развития диабета и сохранения репродуктивного здоровья населения.

## **ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОЛУЧАЮЩИХ РАЗНЫЕ СХЕМЫ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

**Кайсина А.А., Самойлова Н.М.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.**

**Цель.** Оценить вариабельность гликемии (ВГ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, получающих различные схемы сахароснижающей терапии. Настоящее исследование предполагает сравнение вариабельности гликемии у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом (СД) 2 типа и направлено на оценку возможностей влияния приема метформина (МФ) на вариабельность гликемии.

**Материал и методы.** Было проведено ретроспективное исследование по оценке показателей гликемического профиля по данным самоконтроля гликемии либо стандартного лабораторного метода определения уровня глюкозы в течение 5 суток. В исследование были включены 31 пациент в возрасте 46-86 лет: из них 20 пациентов с СД 2 типа, получающих базис-болюсную инсулинотерапию (группа 1) и 11 пациентов, получающих комбинацию инсулинотерапии с МФ (группа 2). Вариабельность была оценена на основании гликемического профиля путем расчета таких основных индикаторов как стандартное отклонение (СО) и коэффициент вариации (КВ). Статистическая обработка результатов включала методы описательной статистики, оценку нормальности распределения в выборках по критерию Колмогорова – Смирнова с поправкой Лиллиефорса, сравнение двух несвязанных величин с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости (p) принимали при значении p меньше 0,05.

**Результаты.** Пациенты из сравниваемых групп по возрасту, длительности сахарного диабета и наличию осложнений между собой статистически значимо не различались. Средний возраст пациентов в группах 1 и 2 составили  $70.01 \pm 10,12$  лет и  $65,25 \pm 14,78$  лет соответственно ( $p=0,357$ ). Средний стаж СД 2 типа в группе 1 составил  $13,35 \pm 9,48$  лет, в группе 2 -  $13,35 \pm 9,48$  лет, ( $p=0,699$ ). При сравнении данных гликемического профиля меньший уровень вариабельности гликемии был зафиксирован в группе, получающей инсулинотерапию в комбинации с метформином. Так, СО в группе 1 составило  $3,97 \pm 1,83$ , во второй группе  $3,51 \pm 2,84$ ,  $p=0,28$ . В обеих исследуемых группах показатели КВ превышали норму: в группе 1 его значение оказалось равно  $0,33 \pm 0,12$ , в группе 2 -  $0,28 \pm 0,09$  ( $p=0,52$ ). Несмотря на явную тенденцию к увеличению ВГ у пациентов с базис- болюсной схемой инсулинотерапии, не принимающих метформин, не было зафиксировано достоверных различий СО и КВ ( $p < 0.05$ ) в группах, что, вероятно, обусловлено

ограничениями исследования в виде маленькой выборки и ретроспективного дизайна.

**Заключение.** Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что уровень вариабельности гликемии в группе пациентов, которые получали комбинацию инсулинотерапии с метформином, меньше, в сравнении с группой, получающей базис-болюсную терапию. Добавление в схему лечения метформина позволяет эффективно снижать вариабельность гликемии у пациентов, получающих базис-болюсную инсулинотерапию. Применение предложенной схемы с добавлением метформина, позволит снизить вариабельность гликемии у пациентов с сахарным диабетом, а, значит, уменьшить риск развития специфических осложнений сахарного диабета.

## **РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ**

**Калимбетова А.Б., Толеуова А.С., Тайжанова Д.Ж., Вистерничан О.А.,  
Бодаубай Р.**

**Медицинский университет Караганды, г. Караганда, Казахстан**

**Цель исследования:** оценить риск возникновения осложнений при двойной антитромбоцитарной терапии после коронарного стентирования.

**Материалы и методы:** дизайн исследования: случай-контроль. Были исследованы 60 пациентов, получавших лечение в Городской больнице № 1 г. Караганды в отделении хирургии и в областном кардиохирургическом центре г.Караганды в 2017–2018 гг. Обследуемые были в возрасте  $55 \pm 10$  лет. Статистическая обработка полученных данных была произведена с помощью программы Statistica 10.0. Были рассчитаны отношение шансов (ОШ), проведена корреляция Пирсона, а также сравнение длительности лечения с развитием кровотечения по критерию Стьюдента. Исследование было одобрено комитетом по этике, от каждого участника было получено письменное информированное согласие.

**Результаты:** по проведенному анализу данного исследования, количество больных, в анамнезе которых была хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки составило 48%, хронический гастрит наблюдался у 20%, у 32% пациентов язвенного анамнеза не было. В ходе исследования по результатам фиброгастроуденоскопии было установлено, что у 10% больных с хроническим гастритом и язвенным анамнезом кровотечение возникало от 2 до 6 месяцев от начала дезагрегантной терапии, острые язвы на интактном желудке возникали у 15% больных. После 6-ти месяцев терапии кровотечение зафиксировано у 40% больных хроническим гастритом и язвенной болезнью и у 20% с интактным желудком. В результате анализа клинко-лабораторных данных было установлено, что показатели гемограмм в группах обследования достоверно не отличались. Однако в коагулограммах основной группы, растворимый фибрин-мономерный комплекс, при вычислении отношения шансов был больше 1, что говорит о явном предрасполагающем факторе возникновения кровотечения ( $OR = 2,8$ ). При исследовании АЧТВ было выявлено, что удлинение АЧТВ в основной группе выше на 18%, чем в контрольной группе ( $OR > 1$ ). При сравнении длительности лечения по критерию Стьюдента выявлено, что после приема антиагрегантной терапии в первые 6 месяцев риск развития кровотечений выше в основной группе, а в контрольной после года получения традиционной терапии. Достоверность умеренная ( $p \leq 0,039$ ).

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования могут быть применены в кардиологической практике для прогнозирования осложнений двойной антиагрегантной терапии после ЧКВ.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ  
РАССТРОЙСТВ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Дудко Т.Л., Жирнова Е.М., Гаврилова Е.С.,  
Гусельникова О.А, Сергеев С.А.**

**ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область**

Проект новой редакции приказа Минздрава России «О порядке организации медицинской реабилитации» предусматривает наличие сомнологической лаборатории в составе многопрофильного реабилитационного центра. Необходимость выявления и коррекции расстройств сна у пациентов, нуждающихся в реабилитации, обусловлена их потенциальным негативным влиянием на основные показатели функционирования больных, исходы восстановительного лечения. Повышение эффективности реабилитации особенно актуально для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, имеющих выраженные ограничения жизнедеятельности.

**Цель** исследования заключалась в изучении распространенности и клинических ассоциаций расстройств сна у пациентов кардиологического профиля с хронической сердечной недостаточностью, проходящих реабилитацию.

**Пациенты и методы.** Обследованы 155 пациентов с хронической сердечной недостаточностью II и III классов по NYHA. Протокол предусматривал оценку клинического статуса пациента с применением теста 6-минутной ходьбы, инструментальное исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы, диагностику расстройств сна. Оценка выраженности нарушений засыпания/поддержания сна выполнена с использованием индекса тяжести бессонницы. Для инструментального исследования сна проводилось полисомнографическое исследование (регистрация 6-и каналов ЭЭГ, 2 каналов ЭОГ, подбородочной ЭМГ, воздушного потока, дыхательных усилий, ЭМГ конечностей, ЭКГ и насыщения кислородом артериальной крови во время сна).

**Результаты.** Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) был выявлен у 89 (57 %) больных, в том числе СОАС тяжелой степени у 25 (16%) пациентов, средней – у 31 (20%) и легкой у 33 (21%) больных. Центральное апноэ сна выявлялось у 11 (7%) больных. Нарушения засыпания и поддержания сна были выявлены у 114 (74%) обследованных. Признаки синдрома беспокойных ног установлены у 26 (17%) больных, хронобиологические расстройства – у 21 (14%) пациента. Средний уровень выраженности нарушений засыпания/поддержания в соответствии со Шкалой тяжести бессонницы составил  $17,9 \pm 2,9$  балла. Пациенты с СОАС средней и тяжелой степени имели большее количество сопутствующих заболеваний по сравнению с больными без нарушений дыхания во время сна ( $7,2 \pm 2,3$  и  $5,8 \pm 2,5$ ), для достижения клинического улучшения требовались более продолжительные курсы реабилитации ( $18,5 \pm 2,4$  и  $15,1 \pm 3,1$  дня). Применение терапии положительным давлением в дыхательных путях в составе программ кардиологической реабилитации у пациентов этой группы было ассоциировано с увеличением дистанции по данным теста 6-минутной ходьбы ( $223,6 \pm 20,5$  и  $317,5 \pm 32,1$  метра), уменьшению величин определителей доменов b410-b429 по МКФ, характеризующих нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности связанных со сном нарушений дыхания и хронической бессонницы и пациентов с ХСН, нуждающихся в реабилитации. Включение методик коррекции нарушений дыхания в реабилитационные программы повышает их клиническую эффективность.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХСН

Камилова У.К., Нуритдинов Н.А.

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

**Цель.** Изучить особенности диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Методы исследования.** Обследованы 131 больных ХСН ишемического генеза с I, II и III ФК, мужчины в возрасте 38-60 лет (средний возраст -  $54,51 \pm 6,89$ ). Давность перенесенного ИМ составляла от 3 мес. до 4 лет. Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН, согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Группу больных с ФК I составили 31 больных, ФК II составляли – 51 и ФК III – 49 пациентов.

**Результаты.** Анализ типов нарушения диастолической функции в зависимости от ФК ХСН показал, что у больных с I ФК ХСН нарушения диастолической функции были определены у 58,1% (18) больных, при этом были определены только I тип (замедленной релаксации) – у 12 больных (38,7%) и II тип – (псевдонормальный) у 6 больных (19,4%). У больных с II ФК ХСН ДД была определена у 39 больных (76,5%) больных: I тип (замедленной релаксации) – у 22(43,1%) больных, II тип – (псевдонормальный) у 10 (19,6%) больных, III тип (рестриктивный) – у 7 (13,7%) больных. У больных с III ФК ХСН ДД была определена у 81,6% (40 больных) больных: I тип (замедленной релаксации) – у 17 (34,7%) больных, II тип – (псевдонормальный) - у 11 (22,4%) и III тип (рестриктивный) – у 12 (24,5%) больных. Нарушения диастолической функции ЛЖ охватывали как скоростные, так и временные параметры диастолы. У обследованных больных ХСН изменение показателя максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ (E), достоверное уменьшение времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) и времени замедления скорости потока в фазу раннего наполнения ЛЖ (DT, мс) ассоциируется с прогрессированием ХСН и нарастанием ФК заболевания. Анализ показателей в зависимости от ФК ХСН показал, что максимальной скорости раннего наполнения E ЛЖ с I, II, III ФК составила  $48,9 \pm 8,42$ ,  $62,1 \pm 7,42$  и  $71,2 \pm 9,03$  м/с. Время изоволюметрического расслабления ЛЖ – IVRT составила  $108,5 \pm 11,2$ ,  $94,6 \pm 14,3$  и  $80,1 \pm 16,4$  мс с достоверным уменьшением у больных с II и III ФК ХСН на 12,8% ( $p < 0,05$ ) и 26,2% ( $p < 0,01$ ) соответственно по сравнению с показателями I ФК ХСН. Время замедления скорости потока в фазу раннего наполнения ЛЖ (DT, мс) у больных с I, II, III ФК составило  $212,2 \pm 13,25$ ,  $184,4 \pm 21,91$  и  $168,3 \pm 29,54$  мс соответственно с достоверным уменьшением у больных со II и III ФК ХСН на 12,8% ( $p < 0,05$ ) и 26,2% ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Таким образом, анализ типов диастолической дисфункции показал преобладание нарушения релаксации у больных с ХСН, увеличение числа больных с ДД ЛЖ и с рестриктивным типом нарушения диастолической функции с прогрессированием заболевания.

## ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМ ID ГЕНА ACE У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Расулова З.Д., Бобоев К.Т.

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

**Цель.** Изучение ID полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у лиц узбекской национальности.

**Материал и методы.** Генотипирование полиморфизма ID гена ACE проведено у 114 больных с ХСН и 51 здоровых доноров узбекской национальности с использованием полимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и 2720 «Applied Biosystems» (США), с использованием наборов ООО «Медлаб» (г. Санкт-Петербург) и «Литех» (Москва), согласно инструкциям производителей. Сопоставление частот встречаемости аллелей и генотипов исследуемого гена среди больных с ХСН и группы сравнения проведен методом «случай-контроль».

**Результаты.** При анализе частот аллелей полиморфизма ID гена ACE было отмечено, что в группе больных ХСН частота функционально-значимого аллеля I составляет 48.6%, что ниже, чем в контрольной группе (59.8%), однако при статистической обработке достоверных отличий получено не было ( $\chi^2=0,5$ ;  $P=0,4$ ;  $OR=0,8$ ; 95% CI 0,4828, 1,399), тогда как встречаемость аллеля D была достоверно выше в группе больных с ХСН (51.4% против 40.25% в контрольной группе). Частота генотипа I/I снижается в группе больных ХСН (31%) по сравнению с контрольной группой (47.1%). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН при наличии генотипа I/I незначительная. Близким к значимым различиям оказалось и снижение частот генотипа I/D гена ACE среди больных 35.2% в отношении контрольной группы 25.5%, что можно рассматривать гетерозиготного генотипа как защитный фактор развития заболевания ( $\chi^2=1,3$ ;  $p=0,6$ ,  $OR=1.6$ ; 95% CI 0.7166, 3.522). Интересно отметить, в группе больных нами была выявлена тенденция к увеличению числа носительства гомозиготного генотипа D/D. Частота встречаемости данного функционально неблагоприятного генотипа составляла 33.8%. Эти данные еще больше укрепляют позицию генотипа D/D гена ACE как маркера, ассоциированного формированием ХСН.

**Заключение.** Таким образом, результаты вычисления функциональной эффективности исследуемого локуса гена ACE в качестве самостоятельного маркера ХСН определили статистически незначимые показатели OR.

## ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ НР- АССОЦИИРОВАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ

Каримов М.М., Исламова Ш.З., Дусанова Н.М., Собирова Г.Н., Каюмова Н.К.

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

**Цель работы** – изучить степени морфологических изменений в слизистой оболочке желудка при хеликобактер пилори (НР) -ассоциированных хронических гастритах.

**Материал и методы.** Исследования проводились у 28 больных (18 мужчин и 10 женщин, средний возраст 48,  $5\pm 4,2$  год) с НР-ассоциированным хроническим гастритом типа В. Верификацию диагноза проводили эзофагогастродуоденоскопией с прицельной биопсией) и быстрым уреазным тестом. Всем больным была проведена прицельная биопсия из 5 точек желудка (2 из тела, 2 из антрального отдела и 1 из

малой кривизны желудка и сделаны гистологические исследования. Оценку морфологической картины проводили по системе OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment)

**Результаты.** Исследования показали, что у 12 тематических больных морфологическая картина желудка соответствовала хроническому неатрофическому гастриту. У 16 обследованных больных было выявлено морфологическая картина хронического атрофического гастрита. Из них у 8 морфологическая картина согласно системе OLGA соответствовало атрофии 1 степени, 4 больных атрофии 2 степени и у 4 больных атрофии 3 степени.

**Выводы.** Выявление атрофических процессов в слизистой оболочке желудка у 57% больных и причем выраженной атрофии 2 и 3 степеней у 28, 5% больных делает актуальной проведение гистологических исследований желудка при НР-ассоциированных хронических гастритах.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ C14 ДЫХАТЕЛЬНОГО ТЕСТА ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗЕ**

**Каримов М.М., Рустамова С.Т., Исмаилова Ж.А., Абдуллаева У.К., Саатов З.З.  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан**

**Цель работы** – изучить диагностическую эффективность дыхательного C14 уреазного теста при НР-ассоциированных заболеваниях ЖКТ.

**Материал и методы.** Исследования проводились у 40 больных (22 мужчин и 18 женщин, средний возраст 45,  $5 \pm 3,6$  год) с НР ассоциированными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (28 НР-ассоциированный хронический гастрит типа В и 12 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). Верификацию диагноза проводили эзофагогастродуоденоскопией с прицельной биопсией) и быстрым уреазным тестом (ASAN Helicobacter Test, Республика Корея). Также этим больным проводили определение НР инфекции неинвазивным дыхательным C14 уреазным тестом (HUBT-20P Helicobacter pulory detector).

**Результаты.** Исследования показали, что у всех больных была выявлена обсемененность слизистой оболочки желудка НР-инфекцией по результатам быстрого уреазного, дыхательного C14 тестов. После проведенной эрадикационной терапии эффективность лечения оценивали биопсийным уреазным и дыхательным C14 тестами через 4 недели после курса терапии. Эрадикация НР инфекции было отмечено у 95% (38 больных) по результатам быстрого уреазного теста. Аналогичные показатели были получены и по результатам дыхательного C14 уреазного теста (95%).

**Заключение.** Применение неинвазивной методики с использованием дыхательного C14 уреазного теста является методом выбора для контроля эрадикации НР-инфекции по сравнению с инвазивной диагностикой на биопсийном материале.

## **ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА НЕБИВАЛОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Касумова Ф.Н., Касумова Ф.З., Мамедова Р.Н., Аслан Г.А.  
Кафедра терапии Азербайджанский Государственный Институт  
Усовершенствования врачей имени А. Алиева, кафедра терапии,  
Баку, Азербайджан**

**Цель.** Изучить влияние небиволола на качество жизни и приверженность к лечению при длительной монотерапии у больных с артериальной гипертензией.

**Методы и результаты.** Исследование прошли 130 мужчин с артериальной гипертензией в возрасте 30-59 лет (в среднем  $44,5 \pm 1,25$  лет), без сопутствующих заболеваний. Всем больным проводился полный комплекс клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Больные рандомизировались по 5-ти стратификационным критериям (длительность АГ до 5 лет и больше, уровень диастолического давления до 105 мм рт.ст и больше наличия или отсутствия ИБС и ожирения, возраст до 50 лет и больше). Приверженность к лечению и качество жизни изучали по опроснику – тест Мориски – Грина и General Well Being Questionarie (GWBQ).

**Результаты.** Проведенное исследование продемонстрировало, что наряду с достаточным антигипертензивным эффектом, хорошей переносимостью и низкой частотой побочных действий, наилучшая приверженность к лечению и улучшение качества жизни отмечались при монотерапии небивололом (66,7%) в сравнении с другими  $\beta$ - адреноблокаторами, самая низкая приверженность к лечению и незначительное улучшение качества жизни наблюдалась в группе больных, получавших пропранолол (21,7%). Вероятно, здесь сказалась не только относительно худшая переносимость препарата (особенно отрицательное влияние на сексуальную функцию), но и частота его применения – 2 раза в день.

**Заключение.** При длительной терапии  $\beta$ - адреноблокаторами у больных артериальной гипертензией следует отдавать предпочтение небивололу, учитывая высокую приверженность больных к лечению и его позитивное влияние на качество жизни, особенно на сексуальную функцию у мужчин.

## **КОМОРБИДНОСТЬ: МОДЕЛЬ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ**

**Кац Я.А.**

**Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия**

Следует признать, что в настоящее время в клинике внутренних болезней не существует ни единой методологии изучения коморбидности, ни унифицированного диагностического алгоритма. При моделировании методологического подхода к диагностике коморбидности, мы придерживаемся мнения, согласно которому коморбидность рассматривается как сочетание у одного больного ряда заболеваний с наличием разнообразных форм взаимовлияния. Отправной точкой создания модели коморбидности должно стать признание при этом состоянии наличия в организме нескольких «кооперативных» патологических процессов, что дает право рассматривать коморбидность с позиции синергетики (от греч. *συνεργεια* — совместное действие). Кроме того, следует заметить, что синергетика, как теория самоорганизации, использует в качестве одного из элементов механизм обратной связи, что в определенной степени может служить объединяющим началом с кибернетическим подходом при разработке модели коморбидности. Исходя из этих

позиций, коморбидность представляет собой комплекс систем, в котором каждое из входящих заболеваний составляет одну из подсистем этого комплекса. При этом должен применяться единый методологический подход к оценке и анализу каждой из подсистем и единой системы в целом, т. к. единство возможно только при объединении элементов и систем, а также потому, что «каждый элемент той или иной системы связан со всеми элементами всех уровней». Понятно, что базовой частью кибернетической модели коморбидности является кибернетическая модель одной болезни (мономорбидности) с определенными особенностями, обусловленными одновременным сочетанием нескольких болезней. В то же время кибернетическая модель коморбидности будет отличаться от модели отдельно взятого заболевания (мономорбидности). Если в случае мономорбидности на «входе», основной этиологический фактор представлен в единственном числе, то при коморбидности число основных этиологических факторов соответствует числу входящих в коморбидность заболеваний. Кроме того, в случае коморбидности будет меняться входящий поток информации, как и намного сложнее будет комплекс процессов, происходящих в «черном» ящике. При этом, конечно же, будет меняться количественная и качественная сторона «выхода». Представляемая схема, следовательно, нужна для единого понимания и интерпретации механизмов формирования и существования субъектов в условиях коморбидности с выделением начальных и конечных этапов, для изучения которых существующего в настоящее время развития медицинской науки — достаточно. С другой стороны, сегодня идет лишь накопление и начальный этап понимания разрозненной информации о сложнейших процессах патогенеза, происходящих при том или ином заболевании и, тем более, при их сочетаниях. В этих условиях для получения существенной информации о происходящих процессах в «черном» ящике следует признать рациональным применение системного подхода с изучением состояния основных функциональных систем, всегда участвующих в жизнеобеспечении организма и изменяющихся при любых заболеваниях и их сочетаниях. Изменение функционирования последних будет свидетельствовать о суммарном действии тех или иных факторов патогенного, саногенного и/или компенсаторного характера, вне зависимости от их отношений к той или иной нозологии. А если признать, что многие механизмы развития заболевания, а тем более различные их сочетания и взаимосвязи, особенно в условиях применения лекарственных препаратов нам неизвестны и непонятны, то ориентация на изучение более или менее известного конечного результата представляется более предпочтительной и возможной. Это становится особенно очевидным, если учесть, что вне зависимости от этиологии и механизмов развития повреждений, конечным результатом чаще всего становится их замещение соединительной тканью с формированием хронической склеротической болезни. Примеры возможности практического применения созданной модели будут представлены в докладе.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Кирюхин О.Л., Лихоткина Е.А., Морозова Л.С., Щербакова О.Н.  
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области». Рязань, Россия**

**Актуальность.** Тревога и депрессия часто рассматриваются как отдельные формы аффективных реакций: тревогу связывают со страхом опасности, а депрессию — с опытом потери. Это привело к разграничению фармакологических стратегий на лечение анксиолитиками или антидепрессантами. Тем не менее, при заболеваниях



сердца симптомы тревоги и депрессии часто сосуществуют, и поэтому лечение аффективных расстройств у больных ИБС по-прежнему вызывает много споров и дискуссий. Имеются сведения как об эффективности антидепрессантов при лечении тревоги, так и об успехах лечения депрессий с применением лёгких анксиолитиков.

**Цель.** Сравнительная оценка эффективности комбинированной психофармакотерапии и монотерапии аффективных расстройств у больных ИБС.

**Материалы и методы.** 107 больных с подтверждённым диагнозом ИБС: стенокардией напряжения II-III функциональных классов были обследованы психиатрическим методом с использованием клинического полуструктурированного интервью и тестирования по шкалам клинической оценки депрессии и тревоги Гамильтона. Минимальный возраст больных составлял 42 года, максимальный – 68 лет, средний возраст –  $55,3 \pm 4,7$  лет.

Среди обследованных аффективные расстройства были выявлены у 44 больных (41%), 19 мужчин и 25 женщин. Тревога проявлялась психическим напряжением, беспокойством, чувством страха, особенно усиливающимся под действием стрессовых факторов. Почти во всех наблюдениях она была более интенсивной, чем депрессия. Содержанием, как тревоги, так и депрессивных переживаний были реальные жизненные трудности, но, чаще - ухудшение собственного здоровья и страх сердечной смерти.

Все отобранные пациенты были разделены на 3 равные, статистически достоверные группы: пациенты 1-й группы принимали антидепрессант - селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС, рекомендованы при заболеваниях сердца), 2-я группа получала небензодиазепиновый анксиолитик, больные 3-й группы получали комбинацию этих двух препаратов. Повторные исследования психического состояния проводились теми же методами в конце каждой недели лечения в течение 8-и недель.

**Результаты.** У больных ИБС отмечено достоверно более быстрая и более выраженная редукция аффективных проявлений при использовании сочетания антидепрессанта и анксиолитика ( $p \leq 0,01$ ), что позволило достигнуть более полного комплаенса с больными. По количеству побочных эффектов группы достоверно не различались.

**Заключение:**

1. Более трети пациентов с ИБС обнаруживают аффективные расстройства и нуждаются в своевременном лечении.
2. Комбинация антидепрессанта группы СИОЗС с анксиолитиком в лечении аффективных расстройств у больных ИБС приводит к более быстрому и выраженному снижению их проявлений у большинства больных.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ IL-6 И РЕЦЕПТОРА IL-6 С РАЗВИТИЕМ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА**

**Климушина М.В., Сметнев С.А., Куценко В.А., Киселева А.В., Мешков А.Н., Гуманова Н.Г., Метельская В.А.**

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

**Цель.** Определение взаимосвязи однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов IL-6 и рецептора IL-6 (IL-6R) с концентрацией маркеров воспаления и с наличием атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА).

**Материал и методы.** В исследование были включены 316 мужчин и 131 женщина в возрасте  $61,2 \pm 9,4$  года, прошедших коронарную ангиографию. Концентрацию IL-6 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью

наборов фирмы eBioscience (Австрия) согласно инструкции производителя. Концентрацию вчСРБ определяли на автоматическом анализаторе Sapphire-400 (Япония). Геномную ДНК выделяли с помощью набора QIAamp® DNA Blood Mini Kit (QIAGEN, Германия). Концентрацию ДНК определяли на спектрофотометре Nano Photometer (IMPLEN, Германия). Для анализа были выбраны 2 ОНП, находящиеся в гене IL-6 (rs1800795) и в гене IL-6R (rs3729960). Определение генотипов осуществляли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени на приборе Applied Biosystems, 7500 Real-Time PCR System (Thermo Fisher Scientific, США) с использованием методики TaqMan с помощью наборов реагентов компании СИНТОЛ (Россия) в соответствии с протоколом фирмы производителя. Статистический анализ данных проводили с применением пакета программ IBM SPSS Statistics 23 (USA).

**Результаты.** Обнаружено, что у женщин СС генотип (N=31) ОНП rs1800795 гена IL-6 был ассоциирован со снижением медианы вчСРБ в доминантной модели (GG+CG, N=38 и N=62, соответственно): 1,70 мг/л (25% 0,75; 75% 3,55) против 3,30 мг/л (25% 1,20; 75% 6,18); P=0,015. У мужчин взаимосвязи между концентрацией вчСРБ и идентифицированными генотипами не обнаружено. Взаимосвязи между анализируемыми ОНП и концентрацией интерлейкина-6 в сыворотке крови ни у мужчин, ни у женщин обнаружено не было.

Анализ распределения частот аллелей ОНП rs1800795 в группах с и без поражения КА выявил достоверное повышение аллеля G в группе с поражением КА только у мужчин (ОШ 2.45; 95%CI 1.31-4.72; P=0.003). Анализируемый ОНП rs1800795 промоторного региона гена IL6 можно рассматривать как дополнительный генетический фактор предрасположенности к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

**Заключение.** У женщин ОНП rs1800795 ассоциирован с концентрацией вчСРБ, у мужчин была выявлена взаимосвязь ОНП rs1800795 с коронарным атеросклерозом.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В СЛЮНЕ – НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Козлов К.Л.<sup>1</sup>, Сараев Г.Б.<sup>1</sup>, Бунин В.А.<sup>1</sup>, Линькова Н.С.<sup>1,2</sup>, Кветной И.М.<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** При развитии инфаркта миокарда (ИМ) резко возрастает интенсивность воспалительных реакций в организме. По данным литературы увеличение концентрации IL-8 в слюне и плазме крови может служить предиктором развития ИМ. Цитокин TNFα способен повышать проницаемость сосудистой стенки, что способствует повреждению эндотелиальных клеток, тромбозу, формированию геморрагических некрозов. При этом оценка уровня TNFα в слюне у пациентов с ИМ до сих пор не проводилась.

**Цель.** Сравнительный анализ концентрации IL-8 и TNFα в слюне лиц среднего и пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии (ССП) и с ИМ.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие лица без ССП (73 человека, контроль) и пациенты с ИМ (65 человек). Материал слюны был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.

Кирова от лиц среднего ( $55,3 \pm 2,1$  года) и пожилого возраста ( $71,0 \pm 2,7$  года). Использовали метод иммуноферментного анализа (BioTek Instruments), набор (HS)-CRP EIA kit (DRG International Inc), включающий материалы для прямого определения IL-8 и TNF $\alpha$  в слюне человека. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS Statistics 17.0, критерия Колмогорова-Смирнова, t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация IL-8 в слюне повышалась в 15 раз по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без ССП концентрация IL-8 в слюне увеличивалась в 2 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация IL-8 в слюне повышалась в 7 раз по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация IL-8 в слюне не различалась. У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 8,5 раза по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без ССП концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 2 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 4,3 раза по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне не различалась.

**Заключение.** Полученные данные подтвердили диагностическую ценность оценки концентрации IL-8 в слюне для диагностики ИМ у лиц среднего и пожилого возраста и показали, что еще более информативным маркером для такого исследования является цитокин TNF $\alpha$ .

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ IL-6 И РЕЦЕПТОРА IL-6 С РАЗВИТИЕМ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА**

**Климушина М.В., Сметнев С.А., Куценко В.А., Киселева А.В., Мешков А.Н., Гуманова Н.Г., Метельская В.А.**

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

**Цель.** Определение взаимосвязи однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов IL-6 и рецептора IL-6 (IL-6R) с концентрацией маркеров воспаления и с наличием атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА).

**Материал и методы.** В исследование были включены 316 мужчин и 131 женщина в возрасте  $61,2 \pm 9,4$  года, прошедших коронарную ангиографию. Концентрацию IL-6 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы eBioscience (Австрия) согласно инструкции производителя. Концентрацию вчСРБ определяли на автоматическом анализаторе Sapphire-400 (Япония). Геномную ДНК выделяли с помощью набора QIAamp® DNA Blood Mini Kit (QIAGEN, Германия). Концентрацию ДНК определяли на спектрофотометре Nano Photometer (IMPLEN, Германия). Для анализа были выбраны 2 ОНП, находящиеся в гене IL-6 (rs1800795) и в гене IL-6R (rs3729960). Определение генотипов осуществляли методом полимеразной цепной реакции в реальном времени на приборе Applied Biosystems, 7500 Real-Time PCR System (Thermo Fisher Scientific, США) с использованием методики TaqMan с помощью наборов реагентов компании СИНТОЛ (Россия) в соответствии с протоколом фирмы производителя. **Статистический анализ данных проводили с применением пакета программ IBM SPSS Statistics 23 (USA).**

**Результаты.** Обнаружено, что у женщин СС генотип (N=31) ОНП rs1800795 гена IL-6 был ассоциирован со снижением медианы вчСРБ в доминантной модели (GG+CG,

N=38 и N=62, соответственно): 1,70 мг/л (25% 0,75; 75% 3,55) против 3,30 мг/л (25% 1,20; 75% 6,18); P=0,015. У мужчин взаимосвязи между концентрацией вчСРБ и идентифицированными генотипами не обнаружено. Взаимосвязи между анализируемыми ОНП и концентрацией интерлейкина-6 в сыворотке крови ни у мужчин, ни у женщин обнаружено не было.

Анализ распределения частот аллелей ОНП rs1800795 в группах с и без поражения КА выявил достоверное повышение аллеля G в группе с поражением КА только у мужчин (ОШ 2.45; 95%CI 1.31-4.72; P=0.003). Анализируемый ОНП rs1800795 промоторного региона гена IL6 можно рассматривать как дополнительный генетический фактор предрасположенности к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

**Заключение.** У женщин ОНП rs1800795 ассоциирован с концентрацией вчСРБ, у мужчин была выявлена взаимосвязь ОНП rs1800795 с коронарным атеросклерозом.

**Финансовая поддержка.** Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского Научного Фонда в рамках научного проекта №18-75-00087.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ В СЛЮНЕ – НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Козлов К.Л.<sup>1</sup>, Сараев Г.Б.<sup>1</sup>, Бунин В.А.<sup>1</sup>, Линькова Н.С.<sup>1,2</sup>, Кветной И.М.<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

При развитии инфаркта миокарда (ИМ) резко возрастает интенсивность воспалительных реакций в организме. По данным литературы увеличение концентрации IL-8 в слюне и плазме крови может служить предиктором развития ИМ. Цитокин TNF $\alpha$  способен повышать проницаемость сосудистой стенки, что способствует повреждению эндотелиальных клеток, тромбозу, формированию геморрагических некрозов. При этом оценка уровня TNF $\alpha$  в слюне у пациентов с ИМ до сих пор не проводилась.

В связи с этим **цель работы** - сравнительный анализ концентрации IL-8 и TNF $\alpha$  в слюне лиц среднего и пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии (ССП) и с ИМ.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие лица без СПП (73 человека, контроль) и пациенты с ИМ (65 человек). Материал слюны был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова от лиц среднего (55,3 $\pm$ 2,1 года) и пожилого возраста (71,0 $\pm$ 2,7 года). Использовали метод иммуноферментного анализа (BioTek Instruments), набор (HS)-CRP EIA kit (DRG International Inc), включающий материалы для прямого определения IL-8 и TNF $\alpha$  в слюне человека. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS Statistics 17.0, критерия Колмогорова-Смирнова, t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация IL-8 в слюне повышалась в 15 раз по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без СПП концентрация IL-8 в слюне увеличивалась в 2 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация IL-8 в слюне повышалась в 7 раз по сравнению с контролем соответствующей группы. При

переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация IL-8 в слюне не различалась. У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 8,5 раза по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без ССП концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 2 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне повышалась в 4,3 раза по сравнению с контролем соответствующей группы. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация TNF $\alpha$  в слюне не различалась.

**Заключение.** Полученные данные подтвердили диагностическую ценность оценки концентрации IL-8 в слюне для диагностики ИМ у лиц среднего и пожилого возраста и показали, что еще более информативным маркером для такого исследования является цитокин TNF $\alpha$ .

### **ВЛИЯНИЕ НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА ЧАСТОТУ ПОВТОРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ**

**Комков А.А.<sup>1,2,3</sup>, Мазаев В.П.<sup>1</sup>, Рязанова С.В.<sup>1</sup>, Самочатов Д.Н.<sup>2,3</sup>, Базаева Е.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ Профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва, Россия

<sup>2</sup>ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохобова ДЗМ», Москва, Россия

<sup>3</sup>ФГБУ «НМИЦ Травматологии и ортопедии» Минздрава РФ, Москва, Россия

**Цель.** Изучить закономерность развития нежелательных событий, включающих повторную госпитализацию, при полной реваскуляризации (ПР) и неполной реваскуляризации (НПР) после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

**Методы исследования.** Анализ включал в себя клинико-ангиографические данные 155 пациентов с выполненным ЧКВ и стентированием с последовавшим клиническим ухудшением в сроки >30 дней и очередной госпитализацией, с выполнением повторной коронарографии и/или ЧКВ (follow-up КАГ/ЧКВ). Все пациенты были подразделены на группы: с НПР и ПР. НПР обозначала наличие после ЧКВ значимых остаточных сужений в основных магистральных артериях ( $\geq 2$  мм) >70% или в основном стволе левой коронарной артерии >50% по диаметру. Пациентам через в среднем через 5,5 лет после follow-up вмешательства проводился телефонный опрос, при котором выявлялись основные нежелательные сердечно-сосудистые события и смертность.

**Результаты.** НПР встречалась у 79,3% пациентов (n=123), а ПР у 20,7% (n=32). Средний возраст больных был 60,7 лет, большинство лиц мужского пола 75,5%. Большинство пациентов были со стабильной формой стенокардии - 79%. Гипертоническая болезнь и дислипидемия преобладали среди других факторов сердечно-сосудистого риска в обеих группах (в среднем 88% и 85% для гипертонии и дислипидемии соответственно). По исходным ангиографическим данным группа НПР имела большее количество значимо пораженных сосудов по сравнению с группой ПР (2,1 $\pm$ 0,9 и 1,3 $\pm$ 1,1 для групп НПР и ПР соответственно, p=0.034). На момент повторного наблюдения отмечено, что клиническое ухудшение наступило раньше в группе НПР, чем в ПР (Me 167 [77;386] и Me 470,5 [130,5;709] дней для групп НПР и ПР соответственно, p=0.114). Причиной необходимого выполнения «follow-up КАГ/ЧКВ» в обеих группах большинстве случаев были признаки стабильной стенокардии с подтвержденной функциональной пробой: 87% и 81% для групп НПР и ПР соответственно (p=0.403). Между наблюдениями инфаркт миокарда (ИМ) развился с равной частотой в обеих группах (6%). После телефонного опроса удалось дозвониться до 101 пациента ( $\approx$ 70%) (76(62%) в группе с НПР и 25(78%) в группе ПР). По данным телефонного опроса не выявлено разницы между группами по смертности (1% и 0% соответственно для групп НПР и ПР, p=1.000) и основным

нежелательным событиям (повторная реваскуляризация, ИМ, смерть 17% и 15% соответственно для групп НПР и ПР,  $p=0.790$ ).

**Заключение.** НПР часто характеризуется распространенным поражением коронарных артерий и приводит к более ранней очередной госпитализации. Различий по очень отдаленным основным нежелательным событиям и смерти в группах НПР и ПР выявлено не было.

## **ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Курманова А.Т., Тайжанова Д.Ж., Бодаубай Р.**

**Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда,  
Республика Казахстан**

**Цель.** Провести оценку степени риска после планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у пациентов с ишемической болезнью сердца.

**Материал и методы.** Была изучена прогностическая роль тяжести атеросклеротического поражения коронарного русла у 47 пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, подвергшихся успешному плановому ЧКВ. Среди 47 пациентов, 23,4 % (11) составили женщины, 76,5 % (36) мужчины. Средний возраст был  $54 \pm 3,9$  лет. Критерии исключения: острый коронарный синдром, ишемический инсульт, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, выраженная недостаточность кровообращения (NYHA IV), активный онкологический процесс. На протяжении 1 года наблюдения проведена оценка влияния выраженности коронарного атеросклероза на исходы реваскуляризации миокарда. Конечными точками исследования были такие неблагоприятные кардиоваскулярные события, как смерть, повторный инфаркт миокарда, повторная незапланированная реваскуляризация коронарных артерий и тромбоз стента.

**Результаты.** У 92 % пациентов отмечалось наличие артериальной гипертензии, у 39 % ожирение, у 24 % - сахарный диабет, 69 % имели нецелевые значения уровня липидов крови: общий холестерин выше 5,0 ммоль/л, липопротеины низкой плотности больше 1,8 ммоль/л. Для большинства (89%) пациентов показаниями к ЧКВ была стабильная стенокардия напряжения II-III ФК; 31,7% больных перенесли в прошлом инфаркт миокарда. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от выраженности коронарного атеросклероза с использованием шкалы SYNTAX. При оценке по шкале SYNTAX, определили разные степени поражения коронарного русла: у 51 % (24) пациентов значение шкал соответствовало индексу  $\leq 18$  баллов, у 42,5 % (20) - 23-32 балла; при этом крайне тяжелое поражение -  $> 32$  баллов, обнаружено только 6,3 % (3) пациентов. Получены данные, свидетельствующие о том, что тяжесть поражения коронарного русла  $>23$  баллов ассоциируется с более старшим возрастом, снижением систолической сократительной способности миокарда, увеличением частоты постинфарктного кардиосклероза по сравнению с пациентами с умеренно выраженным коронарным атеросклерозом. Для пациентов с тяжелым и крайне тяжелым атеросклеротическим поражением коронарного русла было характерно трехсосудистое поражение и тенденция к снижению частоты успешного первичного ЧКВ в сравнении с больными, имеющими умеренную выраженность коронарного атеросклероза.

**Заключение.** При средней и тяжелой степенях поражения коронарных артерий по шкале SYNTAX, чаще ассоциировались с увеличением возраста, систолической дисфункцией, частотой перенесенного инфаркта миокарда, что увеличивает частоту кардиоваскулярных событий.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

**Лазарева Н.В.**

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

**Цель.** Изучить особенности вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных системной склеродермией (ССД) в зависимости от функционального состояния щитовидной железы.

**Методы исследования.** Обследовано 65 больных ССД и 20 относительно здоровых лиц без ревматической и сердечно-сосудистой патологии, составивших контрольную группу, сопоставимую с основной по возрасту (средний возраст составил  $48,8 \pm 15,4$ ), полу и сопутствующей патологии. Критериями исключения больных из исследования были тяжелая сопутствующая патология внутренних органов с их функциональной недостаточностью, ИБС, сахарный диабет, ХСН III-IV ФК. Подавляющее большинство пациентов составили женщины – 63 (96,9%) человека с длительностью заболевания - 5 [2; 10] лет, которое чаще всего протекало со II степенью активности процесса (61,5%) и хроническим течением (81,5%). Для изучения ВРС использовалась 5-минутная запись ритма сердца в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы (АОП) в соответствии с «Международным стандартом» (1996г) на многофункциональном комплексе «Поли-спектр». Всем больным проводили ультразвуковое исследование щитовидной железы и определяли уровень антител к тиреоглобулину и к микросомальной фракции. Функцию щитовидной железы оценивали по уровню гормонов (Т3, Т4, ТТГ) в сыворотке крови обследуемых.

**Полученные результаты.** Нарушение функции щитовидной железы имели 10 (15%) больных, из них у 5 (50%) был диагностирован манифестирующий гипотиреоз. А у остальных 5 (50%) - субклинический. Гипотиреоз был обусловлен аутоиммунным тиреоидитом, вероятнее всего, являющимся проявлением основного заболевания. Низкую ВРС имели 7 (70%) больных с гипотиреозом. У всех у них отмечался переход регуляции ритма сердца с рефлекторного, вегетативного уровня руководства на более низкий гуморально-метаболический. После проведения функциональной ортостатической пробы реактивность парасимпатического и активация симпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) оказались сниженными у всех больных с гипотиреозом, что говорит об ухудшении функционального состояния организма. Среди обследованных больных без гипотиреоза низкая ВРС была у 28 (51%). Из них гуморально-метаболический тип регуляции ритма сердца отмечался у 23 (82,1%). Функциональная ортостатическая проба показала снижение реактивности парасимпатического отдела ВНС у 23 (82,1%) больных, и снижение активации симпатического отдела ВНС у 19 (70,5%) пациентов.

**Заключение.** Таким образом, у больных с гипотиреозом чаще диагностируется низкая ВРС, отмечается переход регуляции ритма сердца с рефлекторного, вегетативного уровня руководства на более низкий гуморально-метаболический, не способный быстро обеспечивать гомеостаз. В ходе выполнения АОП снижение реактивности парасимпатического и активация симпатического отделов ВНС также чаще диагностируется у больных с гипотиреозом.

## **КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ МЕТОДАМИ ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПИИ**

**Лебедева О.Д., Бокова И.А., Бадалов Н.Г., Усмонзода Д.У.**

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации  
и курортологии» (НМИЦ РК)» Минздрава России, Москва**

**Актуальность.** Метаболические и вегетативные нарушения являются одними из ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений, что определяет актуальность данного исследования.

**Цель.** Анализ динамики состава тела и вегетативного статуса при немедикаментозной реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материал и методы.**– Обследованы 80 больных ССЗ (ИБС, ГБ), 25 мужчин и 55 женщин в возрасте от 31 до 89 лет, с сопутствующим ожирением, получавших на фоне приёма медикаментов различные виды физиотерапевтической реабилитации, включающие магнитолазеротерапию, бальнеотерапию, массаж, рефлексотерапию, лечебную физкультуру и др. Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс (АПК) «Резервы здоровья-Р», включающий психологическое тестирование, кардиоинтервалографию, осциллометрию, биоимпедансметрию и др. С помощью биоимпедансметрии, входящей в аппаратно-программный комплекс «Резервы здоровья-Р», измерялись: вес, индекс массы тела, объем жировых отложений, безжировая масса, активная клеточная масса, общая жидкость: внутриклеточная и внеклеточная, основной обмен, площадь поверхности тела и др.

**Результаты.** В результате проведенного лечения, на фоне положительной динамики психологического и клинического статуса пациентов отмечено, несмотря на отсутствие снижения веса тела, уменьшение толщины жировой складки при измерении калипером, тенденции к уменьшению жировой массы и увеличению безжировой массы, а также тенденция к уменьшению количества внутриклеточной жидкости в организме. Кроме того, получены достоверные изменения показателей кардиоинтервалографии (уменьшение ПАРС с  $5,3 \pm 1,2$  до  $4,0 \pm 0,5$   $p < 0,01$ ), улучшение симпато-вагального баланса, свидетельствующие о нормализации вегетативных сдвигов, а также улучшение показателей центральной и периферической гемодинамики, нормализация общего периферического сопротивления сосудов.

**Заключение.** Контроль за соотношением жира, мышц и воды в организме, а также за состоянием вегетативной нервной системы, с помощью аппаратно-программного комплекса, а также использование современных статистических методов, позволяет убедиться в эффективности немедикаментозной реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопутствующим ожирением и объективно следить за происходящими изменениями.

## **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ**

**Лебедева О.Д., Никифорова Т.И., Яковлев М.Ю.**

**ФГБУ НМИЦ РК Минздрава России, Москва, Россия**

**Актуальность.** Коморбидность - сочетание нескольких заболеваний, например, таких как сердечно-сосудистые (ССЗ), кислотозависимые (КЗЗ), эндокринологические (ЭЗ) и другие, снижает приверженность пациентов к лечению, что делает актуальной их немедикаментозную реабилитацию.

**Цель.** Оценка информативности диагностических технологий при немедикаментозной реабилитации пациентов с коморбидностью.



**Материал и методы.** Проведено обследование 65 пациентов в возрасте от 31 до 89 лет с ССЗ, КЗЗ и ЭЗ, получавших на фоне медикаментов различные виды немедикаментозной физиотерапевтической реабилитации, включающие магнитолазеротерапию, бальнеотерапию, массаж, рефлексотерапию, лечебную физкультуру и др. Наряду с общеклиническими методами исследования, использовался аппаратно-программный комплекс (АПК) «Резервы здоровья-Р», в который входят психологическое тестирование, кардиоинтервалография, осциллометрия, биоимпедансметрия, спирометрия, анкеты и др.

**Результаты.** Анализ с помощью современных статистических методов показал эффективность влияния методов реабилитации, на фоне положительной динамики психологического и клинического статуса пациентов. Если в исходном состоянии показатели вариабельности ритма сердца – SDNN, CV (коэффициент вариации), SI (стресс-индекс), а также ПАРС (показатель активности регуляторных систем) – достоверно отличались от нормы, что свидетельствовало о существенном ослаблении адаптационных возможностей организма при данной синтропии, то в результате проведенной реабилитации отмечено улучшение симпато-вагального баланса – уменьшение ПАРС с  $5,3 \pm 1,2$  до  $4,0 \pm 0,5$   $p < 0,01$ , достоверное уменьшение систолического и диастолического АД, частоты сердечных сокращений, общего периферического сопротивления сосудов, а также улучшение показателей других методик, составляющих АПК.

**Заключение.** При сочетании таких заболеваний, как ССЗ, КЗЗ и ЭЗ, имеется общность патогенетических процессов, выражающаяся в вегетативной дисфункции с возможным последующим усугублением патологии сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической и эндокринологической систем, что диктует необходимость совместного участия специалистов соответствующих профилей в ведении таких пациентов.

## **СКРИНИНГ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ПРИЕМУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**Леушина Е.А.**

**ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия**

**Цель.** Решение вопросов недостаточной приверженности к терапии является одной из актуальных проблем современной медицины. Низкая приверженность к лечению – одна из главных причин уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенного повышения вероятности развития осложнений основного заболевания, приводящего к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. Целью настоящего исследования явился скрининг приверженности пациентов с артериальной гипертензией (АГ) к приему лекарственных препаратов.

**Материал и методы.** Было обследовано 50 мужчин, пациенты НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД», страдающих артериальной гипертензией. Диагноз АГ был установлен ранее. Средний возраст обследуемых составил  $42 \pm 2,5$  года. Всем пациентам, для скрининга приверженности к приему лекарственных препаратов, проводился тест Мориски-Грина, валидированный в 1985 г. и опубликованный авторами в 1986 г. Тест включает в себя 4 вопроса (4-item Morisky Medication Adherence Scale – MMAS-4).

**Результаты.** В ходе исследования было выявлено, что больные пропускают прием препаратов, если чувствуют себя хорошо в 80% случаев, если чувствуют себя плохо в 30% случаев, невнимательно к часам приема лекарственных средств относятся все 100% пациентов, если чувствуют себя плохо после приема препаратов, то пропускают следующий прием в 90% случаев.

**Заключение.** Таким образом, установлено, что большая часть пациентов пропускают прием препаратов, если чувствуют себя хорошо и если чувствуют себя плохо, после приема лекарственного средства. Все больные невнимательны к часам приема лекарственных препаратов. Исходя из этого можно сделать вывод, что исследуемые пациенты, страдающие АГ, являются недостаточно приверженными, с риском перехода в группу неприверженных к лечению. Тест Мориски-Грина необходимо применять при стандартном обследовании пациентов с различными хроническими заболеваниями для выявления потенциально неприверженных лечению больных, требующих большего врачебного внимания.

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Мажен Б.Т.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить качество жизни пациентов с системной красной волчанкой (СКВ) в зависимости от активности заболевания.

**Материал и методы.** В исследование включено 39 пациентов женского пола с системной красной волчанкой (СКВ). СКВ диагностирован в соответствии критериям Systemic Lupus Erythematosus International Collaborating Clinics (SLICC 2012 г.). Средний возраст пациентов составил -  $31 \pm 4,7$  лет. Средняя длительность заболевания составил -  $7,2 \pm 1,8$  лет. Активность СКВ определен по шкале SELENA-SLEDAI. Все пациенты получали медикаментозную терапию, 100% получали преднизолон или метилпреднизолон, 79% пациентов принимали гидроксихлорохин, 23% - азатиоприн, 12% - метотрексат. Для изучения качества жизни, использовался специфический опросник Lupus Quality of life (Lupus-Qol), которые заполнялись пациентами самостоятельно. Ответы на вопросы смоделированы по пятибалльной шкале Лайкерта (0 – постоянно; 1 – почти всегда; 2 – достаточно часто; 3 – изредка; 4 – никогда). Подсчет баллов осуществляется отдельно для каждой из шкал, путем суммирования балльной нагрузки каждого из вопросов, входящих в шкалу с последующим делением на число вопросов шкалы. Средняя оценка преобразуется в баллы от 0 (наихудшее качество жизни) до 100 (наилучшее качество жизни) баллов.

**Результаты.** По шкале SELENA-SLEDAI очень высокая активность СКВ выявлена (20 баллов и выше) у -18% пациентов, высокая активность (11-19 баллов) – у 28%, умеренная активность (6-10 баллов) – у 28%, минимальная активность (1-5 баллов) – у 26%. По данным опросника у пациентов с СКВ показатели шкалы физического здоровья составили  $56,3 \pm 12,3$  балла, шкалы боль -  $63,8 \pm 11,2$  балла, шкалы планирование  $60,9 \pm 8,7$  баллов, шкалы интимные отношения -  $61,7 \pm 8,3$  балла, шкалы зависимость от других людей -  $59,5 \pm 17,3$  балла, шкалы эмоциональное здоровье -  $62,2 \pm 0,2$  балла, шкалы образ тела -  $53,7 \pm 14,6$  баллов, шкалы усталость -  $54,9 \pm 15,4$  балла. При сравнении показателей шкал LupusQol у пациентов с очень высокой и высокой активностью СКВ по шкалам физического здоровья ( $p=0,03$ ), боли ( $p=0,02$ ), планирования ( $p = 0,04$ ), зависимости от других людей ( $p = 0,03$ ) было достоверно хуже, по сравнению с пациентами с умеренной и минимальной активностью заболевания. В группе пациентов с минимальной активностью СКВ выявлено достоверно более высокие показатели КЖ по шкалам физического здоровья ( $p = 0,02$ ), боли ( $p = 0,05$ ).

**Заключение.** У пациентов с СКВ выявлен низкий уровень качества жизни, который ассоциирован с активностью заболевания. Данные о качестве жизни могут быть использованы для прогноза развития заболевания, его исхода и, таким образом, помочь в выборе наиболее эффективной программы лечения.

**ДИНАМИКА КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА  
ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Манюгина Е.А., Бурсиков А.В.**

**ОБУЗ Городская клиническая больница №7, Иваново; ФГБОУ ВО  
«Ивановская государственная медицинская академия», Иваново, Россия**

**Цель.** Изучить динамику показателей компонентов метаболического синдрома на фоне комплексной терапии артериальной гипертензии (АГ) у курящих пациентов.

**Материал и методы.** Обследовано и проведено лечение 102 курящих мужчин, которым было предложено комплексная терапия, включающая терапевтическое обучение (ТО) с информированием об основах совладающего со стрессом поведения (ССП). 52 пациента, выразивших согласие на предложенную терапию, составили I группу. 50 пациентов, выразивших согласие на комплексную терапию АГ с включением ТО по типовой программе, были объединены во II группу. Группы были сопоставимы по возрасту ( $48,5 \pm 1,1$  года и  $49,7 \pm 1,1$  года,  $p > 0,05$ ), давности выявления АГ ( $7,9 \pm 0,5$  года и  $7,6 \pm 0,5$  года,  $p > 0,05$ ), уровням систолического артериального давления (АД) ( $160,2 \pm 1,1$  мм рт. ст. и  $158,9 \pm 1,1$  мм рт. ст.,  $p > 0,05$ ) и диастолического АД ( $98,90 \pm 1,34$  мм рт. ст. и  $96,7 \pm 0,7$  мм рт. ст.,  $p > 0,05$ ), «стажу» курения ( $17,9 \pm 1,2$  года и  $5,28 \pm 0,26$  пачка/лет,  $p > 0,05$ ), индексу массы тела ( $27,85 \pm 0,22$  и  $27,29 \pm 0,29$  кг/м<sup>2</sup>,  $p > 0,05$ ), окружности талии ( $104,42 \pm 0,51$  и  $103,35 \pm 0,99$  см,  $p > 0,05$ ), уровню общего холестерина ( $5,80 \pm 0,08$  и  $5,68 \pm 0,08$  ммоль/л,  $p > 0,05$ ), триглицеридов (ТГ) ( $1,72 \pm 0,06$  и  $1,71 \pm 0,07$  ммоль/л,  $p > 0,05$ ), холестерина липопротеидов низкой плотности ( $3,25 \pm 0,09$  и  $3,21 \pm 0,09$  ммоль/л,  $p > 0,05$ ). Все пациенты получали медикаментозную терапию, сопоставимую в выделенных группах.

**Результаты.** Через 6 месяцев на фоне комплексной терапии целевой уровень АД был достигнут у 36 (69,2%) пациентов I группы и у 25 (50%) пациентов II группы. Одновременно с этим уровень общего холестерина снизился у 40 (76,9%) пациентов I группы и 24 (48%) пациентов II группы. Уровень ТГ у пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением информирования об основах СПП, снизился с  $1,72 \pm 0,06$  до  $1,27 \pm 0,03$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ), а у пациентов II группы – с  $1,71 \pm 0,07$  до  $1,40 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ) и через 6 месяцев стал ниже среднего уровня ТГ пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением ТО по типовой программе ( $p < 0,05$ ). По истечению 6 месяцев наблюдалось уменьшение массы тела курящих мужчин в среднем на 4,5 кг в I группе (с  $89,98 \pm 0,68$  до  $85,54 \pm 0,60$  кг,  $p < 0,001$ ), данная динамика не была выявлена у пациентов II группы. Индекс массы тела пациентов I группы снизился с  $27,85 \pm 0,22$  до  $25,06 \pm 0,18$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ) и не изменился у пациентов II группы. Окружность талии пациентов I группы уменьшилась (с  $104,42 \pm 0,51$  до  $100,46 \pm 0,53$  см,  $p < 0,001$ ) и также через 6 месяцев была достоверно меньше, чем у пациентов, получавших комплексную терапию АГ с включением ТО по типовой программе ( $103,25 \pm 0,74$  см,  $p < 0,001$  соответственно). Уровень глюкозы плазмы достоверно не изменялся в обеих группах.

**Заключение.** Комплексная терапия АГ, включающая ТО и информирование об основах СПП, оказывает позитивное влияние на динамику компонентов метаболического синдрома: способствует большему числу случаев достижения целевого уровня АД, снижению уровня общего холестерина и ТГ, позволяет уменьшить признаки абдоминального ожирения.

## РОЛЬ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ФАКТОРОВ РОСТА PDGF-BB И PDGF-AA В ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Медведева Т.А., Кушнаренок Н.Н., Мишко М.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Беларусь

**Цель.** Изучить гомеостаз тромбоцитарных факторов роста PDGF-AA и PDGF-BB у больных подагрой с АГ и оценить их вклад в механизмы поражения почек.

**Материалы и методы.** Обследованы 127 мужчин с подагрой в возрасте от 35 до 52 лет. Всем пациентам проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Расчет скорости клубочковой фильтрации производили на основании концентрации креатинина с цистатином С по формуле СКД-EPICr-cysC ( $\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ). Тромбоцитарные факторы роста PDGF-BB и PDGF-AA исследовали в плазме крови с помощью иммунологического флуоресцентного анализа. Мочевую кислоту сыворотки крови и мочи определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой («HUMAN», Германия). Сывороточную концентрацию С-реактивного белка (СРБ, мг/дл) оценивали высокочувствительным иммуноферментным методом «F. Hoffman-La-Roche» (Австрия). Цистатин С определяли с помощью иммуноферментного анализа (Human Cystatin C ELISA), референсные значения 0,60-1,11 мг/л. Исследование альбумина в суточной моче проводили турбометрическим методом на автоматическом анализаторе ChemWell с использованием диагностического набора «Microalbumin» (США). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0.

**Результаты.** У 71,7% больных выявлена АГ. Содержание PDGF-AA и PDGF-BB у больных подагрой с АГ в 3 и 2,5 раза превышали показатели больных с нормальным АД ( $p=0,0001$ ). У 64,6% мужчин с подагрой диагностирована хроническая болезнь почек (скорость клубочковой фильтрации  $42,3 [28,3;54,5] \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ ). Частота встречаемости хронической болезни почек (ХБП) у больных подагрой в сочетании с АГ в 2,5 раза превышала показатели больных с нормальным АД ( $p=0,002$ ). У больных подагрой с наличием ХБП уровень PDGF-BB в плазме крови в 1,7 раза превышал показатель мужчин с сохраненной функцией почек ( $20361,7 \pm 1071,5$  vs  $11679,8 \pm 8385,1$  пг/мл,  $p=0,0003$ ). У мужчин с подагрой с признаками почечного повреждения выявлена прямая корреляция PDGF-BB с уровнем высокочувствительного С-реактивного белка ( $r=0,35$ ;  $p=0,001$ ), сывороточным цистатином С ( $r=0,51$ ;  $p=0,000$ ), суточной альбуминурией ( $r=0,27$ ;  $p=0,002$ ), повышенной экскрецией мочевой кислоты (МК) мочи ( $r=0,36$ ;  $p=0,03$ ) и обратная связь с показателями фильтрационной способности почек ( $r=-0,32$ ;  $p=0,002$ ). У пациентов с отсутствием почечной недостаточности установлена взаимосвязь плазменного содержания PDGF-AA и PDGF-BB с показателями гиперурикемии ( $r=0,36$ ;  $p=0,03$  и  $r=0,30$ ;  $p=0,021$  соответственно); PDGF-BB с альбуминурией ( $p=0,001$ ), СРБ ( $r=0,43$ ;  $p=0,000$ ), цистатином С ( $r=0,48$ ;  $p=0,001$ ) и СКФcr-CysC ( $r=-0,28$ ;  $p=0,024$ ). Связи между содержанием PDGF-AA, степенью альбуминурии и СКФ установлено не было. Результаты многофакторного регрессионного анализа показали, что наиболее тесно связанной с прогнозом развития АГ при подагре оказалось повышение плазменного содержания PDGF-AA ( $\beta=0,35 \pm 0,09$ ; OR=1,014, CI95%=0,17-0,97,  $p=0,001$ ), а уровень PDGF-BB прогностически связан с риском развития ХБП ( $\beta=0,18 \pm 0,11$ ; OR=1,3 CI95%=1,09-1,53,  $p=0,0001$ ).

**Заключение.** Повышенный плазменный уровень PDGF-AA свидетельствует о структурном ремоделировании сосудистого русла при АГ, в то время, как увеличение содержания PDGF-BB является отражением механизмов, регулирующих

тубулоинтерстициальную гиперплазию и фиброгенез, способствующих раннему формированию ХБП при подагре.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ РАСТОРОПШИ В ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**Месникова И.Л., Хурса Р.В.**

**Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Беларусь**

**Цель.** Комплексная оценка – с использованием показателей качества жизни (КЖ) и неспецифической адаптации организма, эффективности препаратов расторопши пятнистой в лечении пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

**Материал и методы.** На базе ряда поликлиник г. Минска проведено открытое проспективное исследование пациентов с установленным диагнозом НАЖБП, из которых 60 чел. получали Гепатолек (Лекфарм, РБ, гр.1), 45 чел.– Карсил (Софарма АО, Болгария, гр. 2), в средних терапевтических дозах в течение 8 недель. Завершили исследование 58 и 36 чел. групп 1 и 2 соответственно.

Исходно и в конце наблюдения проведены общеклинические лабораторные исследования; определялось КЖ по опроснику RAND-36; проводилась по опросникам скрининговая оценка иммунно-эндокринного звена адаптации (Л.Х. Гаркави с соавт.) и нервно-психического звена адаптации (И.Н.Гурвич).

**Результаты.** Группы были сопоставимы по полу (48,3-47,2% мужчин, 51,7-52,8% женщин в группах 1 и 2 соответственно); средний возраст – 52,1±2,5 и 55,2±2,5 лет соответственно; в обеих у большинства пациентов НАЖБП сочеталась с АГ и/или ИБС, а также с повышенной массой тела или ожирением.

## **РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Мехдиев С.Х., Мустафаев И.И., Мамедов М.Н., Исмаилова Н.Р.**

**Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им.  
А.Алиева, Баку, Азербайджан; ФГБУ научный медицинский исследовательский  
центр профилактической медицины, Москва, Россия**

**Цель.** Выявить роль наследственной предрасположенности в формировании артериальной гипертензии (АГ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) в азербайджанской популяции.

**Методы исследования.** В одномоментное клинико-эпидемиологическое когортное исследование было включено 528 больных СД2 в возрасте 30-69 лет (30,5% мужчин и 69,5% женщин). Все исследуемые отвечали на вопросы международной анкеты - опросника «ARIC», о наличии у родителей АГ, мозгового инсульта, ожирения, а также СД у родителей или близких родственников. Артериальное давление (АД) измерялось дважды, в положении сидя с 5-ти минутным перерывом и с точностью в 2 мм рт. ст., за цифры АД принимались средние значения 2-х кратного измерения. Для оценки степени тяжести АГ использовалась классификация Европейского Кардиологического общества 2018 года.

**Результаты.** У обследуемых больных отмечалось преобладание АГ у матерей (42,2%), по сравнению с отцами (21,9%) ( $p < 0,05$ ). Частота встречаемости перенесенного инсульта головного мозга у отцов больных АГ, в сравнении с

нормотониками, была высокой (соответственно 5,9% vs 3,8%,  $p>0,05$ ), а у матерей эта картина имела противоположный характер (соответственно 7,1% vs 8,7%,  $p>0,05$ ). Независимо от уровня контроля АГ, среди близких родственников обследованных частота выявления СД обнаружена у половины опрошенных (соответственно 53,1% vs 51,9%,  $p>0,05$ ), а у матерей больных с АГ по сравнению с отцами эта разница была в 2 раза больше (соответственно 42,2% vs 21,9%,  $p<0,05$ ). У больных диабетом, страдающих АГ, у матерей значительно чаще выявлялся СД, в сравнении с лицами с нормальными цифрами АД (соответственно 33,7% vs 22,1%,  $p<0,05$ ). Согласно опросу у обоих родителей больных, в обеих группах частота встречаемости ожирения была высокой (65,4-75,7%), у матерей по сравнению с отцами, этот фактор риска встречался значительно чаще (соответственно 75,7% vs 69,3%,  $p>0,05$ ).

**Заключение.** У больных диабетом наличие АГ у обоих родителей (в особенности у матери) и СД у матерей увеличивало частоту возникновения АГ.

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ**

**Мехтиев Т.В., Мамедов М.Н., Мехтиев С.Х.**

**Центральная Районная Больница, Шеки, Азербайджан  
ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития, Москва, Россия**

**Целью** настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости АГ и факторов риска ССЗ в зависимости от возраста, длительности диабета и состояния декомпенсации диабета у больных СД2.

**Материалы и методы исследования:** Из общего количества больных (898 человек), обследованных в Эндокринологическом отделении Центральной Районной Больницы г. Шеки в 2016-2017 годах на долю больных СД2 приходилось 605 (83,2%) человек. В исследование были включены 457 больных СД2 в возрасте 30-59 лет. Из них мужчины составляли 179 (39,2%) человек, женщины – 278 (60,8%) человек. Больных СД2 были подразделены на 3 группы: I группа (возраст 30-39 лет) – 47 больных, II группа (возраст 40-49 лет) – 138 больных, III группа (возраст 50-59 лет) – 272 больных. Степень тяжести артериальной гипертензии оценивалась на основе классификации Европейского общества по гипертензии (I-III степень). Было проанализировано наличие или отсутствие сердечно-сосудистых рисков, а также наличие соматических заболеваний. Ведение анамнеза больных, включенных в исследование, проводилось на основе опросной карты ARIC, где отмечался возраст, семейное положение, социальный статус, образование, наследственные заболевания, курение, употребление спиртных напитков, течение АГ, сведения о терапии, проведенной по поводу основного заболевания, его осложнений и сочетанных заболеваний. По отношению к курению больные были подразделены на 3 группы: никогда не курившие, курившие, но на данный момент бросившие курение, курящие в настоящий момент. Систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) измерялось на механическом тонометре с точностью до 2 мм рт. ст., сидя, в положении покоя, с интервалом в 5 минут. В анализ была включена средняя величина дважды измеренного артериального давления. Для измерения антропометрических показателей был использован индекс массы тела (индекс Кетле), размеры окружности талии и бедер. Для диагностики гипертрофии левого желудочка были использованы ЭКГ-критерии, а при необходимости было проведено ЭхоКГ. Для изучения липидного спектра был исследован общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП и триглицериды. Уровень глюкозы в крови определялся 3 раза в течение суток: до приема пищи, через 2 часа после приема пищи, а также до

сна. Уровень риска развития осложнений ССЗ у больных оценивался по Европейской шкале SCORE: низкий риск – 1%, умеренный риск – от 1% до 5%, высокий риск – от 6% до 9%, очень высокий риск – от 10% до 14%. Критерии исключения из исследования: возраст < 30 и > 59 лет, наличие хронической сердечной недостаточности, стенокардии напряжения, сердечно-сосудистых пороков, а также наличие в анамнезе инфаркта миокарда и инсульта головного мозга, дыхательной недостаточности, онкологических заболеваний (3-4<sup>0</sup>), коллагенозов (диффузных заболеваний соединительной ткани), психических заболеваний. Статистическая обработка проводилась вариационными (критерий t-Стьюдента) и дискриминантными (критерий  $\chi^2$  Пирсона) методами статистического анализа.

**Результаты исследования.** У 457 больных СД2, включенных в исследование, у 279-и (61,1%) была установлена АГ. У 18-и (38,3%) больных из 47 обследуемых, включенных в I группу (30-39 лет), у 73 больных (52,9%) из 138-и лиц, включенных во II группу (40-49 лет) и у 188 (69,1%) больных из 272 обследованных, включенных в III группу (50-59 лет), была определена различная степень АГ. В каждой возрастной группе АГ была выделена по своей степени. В группе больных 30-39 лет из 18 больных у 12-и (66,7%) была определена АГ I<sup>0</sup> степени и у 6-и (33,3%) АГ II<sup>0</sup> степени; в данной возрастной группе АГ III<sup>0</sup> степени отмечена не была. В группе 40-49-летних пациентов, из 73 больных у 23-х (31,5%) была выявлена АГ I<sup>0</sup> степени, у 45-и (61,6%) – АГ II<sup>0</sup> степени, у 5-и (6,9%) – АГ III<sup>0</sup> степени; у 50-59-летних обследованных из 188 больных у 47-и (25,0%) была отмечена АГ I<sup>0</sup> степени, у 116-и (61,7%) – АГ II<sup>0</sup> степени, у 15-и (8,0%) – АГ III<sup>0</sup> степени.

Наблюдалось повышение как выявляемости АГ, так и степени тяжести АГ, связанное с возрастом ( $p < 0,01$ ). Состояние декомпенсации диабета сопровождалось возрастанием числа больных АГ. Из общего количества обследованных с СД2, у 104-х (22,8%) больных установлена стадия компенсации диабета, у 353-х (77,2%) – состояние декомпенсации диабета. При состоянии декомпенсации диабета были выявлены значительные изменения в липидном спектре, повышение коэффициента атерогенности, а также возрастание средних показателей гемодинамики и статистическая достоверность различий ( $p < 0,001$ ).

У больных, принимающих комбинацию инсулина длительного действия с сахароснижающими таблетками, хотя и наблюдалось состояние компенсации диабета, но из 104 больных у 23-х (22,1%) отмечались признаки легкой гипогликемии, в этом случае в показателях САД и ДАД отмечалось резкое повышение.

77,2% больным, поступившим в стационар в состоянии декомпенсации диабета, была проведена интенсивная инсулинотерапия. У 371 (81,2%) больных, принимающих интенсивную инсулинотерапию, были отмечены эпизоды (со скрытыми или явными симптомами) гипогликемии. При всех случаях гипогликемии наблюдалось повышение САД, так и ДАД.

При изучении взаимосвязи между возникновением АГ и длительностью диабета, было выявлено, что при увеличении длительности диабета отмечалось уменьшение числа больных с АГ I<sup>0</sup>, и возрастание частоты больных с АГ II<sup>0</sup> – АГ III<sup>0</sup> ( $p < 0,001$ ).

АГ I<sup>0</sup> степени сопровождалось легкой гипогликемией, а при АГ II<sup>0</sup> и АГ III<sup>0</sup> степени наблюдались резкие гипогликемические состояния. У больных с большей длительностью заболевания были отмечены резкие различия в показателях АГ, вплоть до ортостатической гипотонии, а редких случаях и обмороки.

У 198 (71,0%) больных с отмечаемой АГ были выявлены ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.

При изучении факторов риска ССЗ было выявлено, что из 457 больных 372 (81,4%) пациента являлись курильщиками, 37 (8,1%) человек ранее курили, но на

данный момент бросили курение, а 48 (10,5%) пациентов никогда не курили.

Большинство больных (88%), привлеченных к исследованию, раз в неделю или в месяц употребляли спиртные напитки (этанол <168 г), а 12% их вообще не употребляли. При анализе социального статуса больных было выявлено, что работали 10% мужчин и 17% женщин, остальные были неработающими.

При изучении антропометрических показателей больных диабетом у 343-х (75,1%) больных из 457-и установлена избыточная масса тела и ожирение. У 231 (82,8%) больного из 279-и с отмечаемой АГ наблюдался избыточный ИМТ и абдоминальное ожирение (таблица 4). У больных СД2 с ожирением II<sup>0</sup> и III<sup>0</sup> степени содержание холестерина и триглицеридов было выше нормы или находилась на верхней границе нормы.

У больных с нормальным или избыточным весом тела (ИМТ=25,9-29,9) повышение АД чаще всего носило эпизодический характер, а у больных с высоким ИМТ АГ носила стойкий характер, а антигипертензивная терапия проводилась в виде монотерапии, а также сочетанной комбинации из 2-х или 3-х препаратов. У 181 (64,9%) пациента из 279 обследованных больных были выявлены высокие и множественные риски сердечно-сосудистых заболеваний. При возрастании степени тяжести АГ по шкале SCORE, отмечалось возрастание сердечно-сосудистых рисков (p<0,001).

#### **Выводы.**

1. АГ, как коморбидное заболевание, у больных СД2 встречается более чем в 60% случаев. Частота встречаемости АГ прямо пропорциональна возрасту и длительности диабета.
2. Состояние декомпенсации диабета, особенно состояние хронической гипогликемии увеличивает частоту встречаемости АГ. Высокая степень АГ чаще всего наблюдается при метаболических нарушениях.
3. Увеличение длительности диабета сопровождается возрастанием риска ССЗ.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОЙ ПРОУРОКИНАЗЫ (ПУРОЛАЗЫ) У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

**Миленькина С.Г., Староверов И.И.**

**НМИЦ Кардиологии МЗ РФ, отдел неотложной кардиологии, Москва, Россия**

**Цель.** Определить клиническую эффективность, безопасность и результаты лечения больных инфарктом миокарда тромболитическим препаратом третьего поколения Пулолазой на догоспитальном и госпитальном этапе при фармакоинвазивном подходе.

**Материал и методы.** В работу были включены все пациенты с ИМ с подъемом сегмента ST, поступившие в отделение неотложной кардиологии в период с 2003 по 2017 год, которым проводилась ТЛТ Пулолазой как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе в течение 6 часов после первых признаков развития основного заболевания, с последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ). Группа сравнения - больные с диагнозом «острый инфаркт миокарда», которым проводился тромболитический Стрептокиназой. Критерии включения и исключения соответствовали общепринятым показаниям к ТЛТ и ЧКВ. Работа выполнялась ретроспективно и проспективно. Проанализирован ряд параметров: условия проведения ТЛТ (догоспитально, госпитально), время начала реперфузионной терапии, наличие противопоказаний к ТЛТ, результаты коронарографии (окклюзия или резидуальный стеноз; кровотоков по классификации TIMI), факт исхода заболевания на момент выписки (жив/смерть). Оценка кровотока производилась по



общепринятым критериям TIMI. В дальнейшем производилось анкетирование пациентов посредством телефонного звонка. В исследование было включено 2478 пациентов, из них 1449 проводилась ТЛТ Пуролазой, 1029 – Стрептокиназой. Группы сопоставимы по полу, возрасту, локализации ИМ.

**Результаты.** Реперфузия (как основной критерий эффективности препарата) по данным коронарографии была достигнута в 72,1% случаев в группе Пуролазы, и в 54,4% случаев в группе Стрептокиназы ( $p=0,000$ ). Малые кровотечения составили 3,7% в группе Пуролазы (54 человека) и 11,5% в группе Стрептокиназы (118 человек). Большие кровотечения 0,3% в группе Пуролазы (5 человек) и 2,7% в группе Стрептокиназы (28 человек). Аллергическая реакция 0,06% (1 случай) в группе Пуролазы и 0,38% в группе Стрептокиназы (4 случая). Различия статистически достоверны ( $p<0.001$ ) Выживаемость в период госпитализации статистически значимо не отличалась.

Оценка отдаленных результатов статистически недостоверна, удалось связаться только с 270 пациентами в группе Пуролазы, что составляет 18,6% от общего количества пациентов. Тем не менее, 227 человек (84,1%) на момент звонка оказались живы, 43 (15,9%) пациента умерли. Сердечно-сосудистая причина смерти была подтверждена у 22 пациентов из 43.

**Заключение.** Пуролаза показала себя как эффективный и безопасный препарат при лечении ИМ с подъемом сегмента ST, который может быть использован при фармакоинвазивном подходе к лечению ИМ, если не представляется возможным доставить пациента в рентгенооперационную в адекватные сроки.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕВОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

**Миленькин Б.И., Самочатов Д.Н.**

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница № 67 имени Л.А.Ворохобова ДЗ, Москва, Россия**

**Цель.** Оценка безопасности и эффективности использования дистального лучевого доступа у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материалы и методы.** При ретроспективном анализе оценивались особенности проведения чрескожного коронарного вмешательства с использованием дистального лучевого доступа у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Проводился анализ всех историй болезни пациентов, поступивших в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГКБ 67 им Л. А. Ворохобова в 2018 году, у которых применялся дистальный лучевой доступ.

**Результаты:** за период 2018 года дистальный лучевой доступ был использован у 55 пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, из них 32 (58%) пациента мужского пола, 23 (42%) – женского пола. Средний возраст пациентов составил 68 лет. Правосторонний доступ был применен у 19 (35%) пациентов, левосторонний доступ - у 36 (65%) пациентов. У всех пациентов вмешательство было проведено успешно, без необходимости использования других видов доступов. Пульсация артерии после снятия повязки через 24 часа была сохранена у всех пациентов. Кровотечений из мест пункций не наблюдалось ни у одного пациента; гематомы в месте пункции были зарегистрированы у 12 (22%) пациентов, однако это не потребовало дополнительной коррекции терапии.

**Заключение:** Анализируя полученные данные, можно говорить о безопасности и эффективности использования дистального лучевого доступа у пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Однако необходимо учитывать некоторые аспекты и особенности проведения процедуры, в частности использование

левостороннего и правостороннего доступа. Применение данного вида доступа, как и стандартного лучевого доступа, может быть связано с техническими трудностями, такими как спазм и извитость лучевой артерии, вероятность катетеризации возвратной ветви лучевой артерии, прохождение инструментов через плечеголовной ствол, который в некоторых случаях выраженно кальцинирован и извит. Поэтому необходимо дальнейшее изучение и наблюдение данного вопроса.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНДЕКСОВ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Мирзалиева М.Н., Л.П.Ефимова**

**Сургутский государственный университет, Медицинский институт, Сургут;  
Бюджетное учреждение Сургутская окружная клиническая больница,  
Сургут, Россия**

**Цель исследования.** Оценить информативность расчетных индексов при оценке коморбидности у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

**Материалы и методы.** Обследовано 30 пациентов с ХСН (18 женщин (60%) и 12 мужчин (40%), средний возраст  $69,5 \pm 2,1$  года), находившихся на лечении в кардиологическом отделении БУ «Сургутская окружная клиническая больница г.Сургута». Коморбидность пациентов с ХСН оценивалась с помощью индексов Charlson, CIRS, Kaplan-Feinstein, индекс Elixhauser. Статистическая обработка результатов проводилась с применением компьютерного пакета BioStat 2018 Professional.

**Результаты.** Система CIRS оценивает 13 систем органов в диапазоне баллов от 0 до 56 ( $12,6 \pm 0,4$ ), шкала Kaplan-Feinstein включает 12 параметров с учетом тяжести заболевания от 0-3 баллов ( $8,6 \pm 0,3$ ). Различные модификации шкалы Charlson оценивают от 17 до 22 хронических патологий с учетом возраста ( $6,8 \pm 0,4$ ), позволяющих прогнозировать летальность (0-31баллов), индекс Elixhauser учитывает больше состояний, чем индекс Charlson, 29 заболеваний и расстройств от -19 до 86 баллов, ( $10,6 \pm 0,7$ ).

**Заключение.** Ни один из индексов коморбидности не совпадает с диапазоном их степеней, а значит не могут оценивать объективно степень тяжести больного, должны применяться дифференцированно у каждого пациента.

## **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕПАРАЦИИ ДНК (APEX1 T444G rs1130409) У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

**Мишко М.Ю., Кушнарченко Н.Н., Медведева Т.А.**

**ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита,  
Россия**

**Актуальность.** Результаты клинических и экспериментальных исследований свидетельствуют о роли нарушений в системе свободнорадикального окисления липидов при подагре. Наиболее чувствительной мишенью оксидативного стресса является ДНК, а избыточный распад пуриновых и пиримидиновых оснований, особенно в условиях сниженной активности ключевых ферментов репарации ДНК, может приводить к гиперпродукции мочевой кислоты. Изучение генов, регулирующих репарацию ДНК у больных подагрой позволит установить роль новых молекулярно-генетических звеньев патогенеза заболевания.

**Цель.** Изучить распределение частот аллелей и генотипов полиморфного локуса rs1130409 гена репарации ДНК APEX1 у больных подагрой и оценить их ассоциацию с риском развития заболевания.

**Материалы и методы.** Обследованы 80 пациентов с подагрой (средний возраст 54,8±12,4 лет). Диагноз подагры выставлен согласно классификационным критериям ACR/EULAR, 2015. Материалом для исследования являлась ДНК, выделенная из лейкоцитов цельной периферической крови с использованием комплекта реагентов «ДНК-Экспресс Кровь» («Литех», Россия). Все пациенты были генотипированы для выявления полиморфизма локуса T444G (rs1130409) гена APEX1. Распределение генотипов проверяли на соответствие равновесию Харди-Вайнберга с помощью критерия  $\chi^2$ . Различия по частоте аллелей и генотипов между группами оценены критерием  $\chi^2$  Пирсона. Для оценки ассоциации генотипов и аллелей с подагрой рассчитаны показатели отношения шансов (Odds Ratio, OR) с оценкой 95%-ного доверительного интервала (Confidence Interval, CI).

**Результаты.** При исследовании полиморфизма T444G гена APEX1 у больных подагрой обнаружена тенденция к повышению частоты мутантного аллеля G по сравнению с контрольной группой (53,1% против 40,2%;  $\chi^2=3,89$ ;  $p=0,04$ ; OR=1,68; CI95%:1,00-2,83) и статистически значимое увеличение частоты гомозиготного генотипа G/G (27,5% против 9%;  $\chi^2=6,3$ ;  $p=0,01$ ; OR=3,98; CI95%:1,28-12,4). Наряду с этим носительство аллеля T ассоциировано с уменьшением риска развития подагры (46,9% против 59,8%;  $\chi^2=3,89$ ;  $p=0,04$ ; OR=0,59; CI 95%:0,35-0,99).

**Заключение.** Обнаружены различия в распределении частот аллелей и генотипов полиморфного локуса APEX1 T444G (rs1130409) у больных подагрой и здоровых респондентов. Наличие генотипа G/G и минорного аллеля G повышает риск подагры в 3,9 и 1,7 раза соответственно. Носительство аллеля дикого типа (T) оказывает протективное влияние. Полученные данные указывают на возможную роль полиморфизма гена APEX1 T444G (rs1130409) в патогенезе развития подагры.

## **СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАССЫ ТЕЛА И МАССЫ ТЕЛА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ/ОЖИРЕНИЕМ В ТЕЧЕНИЕ ТРЁХЛЕТНЕГО ДИЕТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

**Молчанова О.В.**

**ФГБУ НМИЦ ПМ МЗ РФ Москва, Россия**

**Актуальность.** Ожирение является высоко значимым фактором риска развития артериальной гипертонии.

**Цель исследования.** Изучить возможности диетотерапии для снижения веса у лиц с высоким нормальным артериальным давлением и с ожирением/избыточным весом.

**Материал и методы:** у мужчин и женщин в возрасте от 25 до 54 лет с ИМТ $\geq$ 27 кг/м<sup>2</sup> и АД 130-139/85-89 мм рт.ст. изучены взаимосвязи АД и МТ: жесткие корреляции обнаружены между САД и ИМТ у женщин  $p=0,0001$  у мужчин  $p=0,0045$ , с ДАД – у женщин  $p=0,0001$ , у мужчин  $p=0,0001$ . Найдено, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м<sup>2</sup> САД увеличивается у женщин на 1,3 мм рт.ст. и на 0,7 у мужчин ( $p< 0,05$ ). 19% изменчивости САД можно объяснить влиянием массы тела (МТ) у женщин и 27% у мужчин. При увеличении ИМТ на 1 кг/м<sup>2</sup> ДАД возрастает на 0,7 мм рт.ст. у женщин и на 0,9 у мужчин. 17% вариабельности ДАД можно объяснить изменением МТ у женщин и 11% у мужчин.

Все участники были разделены на 2 группы: группу вмешательства – 203 человека, согласившиеся соблюдать низкокалорийную диету (1200-1500 кал/день) и группу

сравнения – 252 человека. Исходно средняя МТ в 1 группе – у женщин  $77,45 \pm 1,24$  кг, у мужчин  $72,19 \pm 1,11$  кг, во 2 группе – у женщин  $78,05 \pm 1,01$  кг, у мужчин –  $69,17 \pm 1,90$  кг. Исходно 2 группы не отличались друг от друга по МТ. После 3-х летнего соблюдения диеты отмечено снижение МТ в 1 группе у женщин до  $75,02 \pm 1,17$  кг у женщин ( $p < 0,05$ ), у мужчин – до  $69,56 \pm 0,63$  кг ( $p < 0,05$ ). Во 2 группе вес увеличился у женщин до  $82,07 \pm 3,08$  кг ( $p < 0,05$ ), у мужчин до  $75,33 \pm 2,89$  кг ( $p < 0,05$ ). На последний визит в 1 группе пришли 76,6% участников. АД снизилось в группе вмешательства у женщин на  $(\Delta) -3,27$  мм рт.ст., АД на  $-2,09$  мм рт.ст.; у мужчин  $-1,92$  и  $-1,91$  мм рт.ст. (систолическое и диастолическое АД соответственно). В группе контроля: АД увеличилось у женщин на  $2,97$  и  $1,29$  мм рт.ст.; у мужчин на  $2,56$  и  $2,39$  мм рт.ст. (систолическое и диастолическое АД, соответственно), ( $p < 0,05$  для всех показателей).

**Заключение.** Показана эффективность диетотерапии для снижения веса и АД у мужчин и женщин с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ**

**Музапова У.Р., Қуранбаева Х.У.**

**Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования.** Изучить особенности сердечно-сосудистых нарушений у больных лепрой в различные периоды заболевания.

**Материалы и методы исследования.** Изучены особенности патологии сердечно-сосудистой системы у 30 больных с различными формами лепры находившимся на стационарном лечении в Каракалпакском Лепрозории. По данным электрокардиографии, коагуляционного гемостаза, клинической картины заболевания у больных лепрой без анамнеза ишемической болезни сердца. Мужчин было 18, женщин 12. Лепроматозный тип лепры был у 20 больных, недифференцированный – у 6 и туберкулоидный – у 4 больных. В возрасте от 45-50 лет было 5 больных, от 51 до 60 лет – 7, от 61 до 70 лет – 10, от 71 до 78 лет – 8 больных.

**Результаты исследования.** Выявлены выраженные ишемические изменения миокарда левого желудочка (67,5%) на фоне активного бронхолегочного процесса, сопровождавшегося нарушениями коагуляционного компонента гемостаза (68%) в виде активации свертывающей системы крови и снижения ее фибринолитической активности.

**Заключение.** Полученные результаты показали, что в генезе сердечно-сосудистых нарушений у больных лепроматозным типом лепрой ведущим является токсико-инфекционное воздействие на миокард с развитием миокардиодистрофии. Дистрофические изменения миокарда левого желудочка появляются довольно рано, что отражается на электрокардиограмме преимущественно изменениями зубца Т.

**СВЯЗЬ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И СТРУКТУРНОГО  
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С  
ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И  
СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Мытник Т. В.<sup>1</sup>, Стручков П. В.<sup>1</sup>, Щелькалина С. П.<sup>2</sup>.**

**<sup>1</sup>ФГБУЗ Клиническая больница № 85 ФМБА России, Кафедра клинической физиологии и функциональной диагностики ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия**

**Цель.** Определить роль структурных изменений предсердий в возникновении фибрилляции предсердий (ФП) у больных с артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы.** 30 больным с АГ и ФП и 30 больным с АГ без ФП проводили ЭХОКГ, мониторинг ЭКГ (ХМ) и артериального давления (САД). По ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) определяли показатели поздних потенциалов предсердий (ППП), по ЭКГ в отведениях Франка - дисперсию интервала PQ (dis PQ) и зубца P (dis P). Сравнение групп проводилось с помощью критерия Манна-Уитни, описание данных – медианы и квартилей. В группах оценивали коэффициент корреляции Спирмена для показателей ЭКГ и ЭХО КГ.

**Результаты.** Среднее САД за сутки в группе с ФП было 129 [122; 133] мм рт. ст., в группе без ФП – 136 [132;142] мм рт. ст. ( $p=0,005$ ). Среднее ДАД за сутки было в группе с ФП 79 [73; 84] мм рт. ст., без ФП – 86 [82; 90] мм рт. ст. ( $p=0,007$ ). По ЭХО КГ размеры предсердий достоверно не различались в двух группах, но для правого предсердия (ПП) статистически значимо отличалось отношение продольного (ППдл) к поперечному (ППп) размеру (ППдл/п): 1,23 [1,16; 1,29] в группе с ФП и 1,16 [1,1; 1,25] без ФП, ( $p=0,043$ ). То есть с развитием ФП геометрия ПП становится более вытянутой. По данным ЭКГ ВР показатели ППП достоверно не отличались. По ЭКГ в отведениях Франка dis P при ФП была 20 [20; 40] мс, без ФП 0[0; 20] мс ( $p=0,00008$ ). Для dis PQ значения составили 20 [20; 40] мс при ФП и 16[0; 20] мс без ФП. При ХМ общее число предсердных экстрасистол за сутки (НЖЭ) при ФП 94[12; 308], а без ФП 15[7; 35] ( $p=0,033$ ). В группах отличались связи параметров. В группе без ФП ППдл/п коррелирует с минимальным САД за сутки ( $r=-0,53$ ,  $p=0,0029$ ). При ФП эта связь не обнаруживалась, но выявлена обратная корреляция для ППдл/п с минимальным ДАД за сутки ( $r=-0,51$ ,  $p=0,011$ ), которой не было без ФП. Показатель отношения ППдл/п коррелирует с длительностью анамнеза ФП ( $r=0,48$ ,  $p=0,009$ ). При ФП определялась прямая связь для фильтрованной Р волны (Fi P) с ППдл,  $r=0,59$  ( $p=0,001$ ) и с ППП  $r=0,43$  ( $p=0,022$ ). В группе без ФП эти связи не обнаружены. В группе без ФП для dis P и ППдл/п  $r=-0,44$  ( $p=0,01$ ), при ФП эта связь статистически не значима. Для левого предсердия (ЛПдл/п) при ФП определялась обратная корреляция с НЖЭ ( $r=-0,47$ ,  $p=0,011$ ). В группе без ФП эта связь статистически не значима.

**Заключение.** При АГ с изменением гемодинамики меняется геометрия ПП и при ФП его форма более вытянута. ППП, dis PQ, dis P коррелируют с размерами ПП. При ФП dis PQ и dis P больше, что указывает на замедление проведения. При этом для ЛП дл/п определяется обратная корреляция с НЖЭ при ФП. Таким образом, повышение эктопической активности в левом предсердии на фоне замедления проведения в правом предсердии создает условия для возникновения ре-ентри.

**АНАЛИЗ КРАТКОЙ ФОРМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ  
ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**Недоруба Е.А., Багмет А.Д., Егоров В.Н., Таютина Т.В.**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Ростовский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону,  
Россия**

**Цель исследования:** Провести анализ краткой формы гериатрической шкалы оценки депрессии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях поликлиники.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 60 пациентов старше 67 лет находившихся на амбулаторном кардиологическом приеме с мая по октябрь 2018 года. У всех пациентов отмечалась гипертоническая болезнь 1-2 степени, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения I-II функциональных классов. Оценка депрессии осуществлялась с использованием краткой формы гериатрической шкалы, без участия врача. 0-5 баллов – депрессии, скорее всего, нет; 6-9 баллов – депрессия возможна; 10-15 баллов – депрессия, скорее всего, присутствует. Статистическая обработка полученных в ходе исследования данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 6.0

**Результаты:** У 17 пациентов (28%) по результатам анкетирования депрессия не выявлена, у 39 пациентов (65%) – депрессия возможна, скорее всего, присутствует, у 4 пациентов (7%) - депрессия, скорее всего, возможна.

**Выводы.** Краткая форма гериатрической шкалы оценки депрессии может использоваться у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями для скрининга депрессивных расстройств и должна учитываться в комплексном лечении на амбулаторном этапе.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА МАЛЬНУТРИЦИИ СРЕДИ  
ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**

**Некрасова Н.Ю., Григорович М.С.**

**ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия**

**Цель исследования.** Оценить распространенность синдрома мальнутриции среди долгожителей и особенности питания в этой возрастной группе.

**Материалы и методы.** В одномоментном исследовании приняли участие 29 пациентов со старческой астенией в возрасте 90-99 лет (средний возраст 92,2 года) – 34,5% пациентов были мужчины, 65,5% женщины. Для оценки нутритивного статуса использовалась Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA), статистическая обработка результатов проводилась методом оценки значимости различий двух совокупностей с помощью критерия t-Стьюдента.

**Результаты.** Риск развития мальнутриции выявлен у 34,5% долгожителей, синдром мальнутриции – у 44,8%. Данный синдром достоверно ассоциирован с такими состояниями, как злокачественные новообразования ( $p = 0,001$ ), депрессивный синдром ( $p = 0,004$ ), стоматологические проблемы ( $p = 0,001$ ), когнитивный дефицит ( $p = 0,006$ ) и снижение способности к самообслуживанию ( $p = 0,004$ ). У пациентов, проживающих с семьей, риск мальнутриции достоверно снижался за счет изменения режима питания, несмотря на наличие когнитивного дефицита и снижения способности к самообслуживанию: они полноценно питаются 3 раза в день, получают достаточное количество белковой пищи в виде мяса, рыбы и молочных

продуктов ( $p = 0,004$ ) и достаточное количество фруктов и овощей ( $p = 0,006$ ). У пациентов, которые живут одни, вне зависимости от наличия синдрома мальнутриции отмечается низкое потребление белковой пищи в 90,9% случаев, низкое или крайне низкое употребление овощей и фруктов в 81,8% случаев. Недостаточное употребление жидкости встречается в 86,2% случаев у всех долгожителей вне зависимости от наличия синдрома мальнутриции и условий проживания.

**Заключение.** Синдром мальнутриции или риск его развития отмечаются у 79,3% пациентов старше 90 лет и ассоциированы с такими состояниями, как злокачественные заболевания, депрессивный синдром, стоматологические проблемы, снижение способности к самообслуживанию и когнитивный дефицит. Однако у пациентов, проживающих с семьей, когнитивный дефицит и зависимость от посторонней помощи не приводят к значимому повышению риска мальнутриции благодаря соблюдению режима питания. В остальных случаях вне зависимости от наличия мальнутриции у преобладающего большинства пациентов отмечаются такие факторы риска, как низкое потребление жидкости, белковой пищи, овощей и фруктов. Высокая распространенность синдрома мальнутриции и риска его развития указывают на важность оценки нутритивного статуса гериатрических пациентов для разработки мер медицинской и социальной поддержки.

## АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Никешина Н.В., Ефимова Л.П.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая травматологическая  
больница», Сургут, Россия; ГБОУ ВПО «Сургутский государственный  
университет», Сургут, Россия

**Цель.** Оценить артериальное давление у больных артериальной гипертензией с острым геморрагическим инсультом при поступлении в стационар.

**Методы исследования.** В исследование были включены 95 больных артериальной гипертензией от 29 до 91 лет (средний возраст  $54,9 \pm 11$  лет), поступивших в Инсультный центр БУ ХМАО - Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница» в 2015 году с острым геморрагическим инсультом. Из них: 66 мужчины (69,5%) и 29 женщин (30,5%). Критерии включения: возраст пациентов от 18 лет, 1-3 сутки от начала заболевания, наличие артериальной гипертензии и внутримозговой гематомы. Все пациенты получали медицинскую помощь до госпитализации в стационар. Критерии исключения: повторный геморрагический инсульт, ишемический инсульт, геморрагический инсульт на фоне приема антикоагулянтов, на фоне системных заболеваний крови, геморрагическая трансформация ишемического инсульта, кровоизлияния опухолей, возраст до 18 лет. Всем больным проводили измерения артериального давления на плечевой артерии сфигмоманометром OMRON. По результатам измерения оценивали систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), пульсовое артериальное давление (ПАД), среднее артериальное давление (срАД). Характер инсульта устанавливали по клинической картине, анамнезу, данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ «Biostat» и «Excell 2013».

**Результаты.** У пациентов, несмотря на проводимую гипотензивную терапию до госпитализации в стационар, наблюдался высокий уровень артериального давления. В 93,7% выявлено повышение САД (1 степени - у 17,9%, 2 степени - у 21,1%, 3 степени - у 57,4%). В 87,4% отмечено повышение ДАД (1 степени у 12,6% больных, 2

степени-31,6%, 3 степени-43,2%). Увеличение пАД выявлено у 87,4% больных. Среднее АД выше нормы было у 85,3% пациентов.

**Заключение.** Таким образом, повышенное артериальное давление говорит о нарушении регуляции сосудистого тонуса, которое не купировалось обычными методами. Высокий уровень артериального давления может способствовать нарастанию объема гематомы и ухудшать прогноз больных геморрагическим инсультом.

## **ОЦЕНКА ИНДЕКСА ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

**Нильдибаева Ф.У., Магзумов А.Г., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г.,  
Турмухамбетова А.А.**

**НАО «Медицинский университет Караганды»,  
КГП «Многопрофильная больница №2 города Караганды» Караганда,  
Казахстан**

**Цель.** Оценить индекс висцерального ожирения у лиц с острым коронарным синдромом.

**Материал и методы.** В исследование включены 58 пациентов в возрасте от 33 до 79 лет с верифицированным острым коронарным синдромом. Всем пациентам проведен тропониновый тест, измерен уровень артериального давления (АД) (с осведомлением о цифрах при домашнем измерении), глюкозы, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), лептина, определены параметры липидограммы, рост, вес, окружность талии, рассчитывался индекс висцерального ожирения (ИВО). Распределение по группам осуществлялось по наличию метаболического синдрома (n=39 человек) или его отсутствию (n=19). Оценка различий в группах проводилась по критерию Манна-Уитни, оценка связей параметров проводилась по коэффициенту корреляции Спирмена при принятом уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе без метаболического синдрома медиана тропонина составила 20321.5 ( $Q_{25-75}=147.5-4363.8$ ) пг/мл и имела более высокие значения, чем в группе с метаболическим синдромом (Me=13947.8 пг/мл ( $Q_{25-75}$  1.58-6175.3)), однако статистически значимых различий в группах не показала (U=346.0, Z= -0.41, p=0.68). Средний уровень АД при домашнем измерении был значительно выше у лиц с метаболическим синдромом, но на момент острого коронарного события по данному показателю не выявлено статистически значимых различий (U=268.0, Z= -1.72, p=0.09), что возможно обусловлено дефицитом сократительной способности миокарда. Оценка параметров углеводного обмена не показала различий по уровню глюкозы и HbA1c (U=333.0, Z= -0.62, p=0.53 и U=212.0, Z= -1.25, p=0.21 соответственно), что обусловлено влиянием адаптивных механизмов в условиях стресса. Из параметров липидного спектра статистически значимые различия в группах показал уровень общего холестерина (U=146.5, Z= -2.98, p=0.003), тогда как по уровню триглицеридов, липопротеидов высокой плотности и липопротеидов низкой плотности различий не выявлено. Однако расчетный ИВО, учитывающий антропометрические показатели и липидный профиль имел статистически значимые различия в группах (U=99.0, Z= -2.34, p=0.02). Медиана ИВО в группе без метаболического синдрома составила 1,7 ( $Q_{25-75}=0.44-2.66$ ), а в группе лиц с метаболическим синдромом 2,8 ( $Q_{25-75}=1.56-4.10$ ), определяя более высокие риски, предшествовавшие острому коронарному событию в группе лиц имеющих метаболический синдром. Более того, группа без метаболического синдрома имела среднее значение индекса превышающего допустимые. Выявлена положительная связь ИВО и уровня лептина ( $r_s = 0.4$ , p=0.03).



**Заключение.** У пациентов с острым коронарным синдромом повышенные значения индекса висцерального ожирения со средней силой связи с уровнем лептина, тренд более высоких значений уровня тропонина в сыворотке крови у пациентов без метаболического синдрома, диктуют необходимость дальнейшего изучения влияния субстанций обладающих кардиопротективным действием.

## **ЭКСПЕРТИЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Носов А.Е., Власова Е.М., Байдина А.С.**

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

**Цель работы.** Предложить научно обоснованные и систематизированные принципы экспертизы профпригодности работников с сердечно-сосудистыми заболеваниями (нарушениями ритма сердца).

**Материалы и методы.** Материалы подготовлены на основании исследований и экспертной практики сотрудников клиники профпатологии и медицины труда ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», действующей нормативной базы, современных клинических рекомендаций.

**Результаты.** При проведении экспертизы профпригодности у работников с НРС необходим тщательный анализ клинической картины, медицинской документации, условий труда работника. Необходимо определить прогноз в отношении НРС и его возможное влияние на способность пациента выполнять трудовые функции учитывая требования личной и общественной безопасности. При проведении экспертизы профпригодности работника с НРС необходимо представить следующие документы: амбулаторная карта, карта специальной оценки условий труда, производственная характеристика с подробным описанием выполняемых работ с учетом приложения №2 приказа 302н «Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников»; копия трудовой книжки. Общие медицинские противопоказания к работе во вредных и опасных условиях труда определены приложением №3 к приказу №302н, п.48. В отношении НРС таковыми являются следующие: нарушение проводимости (синоаурикулярная блокада III степени, слабость синусового узла); пароксизмальные нарушения ритма с потенциально злокачественными желудочковыми аритмиями и нарушениями гемодинамики; синкопальные синдромы различной этиологии. Специальные медицинские противопоказания к работе в условиях воздействия вредных факторов или определенных видов работ при НРС приведены в приложениях №1 и №2 приказа №302н. Абсолютные противопоказания к работе во вредных (опасных) условиях труда при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, даже при наличии компенсации (в том числе НРС) являются противопоказанием к допуску к работе у работников газоспасательной службы, пожарной охраны, аварийно-спасательных служб по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций, подземных работах, а также работах, выполняемых с применением изолирующих средств индивидуальной защиты и фильтрующих противогазов с полной лицевой частью.

**Заключение.** При оценке прогноза при НРС, в том числе при экспертизе профпригодности необходимо учитывать множество клинических и инструментальных особенностей заболевания, пользоваться шкалами стратификации риска. В перспективе необходимо совершенствование нормативно-правовой базы

экспертизы профпригодности на основе новых знаний о патогенезе, прогнозе и методах лечения НРС.

**МОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ  
МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Нурманова А.Ж., Дубовик Е.В., Кузовков И.А., Ералиева У.Н.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Республика  
Казахстан**

**Цель.** Выявить влияние модифицируемых факторов риска на степень стенозирования сосудов нижних конечностей с целью предотвращения развития тяжелой макроангиопатии.

**Материал и методы.** Ретроспективный анализ проведен по данным 40 историй болезни пациентов с сахарным диабетом (СД). Гендерный состав: 20 мужчин (средний возраст 63года) и 20 женщин в среднем возрасте 60 лет. Все пациенты поделены на 3 группы по результатам УЗДГ сосудов нижних конечностей. 1я – стеноз сосудов до 30% (20 человек), 2 группа - стеноз от 30-50 % (13 человек) и 3я - стеноз более 50% (7 человек). Анализ субъективных ощущений и клинических проявлений в 1й группе выявил сохраненную пульсацию артерий ног у 11 пациентов с клинической стадией Фонтейн Па у 16 (80%), во 2й сниженная пульсация у 7 (53,8%) с преобладанием стадии Фонтейн III. В 3й у 100% пульсация снижена и стадия Фонтейн III. В первой группе 11 человек (55%), во второй группе 7 человек (53,8%), в третьей группе 4 человека (57,1%) – жители города. У всех респондентов проанализированы модифицируемые факторы риска стеноза сосудов нижних конечностей. В качестве основных факторов анализировались: уровень общего холестерина, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Дополнительно: курение, индекс массы тела (ИМТ) и стаж сахарного диабета. Оценивалась и приверженность гиполипидемической терапии. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS. Разницу и погрешность основных факторов риска оценивали с помощью критерия Н Крускала Уоллеса.

**Результаты.** По результатам проведенного анализа выявлено: наибольший средний стаж диабета в 3й группе - 18,1 года, во 2й - 14 лет и в 1й - 2,7 года. В каждой группе более 69% были некурящие пациенты. Средний ИМТ в 1й группе составил - 31,5 кг/м<sup>2</sup>, во 2й - 30,4 кг/м<sup>2</sup>, в третьей - 30,5 кг/м<sup>2</sup> соответственно. Статистический анализ выявил недостоверность данного модифицируемого фактора в профилактике макроваскулярных осложнений ( $\chi^2$  равен 29.3 при  $p \geq 0.05$ ). Статистически значимыми оказались следующие факторы риска. Средний уровень холестерина 5.98ммоль/л оказался выше в группе со стенозом сосудов нижних конечностей более 50 %, холестерин - 5,9 ммоль/л во 2й группе (стеноз 30 – 50 %) и холестерин 5.4 ммоль/л при стенозе до 30 % ( $\chi^2$  - 24.7 при  $p \leq 0.05$ ). HbA1c в свою очередь был выше в группе со стенозом более 50 %, равный - 11.4 %, в 2й - 9,4 % и в 1й группе при минимальном стенозе 8.9 %.(  $\chi^2$  - 29.1 при  $p \leq 0.05$ ).Приверженных приему гиполипидемических средств оказалось больше в 1 группе - 20 (100%) пациентов, во 2й - 10 ( 40% ), и в 3й с максимальным стенозом 2 пациента (10 %).(  $\chi^2$  равный 27.2 при  $p \leq 0.05$ ).

**Заключение.** Таким образом, степень стенозирования сосудов имеет статистически значимую зависимость от уровня холестерина и HbA1c и обратную зависимость от приверженности гиполипидемической терапии.

## ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СКРИНИНГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ВЫБОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

<sup>1</sup>Олесин А.И., <sup>2</sup>Литвиненко В.А., <sup>1</sup>Шлапакова А.В.,  
<sup>1</sup>Константинова И.В., <sup>2</sup>Зуева Ю.С.

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского (зав. кафедрой – проф. д.м.н. С.А. Сайганов) ФГБОУ ВО «Северо-западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Россия,

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» (гл. врач – проф. д.м.н. С.В. Петров), Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования** – определение дифференцированной терапии желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у больных с коронарогенными и некоронарогенными заболеваниями сердца путем скринингового тестирования противоаритмических препаратов.

**Материал и методы.** Наблюдалось 214 больных в возрасте от 30 до 75 лет с ЖЭ III – V классов, согласно классификации В. Rayn (1984) и субъективным ощущением аритмии. У 97(42,73%) больных были выявлены различные клинические варианты течения хронической ишемической болезни сердца, у остальных – некоронарогенные заболевания. У всех больных выбор дифференцированной терапии ЖЭ проводился с помощью скринингового метода тестирования противоаритмических средств, причем точность выбора (ТВ) препаратов оценивалась по данным многократных суточных мониторингов электрокардиограммы (ЭКГ). Продолжительность наблюдения составила от 1 года до 5 лет.

**Результаты.** У одного больного при использовании скринингового тестирования антиаритмических препаратов за достаточно короткий промежуток времени (от 2-3 до 5-7 дней) можно определить несколько потенциально эффективных противоаритмических средств для устранения ЖЭ. ТВ дифференцированной противорецидивной терапии, определенной при скрининговом тестировании для длительного применения, в сравнении с результатами, полученными при проведении многократных суточных мониторингов ЭКГ у больных с коронарогенными и некоронарогенными заболеваниями сердца, составила в среднем 92,46% и 91,39% соответственно.

**Заключение.** ТВ дифференцированной противорецидивной терапии ЖЭ, определенной при скрининговом тестировании для продолжительного использования у больных с коронарогенными и некоронарогенными заболеваниями сердца, составила в среднем 92%.

## ВЫБОР ФАРМАКОПРЕПАРАТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Омарова Р.А., Жаугашева С. К.

НАО Медицинский университет Караганды, Казахстан

Артериальная гипертензия (АГ) во время беременности – частая причина преждевременных родов и перинатальной гибели плода. Для сохранения здоровья матери очень важны ранняя диагностика АГ, своевременное и правильное решение вопроса о возможности вынашивания беременности. Критерием диагностики АГ у беременных считают повышение АД до 135/85 мм рт.ст. (в первой половине беременности), 140/90 мм рт.ст. (во второй половине беременности) и выше,

измеренного, по крайней мере, 2 раза с интервалом 4 – 6 ч, или однократный подъём САД (систолического АД) до 160 мм рт.ст. и (или) ДАД (диастолического) до 100 мм рт.ст. Цель лечения беременных с АГ – предупредить осложнения из-за высокого уровня АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды.

Единых критериев начала фармакотерапии АГ у беременных в мире не существует, а целесообразность длительной систематической фармакотерапии мягкой и умеренной АГ беременных - предмет споров и дискуссий, так как выраженное снижение АД может нарушить маточно-плацентарный кровоток и подвергнуть риску состояние плода. При тяжёлой АГ у беременных необходимость применения гипотензивных средств не вызывает сомнения у всех авторов. Цель фармакотерапии у беременных с АГ — пролонгирование беременности и снижение риска для матери и плода/новорождённого. Спектр антигипертензивных лекарств для использования при беременности ограничен. При беременности применяются препараты, безопасность которых установлена многолетними клиническими наблюдениями. К ним относят метилдопа, признанный средством выбора в большинстве стран. К препаратам второго ряда относят празозин, гидралазин и нифедипин. Во время беременности не рекомендуется использовать диуретики, а также атенолол и пропранолол. ИАПФ и БРА противопоказаны во II и III триместрах беременности, так как высок риск задержки внутриутробного развития плода, развития маловодия, костных дисплазий с нарушением оксификации свода черепа и укорочением конечностей, респираторного дистресс-синдрома, гипотензии, гипоплазии легких, дисгенезии почек, острой почечной недостаточности у плода или новорожденного, а также их гибели.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Омарова Р. А.**

**НАО Медицинский университет Караганды, Казахстан**

В последние десятилетия во всем мире отмечается непрерывный рост числа больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). На течение и исход ХСН, негативно влияют множество факторов, в том числе и анемия. Проблема ранней диагностики анемического синдрома при сердечно-сосудистой патологии определяется тем, что поздняя его диагностика приводит к задержке или отсутствию необходимого вмешательства в отношении потенциально коррегируемого состояния. Патогенез анемий, возникающих у пациентов с ХСН, до конца не изучен и единого подхода к лечению больных этой группы нет. Тем не менее, какие бы патогенетические механизмы ни приводили к развитию анемического синдрома в ходе ХСН, нельзя недооценивать возможности того, что отчасти он может быть приспособительного характера.

Наиболее частыми жалобами пациентов с анемией являются слабость, повышенная утомляемость, головная боль, одышка, сонливость и другие. Как правило, эти симптомы проявляются постепенно благодаря физиологическим способностям организма адаптироваться к новым условиям. Во многих случаях они не воспринимаются как заслуживающие отдельного внимания и объясняют старением организма

В развитии анемического синдрома имеют значение более старший возраст пациентов, что само по себе связано с более низким уровнем гемоглобина, возрастающей частотой хронической болезни почек, распространенностью сахарного диабета. Причинами его развития при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ)

могут быть: наличие хронического воспалительного процесса, ишемическая депрессия костномозгового кроветворения, снижение синтеза эндогенного эритропоэтина вследствие почечной дисфункции и другие. Возникновение анемии при ХСН может быть обусловлено гемодилюцией с задержкой натрия и воды и нарушением всасывания железа и витаминов в кишечнике. Длительная медикаментозная терапия (аспирин, антикоагулянты и др) может привести к скрытым кровопотерям и быть дополнительным фактором в развитии анемии.

При любом ССЗ снижение уровня гемоглобина потенциально ухудшает прогноз. Коррекция анемии стимуляторами эритропоэза (эритропоэтином, внутривенным введением препаратов железа) может быть весьма полезным дополнительным методом лечения больных с рефрактерной к стандартной терапии сердечной недостаточностью. При лечении анемии пероральный прием препаратов железа малоэффективен. В последних работах, проведенных европейскими учеными, показано положительное влияние лечения эритропоэтином в сочетании с внутривенным введением железа на течение ХСН. При этом наблюдалось увеличение фракции сердечного выброса, уменьшение потребности в высоких дозах диуретиков, необходимости в повторных госпитализациях, улучшение функции почек, уменьшение гипертрофии левого желудочка.

Таким образом, устранение анемии благоприятно влияет на течение ХСН у больных и значительно улучшает прогноз.

#### **АРИТМИИ У ДЕТЕЙ**

**Павлова Н.П., Максимцева Е.А., Артемова Н.М.**

**ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия**

**Цель.** Анализ распространенности аритмий в различные возрастные периоды детской популяции.

**Материал и методы.** Проходили обследование дети без органической патологии сердца (81 человек, 42 мальчиков и 39 девочек), в возрасте от 4 до 16 лет, средний возраст  $10,8 \pm 1,0$  лет, в детской городской поликлинике № 2 г. Рязани. Обследование включало изучение анамнеза и клинических проявлений возможных аритмий, проведение инструментальных исследований, а именно электрокардиографии (ЭКГ) в 12 общепринятых отведениях, традиционной эхокардиографии с применением двухмерного, одномерного, доплеровского режима с использованием цветового доплеровского картирования, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

**Результаты.** При выполнении стандартной ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру данной категории пациентам были выявлены: синусовая брадикардия у 31 (38,3%) ребенка, синусовая тахикардия - у 13 (16,0%), желудочковая экстрасистолия - у 38 (46,9%), феномен укороченного PQ интервала – у 17 (20,9%), феномен предвозбуждения желудочков - у 3 (3,7%), суправентрикулярная тахикардия у 12 (14,8%) детей.

Синусовая брадикардия чаще регистрировалась в возрасте 11-16 лет (53,1%), в 2 случаях (12,5%) явилась проявлением синдрома слабости синусового узла. У детей с синусовой брадикардией зарегистрировано снижение вариабельности сердечного ритма с преобладанием брадиаритмии в ночные часы, снижением циркадного индекса до  $1,15 \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ) в соответствии с возрастной нормой. По данным ЭхоКГ увеличение глобальной сократительной способности и ударного объема ( $p < 0,05$ ) без изменения размеров камер сердца наблюдались у детей с синусовой брадикардией. Желудочковая экстрасистолия наблюдалась чаще у детей 11-16 лет без указаний на органическую патологию сердца по данным ЭхоКГ и анамнеза, была отнесена к «идиопатической». У 3 (7,9%) детей регистрировалась частая за сутки (более 20% от

общего числа комплексов), что потребовало назначения антиаритмической терапии с целью предупреждения аритмогенной кардиомиопатии. Атриовентрикулярная ортодромная реципрокная тахикардия наблюдалась у 5 (41,6% от числа лиц с суправентрикулярной тахикардией) пациентов, из них у 4 с укороченным PQ интервалом и 1 с феноменом предвозбуждения желудочков.

Следует отметить, что описанные нарушения ритма наблюдались чаще в старшей возрастной категории детей (с 11 до 16 лет).

**Заключение.** Нарушения ритма встречаются в различных возрастных периодах детства, чаще в пре- и пубертатном периоде, что возможно является проявлением иммуно-биологических перемен взрослеющего организма и требуют динамического наблюдения.

**АССОЦИАЦИЯ МАРКЕРА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ  
PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR - 1 С С-РЕАКТИВНЫМ БЕЛКОМ,  
МИКРОАЛЬБУМИУРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ  
Парахина В.Ф., Ларюшина Е.М., Понамарева О.А., Тургунова Л.Г.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Изучить взаимосвязь уровня маркера эндотелиальной дисфункции (ЭД) Plasminogen activator inhibitor - 1 (PAI-1) с микроальбуминурией (МАУ) и С-реактивным белком (СРБ) у пациентов с преддиабетом.

**Материал и методы.** Проведено одномоментное когортное исследование, включающее 341 человека. Женщин было 171 (49,85%), мужчин - 170 (50,15%), в возрасте от 18 до 65 лет. Проводилась оценка антропометрических (рост, вес, ИМТ, ОТ) и гемодинамических показателей (систолическое и диастолическое артериальное давление; САД, ДАД). Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая группа - пациенты с преддиабетом, n=106 (31,08%), 2-ая группа - с верифицированным сахарным диабетом (СД) 2 типа n=62 (18,1%), 3-ая группа - без нарушения углеводного обмена n=173 (50,7%) человек. Уровень биомаркера PAI-1 определялся с помощью мультиплексного исследования сыворотки крови иммунофлуоресцентным методом с использованием технологии XMap, с использованием прибора Bioplex 3D и набором реактивов MILLIPLEX® Human cardiovascular disease panel I (Millipore). Уровень HbA1c, СРБ, микроальбуминурии оценивался с помощью тест-системы NycocardO. Для определения взаимосвязи биомаркера PAI-1 с МАУ, СРБ проводился корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена, регрессионного анализа, достоверными значения считались при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В группе с преддиабетом определены следующие антропометрические характеристики: Me роста - 167 см (Q25,75; 161;174), веса - 84,5 кг (70,0; 95,0), ИМТ - 29,28 кг/м<sup>2</sup> (24,67; 33,76), ОТ - 97,5 см (89; 106). Гемодинамические характеристики представлены - Me САД 130 мм.рт.ст. (110; 140), ДАД - 80 мм.рт.ст (80; 90). Медианные значения уровня биомаркера PAI-1 в группе с преддиабетом составили (Me) 29449,8 пг/мл (Q25,75; 19290,21; 49931,61), а в группе с верифицированным СД 2 типа 34343,72 пг/мл (23492,84; 51280,22), в группе пациентов без нарушения углеводного обмена 27872,69 пг/мл (16819,38; 43104,35). Средние значения (Mean±SD) СРБ в группе с преддиабетом составили 11,87±16,39 мг/мл, МАУ 28,82±56,10 мг/мл. При изучении корреляционных связей в группе с преддиабетом установлены положительные средние и слабые связи, свидетельствующие о том, что с увеличением концентрации биомаркера ЭД PAI-1, повышаются значения СРБ ( $r=0,459$ ;  $p=0,000$ ), МАУ ( $r=0,692$ ;  $p=0,000$ ). При построении регрессионной модели, статистически значимо на развитие ЭД у пациентов с преддиабетом влияет

повышение уровня биомаркера PAI-1, и как следствие различная степень MAU- $F(1,72)=14,179$   $p=0,00$ .

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о наличие взаимосвязей между изучаемыми величинами, повышение уровня PAI-1 у пациентов с преддиабетом отражает наличие ЭД, ассоциированной с увеличением уровня СРБ. Нарастание MAU по мере увеличения PAI-1 определяет степень выраженность ЭД с проявлениями микроангиопатии почечных сосудов уже на стадии преддиабета.

## **УРОВЕНЬ МОЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПЛАЗМЕ КРОВЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В БЕЛОРУССКОЙ ГОРОДСКОЙ РАНДОМИЗИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.**

**Подпалова О.В.<sup>1-2</sup>, Мрочек А.Г.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

<sup>2</sup> - УЗ «Витебский областной клинический кардиологический центр»

**Цель исследования.** Определить роль уровня мочевой кислоты в развитии субклинического атеросклероза у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в белорусской городской неорганизованной популяции по данным 10-летнего проспективного исследования.

**Материалы и методы.** Было проведено проспективное 5–летнее наблюдение (2007/2008 гг. - 2012/2013 гг.), которое включало 3500 человек отобранных методом случайных чисел, в неорганизованной городской популяции из поликлиник №3 и №6 г. Витебска. Охват обследованием составил 97,9% (3427 человек). В 10-летнем проспективном анализе в 2017/2018 гг. мы исследовали пациентов с АГ, установленной по данным второго скрининга в 2012/2013 гг. Обследование изучаемого контингента включало заполнение разработанной регистрационной карты профилактического обследования, которая включала: социально–демографические данные, стандартные опросники по кардиологической анкете; информацию о перенесенных заболеваниях и применяемых медикаментозных препаратах, уровне физической активности, статусе курения, злоупотреблении алкоголем, антропометрию. В 2017. 2018 гг. пациентам с новыми случаями АГ выполнялись эхокардиография и ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий. Степень АГ и группы риска у обследуемых лиц определялись согласно рекомендациям ВОЗ/МОАГ (1999). Статистический анализ проводился с помощью систем SPSS 19.0.

**Результаты.** В результате первого скрининга (2007/2008 гг. - 2012/2013 гг.) было обследовано 2170 человек с нормальным уровнем артериального давления и 1257 человек с АГ. В 2012/2013 гг. установлено 285 новых случаев развития АГ. Выявлена значимая положительная связь между IV квартилью уровня мочевой кислоты (339-527 ммоль/л) и частотой появления новых случаев АГ с поправкой на возрасти и пол ( $df = 1$ ;  $\chi^2$ Вальда = 5,1,  $p < 0,05$ ). Повышенный уровень мочевой кислоты в плазме крови ( $p < 0,001$ ) также же, как и систолическое артериальное давление ( $> 120$  мм рт.ст.) ( $p < 0,001$ ), высокий индекс массы тела ( $> 25,7$  кг/м<sup>2</sup>) ( $p < 0,001$ ) и высокий уровень суммы амплитуд зубцов SV<sub>1</sub>+RV<sub>5-6</sub> ( $p < 0,001$ ) являются наиболее значимыми факторами, влияющими на частоту новых случаев АГ по данным многофакторного регрессионного анализа. По данным 10-летнего проспективного исследования атеросклеротические бляшки в артериях брахиоцефального бассейна чаще выявлялись у лиц с гиперурикемией и новыми случаями АГ, по сравнению с лицами с нормальным уровнем мочевой кислоты ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Независимо от возраста и пола, гиперурикемия была связана с развитием АГ по данным 5-летнего исследования и атеросклеротических бляшек сосудов брахиоцефального бассейна через 10 лет в городской рандомизированной популяции.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**

**Позднякова Н.В., Денисова А.Г., Татарченко И.П. Морозова О.И.**

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

**Цель работы.** Оценить маркеры электрической нестабильности сердца у больных дилатационной кардиомиопатией.

**Материал и методы.** 52 пациента (14 женщин и 38 мужчин), средний возраст  $43,6 \pm 6,7$  лет. Комплекс обследования: холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ variability ритма сердца (ВРС) и турбулентности ритма (начало турбулентности  $TO > 0\%$ , наклон турбулентности  $TS < 2,5$  мс/RR), оценка временной реполяризации желудочков - дисперсия интервала Q-T (QTd), скорректированный интервал Q-T (QTc). Наблюдение длительное, проспективное; длительность наблюдения составила  $7,4 \pm 2,1$  лет.

**Результаты и обсуждение:** желудочковые нарушения ритма (ЖНР) зарегистрированы в 100% наблюдений. ППЖ выявлены у 19 (36,5%) из 52 больных. У 15 (83,3%) пациентов с ППЖ+ классифицирована желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) высоких градаций - III, IV, V классов по Lown B., у 9 из них пробежки желудочковой тахикардии; выявленная ЖЭ у 3 пациентов с ППЖ+ отнесена ко II градации, ещё у 1 пациента с ППЖ+ к I градации. Группу ППЖ- составили пациенты без патологических изменений СУ-ЭКГ ( $n=33$ ), у больных данной группы ЖЭ III-V классов отмечена лишь в 8 (24%) случаях, у 19 (57,6%) больных ЖЭ I градации, у 6 (18%) - ЖЭ II градации. Показатели ВРС (SDNN, BB50, rMSSD, LH/HF) указывают на резкое снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы у больных с кардиомиопатиями при повышенной симпатической активности: SDNN-  $36,3 \pm 2,3$  мс, LF/HF -  $4,71 \pm 0,48$  усл.ед., BB50-  $8,8 \pm 2,6\%$ ; признаки вегетативного дисбаланса отмечены в 50 (96%) случаях. При анализе показателей турбулентности сердечного ритма (TRC) патологические значения TS ( $TS < 2,5$  мс/RR) и  $TO > 0\%$  достоверно чаще регистрировались в группе ППЖ+ (37% и 47,4%) в сравнении с группой ППЖ - (15% и 18%),  $p < 0,05$ . Установлена достоверная разница в регистрации патологических значений TO и TS у пациентов при ЖЭ III-V градаций ( $n=23$ ) и ЖЭ I-II градаций ( $n=29$ ), соответственно: 47,8% и 56,5% против 3,4% и 6,8% ( $p < 0,05$ ). Получены корреляционные связи дисперсии скорректированного интервала Q-T с показателями СУ-ЭКГ: продолжительностью фильтрованного QRS комплекса - HF QRS-Dauer -  $R=0,5574$  ( $p < 0,05$ ), продолжительностью низкоамплитудных сигналов в конце фильтрованного QRS комплекса - LAN Fd-  $R=0,6271$  ( $p < 0,05$ ); между QTd и градациями ЖНР -  $R=0,6642$ ,  $p < 0,001$ . В ходе проспективного наблюдения летальность составила 4 пациента, во всех случаях постоянно регистрировались ППЖ, SDNN не превышала 16 мс, rMSSD не более 4 мс при патологических параметрах TRC.

**Вывод:** для определения неблагоприятного стратификационного риска с целью профилактики аритмических осложнений у больных с кардиомиопатиями необходимо учитывать различные составляющие электрической нестабильности миокарда: анализ variability и турбулентности ритма сердца, замедленной



фрагментированной активности сердца (поздние потенциалы желудочков) и дисперсии QT-интервала.

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Позднякова О.Ю., Байда А.П., Богущ Л.М., Григорян В.А., Гятова О.В.**  
**Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия**

**Цель:** выявить особенности лечения пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой в сочетании с ишемической болезнью сердца в терапевтическом отделении.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни больных с неконтролируемой бронхиальной астмой с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Все больные были разделены на 4 группы: 1-я – бронхиальная астма 3 степени с ишемической болезнью сердца II ФК (20%); 2-я – бронхиальная астма 3 степени с ишемической болезнью сердца III ФК (15%); 3-я – бронхиальная астма 4 степени с ишемической болезнью сердца II ФК (25%); 4-я – бронхиальная астма 3-4 степени с ишемической болезнью сердца ФК III. Всем пациентам выполнялись электрокардиография, суточное электрокардиографическое мониторирование, эхокардиография, рентгенография грудной клетки, спирография, исследование функций внешнего дыхания.

**Результаты:** по данным электрокардиографии: частота сердечных сокращений составила  $77,3 \pm 5,2$  в минуту, гипертрофия левого желудочка выявлена у 82,4% больных с неконтролируемой бронхиальной астмой с сопутствующей ишемической болезнью сердца; по данным эхокардиографии: гипертрофия левого желудочка у 48,2%, гипертрофия правого желудочка у 26,4%, диастолическая дисфункция левого желудочка у 30,2%, фракция выброса составила  $54,2 \pm 3,2\%$  больных с неконтролируемой бронхиальной астмой с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами +  $\beta_2$ -агонистами длительного действия получали 78% пациентов. Терапию только ингаляционными глюкокортикостероидами получали 11% больных с неконтролируемой бронхиальной астмой с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Системные глюкокортикостероиды периодически назначались 68% больным 3-5 степени неконтролируемой бронхиальной астмы с сопутствующей ишемической болезнью сердца. Антиангинальную терапию получали 80% пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмы с сопутствующей ишемической болезнью сердца. В 1-й группе ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента назначались в 85% случаев,  $\beta$ -адреноблокаторы – в 13,5%. Во 2-й группе: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в 54,8%, антагонисты Са - 15,4%. В 3-й группе: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в 65,7%, антагонисты Са - 18%,  $\beta$ -адреноблокаторы - 9,5%. В 4-й группе: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в 66,7%, антагонисты Са - 19,4%, нитраты - 8,9%.

**Заключение.** Таким образом, более половины больных с неконтролируемой бронхиальной астмой и ишемической болезнью сердца имели выраженные изменения гемодинамических показателей, что приводило к взаимному отягощению течения заболеваний и раннему развитию осложнений. Базисная терапия бронхиальной астмы не всегда назначалась в соответствии с национальными рекомендациями в зависимости от степени тяжести и степени течения заболевания.

## КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Позднякова О.Ю., Григорян В.А., Гятова О.В., Зиновьева Л.М.,  
Багдасарова Н.С.

Ставропольский государственный медицинский университет,  
Ставрополь, Россия

**Цель:** изучить распространенность и преобладание сопутствующих заболеваний при неконтролируемой бронхиальной астме в клинической практике.

**Материалы и методы:** было обследовано 220 пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой (женщин - 57,6%, мужчин - 42,4%), средний возраст  $48,6 \pm 4,4$  года, наблюдавшихся в поликлиниках г. Ставрополя. Пациентам выполнялись рентгенография органов грудной клетки, спирография, исследование функций внешнего дыхания, по показаниям проводились ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, эзофагогастродуоденоскопия, ирригоскопия, электрокардиография, эхокардиография.

**Результаты:** не было выявлено других заболеваний только у 4,6% больных с неконтролируемой бронхиальной астмой, в основном у лиц моложе 40 лет. Одно сопутствующее заболевание диагностировано у 7,4% общей выборки. Два сопутствующих заболевания - у 12% больных с неконтролируемой бронхиальной астмой. Удельный вес аллергических и оториноларингологических заболеваний составил 72% и 60,8% соответственно (аллергический ринит – у 47,7%, риноконъюнктивит – 38,2%, атопический дерматит – 35,9%). Среди коморбидных аллергических заболеваний наиболее значимым фактором риска развития неконтролируемого течения бронхиальной астмы оказался аллергический ринит (OR=2,892; 95% CI 1,599-5,228;  $p=0,022$ ). Хроническая гепатобилиарная патология отмечалась у 49,7% обследуемых пациентов: 43,4% - холецистит, 39,2% - панкреатит, 18,4% - стеатогепатит. Заболевания желудочно-кишечного тракта встречались у 58,6% пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой. Обострение бронхиальной астмы сопровождалось рецидивом желудочно-кишечной патологии в 16% случаев: 67,4% - гастрит и дуоденит, 48,7% - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 68,5% - эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, 42,3% - запор и дивертикулярная болезнь кишечника. В наших наблюдениях ишемическая болезнь сердца сопутствовала неконтролируемой бронхиальной астме в 32,8%, артериальная гипертензия встречалась у 52,5% пациентов. На остеохондроз позвоночника указывали 43,7%, деформирующий остеоартроз – 30,9%, ревматоидный артрит – 5,9% пациентов. Среди эндокринных заболеваний у обследуемых больных наиболее часто встречались ожирение (22,6%) и сахарный диабет (12,3%). Среди коморбидных неаллергических заболеваний наиболее значимыми факторами риска развития неконтролируемого течения бронхиальной астмы оказались: ишемическая болезнь сердца (OR=2,715; 95% CI 1,349-5,467;  $p=0,006$ ), артериальная гипертензия (OR=3,717; 95% CI 1,755-7,873;  $p=0,000$ ), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (OR=9,056; 95% CI 4,922-16,662;  $p=0,000$ ) и ожирение (OR=4,118; 95% CI 1,576-10,760;  $p=0,004$ ).

**Выводы:** таким образом для больных с неконтролируемой бронхиальной астмой характерна крайне высокая коморбидность: 76% больных имеют 3 и более сопутствующих заболевания. У пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой преобладала гастроэнтерологическая, аллергическая и кардиальная патология. Коморбидность затрудняет терапию бронхиальной астмой и ухудшает прогноз для больного. В ряде случаев это является осложнением бронхиальной астмы или терапии и требует контроля и коррекции лечения.

## СТЕНТИРОВАНИЕ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ В НЕСТАНДАРТНОЙ СИТУАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ЗА И ПРОТИВ.

Потехин Д.А., Самочатов Д.Н.

ГБУ здравоохранения города Москвы ГКБ№67 имени Л.А. Ворохобова  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

**Цель работы.** Описать клинический случай стентирования основного ствола ЛКА с аневризмой в терминальном отделе.

**Материалы и методы.** Больная Б. 60 лет поступила с жалобами на общую слабость, головные боли на фоне нестабильных цифр АД, одышку при физической нагрузке, дискомфорт за грудиной при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что длительное время страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД до 240/120 мм.рт.ст. несмотря на проводимую четырехкомпонентную гипотензивную терапию (лориста Н, конкор 5 мг, амлодипин 5 мг). При поступлении состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, ослаблено, выслушивается небольшое количество сухих хрипов. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС=Ps=63 в мин. АД 190/100 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологический статус без особенностей. В лабораторных анализах – без существенных отклонений. На ЭКГ – ритм синусовый с ЧСС 63 в мин, ЭОС отклонена влево, гипертрофия левого желудочка. По данным эхокардиографии умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка, диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка по 1 типу, незначительное расширение левого предсердия, аортосклероз, атеросклеротические изменение аортального и митрального клапанов, аортальная недостаточность 1 ст., митральная недостаточность 1-2ст, минимальный гидроперикард, локальная и общая сократимость миокарда левого желудочка не нарушены. По данным суточного мониторирования АД зарегистрированы эпизоды мягкой и умеренной артериальной гипертензии. При суточном мониторировании ЭКГ выявлены эпизоды депрессии сегмента ST до 1,8 мм во всех грудных отведениях продолжительностью до 5-10 мин. В связи с наличием эпизодов ишемии пациентке была выполнена диагностическая коронарография, по данным которой выявлен критический стеноз ствола ЛКА 95%, в зоне бифуркации визуализировалась аневризма округлой формы, диаметром примерно 7 мм.

**Результаты.** Пациентке было выполнено ЧКВ - стентирование ствола ЛКА стентом Resolute Integrity 4.0\*22мм (с лекарственным покрытием) с положительным эффектом.

**Заключение.** В данном клиническом наблюдении отражены особенности течения гигантской аневризмы в терминальном отделе ствола ЛКА. Часто аневризмы коронарных артерий протекают бессимптомно, что осложняет диагностику данного состояния. Аневризмы ствола левой коронарной артерии встречаются крайне редко, всего в 0,1% случаев, что объясняет отсутствие единого подхода к выбору тактики диагностики и лечения (консервативного или оперативного). В литературе не описаны разрывы такого типа аневризмы, таким образом принято решение о эндоваскулярном оперативном вмешательстве данного случая.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПАРАМЕТРОВ  
ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Рахимова Д.А., Базарова С.А., Назирова М.Х., Сабиржанова З.Т., Муминов Д.К.  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования.** Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хроническим легочным сердцем в динамике комплексного лечения с амлодипином.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст  $49,7 \pm 2,8$  лет, стаж заболевания  $10,7 \pm 2,9$  лет) у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1 - 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2 - 11 больных ХОБЛ на фоне СТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3 - 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст).

**Результаты исследования.** Результаты исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ осложненной легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5%, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 7,3%, ФПН - на 13,9%, ЛАДср - на 15,7%. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4%, ( $p < 0,05$ ). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 4,1 %, ФПН - на 9,9%, ЛАДср - на 9,5 % ( $p < 0,05$ ). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью легких осложненной ЛС более выражены во 2 ой группе по сравнению с 3 ей группой.

**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**  
**Рахимова Д.А., Базарова С.А., Назирова М.Х., Сабиржанова З.Т., Муминов Д.К.**  
**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан**  
**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем.

**Материал и методы.** Клинико-психологического обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили Допплерэхокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

**Результаты.** У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельность ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с  $86,1 \pm 0,9$  ударов в минуту до  $93,5 \pm 0,8$  удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7% ( $p < 0,01$ ), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными, так как тесно ассоциированы с развитием угрожающих жизни аритмий.

## К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ТЕХНИКИ ИНГАЛЯЦИИ ДОЗИРОВАННЫМ АЭРОЗОЛЬНЫМ ИНГАЛЯТОРОМ НА СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Рогачиков А.И., Пыко А.А., Чугунова Г.Н., Славинская Т.А., Маврина О.А.  
Поликлиника ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области», Рязань, Россия

**Цель.** Изучить влияние техники ингаляции через дозированный аэрозольный ингалятор (ДАИ) на степень контроля бронхиальной астмы (БА) у пациентов с изолированной БА и у пациентов с БА в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 59 пациентов (средний возраст  $48 \pm 1,8$  лет), из которых 26 имели изолированную БА, а 33 БА в сочетании с ГБ. В исследование включались пациенты: с БА и БА в сочетании с ГБ I и II стадии; БА в стадии полного или частичного контроля. Контроль над БА оценивался по результатам тестирования по опроснику АСQ-5. Пациенты в полном объеме получали рекомендованное им лечение. Критерием исключения были: неконтролируемая и в стадии обострения БА, ГБ III стадии, прием системных глюкокортикостероидов. Пациентам проводилось: оценка количества ошибок при использовании ДАИ, измерение функции внешнего дыхания (ФВД) и фракции выдыхаемого оксида азота (FENO), тестирование по опроснику АСQ-5. После, с пациентами проводилось занятие по технике ингаляции, соответствующее четвертому разделу «Методики проведения занятий для больных бронхиальной астмой в астма-школах» (автор Белевский А.С. и др.) - ингаляционная терапия БА. Через 4 недели пациентам вновь проводились вышеперечисленные обследования. Ошибки при ингаляции через ДАИ оценивались согласно инструкции по технике ингаляции: встряхнуть ингалятор; снять защитный колпачок, повернуть ингалятор дно вверх; сделать полный выдох через сомкнутые губы; плотно обхватить мундштук ингалятора губами; начиная делать вдох, нажать на дно ингалятора и глубоко вдохнуть лекарство; при этом должно возникнуть ощущение, что лекарство не осталось во рту, а попало в бронхи; задержать дыхание на 5-10 секунд; сделать спокойный выдох; надеть на ингалятор защитный колпачок.

**Результаты.** Выявлена тенденция в уменьшении количества ошибок при ингаляции через ДАИ с 2[1; 4] до 1[0; 3]. Количество баллов, набранных по опроснику АСQ-5 снизилось с 1[0,2; 1,6] до 0,8[0,2; 1,6] у пациентов с изолированной БА, и с 0,6[0,2; 1,6] до 0,4[0,2; 1,4] у пациентов с БА в сочетании с ГБ. Основные показатели ФВД при первичном и вторичном осмотрах в % от должного у пациентов с изолированной БА: ФЖЕЛ 87,6 [70,5;105,3] и 91,9[74,2; 103]; ОФВ1 80,9[68,5; 98,5] и 83,6[70,6; 99,7]; в группе с сочетанным течением БА и ГБ: ФЖЕЛ 86,2[69,8; 101,2] и 89,3[73,1; 102,4]; ОФВ1 78,2[67,4; 95,6] и 81[63,4; 100]% от должного. Показатели FENO при первичном и повторном приеме у пациентов с БА: 20[8;48] ppb и 18[9;45] ppb; у пациентов с БА в сочетании с ГБ: 19[9;41] ppb и 18[10;38] ppb.

**Заключение.** После проведенного занятия по ингаляционной терапии из цикла занятий для астма-школ у пациентов как с изолированным течением БА, так и с сочетанным течением БА и ГБ, уменьшилось количество ошибок при ингаляции через ДАИ и улучшился контроль над БА по данным тестирования по опроснику АСQ-5.

## СООТНОШЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ ЖИЗНИ И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Романенко И.А., Юдин И.Н., Гринштейн В.Б., Севастьянова Г.И., Романенко  
А.В.

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

**Актуальность.** Ожирение является полноценной составной частью метаболического синдрома (МС), служит основой инсулинорезистентности и нарушений углеводного обмена. Число больных ожирением увеличивается с каждым годом. Некоторые факторы, способствующие ожирению, практически не изучены.

**Цель:** оценить соответствие биологических ритмов жизни, времени трудовой активности и других компонентов метаболического синдрома у лиц трудоспособного возраста с ожирением и нормальной массой тела.

**Материалы и методы:** обследовано 86 человек в возрасте 30- 55 лет, у которых измеряли индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление (АД), долю висцерального жира в общей массе тела, уровень холестерина, гликемии натощак, выясняли суточные ритмы жизни (совы, голуби, жаворонки), время трудовой деятельности и характер питания с помощью опросников. Критерием исключения из исследования было наличие у обследуемых лиц хронических заболеваний, пороков развития, эндокринопатий. Все обследованные лица были разделены на 2 группы по 43 человека, сопоставимые во возрастному, гендерному составу и по степени физических затрат труда: офисные работники, врачи, средний медицинский персонал больниц, водители. У большинства обследованных (67 человек) не было выявлено вредных привычек (курения, приема алкоголя).

**Результаты:** в первую группу вошли практически здоровые лица с ИМТ 20 -26 кг/м<sup>2</sup> в возрасте 44,3 ± 6,3 лет; вторую группу составили пациенты с ИМТ 30-39 кг/м<sup>2</sup> в возрасте 46,2 ± 7, 5 лет. Трудовая деятельность 70 обследованных лиц обеих групп проходила ежедневно с 8.30 часов до 17. 30 часов; лишь 16 человек работало «в сменах». В 1-й группе лиц ИМТ в среднем составил 24,3 ± 3,2 кг/м<sup>2</sup> при ~23% жировой ткани в массе тела, среднем АД -115/75 мм. рт. ст., уровне гликемии 4,3 ± 1,2 ммоль/л и холестерина – 4,6 ± 0,8 ммоль/л. С учетом биологических суточных ритмов жизни по опроснику «жаворонков» оказалось 60 %, «голубей» - 35%, а «сов» - 5%. У подавляющего большинства обследованных 1-ой группы (38 человек) биологические суточные ритмы жизни находились в гармонии со сроками трудовой активности. Во 2-ой группе средний ИМТ составил 33,2 ± 4,1 кг/м<sup>2</sup> с ~ 35% жировой ткани в массе тела, среднее АД - 145/92 мм. рт. ст., уровень гликемии в среднем -5,5± 0,7ммоль/л, ( у 17 человек выявлен предиабет, у 4 пациентов – сахарный диабет 2 типа), уровень холестерина составил -5,4 ± 1,1 ммоль/л. Лиц с преимущественно вечерней и ночной биологической активностью («совы» ) было 58%, утренней и дневной активностью «жаворонки») выявлено 20%, с универсальными ритмами – («голуби») обнаружено 22%. Эмоциональный дискомфорт и эмоциогенное пищевое поведение было выявлено у 72% «сов», работающих в утренние часы, причем для половины из них были характерны подъемы АД; у «жаворонков» и «голубей» повышение ИМТ и АД выявлялось достоверно реже.

**Выводы:** таким образом, формированию МС у «сов» может способствовать эмоциональный стресс из-за несоответствия биологических ритмов активности организма и часов профессиональной трудовой деятельности (в первой половине дня), что рекомендуется учесть для снижения риска развития у них ожирения и МС.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ – ПУТЬ ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ С ПРЕДИАБЕТОМ

Романенко И.А.<sup>1</sup>, Будникова Н.В.<sup>2</sup>, Гринштейн В.Б.<sup>1</sup>, Гасова П.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, <sup>2</sup>ГКБ №3, Иваново, Россия

**Актуальность.** Сахарный диабет 2 типа (СД 2), который является одной из важнейших причин инвалидизации и смертности населения фактически остается неизлечимым заболеванием. и в 21 веке. Известен состав группы высокого риска развития СД 2, в которой требуется проводить активные профилактические мероприятия. Наиболее сложный момент в профилактике СД 2 - низкая комплаентность назначениям врача у лиц с предиабетом, когда от них требуется осознанное продолжительное изменение привычного стиля жизни.

**Цель:** выявление и обследование лиц с предиабетом, выяснение их осведомленности о нормальных физиологических параметрах организма, о факторах риска, способствующих развитию СД 2, об осложнениях диабета, о принципах здорового образа жизни (ЗОЖ) для профилактики развития заболевания, разработка программы терапевтического обучения (ТО), проведение курса занятий с повторной оценкой усвоенных знаний.

**Материалы и методы:** обследовано 92 больных ожирением с предиабетом (60 женщин и 32 мужчины с нарушенной толерантностью к глюкозе - НТГ, средний возраст которых составил  $57,6 \pm 5,3$  года. Ожирение 1-й степени было выявлено у 56 человек, 2-й степени - у 28 человек, 3-й степени - у 8 пациентов. Артериальная гипертония (АГ), соответствующая 1-2 степени повышения артериального давления была обнаружена в 94 % наблюдений.

**Результаты:** перед проведением занятий в «Классе профилактики сахарного диабета» проводилось анкетирование пациентов по оригинальному опроснику для определения их осведомленности о принципах ЗОЖ. Для оценки результатов опроса баллы суммировались; максимальное возможное количество баллов равно 48. Исходный средний показатель информированности слушателей оценен в  $7,9 \pm 5,2$  балла. Группы по 5 - 7 человек проходили ТО из 5 занятий по 60 минут, включающих изучение теории и освоение практических навыков по контролю за выявленными у них метаболическими нарушениями. Повторное анкетирование больных после окончания ТО зарегистрировало рост их информированности о целевых показателях АД, ИМТ, уровнях гликемии и холестерина (в среднем  $41,8 \pm 3,9$  баллов); комплаентность назначениям врача возросла в среднем в 2,5 раза.

**Выводы:** Терапевтическое обучение больных ожирением с предиабетом может быть инструментом активного вовлечения лиц из группы риска СД 2 в программу профилактики этого заболевания для повышения ее эффективности.



**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ПРОТЕКАЮЩАЯ В  
ПОЛИМОРБИДНОСТИ – ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ И ФАКТОРЫ ИХ  
ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ**

Савш А.А.<sup>1</sup>, Саитов А.Р.<sup>2</sup>, Шадинова Р.А.<sup>2</sup>, Лазаревская А.А.<sup>2</sup>, Тагиева  
А.Ш.<sup>2</sup>, Арямкина О.Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская  
окружная клиническая больница», г. Сургут

<sup>2</sup>Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры «Сургутский государственный университета», г.  
Сургут, Россия

**Актуальность.** В XXI веке внебольничная пневмония (ВП) сохраняет лидирующие позиции среди причин смерти от инфекционных бронхолегочных заболеваний. Во всем мире заболеваемость ВП остается высокой, особенно в периоды эпидемий гриппа и ОРЗ. В России заболеваемость ВП ежегодно прогрессивно увеличивается и не отмечено тенденций к благоприятному ее течению и исходам. Основными причинами развития осложнений и смертности больных от ВП являются позднее обращение за медицинской помощью, более старший возраст пациентов, наличие коморбидности, предшествующее проведение ИВЛ, двухсторонняя локализация, сепсис.

**Цель** исследования: изучить динамику течения и исходов ВП с целью определения факторов ее неблагоприятного прогноза.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки за 2016-2018 годы в исследование включены 1110 больных ВП, госпитализированных экстренно в 2,07% в отделение реанимации. Больным в возрасте  $47,3 \pm 0,52$  лет (95% ДИ 46,3-48,3) с соотношения мужчин/женщин 1 : 0,91 диагноз ВП установлен согласно стандартам и клиническим рекомендациям с применением всего комплекса клинико-лабораторного и инструментального исследования. Включены ВП в исходе гриппа и ОРЗ. Обработка данных в программе STATISTICA 10.0.

**Результаты.** Пик заболеваемости ВП приходился на зимнее время. В 2/3 (77,8%) случаев ВП протекала на фоне соматической патологии, преимущественно сердечно-сосудистой – АГ, ИБС, ХОБЛ, СД 2-го и 1-го типов, пагубного употребления алкоголя. Индекс коморбидности Чарлсон в мультиморбидном варианте течения ВП, в рамках полипатии, достигал 11 баллов, составив в среднем  $3,57 \pm 0,35$  (95% ДИ 2,87-4,28), преимущественно за счет длительного и осложненного течения ИБС и АГ – ХСН, нарушений ритма сердца. Исходы в каждом двадцать четвертом – двадцать пятом ( $n=46$ , 4,14%) случае закончились летально. Эти больные госпитализированы в поздние сроки заболевания, сопровождалась синдромом системной воспалительной реакции (лейкопения, лейкоцитоз), анемией, обширными воспалительными легочными инфильтратами. Основными причинами смерти больных явились осложнения ВП – острая дыхательная недостаточность, полиорганная недостаточность, септический шок. Следует отметить, что вакцинации против гриппа по календарю прививок подверглись лишь 3,93% больных.

**Заключение.** ВП развивается чаще зимой у коморбидных больных с неблагоприятными факторами - поздним обращением, неэффективностью стартовой антибактериальной терапии, обширностью легочных инфильтратов, развитие сепсиса.

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У  
КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Каримова Г.В., Таджиходжаева Ю.Х.**

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

**Актуальность.** Изучение коморбидных особенностей при поражениях дыхательной и сердечно-сосудистой систем является актуальной проблемой современности, так как ухудшение легочной патологии зачастую детерминировано фоновыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы (Гриппи М.А., 2001; Кароли Н.А., 2007).

**Цель исследования.** Выявить электронейромиографические изменения респираторных мышц у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Было проведено комплексное исследование функционального состояния диафрагмы и функции внешнего дыхания (ФВД) у 28 пациентов с ХОБЛ 3 ст. тяжести в сочетании с ИБС стенокардия напряжения 2 ФК. Среди обследованных больных преобладали мужчины (77 %) по сравнению с женщинами (23 %) средний возраст (56,9±7,5 года). Для оценки функционального состояния респираторных мышц и диафрагмы проводили ЭНМГ на аппарате Myograph Synapsis Neurotech Russian. Использовались следующие режимы работы аппарата: мышечный ответ (М-ответ), латентность (мс). Определяли: амплитуду (мВ), М - ответ диафрагмальных и длинных грудных нервов: латентность (мс) нервов Phrenicus справа и слева (обл. грудиноключично - сосцевидной мышцы); и N.Thorocisus longus справа и слева (точка Эрба). Анализировали графическое изображение скорости продления импульса (СПИ-дистальные). Исследование функции внешнего дыхания осуществлялось с помощью настольного компьютерного спирографа Shiller, и пикфлоуметра с оценкой полученных результатов по системе должных величин. Измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) проводилось по общепринятой методике. Рассчитывались следующие показатели функции внешнего дыхания: FVC (л); FEV<sub>1,0</sub> л; FEV<sub>1,0</sub> / FVC-%; FEF<sub>25-75%</sub>; PEF л/с; MEF 75%; MEF 50%; MEF 25%.

**Результаты.** Больные имели умеренно выраженные изменения клинико-лабораторных данных и результатов инструментального обследования. При обследовании ФВД выявлялись значительные нарушения по рестриктивному типу, с выраженной обструкцией бронхов на уровне в основном средних и мелких бронхов со снижением FEV<sub>1,0</sub> (63,0±3,0%); PEF (55,0±7,2%) на фоне снижения FVC (57,0±2,8%). Выявленные изменения указывали об увеличении степени бронхиальной обструкции у больных коррелировало с функциональной гипотонией диафрагмы, что создавало предпосылки для развития и прогрессирования дыхательной недостаточности. Полученные результаты ЭНМГ подтверждают, что изменения латентности - скорости расслабления мышечной части (5,65±0,2 при норме 7,4±0,6мс), сочеталось со снижением амплитуды и скорости сокращения дыхательных мышц (0,43±0,1 при норме 0,8±0,4 мВ). Проявления даже умеренных утомлений с последующей слабостью дыхательной мускулатуры за счет истощения резервов ведёт к дальнейшему прогрессированию патологического процесса и усугублению ДН.

**Таким образом,** выявленные нарушения ЭНМГ и ФВД в значительной степени взаимно усугубляют прогрессирование и степень тяжести дыхательных расстройств. В свою очередь и степень коронарной недостаточности так же коррелирует с установленными нарушениями ЭНМГ у больных.

**ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЯ  
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Самойлова Н.М., Ларюшина Е.М., Тургунова Л.Г., Васильева Н.В.,**

**Шерьязданова Д.Н., Нильдибаева Ф.У., Кайсина А.А.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Оценка частоты и тяжести булимии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и их влияние на степень компенсации.

**Материал и методы.** Обследовано 54 пациента с сахарным диабетом 2 типа средней и тяжелой степени тяжести, получающие базисно-болюсную инсулинотерапию. Обнаружение пищевых расстройств у данных пациентов проводилось с помощью психологического опросника “The bulimic investigatory test Edinburgh”. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование с определением концентрации HbA1c, креатинина, общего холестерина, уровня глюкозы крови натощак и через 2 часа после еды. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле Кетле. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0. Уровень статистической значимости принят при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По результатам теста на выявление булимии (BITE) сформированы 3 группы обследованных. 1 группу составили 16,7% (9) пациентов с нормальным пищевым поведением, 2 группу – 44,4% (24) с риском развития булимии, 3 группу - 38,9% (21) пациентов с наличием булимии. Пациенты с булимией (3 группа) имели статистически значимые различия с группой пациентов без нарушения пищевого поведения (1 группа) и с группой, имеющей риск булимии (2 группа) по стажу СД ( $U=0$ ,  $p<0,001$ ;  $U=0$ ,  $p<0,001$ , соответственно), уровню холестерина ( $U=22,5$ ,  $p=0,001$ ;  $U=67,5$ ,  $p<0,001$ ) и HbA1c ( $U=27,0$ ,  $p=0,002$ ;  $U=58,5$ ,  $p<0,001$ ). Кроме того, у пациентов 3 группы был выше уровень систолического и диастолического АД по сравнению с 1 группой ( $U=18,0$ ,  $p=0,001$ ,  $U=0$ ,  $p<0,001$ , соответственно) и отмечалось преобладание женщин ( $U=45,0$ ,  $p=0,025$ ). Обращает внимание, что у пациентов с булимией был ниже ИМТ по сравнению с пациентами, имеющими риск булимии ( $U=135,0$ ,  $p=0,008$ ). Процент пациентов с декомпенсацией диабета составил 94,2%, при этом медиана уровня HbA1c была статистически значимо выше в группе пациентов с булимией. Выявлена прямая связь между булимией и уровнем HbA1c ( $r=0,60$ ,  $p<0,001$ ), стажем сахарного диабета ( $r=0,82$ ,  $p<0,001$ ), уровнем холестерина ( $r=0,59$ ,  $p<0,001$ ), АГ ( $r=0,51$ ,  $p<0,001$ ). Высокая степень тяжести симптомов в 57,1% случаев наблюдалась у пациентов с булимией, при этом у респондентов с риском булимии частота встречаемости высокой степени тяжести симптомов переедания была значительно меньше (12,5%). У пациентов без нарушений пищевого поведения случаев с высокой степенью тяжести симптомов не регистрировалось.

**Заключение.** Таким образом, результаты настоящего исследования показывают высокую частоту булимии и степень тяжести симптомов у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, которые оказывают влияние на достижение компенсации сахарного диабета.

## ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сапаева З. А., Жабборов О. О., Максудова М.Х, Ходжанова Ш. И., Кадилова  
Ш.А

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

**Целью исследования:** являлось изучение особенностей суточного профиля артериального давления (АД) по данным суточного мониторирования АД у больных системной красной волчанкой (СКВ) с синдромом артериальной гипертензии (АГ).

**Материал и методы:** Обследовано 60 больных с СКВ женского пола с наличием АГ I и II стадии находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре нефрологии на базе III-клиники ТМА в период с октября 2017 года по сентября 2018 года. Средний возраст больных составил  $46,1 \pm 1,5$  года, длительность СКВ –  $7,7 \pm 0,7$  года, длительность АГ –  $5,3 \pm 1,5$  года. Исследуемым больным проведена общеклинических и биохимических анализов, суточное мониторирование АД.

**Результаты:** Нашего исследования показали, что у больных СКВ с наличием АГ наблюдалось повышение средних значений систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневные и ночные часы: САД за день (САДд) составило  $146,2 \pm 2,3$  мм рт.ст., ДАД за день (ДАДд) –  $92,3 \pm 1,9$  мм рт.ст., САД за ночь (САДн) –  $140,4 \pm 3,2$  мм рт.ст., ДАД за ночь (ДАДн) –  $85,5 \pm 1,9$  мм рт.ст. Отмечено повышение индексов времени (ИВ) САД и ДАД в дневные и ночные часы: ИВСАДд –  $60,1 \pm 5,5$  %, ИВДАДд –  $56,2 \pm 5,4$  %, ИВСАДн –  $84,5 \pm 4,2$  %, ИВДАДн –  $87,0 \pm 4,2$  %. Анализ степени ночного

снижения АД показал, что у больных СКВ с наличием АГ отмечались различные типы суточной кривой АД: dipper, non-dipper, night-peaker. У обследованных больных типы суточной кривой для САД распределились следующим образом: dipper – 25,6%, nondipper – 23,1%, night-peaker – 51,3%, для ДАД: dipper – 20,5%, non-dipper – 30,8%, night-peaker – 48,7%.

**Заключение:** Таким образом, по данным суточного мониторирования АД у больных СКВ с наличием АГ наблюдалось повышение средних значений и индексов времени систолического и диастолического АД в дневные и ночные часы, изменение степени ночного снижения АД.

### МОЛЕКУЛЫ FNDC5 И P16 – МАРКЕРЫ СТАРЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Сараев Г.Б.<sup>1</sup>, Миронова Е.С.<sup>1</sup>, Линькова Н.С.<sup>1,2</sup>, Козлов К.Л.<sup>1</sup>, Бунин В.А.<sup>1</sup>,  
Пальцева Е.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва, Россия

**Актуальность.** FNDC5 — мембранный белок, являющийся предшественником пептидного гормона ирисина, который способствует снижению вероятности образования атеросклеротических бляшек. Содержание FNDC5 в крови снижается с возрастом. Чем выше у людей в крови была концентрация FNDC5, тем реже возникали острый инфаркт миокарда (ИМ) и ишемические инсульты. Белок p16,

ингибитор циклин-зависимых киназ, является маркером клеточного старения. Его экспрессия в эндотелии и других тканях увеличивается с возрастом.

**Цель работы** - провести сравнительный анализ концентрации FNDC5 и p16 в слюне лиц среднего и пожилого возраста без сердечно-сосудистой патологии (ССП) и с ИМ.

**Материал и методы.** Материал слюны у доноров без ССП (73 человека, контроль) и пациентов с ИМ (65 человек) был получен в Клинике сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова от лиц среднего ( $55,3 \pm 2,1$  года) и пожилого возраста ( $71,0 \pm 2,7$  года). Определение концентрации сигнальных молекул в слюне осуществляли методом иммуноферментного анализа (BioTek Instruments), с использованием набора (HS)-CRP EIA kit (DRG International Inc), включающего материалы для прямого определения p16 и FNDC5 в слюне человека. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS Statistics 17.0, критерия Колмогорова-Смирнова, t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без ССП концентрация FNDC5 в слюне уменьшалась в 1,8 раза. У пациентов среднего возраста с ИМ концентрация FNDC5 в слюне снижалась в 1,8 раза по сравнению с контролем соответствующей возрастной группы. У пациентов пожилого возраста с ИМ и без ССП концентрация FNDC5 в слюне не различалась. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация FNDC5 в слюне не различалась. У пациентов среднего возраста с ИМ и без ССП концентрация p16 в слюне не отличалась. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц без ССП концентрация p16 в слюне повышалась в 4,75 раза. У пациентов пожилого возраста с ИМ и без ССП концентрация p16 в слюне не различалась. При переходе от среднего к пожилому возрасту у лиц с ИМ концентрация p16 в слюне повышалась в 5 раз.

**Заключение.** Исследование концентрации FNDC5 и p16 в слюне обладает высокой информативностью для оценки темпа старения организма при ИМ и у лиц без ССП среднего и пожилого возраста. Кроме того, исследование концентрации FNDC5 в слюне можно использовать для диагностики ИМ.

## **ЦИТОКИНОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК**

**Саранчина Ю.В., Килина О.Ю., Дутова С.В., Польща Н.Г., Кулакова Т.С.,  
Ханарин Н.В.**

**ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф.  
Катанова», Абакан, Россия**

**Цель.** Оценить роль цитокиновой продукции лейкоцитов, входящих в состав атеросклеротической бляшки.

**Материалы и методы.** Материалом выступали образцы атеросклеротических бляшек (АСБ), полученных в ходе эндартерэктомии у пациентов с атеросклерозом (АС) брахиоцефальных артерий, а также их кровь. Всего было исследовано 23 пациента (12 женщин и 11 мужчин, средний возраст -  $53,4 \pm 3,2$  года), проходивших лечение по поводу артериальной гипертензии или подозрения на сахарный диабет 2 типа в терапевтическом отделении ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской» (г. Абакан). Образцы АСБ подвергались измельчению и ферментированию в течение 1 часа при температуре  $37^\circ\text{C}$  коллагеназой IV в присутствии ингибиторов протеиназ. Содержание IL-13 определяли в полученной суспензии, а также в среде после культивирования выделенных из суспензии мононуклеаров, в сыворотке крови и в культуре лейкоцитов крови. Доля жизнеспособных клеток в суспензии составляла не менее

90%. Культивирование клеток проводили в среде RPMI-1640 с добавлением гентамицина для спонтанной продукции цитокинов и фитогемагглютина (ФГА) для определения индуцированной продукции. Уровень IL-13 определяли методом иммуоферментного анализа с помощью наборов фирмы eBioscience (Австрия). Результаты были статистически обработаны и представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Для сравнения независимых групп использовали непараметрический критерий U-Манна Уитни. Статистически значимыми считали различия с 95% достоверностью.

**Результаты.** У больных АС брахиоцефальных артерий содержание IL-13 как в сыворотке, так и в гомогенате АСБ не имело статистически значимых различий и составило 2,37 (1,98-4,69) и 2,24 (0,90-2,55) пг/мл. Уровень спонтанной продукции IL-13 в культуре мононуклеаров крови был статистически значимо выше, чем в лейкоцезе, выделенной из АСБ [105,03 (52,49-127,55) и 1,85 (1,12-2,46) пг/мл соответственно]. ФГА-индуцированная продукция в культурах клеток крови и бляшки не отличалась и достигала 2,42 (1,77-2,94) пг/мл в культуре клеток из крови и 2,03 (1,73-2,33) пг/мл в культуре клеток из АСБ. Индекс стимуляции продукции IL-13 был статистически значимо ниже в культуре клеток из крови по сравнению с культурой клеток из АСБ (0,02 и 1,24 соответственно).

**Заключение.** Таким образом, полученные результаты показали, что лейкоциты, находящиеся в системном кровотоке, имели низкие резервные возможности к продукции IL-13, а клетки, входящие в состав АСБ достаточные для реализации функций. Вероятно, секреция IL-13 в АСБ ограничена, что лежит в основе прогрессии воспалительного процесса, приводящего к формированию атеросклероза.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ВОЗДУХА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

**Сейсембеков Т.З., Мамедов М.Н., Жусупова Г.К., Онгарбаева А.Е.**

**АО «Медицинский университет Астана» Астана, Казахстан;**

**Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва, РФ**

**Цель.** Определить взаимосвязи температуры приземного воздуха с показателями заболеваемости и смертности при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в условиях мегаполиса Республики Казахстан (РК) г. Астана.

**Методы исследования.** Анализированы данные ежегодной заболеваемости ОИМ взрослого (18 лет и старше) населения г. Астана за 2001-2017 г.г. в сопоставлении со среднегодовыми показателями температуры воздуха: средней (Т<sub>ср.</sub>), максимальной (Т<sub>макс.</sub>) и минимальной (Т<sub>мин.</sub>), а также данные ежедневной смертности от ОИМ за 2009-2015 г.г. с показателями средней температурой воздуха тех же суток. Материал анализирован в зависимости от пола и возрастных групп: молодой (18-44 лет), средний (45-59), пожилой (60-74) и старческий (75 лет и старше). Проведена общепринятая статистическая обработка материала с определением коэффициента корреляции по Спирмену и Пирсону.

**Результаты.** За истекшие годы текущего столетия наблюдается рост в РК впервые диагностированной ОИМ с 57,9 (2001) до 95,6 (2017) на 100 тыс. населения, среди городского населения РК с 79,4 до 113,1 соответственно. Заболеваемость ОИМ в Астане за эти годы также возросло, но показатели заметно ниже по сравнению с республиканскими (с 37,8 до 88,9). Между среднегодовыми показателями заболеваемости ОИМ и температурой за 2001-2017 гг. имеется четкая обратная коррелятивная связь: наиболее значимая с Т<sub>макс.</sub> ( $r = -0,808$ ), достоверная с Т<sub>мин.</sub> ( $r = -0,569$ ) и слабая с Т<sub>ср.</sub> ( $r = -0,252$ ). За 2009-2015 г.г. в г. Астана зарегистрировано 651 случаев ежедневной смерти от ОИМ, из них мужчин 431 (66,2%) и женщин 220 (33,8%), в молодом возрасте 82 (12,6%), в среднем 197 (30,3%), пожилым 219 (33,6%) и старческом 153 (23,5%). Температура воздуха в Астане за 2009-2015г.г. колебалась

в широком диапазоне: низкая - 40,6°C (декабрь 2012) и высокая 38,2°C (август 2014), среднегодовая возросла с 3,73°C (2009) до 4,62°C (2015). Анализ взаимосвязи ежедневных данных смертности от ОИМ с показателями  $T_{ср.}$ ,  $T_{макс.}$ ,  $T_{мин.}$  сгруппированных по месяцам, в целом за 7 лет показал выраженную зависимость от пола и возраста больных. Показатели смертности от ОИМ обратно коррелировали с  $T_{ср.}$  ( $r = -0,522$ )  $T_{макс.}$  ( $r = -0,508$ ),  $T_{мин.}$  ( $r = -0,576$ ), но более выражено у женщин  $T_{макс.}$  ( $r = -0,709$ ),  $T_{мин.}$  ( $r = -0,824$ ). Во всех возрастных группах женщин, за исключением старческой, имела место достоверная обратная корреляция смертности с  $T_{мин.}$ , особенно в молодом ( $r = -0,724$ ) и пожилом ( $r = -0,820$ ) возрасте. При этом, у женщин в возрасте 75 лет и старше эта связь была слабая ( $r = -0,301$ ), тогда как у мужчин данного возраста корреляция достоверна.

**Заключение.** Заболеваемость и смертность от ОИМ увеличивается с возрастом, заметно преобладает среди мужчин, особенно в молодом и среднем возрасте. Установлена определенная взаимосвязь смертности от ОИМ в г. Астана со ежедневными средними  $T_{мин.}$  и  $T_{макс.}$  показателями, особенно у женщин. В старческом возрасте случаев смерти от ОИМ больше среди женщин, взаимосвязь с  $T_{мин.}$  слабая, тогда как у мужчин эта зависимость достоверна.

### **ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СИСТЕМНОГО ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОД ВЛИЯНИЕМ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ**

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

**ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
Минск, Беларусь**

**Целью** нашего исследования являлось изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) и системного иммунного воспаления под влиянием комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипоксии и применение лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 90 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК II (ИБС: СН ФК II)) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, ДН I-II). В основную группу вошло 45 пациентов с коморбидной патологией, получающих помимо медикаментозного лечения сочетание курса (10-12 сеансов) нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в дозе 1000 мг в сутки. Оставшиеся 45 пациентов вошли в контрольную группу и получали только медикаментозное лечение (по протоколам). Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование показателей ВСР («Бриз-М»), а также системного иммунного воспаления (ФНО- $\alpha$ , интерлейкины-6, 8) методом иммуноферментного анализа.

**Результаты.** В процессе комплексного лечения у больных основной группы с АГ I ст. отмечались достоверные изменения показателей вариабельности сердечного ритма в увеличении NN50 ( $17,30 \pm 3,10$  и  $34,20 \pm 3,60$  соответственно,  $p < 0,05$ ), а также нормализации симпато-вагусного индекса LF/HF ( $0,72 \pm 0,03$  и  $0,57 \pm 0,01$  соответственно,  $p < 0,05$ ). У пациентов контрольной группы статистически достоверные изменения показателей в процессе лечения выявлено не было.

При исследовании показателей системного иммунного воспаления у пациентов основной группы получены следующие данные: уровень ФНО- $\alpha$  достоверно

изменился с  $40,12 \pm 8,73$  до  $21,19 \pm 4,37$  пг/мл ( $p < 0,05$ ); IL-6 с  $41,25 \pm 7,44$  до  $17,48 \pm 5,19$  пг/мл ( $p < 0,05$ ), IL-8 с  $74,25 \pm 7,44$  до  $51,48 \pm 4,17$  пг/мл ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и лекарственные средства на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, оказалось более эффективным, чем обычная медикаментозная терапия.

**ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3  
ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ИЗМЕНЕНИЯ  
ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ И  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У  
ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,  
АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Семененков И.И., Пристром М.С.**

**ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», Минск, Беларусь**

**Целью** нашего исследования являлось изучение жирнокислотного состава плазмы крови и показателей системного иммунного воспаления под влиянием комплексного лечения, включающего курс нормобарической гипоксии и применение лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 90 пациентов с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения ФК I-II (ИБС: СН ФК I-II)) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, ДН I-II). В основную группу вошло 45 пациентов с коморбидной патологией, получающих помимо медикаментозного лечения сочетание курса (10-12 сеансов) нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в дозе 1000 мг в сутки. 45 пациентов вошли в группу контроля и получали только медикаментозную терапию (согласно действующим протоколам). Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование жирнокислотного состава плазмы крови методом газовой хроматографии, а также показателей системного иммунного воспаления (ФНО- $\alpha$ , интерлейкины-6, 8) методом иммуноферментного анализа.

**Результаты и обсуждение.** При исследовании жирно-кислотного состава крови у пациентов с ИБС: СН ФК I-II+ХОБЛ в основной группе в процессе лечения наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C15:0, C16:0, C18:0, C20:0, C21:0, ( $p < 0,05$ )) и статистически достоверное увеличение концентрации ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C18:1n9c, C18:2n6c, C18:3n6 ( $p < 0,05$ )). У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение C14:0, C21:0 и снижение C18:1n9t. Остальные исследуемые показатели были статистически недостоверны.

При исследовании показателей системного иммунного воспаления у пациентов основной группы получены следующие данные: уровень ФНО- $\alpha$  достоверно изменился с  $40,12 \pm 8,73$  до  $21,19 \pm 4,37$  пг/мл ( $p < 0,05$ ); IL-6 с  $41,25 \pm 7,44$  до  $17,48 \pm 5,19$  пг/мл ( $p < 0,05$ ), IL-8 с  $74,25 \pm 7,44$  до  $51,48 \pm 4,17$  пг/мл ( $p < 0,05$ ).



**Выводы.** Таким образом, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и лекарственные средства на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, оказалось более эффективным, чем обычная медикаментозная терапия.

**ИЗУЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ФУМАРАТА 3 –  
ОКСИПИРИДИНА ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ У МЫШЕЙ**  
**Семенова Е.В., Зульфугаров П.К., Инчина В.И., Руденко А.И., Репина Е.А.**  
**МГУ им. Н. П. Огарева, Саранск, Россия**

**Актуальность.** Современная ситуация по заболеваемости сахарным диабетом приобрела характер эпидемии. По статистическим данным почти каждый 11 человек страдает данным заболеванием. Несмотря на разнообразие препаратов для лечения диабета количество осложнений и процент инвалидизации в результате данного заболевания все еще остаются высокими, что указывает на необходимость поиска новых эффективных лекарственных средств. Ранее было установлено наличие положительного эффекта при экспериментальном диабете у некоторых производных 3-оксипиридина (3-ОП).

**Цель исследования:** изучить эффекты фумарата 3-ОП на аллоксановой модели сахарного диабета у мышей.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на 40 белых половозрелых мышах, находившихся в стандартных условиях. Модель сахарного диабета у мышей воспроизводили путем внутрибрюшинного введения аллоксана в дозе 300 мг/кг однократно. Через 14 дней после индукции диабета животных разделили на 4 группы (n=10): 1 группа – интактные мыши; 2 группа - контрольная – мыши с аллоксановым диабетом, которым вводили 0,9% р-р NaCl – 0,1 мл; 3 группа – мыши с диабетом, которым вводили фумарат 3-ОП в дозе 25 мг/кг; 4 группа - мыши с моделью аллоксанового диабета, которым вводили фумарат 3-ОП в дозе 50 мг/кг ежедневно внутримышечно, в течение 14 суток.

Забор материала производили под уретановым наркозом, все манипуляции осуществляли соблюдая «Правила работы с участием лабораторных животных». Определялся уровень глюкозы, МДА и активность каталазы – в сыворотки крови. Статистическую обработку результатов проводили с определением Т-критерия Стьюдента, значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что введение аллоксана приводило к достоверному повышению уровня глюкозы сыворотки крови (с  $4,88 \pm 0,32$  ммоль/л у интактных до  $9,95 \pm 0,48$  ммоль/л в контроле), МДА (с  $13,8 \pm 1,1$  ммоль/л у интактных до  $19,67 \pm 1,2$  ммоль/л в контроле), активности каталазы (с  $2,34 \pm 0,42$  у интактных до  $4,5 \pm 0,7$  мкКат/сек\*л в контроле). Летальность при моделировании составила 13%. Фумарат 3-ОП в дозе 50 мг/кг снижал уровень глюкозы в сыворотке крови экспериментальных животных до  $7,75 \pm 0,38$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ), уровень МДА снижался до  $18,25 \pm 2,11$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Фумарат 3-ОП в дозе 25 мг/кг снижал уровень глюкозы в сыворотке крови до  $8,65 \pm 0,62$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ), уровень МДА с до  $17,79 \pm 1,16$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ). Активность каталазы сыворотки крови существенно возрастала при введении фумарата 3-ОП в дозе 25 мг/кг до  $6,07 \pm 0,63$  мкКат/сек\*л ( $p < 0,001$ ), а при введении фумарата 3-ОП 50 мг/кг до  $4,64 \pm 1,08$  мкКат/сек\*л ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** На модели экспериментального аллоксанового сахарного диабета было выявлено выраженное гипогликемическое действие изученного соединения - фумарата 3-ОП в дозе 50 мг/кг. Также на данной модели было установлено наличие антиоксидантных свойств фумарата 3-ОП в дозе 25 мг/кг, проявляющихся в достоверном повышении активности каталазы в сыворотке.

## ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ ПО ПРОБЛЕМЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.

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

**Цель.** С помощью проведения метода фокус-групп на кардиологических пациентах и врачах-кардиологах проанализировать факторы, влияющие на приверженность к лечению в системе «врач – пациент».

**Материалы и методы.** Фокус-группы с двумя различными категориями пациентов. Первая – пациенты, тщательно соблюдающие рекомендации врача и участвующие в рандомизированных клинических исследованиях по сердечно-сосудистым заболеваниям в различных центрах г. Саратова, (3 групповых беседы, 26 пациентов). Вторая – пациенты, не соблюдающие рекомендации на амбулаторном этапе лечения, с неоднократным опытом госпитализаций по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь (3 беседы, 21 пациент). Только одна беседа проведена с врачами - кардиологами. Исследование проводилось профессиональным модератором по всем классическим правилам, результаты обсуждались с врачами-исследователями.

**Результаты.** Пациенты отбирались в группы на основании выполнения / невыполнения врачебных рекомендаций. Клинические различия: перенесенный инфаркт миокарда и низкая фракция выброса у пациентов клинических исследований и выполняющих рекомендации врача ( $p < 0,05$ ), и лабораторные: дислипидемия, гипергликемия натощак у госпитализированных участников ( $p < 0,05$ ), не соблюдающих рекомендации, можно рассматривать как характеристики, обуславливающие поведение пациента в отношении длительной медикаментозной терапии. Врачи-кардиологи, в основном, имели стаж работы более 5 лет и участвовали в клинических исследованиях. Пациенты, участвующие в рандомизированных клинических исследованиях, отличаются более высокими коммуникативными способностями, «принятием» своей болезни, отсутствием негатива и агрессивности. Прием лекарственных препаратов улучшает их самочувствие. Информация им нужна в минимальном объеме. Доверие к врачу – самое главное в процессе их лечения. Для госпитализированных пациентов болезнь – «помеха полноценной жизни», прием лекарств вызывает у них страх стать зависимым. Данные пациенты утверждают, что хотят сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, однако амбулаторная помощь «не внушает» им доверия. Улучшение самочувствия является важным фактором, и заставляет участников клинических исследований следовать указаниям врача, а опрошенных пациентов стационара, наоборот, прекращать терапию. Врачи интуитивно поделили пациентов на менее и более «положительных», и это «деление» может расцениваться как «прогностический фактор» в отношении приверженности пациентов к лечению в дальнейшем.

**Заключение.** У кардиологических больных отчетливо выражена патерналистская модель общения «врач – пациент». Пациентов, участвующих в клинических исследованиях, это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а пациенты стационара, прекращающие лечение на амбулаторном этапе, считают, что их доверие недооценили, это вызывает у них негативные эмоциональные ощущения и приводит к прекращению терапии.

**МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ТИТР АНТИТЕЛ ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЫ У  
ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА  
ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ  
КАЗАХСТАНСКОЙ ЧАСТИ ПРИАРАЛЬЯ**

**Серикбаева А.А., Ибраева Л.К.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Изучить показатели микроэлементов и титр антител тиреопероксидазы у женщин, репродуктивного возраста, проживающих на экологически неблагоприятных территориях казахстанской части Приаралья.

**Материал и методы.** Обследование проводилось в рамках научно - технической программы: «Комплексные подходы в управлении состоянием здоровья населения Приаралья» в 2014- 2016 гг. Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Исследование было одномоментное, наблюдательное, неконтролируемое, многоцентровое. Обследована репрезентативная выборка 1250 женщин репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, проживающих в зонах Приаралья. С учетом мест проживания сформированы три группы женщин: 1 группа - проживающие в зоне экологической катастрофы, 2 группа - женщины, проживающие в зоне экологической кризиса, 3 группа –в зоне экологического предкризисного состояния. В зависимости от значений АТ - ТПО в каждой группе женщин сформированы подгруппы для оценки наличия аутоиммунного процесса соответственно зонам проживания. Определения значений АТ к ТПО проводилось с применением тест систем «ТироидИФА-атТПО, <30ЕД/мл». Содержание микроэлементов: ртуть, свинец, медь, цинк, кадмий, мышьяк, хром, селен, марганец, железо, никель, йод в крови определялись по МУ 08-47/073, МУ 08-47/073А, МУ 08-47/074, количественный химический анализ проб в биологических объектах МУ 08-47/194, МУ 08-47/195 инверсионно - вольтамперометрический метод измерения массовой концентрации. Использовались непараметрические методы (тест Манна-Уитни для двух независимых выборок, тест Краскела – Уоллиса для более чем двух независимых выборок). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По содержанию микроэлементов: ртути, свинца, меди, цинка, кадмия, мышьяка, хрома, селена, марганца, железа, никеля, йода во всех исследуемых группах получены статистически значимые различия ( $p = 0,0001$ ). По содержанию хрома в исследуемых группах не выявлено значимых различий ( $p = 0,002$  с учетом поправки Бонферрони). При анализе наличие АТ к ТПО и без них выявлены статистически значимые изменения содержания свинца ( $U = 19953,0$ ;  $Z = 1,980$ ;  $p = 0,048$ ), меди ( $U = 19646,5$ ;  $Z = 2,055$ ;  $p = 0,040$ ) в 1 группе. Во второй группе имелись статистически значимые изменения содержания железа ( $U = 16613,5$ ;  $Z = 2,569$ ;  $p = 0,01$ ), йода ( $U = 17071,0$ ;  $Z = 2,170$ ;  $p = 0,03$ ). В третьей группе не выявлены статистически значимых изменений микроэлементов. **Заключение.** Таким образом, у женщин носительниц АТ к ТПО проживающие в зоне экологической катастрофы имеется ассоциация с концентрацией свинца и меди. У женщин из зоны экологического кризиса обнаружена ассоциация с содержанием железа и йода, а в 3 группе женщин в зоне экологического предкризисного состояния ассоциации микроэлементов с носительством антител не выявлено. Выявленные различия требуют дальнейшего изучения.

## МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КАЗАХСТАНСКОЙ ЧАСТИ ПРИАРАЛЬЯ

Серикбаева А.А., Ибраева Л.К.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Изучить показатели микроэлементов и тиреотропного гормона у женщин, репродуктивного возраста, проживающих на экологически неблагополучных территориях казахстанской части Приаралья.

**Материал и методы.** Обследование проводилось в рамках научно - технической программы: «Комплексные подходы в управлении состоянием здоровья населения Приаралья» в 2014- 2016 гг. Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Исследование было одномоментное, наблюдательное, неконтролируемое, многоцентровое. Обследована репрезентативная выборка 1250 женщин репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, проживающих в зонах Приаралья. С учетом мест проживания сформированы три группы женщин: 1 группа - проживающие в зоне экологической катастрофы, 2 группа - женщины, проживающие в зоне экологической кризиса, 3 группа – в зоне экологического предкризисного состояния. В зависимости от значений ТТГ в каждой группе сформированы подгруппы, отражающие функционального состояния щитовидной железы. Определения значений ТТГ проводилось с применением тест систем «Тироид-ИФА-ТТГ, 0,23-3,4 мкМЕ/мл». Содержание микроэлементов: ртуть, свинец, медь, цинк, кадмий, мышьяк, хром, селен, марганец, железо, никель, йод в крови определялись по МУ 08-47/073, МУ 08-47/073А, МУ 08-47/074, количественный химический анализ проб в биологических объектах МУ 08-47/194, МУ 08-47/195 инверсионно - вольтамперометрический метод измерения массовой концентрации. Использовались непараметрические методы (тест Манна- Уитни для двух независимых выборок, тест Краскела – Уоллиса для более чем двух независимых выборок). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По содержанию микроэлементов: ртути, свинца, меди, цинка, кадмия, мышьяка, хрома, селена, марганца, железа, никеля, йода во всех исследуемых группах получены статистически значимые различия ( $p = 0,0001$ ). По содержанию хрома в исследуемых группах не выявлено значимых различий ( $p = 0,002$  с учетом поправки Бонферрони). В зоне экологического кризиса в подгруппах выявлены различия по следующим микроэлементам: меди ( $U=22556,5$ ;  $Z = - 3,181$ ;  $p = 0,001$ ), железа ( $U=24283,5$ ;  $Z = - 2,046$ ;  $p = 0,041$ ), никеля ( $U=21744,0$ ;  $Z = - 3,715$ ;  $p = 0,001$ ). В зоне экологического предкризисного состояния в подгруппах обнаружены изменения по содержанию меди ( $U=16783,0$ ;  $Z = - 2,204$ ;  $p = 0,028$ ). В зоне экологической катастрофы статистически значимых изменений микроэлементов не выявлены.

**Заключение.** У женщин, проживающих на экологически неблагополучных территориях казахстанской части Приаралья уровень тиреотропного гормона ассоциирован с содержанием меди, железа и никеля, что определяет необходимость на предмет выявления дефицита или профицита указанных микроэлементов.

## ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Серова Е.Н.

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

**Актуальность.** Выявление нарушений когнитивных функций имеет большое значение для диагностики гипертонической энцефалопатии при артериальной гипертензии (АГ) и, во многом, определяет прогноз и тактику ведения пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). В амбулаторной практике для выявления когнитивных нарушений целесообразно применять тест Мини-Ког, преимуществом которого является высокая информативность при одновременной простоте и скорости выполнения.

**Цель исследования.** Изучить возможности применения теста Мини-Ког для ранней диагностики поражения органов-мишеней при ГБ на амбулаторно-поликлиническом этапе.

**Материалы и методы.** Обследовано 34 пациента в возрасте от 48 до 66 лет с АГ, из них 14 мужчин и 20 женщин. Всем измеряли систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД) на плечевой артерии методом Н.С. Короткова, мм рт ст.

Регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ) покоя (электрокардиограф CARDIOVIT AT-2, производства Schiller, Швейцария).

Проводили эхокардиографическое (ЭХОКГ) исследование (ультразвуковая система HD15, производства Philips, США).

По результатам ЭКГ и ЭХОКГ рассчитывали индекс Соколова-Лайона (мм) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), г/м<sup>2</sup>. Наличие гипертрофии миокарда левого желудочка констатировали при величине индекса Соколова-Лайона  $\geq 38$  мм, ИММЛЖ  $\geq 115$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и ИММЛЖ  $\geq 95$  г/м<sup>2</sup> для женщин.

Проводили тест Мини-Ког (Borson S., 2000). Результаты теста оценивали по 5-ти балльной шкале. При результате теста менее 3-х баллов констатировали наличие когнитивных нарушений.

По всем показателям рассчитывали средние арифметические и их стандартные отклонения ( $M \pm SD$ ) с использованием пакета программ Excel 2007.

**Результаты.** По результатам измерения АД и выявленным признакам поражения органов-мишеней обследуемых разделяли на 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу с диагнозами ГБ I стадии, 1 и 2 степени вошли 16 пациентов без признаков поражения органов-мишеней. В подгруппу 2 с диагнозами ГБ II стадии, 1 и 2 степени вошли 18 пациентов с величиной индекса Соколова-Лайона  $40,1 \pm 1,5$  мм, ИММЛЖ  $117,4 \pm 1,7$  г/м<sup>2</sup> и  $97,3 \pm 1,79$  г/м<sup>2</sup> для мужчин и женщин соответственно. За 1-ю и 2-ю степень повышения АД принимали значения  $147,7 \pm 2,8/94,5$  мм рт ст;  $166,8 \pm 2,6/102,4 \pm 1,49$  мм рт ст для САД и ДАД соответственно. Значение теста Мини-Ког менее 3-х баллов выявлялось у всех пациентов 2-ой подгруппы и у большинства пациентов 1-ой подгруппы (в 12 случаев из 16).

**Заключение.** Проведение теста на наличие когнитивных нарушений при АГ способствует выявлению гипертонической энцефалопатии на ранней стадии ГБ и, в большинстве случаев, опережает диагностику поражения органов-мишеней инструментальными методами. Преобладание когнитивных нарушений на фоне более высокой стадии ГБ показывает необходимость адекватного подбора гипотензивной и церебропротективной терапии на ранних стадиях заболевания.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

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

**ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия**

**Цель.** Определить основные возможные предикторы повторного ишемического инсульта до начала комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) у больных артериальной гипертонией (АГ), перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или ишемический инсульт (ИИ).

**Материал и методы исследования.** Обследовано 297 пациентов с АГ (медиана возраста 64 года), госпитализированных в неврологическое отделение №1 ГБУЗ «ККБ№2» МЗ КК с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК); из них у 146 человек была диагностирована ТИА и у 151 пациента – ИИ. Всем больным до начала антигипертензивной терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) (BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) и эхокардиографическое исследование («АЛОКА SSD 2500», Япония). Для определения прогностической значимости предикторов развития ИИ

использовали ROC-анализ с расчетом AUC, точек отсечения с чувствительностью и специфичностью. Учитывались такие факторы риска (ФР) как: возраст пациента, наличие/отсутствие ожирения, сахарного диабета, уровень среднесуточного систолического и диастолического АД (САД и ДАД), вариабельность САД, пульсовое АД (ПАД), величина и скорость утреннего подъема (ВУП и СУП) САД, САД в аорте, индекс аугментации, приведенный к частоте сердечных сокращений (ЧСС) равной 75 ударов в минуту (AIx пр.), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), приведенной к ЧСС равной 75 ударов в минуту, амбулаторный индекс ригидности сосудов (AASI), масса и индекс массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ и ИММЛЖ). Для оценки влияния предикторов на риск развития ИИ использовался критерий  $\chi^2$ . Результаты исследования обработаны с использованием программ Statistica 6.1 (StatSoft Inc, США) и MedCalc (Medcalc software, Бельгия).

**Результаты исследования.** Предикторы ОНМК: возраст старше 65 лет, наличие ожирения, сахарного диабета, превышение установленных норм САД, вариабельности АД, ПАД, ВУП и СУП САД, AIx пр., AASI, ММЛЖ и ИММЛЖ встречались как у больных АГ, перенесших ИИ, так и у пациентов с ТИА ( $p > 0,05$  при межгрупповом сравнении). Однако повышение значений таких параметров СМАД как среднесуточное ДАД, ВУП САД, САД в аорте, СРПВ, приведенной к ЧСС равной 75 ударов в минуту, AASI, ММЛЖ и ИММЛЖ встречались чаще у пациентов, перенесших ИИ, чем у больных с ТИА ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем наличие ИИ прямо коррелировало с количеством ФР у каждого исследованного больного ( $r = 0,6723$ , ДИ 95% = 0,45-0,87 ( $p < 0,0001$ )). При проведении ROC – анализа установлено, что риск развития ИИ увеличивается при наличии 4 и более таких ФР как патологические значения среднесуточного ДАД, ВУП САД, САД в аорте, СРПВ, приведенной к ЧСС равной 75 ударов в минуту, AASI, ММЛЖ и ИММЛЖ (AUC = 0,89±0,02, ДИ 95% = 0,851-0,925 ( $p < 0,0001$ )).

**Заключение.** Таким образом, можно предположить, что одними из важных ФР возможного развития повторных эпизодов ОНМК являются повышенное среднесуточное ДАД, ВУП САД, САД в аорте, СРПВ, приведенная к ЧСС равной 75 ударов в минуту, AASI, ММЛЖ и ИММЛЖ. Следует отметить, что риск развития ИИ увеличивается при наличии 4 и более выявленных предикторов. Следовательно, данные ФР ОНМК важно учитывать при выборе наиболее эффективного варианта антигипертензивной фармакотерапии для адекватного проведения вторичной профилактики.

## ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Скоробогатова Л.Н., Буркалина Ю.Р., Шхаметова С.Р., Евдокимова Д.В., Горшенина Е.И., Хохлова Л.Н.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

**Цель.** Провести сравнительный анализ осложнений у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа.

**Материал и методы.** Проанализировано 100 историй болезни пациентов с сахарным диабетом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении РГБУЗ РМ «РКБ №4». Среди обследованных больных было 39 мужчин и 61 женщина. Возраст больных от 19 до 81 года. Все пациенты были соответственно разделены на 2 группы. В первой группе - 36 человек с диагнозом сахарный диабет 1 типа, во второй – 64 пациента с сахарным диабетом 2 типа. Средняя длительность сахарного диабета со

времени постановки диагноза составила в первой группе  $15,11 \pm 1,9$  лет, во второй группе  $14,97 \pm 0,9$  лет. У пациентов оценивалось наличие микрососудистых и макрососудистых осложнений сахарного диабета.

**Результаты.** При оценке микрососудистых осложнений было выявлено, что у 35 пациентов первой группы наблюдалась – диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей (97,2%), у 6 пациентов – диабетическая нефропатия (16,7 %), синдром диабетической стопы у 1 пациента (2,8 %), диабетическая ретинопатия у 25 пациентов (69,4 %). Во второй группе, у 63 человек наблюдались осложнения в виде диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей (98,4 %), у 8 пациентов – диабетическая нефропатия (12,5 %), синдром диабетической стопы у 3 пациентов (4,7 %), диабетическая ретинопатия у 43 человек (67,2 %).

При оценке макрососудистых осложнений было выявлено, что заболевания сердечно-сосудистой системы отмечались у пациентов с сахарным диабетом 1 типа в 12 случаях (33,3 %), сахарным диабетом 2 типа - в 60 случаях (93,8 %). Причем ишемическая болезнь сердца встречалась в 1 группе в 8,3% случаев, а во 2 группе – в 59,4% случаев. Гипертоническая болезнь в 1 группе отмечена у 11 человек (30,6%), во 2 группе у 59 человек (92,2%). ХСН встречалась в 19,4% и 51,6% случаев соответственно.

Цереброваскулярные осложнения (дисциркуляторная энцефалопатия, острое нарушение мозгового кровообращения) выявлены у 3 пациентов 1 группы (8,3 %), и у 19 пациентов 2 группы (29,7 %).

**Заключение.** Результаты исследования показали, что у пациентов с сахарным диабетом и первого, и второго типов наблюдались осложнения в виде диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей, ретинопатии, нефропатии и диабетической стопы. Цереброваскулярные заболевания (дисциркуляторная энцефалопатия, острое нарушение мозгового кровообращения) и поражение сердечно-сосудистой системы – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ХСН чаще встречались у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ФОСФОЛИПИДНОГО СОСТАВА, АКТИВНОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ФОСФОЛИПАЗ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИНФРОКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

**Таджиходжаева Ю.Х., Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Муминов Д.К.**

**ГУ Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентский  
педиатрический медицинский институт**

**Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучение фосфолипидного состава, активности эндогенных фосфолипаз тромбоцитов и лимфоцитов крови при (э-ХОБЛ) при воздействии инфракрасного излучения (ИК).

**Материалы и методы.** Исследованы половозрелые белые крысы (28) самцы весом 150-180 гр. в динамике лечения и через месяц после действия. Модель э-ХОБЛ вызвана вдыханием в специальной камере табачного дыма в течение двух месяцев по методу (Тухтаев К.Р, и Шукуров Р.А., 2005, Бродская Т.А. 2006). Животные с моделью э-ХОБЛ, были разделены на две группы. 1-группа (контрольная) находилась в условиях вивария без лечения, группа 2 (опытная) подвергалась ИК воздействию по 10 минут, всего 10 процедур. Использовались лампы с керамическими покрытиями серии CL.KL.ZB. Общие липиды, фосфолипидные фракции исследованы высокоэффективной проточной горизонтальной

хроматографии по методу Каргаполова А.В., экстрагирование по Кейтс М. Количественное содержание отдельных фракций фосфолипидов определяли методом денситометрического анализа (KamagiR). Исследование активности эндогенных фосфолипаз по методу Becker A., 1996 г., с использованием биохимического анализатора фирмы Human «Humanalyzer 2000» Германия.

**Результаты.** При развитии э-ХОБЛ выявлены снижение основных фосфолипидов - фосфатидилхолина (ФХ) ( $42,3 \pm 0,98$  в норме  $64,3-0,39$ ) и фосфатидилэтаноламина (ФЭ) ( $22,3 \pm 0,69$  в норме  $30,1 \pm 0,92$ ), сопровождалось накоплением в мембране тромбоцитов мембранотоксичных лизоформ фосфолипидов - лизофосфатидилхолина (ЛФХ) ( $7,7 \pm 0,13$  в норме  $4,2 \pm 0,22$ ) и лизофосфатидилэтаноламина (ЛФЭ) ( $11,1 \pm 0,4$  в норме  $6,7 \pm 0,24$ ). Рассмотрение активности эндогенных фосфолипаз в мембранах тромбоцитов при э-ХОБЛ, показал существенное возрастание активности фосфолипазы А2,С,Д. Более выраженная активность фосфолипазы Д ( $4,3 \pm 0,09$  в норме  $0,98 \pm 0,05$ ) свидетельствует о том, что основным фактором участвующим в гидролизе фосфатидилхолина (ФХ) и фосфатидилэтаноламина (ФЭ), является проявление активности именно фосфолипазы Д. Применение ИК в динамике лечения подопытных крыс показал, что после 10-процедур ИК активность эндогенных фосфолипаз снижается, что соответственно приводит к восстановлению уровня ФХ и ФЭ и снижению уровня мембранотоксичных лизофосфолипидов лизофосфатидилхолина (ЛФХ) и лизофосфатидилэтаноламина (ЛФЭ). В отдалённые сроки через месяц после лечения выявлено существенное подавление активности эндогенной фосфолипазы Д по сравнению с активностью других фосфолипаз. Следовательно, стабилизация липидного бислоя мембран тромбоцитов в основном связана с блокированием активности эндогенной фосфолипазы Д под воздействием фототерапии ИК.

**Таким образом,** урсовое воздействие ИК-света оказывает положительное нормализующее действие на структурно-функциональные параметры мембран лимфоцитов и тромбоцитов при э-ХОБЛ, что сохраняется в ближайшие отдалённые сроки после лечения. Влияние ИК-света на стабилизацию липидного бислоя мембран реализуется через ингибирование активности эндогенных фосфолипаз. Механизм действия ИК-света различается и зависит от исследуемого объекта, так в мембранах тромбоцитов лечебный эффект ИК на липидный бислой реализуется через ингибирование активности эндогенной фосфолипазы Д, а в лимфоцитах путем ингибирования активности фосфолипазы А2.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Таласпаева А.Е., Андыбаева А. Е., Шырынбай Б.Б, Галымжан Н.С.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Определить взаимосвязь тревожности и качества жизни у пациентов при коморбидности ХОБЛ и артериальной гипертензии.

**Материал и методы.** Обследованы 40 пациентов, мужского пола, возраст 45-56 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной клинической больнице с 2015 по 2017 гг. Были исследованы 2 группы, из них: 1 группа - 20 больных с ХОБЛ, категория С + АГ 3, риск 4 без признаков ситуативной и личностной тревожности и 2 группа - 20 больных с ХОБЛ, категория С + АГ 3 степени, риск 4 с признаками тревожности. Уровень тревожности оценивался с помощью теста Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, где определялись тревожность ситуативная и тревожность личностная,



КЖ с помощью опросника SF-36, где оценивались 2 компонента здоровья - физический и психологический. Статистическая обработка проведена с использованием программы Statistica 6.0, с определением существенности различий по критерию Стьюдента, парной корреляции.

**Результаты.** При сравнении показателей КЖ в 2х группах достоверно значимым явилось увеличение такого показателя как интенсивность боли (BP) на 17 %, снижение общего самочувствия (GH) на 6 %, и психологического здоровья (MN) на 5%, что может говорить об отрицательном влиянии ситуативной и личностной тревожности как на физическое состояние больного так и на настроение.

Если сравнивать характер функциональной взаимосвязи между показателями качества жизни в 2х группах, то видно, что у пациентов 2 группы показатель BP (боль) коррелирует с VT (жизнеспособность) при  $r=-0,67$ , т.е., чем более выражена боль, тем хуже жизнеспособность, тогда как в 1 группе между данными показателя слабая. В 1 группе BP (боль) коррелирует с SF (социальное функционирование) при  $r=0,47$ . Также, GH (общее здоровье) коррелирует с MN (психологическое здоровье) при  $r=0,56$ , т.е., четко видно, что чем лучше общее здоровье, тем лучше психологическое здоровье, а во 2 группе, на фоне ситуативной и личностной тревожности связь между данными показателями ослабевает -  $r=0,39$ . Во 2 группе связь MN (психологическое здоровье) с рассматриваемыми показателями претерпевает изменения – с RP (ролевое функционирование) исчезает, с BP (боль) незначительно ослабевает при  $r=-0,43$ , с GH (общее здоровье) ослабевает при  $r=0,39$  и VT (жизнеспособность) несколько усиливается -  $r=0,54$ , что может говорить о функциональной перестройки взаимосвязей на фоне ситуативной и личностной тревожности.

**Заключение.** Таким образом, можно говорить о влиянии ситуативной и личностной тревожности на показатели качества жизни. При тревожности усиливается влияние боли на социальное, эмоциональное функционирование и жизнеспособность, влияние общего здоровья на психологическое здоровье, эмоциональное функционирование и жизнеспособность.

## **РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР ФИКСИРОВАННЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КОМБИНАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Тамазова М. А., Уметов М. А.**

**Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова,  
Нальчик, Россия**

**Цель.** Изучить влияние свободной и фиксированной комбинаций антигипертензивных лекарственных средств у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

**Материалы и методы.** Проводилось исследование в двух параллельных группах пациентов (60 пациентов), с диагнозом АГ и МС. Первую группу (30 человек) составили пациенты, которым в качестве антигипертензивной терапии назначалась комбинация моксонидина (Физиотенз), амлодипина и индапамида (Арифам), из них 17 женщин и 13 мужчин, средний возраст которых составил 45-46 лет. Во вторую группу, состоящую из 16 женщин и 14 мужчин (30 человек), средний возраст которых составлял 47-46 лет вошли пациенты, получавшие свободную комбинация препаратов (эналаприл, индапамид и амлодипин).

Исследование являлось трехэтапным: на первом этапе проводилось определение соответствия критериям включения и исключения (8 дней); на втором- титрование доз препаратов (20 дней); на третьем- проведение активной терапии и наблюдения (8

недель). До и через 8 недель терапии проводилась оценка влияния этих комбинаций на показатели офисного артериального давления (АД), центрального (аортального) давления (ЦАД), артериальной ригидности, метаболические показатели (уровень глюкозы и липиды крови).

**Результаты.** К исходу 8 недель, у пациентов в первой группе АД снизилось с  $165,5 \pm 4,6 / 96,3 \pm 5,2$  до  $120,5 \pm 5,6 / 72,3 \pm 3,4$  мм рт. ст. ( $p < 0,0001$ ), отмечалось снижение основных параметров ЦАД: центрального (аортального) систолического давления (САДао) со  $140 \pm 2,220$  до  $118,4 \pm 2,05$  мм рт. ст.; центрального (аортального) среднего гемодинамического давления (СрАДао) с  $96,0 \pm 1,4$  до  $86,2 \pm 1,02$  мм рт. ст.; центрального (аортального) пульсового давления (ПАДао) с  $57,4 \pm 1,03$  до  $42,0 \pm 0,47$  мм рт. ст.; индекса аугментации в аорте (АІхао) с  $27 \pm 0,70$  до  $18,8 \pm 0,24\%$  ( $p < 0,05$ ). Указанные изменения были достигнуты при минимальных дозах препаратов. Во второй группе АД снизилось со  $162,8 \pm 5,3 / 93,8 \pm 3,4$  до  $132 \pm 4,6 / 78,7 \pm 4,8$  мм рт. ст. ( $p < 0,0001$ ). Выявлено варьирующее снижение основных параметров ЦАД: САДао со  $130,5 \pm 2,30$  до  $122,2 \pm 2,05$  мм рт. ст.; СрАДао с  $99,6 \pm 3,10$  до  $92,4 \pm 0,72$  мм рт. ст.; ПАДао с  $61,0 \pm 2,85$  до  $56,4 \pm 0,67$  мм рт. ст.; индекс аугментации в аорте (АІхао) с  $27,7 \pm 2,01$  до  $22,6 \pm 0,38\%$  ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, комбинация моксонидина с амлодипином и индапамидом привела к более значимому снижению периферического и центрального давления у пациентов с АГ и МС. Применение данной комбинации привело к хорошему ангиопротективному эффекту – снижению жесткости магистральных артерий. На фоне терапии обоими комбинациями лекарств, уровень глюкозы и липидов, существенно не изменился.

## **МОРОФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**Тарасова Л.В., Прокопьева Т.Н., Шатохина С.Н., Супильников А.А.**

**Кафедра факультетской и госпитальной терапии ФГОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия**

**Цель исследования:** на основе морфологической картины сыворотки крови разработать малоинвазивный метод ранней диагностики неалкогольного стеатогепатита.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациенты, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2016-2017 годах. Клинический диагноз неалкогольного стеатогепатита устанавливался на основании жалоб пациентов, данных анамнеза, особенностей клинической картины, результатов биохимических и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости).

На основании данных критериев в исследование было отобрано 60 пациентов, в том числе 38 женщин и 22 мужчины в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст  $43 \pm 5,6$  лет).

Морфологический анализ сыворотки крови осуществляли с помощью метода клиновидной дегидратации с использованием микроскопа MZ 12,5 фирмы «Leica». Кровь для исследования забирали утром натощак, выдерживали 24 часа при температуре  $5-8^{\circ}\text{C}$ , затем  $0,01-0,02$  мл наносили на поверхность обезжиренного стекла, высушивали 18-24 часа при относительной влажности 55-65% и температуре  $18-30^{\circ}\text{C}$ .

Оценка препаратов проводилась по следующим критериям:

1. Системная организация фазы сыворотки крови;
2. Наличие маркеров высокого риска сахарного диабета;

3. Наличие языковых полей как маркеров воспалительного процесса;
4. Наличие точечной пигментации в отдельных полях;
5. Признаки фиброзных изменений;
6. Наличие «лакун» как маркеров стеатоза;
7. Смазанность как признак нарушения липидного обмена.

**Результаты.** По результатам нашего морфологического исследования установлено, что «лакуны» верифицировались в 95% образцах пациентов с верифицированной НАЖБП. Их формирование обусловлено присутствием патологических молекулярных комплексов, которые проникают в кровь при жировом перерождении печени. Фрагменты языковых полей в виде светлых треугольных участков обнаружены в 35% образцах и в большинстве случаев совпадали с участками гиперпигментации фации сыворотки крови. Смазанность фации отмечалась в 90% образцах и ее наличие коррелировало с показателями липидного спектра, свидетельствующими о нарушении обмена холестерина и жирных кислот. Фиброзные изменения наблюдались в 15% случаев, что может являться признаком перехода неалкогольного стеатогепатита в фиброз печени. В 20% образцах выявлены маркеры высоко риска сахарного диабета, коррелирующие с выявлением нарушения толерантности к глюкозе натощак по биохимическому анализу крови.

**Заключение.** Таким образом, данное исследование методом клиновидной дегидратации позволило выявить структурные особенности сыворотки крови, что можно использовать в диагностике неалкогольного стеатогепатита.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ РИТМ-УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

**Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Денисова А.Г., Морозова О.И.  
ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,  
ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №59» ФМБА России, Пенза, Россия**

**Цель.** Оценить эффективность терапии ивабрадином (кораксан) на основании комплексного анализа клинических и функциональных показателей у больных ИБС и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) при сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (СНсСФВ).

**Материал и методы.** 60 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, средний возраст  $54,6 \pm 7,8$  лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включая шестиминутный тест с физической нагрузкой, ЭКГ, эхокардиографию, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания, пульсоксиметрию, сигнал-усредненную ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), спектральный и временной анализ вариабельности ритма сердца, дисперсию интервала QT (QTd). В основной группе (n=26) на фоне стандартной терапии (нитраты, антиагреганты, М-холинолитики тиотропия бромид - спирива) назначен кораксан в дозе 7,5-10мг, в группе сравнения (n=34) стандартная терапия (нитраты, антиагреганты, М-холинолитики тиотропия бромид - спирива). По структуре исследование рандомизированное контролируемое, длительность – 9 месяцев.

**Результаты.** На фоне терапии кораксаном отмечено достоверное снижение ЧСС на  $17,4 \pm 3,5$  уд/мин, при увеличении толерантности к физической нагрузке (ФН), улучшении диастолической функции левого желудочка (E'/A', соответственно, от 0,55 до 0,74) и диастолической функции правого желудочка (E'/A', соответственно, от 0,49 до 0,76)  $p < 0,05$ . Получена корреляционная связь нарушения диастолической

функции правого желудочка с показателем бронхиальной обструкции: между E'/A' фиброзного кольца трикуспидального клапана и ОФВ1 ( $R=0,67$ ;  $p<0,03$ ). Количественный анализ СУ-ЭКГ в основной группе показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS от  $122,4\pm 1,2$ мс до  $109,4\pm 1,3$ мс, продолжительности низкоамплитудных сигналов LАH Fd от  $43,2\pm 2,1$ мс до  $23,3\pm 2,4$ мс,  $p<0,05$ ; частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) уменьшилась от 38,5% до 11,5%. В группе сравнения по истечению 9 мес частота ППЖ достоверно не изменилась и составила 17,6% (исходно – 20,6%). На фоне кораксана регистрировали увеличение SDNN (от  $25,3\pm 1,6$ мс до  $37,3\pm 2,9$ мс), при явной тенденции к увеличению rMSSD, изменению LF/HF в спектральных показателях ВРС, значение QTd уменьшилось от  $57,3\pm 2,4$  до  $39,4\pm 1,8$  мс,  $p<0,05$ .

**Выводы.** Таким образом, терапия кораксаном при достоверном снижении ЧСС способствовало повышению толерантности к физической нагрузке, улучшению гемодинамических и электрофизиологических показателей. Способность ивабрадина улучшать функциональное состояние миокарда и степень его электрической негомогенности у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ является одним из определяющих факторов в выборе терапии на длительный срок при наличии коморбидной патологии.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫХ**

**Терентьева Н.Н., Арямкина О.Л.**

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

**Актуальность.** Актуальность проблемы нарушений ритма приобретает все большее значение, так как является одной из важнейших причин развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, преимущественно неинфекционной патологии, являющейся ведущей причиной смерти населения планеты. Фибрилляции предсердий (ФП) регистрируются у 1-2% взрослого населения, их частота увеличивается с возрастом. Нарушения ритма сердца – основная причина развития кардиоэмболических осложнений – инфаркта миокарда и мозга. Все клинические рекомендации направлены на контроль факторов риска с целью предотвращения кардио-васкулярных катастроф. Острые нарушения мозгового кровообращения – ишемический ( $\approx 80\%$ ) и геморрагический ( $\approx 20\%$ ) инсульты являются 2-й причиной смерти людей, после инфаркта миокарда.

**Цель.** Изучить эффективность антиаритмической терапии при фибрилляции предсердий на догоспитальном этапе у лиц, с впервые развившемся острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

**Материалы и методы.** Обследованы методом сплошной выборки 171 больных с впервые диагностированным кардиоэмболическим вариантом ОНМК, как следствия тромбэмболических осложнений на фоне ФП, госпитализированных экстренно в специализированное отделение за 2016-2017 годы. Диагнозы ОНМК, ФП и кардиологической патологии установлены в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи. Оценена анамнестически антиромботическая терапия. Материалы обработаны лицензионной программой STATISTICA 10.0.

**Результаты.** За отчетный период по многопрофильному стационару диагностировано 1241 больных с ОНМК, в подавляющем большинстве ишемического типа, из них впервые на фоне ФП у каждого седьмого ( $n=171$ , 13,8%) в

возрасте  $69,7 \pm 2,18$  (95% ДИ 59,4-71,2) лет с соотношением мужчин к женщинам 1 : 1,81. Развитию ОНМК предшествовали коморбидная патология – АГ (95%), ИБС (82%), ФП (100%), ХСН (100%), СД 2-го типа (49,7%), избыточная масса тела (70%). ФП подразделена на пароксизмальную (12,3%), персистирующую (17,3%) и постоянную (70,4%) формы. Т.о., амбулаторно антитромботическая терапия требовалась подавляющему числу лиц с ФП, однако каждый второй из них контроля гемостаза и терапии не получали. Другая половина, или каждый четвертый с нарушениями ритма сердца (26,5%), получали варфарин и ксарелто. При этом на фоне приема варфарина целевых значений МНО не достигнуто, а показатель соответствовал  $1,38 \pm 0,08$  (95% ДИ 1,23-1,78). Кроме того, более чем каждый второй (56,3%) получали монотерапию аспирином, а комбинации аспирина + клопидогрел в анамнезе получал каждый десятый (9,38%) больной.

**Заключение.** Диагноз ОНМК встречается часто в неврологической и кардиологической практике. ОНМК развивается при коморбидной патологии – в рамках кардио-васкулярного континуума чаще всего при ФП постоянной формы. Не достаточная фармакотерапия нарушений ритма сердца, проводимая на до госпитальном этапе, а также ее игнорирование как больным, так и амбулаторным врачом значительно повышают риск развития сердечно-сосудистых катастроф, инвалидизации и смертности населения. Требуется четкое соблюдение стандартов ведения больных с ФП.

## **ЭПИЛЕПСИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

**Токарева Н.Г.<sup>1</sup>, Железнова Е.В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия**

**<sup>2</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Целью** настоящей работы явилось сравнительное исследование показателей реактивной и личностной тревожности у больных эпилепсией, сопровождающейся сахарным диабетом 2 типа, а также у больных эпилепсией, не сопровождающейся сахарным диабетом.

**Материал и методы исследования.** В исследование было включено 317 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. У 8% исследуемой группы больных эпилепсией сопровождалась сахарным диабетом 2 типа. В исследовании приняли участие пациенты без выраженных нарушений когнитивных функций. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов клинико-неврологического, психопатологического, патопсихологического, электроэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. При патопсихологическом исследовании использована методика «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин), которая направлена на определение степени реактивной и личностной тревожности личности. Методика состоит из 20 высказываний, которые относятся к тревожности как к состоянию, и из 20 высказываний, направленных на определение тревожности как личностной особенности испытуемого. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** По данным м. «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин) у больных эпилепсией с сахарным диабетом 2 типа

ведущими явились следующие показатели шкал реактивной и личностной тревожности по данным м. «Шкала самооценки уровня тревожности»: высокие и умеренные показатели ситуативной тревожности (Me=47, Q1=41, Q3=52); высокие показатели личностной тревожности (Me=47, Q1=46, Q3=52). У больных эпилепсией не сопровождающейся сахарным диабетом выявлены следующие закономерности: показатели ситуативной тревожности (Me=40, Q1=34, Q3=48), показатели личностной тревожности (Me=41, Q1=35, Q3=48).

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены следующие взаимодействия: 1. Показатели личностной тревожности у больных эпилепсией, сопровождающейся сахарным диабетом 2 типа умеренного и высокого уровня, также как и у больных эпилепсией без сахарного диабета. 2. У больных эпилепсией сопровождающейся сахарным диабетом показатели реактивной и личностной тревожности выше по сравнению с больными эпилепсией, которая не сопровождается сахарным диабетом. 3. Выявленные клинико-психологические закономерности необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий данному контингенту больных.

## **РОЛЬ ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Турдиев М.Р., Исмаилов С.И., Камилова У.К.**

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

**Цель.** Разработка подходов к повышению информированности больных артериальной гипертонией (АГ) путем проведения образовательной программы «школа гипертоников»

**Материал и методы.** 174 больным АГ проводили образовательную программу «школа гипертоников» из которых, 89 больных составили пациенты с АГ I ст. и 95 больных с АГ II ст. На проведенных 4-х занятиях больным была дана информация об основных понятиях АГ: факторы риска (ФР), клиническое течение заболевания, возможные осложнения, гипертонические кризы, немедикаментозные и медикаментозные подходы к лечению, профилактика. До начала и после программы обучения больные заполняли опросники, по которым была оценена их исходный уровень знаний и параметры качества жизни (КЖ).

**Результаты.** Анализ показал о всех ФР были осведомлены всего 26% больных, регулярно антигипертензивные препараты принимали 34% больных. После посещения образовательной программы «школа гипертоника» выросла доля больных, регулярно принимающих антигипертензивную терапию, за счет снижения доли больных, не принимающих препараты. При этом важным фактором являлся самоконтроль АД. Результаты анализа через 6 месяца после посещения образовательной программы показали, что число больных регулярно проводящих самоконтроль АД составило 77% против 41% исходного. При этом доля больных не измеряющих АД уменьшилось и составило 11% против 61%. Необходимо подчеркнуть, что пожилые пациенты были более активны в отношении соблюдения рекомендации по модификации образа жизни и своевременного приема антигипертензивных препаратов и самоконтроля АД.

**Заключение.** Таким образом, у больных АГ повышение информированности пациентов путем проведения образовательной программы «школа-гипертоника» повышает их информированность, улучшает соблюдение рекомендаций по питанию, самоконтролю АД и повышает приверженность к лечению, что способствует уменьшению осложнений заболевания.

## **ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ – КОМОРБИДНОСТЬ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Тусупбекова К.Т., Айтжанова А.Ж., Королькова Н.Л., Тургунова Л.Г.,  
Ларюшина Е.М.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.**

**Цель.** Анализ случаев летального исхода у больных инсультом головного мозга с сопутствующей ишемической болезнью сердца, находившимся на стационарном лечении, и выяснение причин их смерти.

**Материал и методы.** Проведен анализ случаев летального исхода больных острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС) в госпитале ТОО «Медицинская фирма «Гиппократ» города Караганды за 2018 год. Диагноз заболеваний выставлялся пациентам в соответствии с международной классификацией болезней и был подтвержден результатами магнитно-резонансной и/или компьютерной томографии головного мозга, данных электронного паспорта здоровья и амбулаторных карт, результатов электрокардиографического (ЭКГ) и эхокардиографического исследования, определения тропонина крови.

**Результаты.** Среди 1587 госпитализированных больных в отделение, причиной летального исхода в 50(3,4%) случаев явилось ОНМК. Из них, у 44(88,0%) умерших диагностирован инфаркт головного мозга, у 6 (22, 0%) причиной смерти явился геморрагический инсульт различной локализации, в 1\3 случаев - на фоне повторного. Процент летальности среди госпитализированных больных с ОНМК в сравнении с 2017 годом остается прежним.

Среди умерших преобладали лица женского пола 43(53,8%). Большой процент (92%) составили лица старше 60 лет. Острая мозговая дисгемия развилась у 47 (94%) умерших ИБС с артериальной гипертензией (АГ) различной степени выраженности на фоне гипертонического криза, из них у 12(25,5%) имели место постоянная форма фибрилляции предсердий различной давности, с высоким риском тромбоэмболических осложнений, согласно индекса CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, у 5(10,6%) - сахарный диабет 2 типа. Ишемические изменения на ЭКГ и другие формы аритмий при развитии инсульта имелись у 45(95,7%) больных ИБС. Следует отметить, что 29 (58, 0%) больных ИБС поступили в стационар с явлениями сердечной недостаточности, из них у 1\3 имелась симптоматика хронической тотальной сердечной недостаточности. Перенесенный инфаркт миокарда верифицирован на догоспитальном этапе у 4(8,0%) обследованных, у 2(4,0%) больных - при обследовании в стационаре. Острый инфаркт миокарда диагностирован у 2(4,0%) больных ИБС, что привело к дестабилизации из состояния и летальному исходу. У 4(9,1%) больных инфарктом головного мозга с фибрилляцией предсердий причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии. В остальных случаях причиной смерти был отек головного мозга с вклинением в большое затылочное отверстие.

**Заключение.** Таким образом, коморбидные заболевания - инсульт головного мозга и ИБС оказывают друг на друга взаимоотношающее влияние, приводят к тяжелым необратимым изменениям как в сердечно-сосудистой, так и нервной системе, с неблагоприятным исходом для больных.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Укла А.<sup>1</sup>, Подпалов В.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь.

<sup>2</sup> – УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь

**Цель работы:** установить факторы риска развития артериальной гипертензии (АГ) по данным 10-летнего проспективного исследования АГ в организованной популяции.

**Материалы и методы.** Новые случаи АГ были установлены по данным 10-летнего проспективного исследования в 2004-2014 гг. среди организованной популяции, включающей 1431 человек. В 2004г. было обследовано 871 человек с нормальным уровнем АД, из которых было сформировано две группы. В первую группу вошли 260 работников без неблагоприятных производственных факторов, во вторую группу – лица, работающие с неблагоприятными производственными факторами в количестве 611 человек.

Результаты обследования участников исследования фиксировались в карте профилактического обследования, где указывались: социально-демографические данные (пол, возраст, семейное положение, образование, профессия), факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, данные инструментальных и лабораторных методов обследования. Статистическая обработка материала исследования проводилась в SPSS 19.0.

**Результаты и обсуждение.** По данным 10-летнего проспективного исследования выявлена высокая заболеваемость АГ в изучаемой популяции (37,5%), которая составила 31,5% у лиц без неблагоприятных производственных факторов и 40,1% у лиц с неблагоприятными производственными факторами ( $p < 0,05$ ).

Была выявлена значимая положительная связь частоты новых случаев АГ с работой во вредных условиях труда ( $p < 0,05$ ). При этом наиболее значимая связь установлена с психофизиологическими факторами, характеризующими напряженность труда ( $p < 0,01$ ). Также установлена взаимосвязь частоты встречаемости новых случаев АГ после поправки на возраст, пол и фактор профессиональной деятельности с уровнями систолического ( $p < 0,001$ ) и диастолического АД ( $p < 0,001$ ), наследственностью ( $p < 0,01$ ), отсутствием высшего образования ( $p < 0,001$ ), курением в настоящем и прошлом ( $p < 0,001$ ), злоупотреблением алкоголем ( $p < 0,001$ ), низкой физической активностью ( $p < 0,001$ ), суммой зубцов  $S_{V1-2} + R_{V5-6}$  ( $p < 0,001$ ), ИМТ ( $p < 0,001$ ), уровнем порога вкусовой чувствительности к поваренной соли ( $p < 0,001$ ), уровнем ТГ ( $p < 0,01$ ), СКФ ( $p < 0,001$ ) и глюкозы ( $p < 0,001$ ).

Также была выявлена значимая положительная связь между частотой встречаемостью новых случаев АГ и отсутствием оздоровительных мероприятий в условиях санатория, независимо от возраста, пола и профессиональной деятельности ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Наряду с наиболее распространенными факторами риска развитие новых случаев АГ было достоверно связано с профессиональной деятельностью, где преимущественно влияющими факторами являлись психофизиологические, характеризующие напряженность труда. При наличии оздоровительных мероприятий достоверно уменьшался риск развития новых случаев АГ.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Унгар С. А., Мустафа Э.А., Кудайберген Б., Жумат А.Т.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.

**Цель.** Изучить ситуации острого инфаркта миокарда у госпитализированных больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни пациентов острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) в госпитале ТОО «Медицинская фирма «Гиппократ» города Караганды за 2016-2018гг. Диагноз выставлялся в соответствии с международной классификацией болезней и был подтвержден результатами магнитно-резонансной и/или компьютерной томографии головного мозга. Острый инфаркт миокарда диагностирован у обследованных на основании результатов физикального обследования, определения тропонина крови, электрокардиографического (ЭКГ) и эхокардиографического (ЭХОКГ) исследования.

**Результаты.** За исследуемый период острый инфаркт миокарда в остром периоде инсульта диагностирован у 4 мужчин и 3 женщин, средний возраст  $58,07 \pm 1,4$  года. У всех обследованных имелся инфаркт головного мозга, расположенный в каротидном бассейне, чаще левом (57,1%). Ишемическая болезнь (ИБС) на догоспитальном этапе диагностирована у всех больных. Так, инфаркт миокарда (ИМ) в прошлом перенесли 4(42,9%) больных: Q-позитивный нижней стенки левого желудочка - 1(25,0%), у одного пациента, при отсутствии анамнестических данных, при поступлении на ЭКГ выявлены рубцовые изменения передней стенки миокарда, у остальных - субэндокардиальный(Q-негативный) ИМ. У 2(28,6%) больных на момент поступления в стационар имелась фибрилляция предсердий, у одного из них, в сочетании с желудочковыми экстрасистолами. Желудочковая экстрасистолия имелась у 3(42,95) обследованных, у 1(14,3%) – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Обследованные имели тяжелую артериальную гипертензию (АГ), признаки сердечной недостаточности различного функционального класса, 2(28,6%) - сахарный диабет 2 типа. Анализ анамнестических данных показал, что развитию инсульта предшествовало учащение приступов стенокардии, снижение толерантности к физической нагрузке, прогрессирование тахиаритмии и сердечной недостаточности, кризовое течение артериальной гипертензии, нерегулярный прием антигипертензивных, гиполипидемических препаратов. В остром периоде инсульта отсутствовала, типичная для ОИМ, картина ангинозных болей. Изменения на ЭКГ нередко расценивают как церебро-кардиальный синдром, связанный с мозговым инсультом. Диагноз острой коронарной недостаточности был выставлен на основании мониторинга ЭКГ, положительного тропонинового теста, результатов ЭХОКГ. Коморбидность ОИМ и инсульта привела к летальным исходам больных в 2016 и 2018 годы, в одном и двух случаях соответственно.

**Заключение.** Развитию инсульта головного мозга предшествовало прогрессирование ИБС и АГ, которое оказывало дестабилизирующее влияние и срыв механизмов регуляции сердечной деятельности и ОИМ.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ КОРТИЗОЛА, ИНСУЛИНА И УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

<sup>1</sup>Усенко Г. А., <sup>4</sup>Усков А.В., <sup>1</sup>Макарова Л.И., <sup>2</sup>Величко Н.П.; <sup>1</sup>Махмудян Дж. А.,

<sup>3</sup>Усенко А. Г., <sup>4</sup>Колодин Д. Л., <sup>4</sup>Забара В. Г., <sup>1</sup>Васендин Д.В., <sup>5</sup> Шакирова Н.А.

<sup>1</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup>Новосибирская муниципальная поликлиника №18, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия;

<sup>4</sup>ФГКУ «№ 425 Военный клинический госпиталь» Минобороны России;

<sup>5</sup> Новосибирский гидрометеоцентр, Новосибирск, Россия

**Цель работы.** У мужчин с различным типом высшей нервной деятельности (ВНД, темперамент) и высокой тревожностью, страдающих артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом 2 типа в дебюте (АГ+СД2), установить взаимосвязь между содержанием кортизола, альдостерона, инсулина и уровнем глюкозы в крови.

**Материал и методы.** В период с 1995 по 2018г группа больных АГ (n=5323) и здоровых (n=2635) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на равные группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Определяли активность отделов ВНС, содержание в сыворотке крови кортизола, альдостерона, инсулина (радиоиммунным методом) и глюкозы (глюкозооксидазным методом). Эндокринологи определяли толерантность организма к гипергликемии посредством сахарной нагрузки.

**Результаты:** Исследование показало, что у здоровых и пациентов Х и С превалировал тонус симпатического, а у здоровых и пациентов Ф и М парасимпатического отдела ВНС. Активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону) у Ф и М была выше, чем у Х и С. Это сочеталось с тем, что содержание кортизола и глюкозы в крови снижалось, а альдостерона, инсулина повышалось в ряду от Х к М: Х>С>Ф>М. Пик содержания глюкозы в гликемической кривой у Х пришёлся на 60 минуту, у С на 90, у Ф на 120 и у М на 150 минуту. Установленные различия в подъёме глюкозы крови в процессе гликемической кривой связаны с гормональными различиями по ВНД (темпераменту), и обусловлены у Х и С, в отличие от Ф и М, более высокой активностью клеток пучковой зоны коры надпочечников (кортизол) и более низкой активностью β-клеток островков поджелудочной железы. Как показала вторая часть настоящего исследования, для приближения содержания глюкозы в крови к таковой у здоровых лиц, Х и С больные должны принимать 1,75мг, а Ф и М больные - 0,875мг Манинила-1,75.

**Заключение.** Таким образом, в отличие от Ф и М больных АГ-II+СД2, у таких же больных Х и С, с их более высокой активностью клеток пучковой зоны коры надпочечников (кортизол) и низкой активностью β-клеток поджелудочной железы (инсулин), сочеталось более высокое содержание глюкозы в крови до и в ходе сахарной нагрузки. Данные исследования указали на значимость учёта темпераментальных различий в процессе обследования.

**УРОВЕНЬ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ГЕМОЛИЗА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД МАГНИТНЫХ БУРЬ В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТЕРАПИИ**

<sup>1</sup>Усенко Г. А., <sup>4</sup>Усков А. В., <sup>1</sup>Макарова Л.И., <sup>2</sup>Величко Н.П.; <sup>1</sup>Махмудян Дж. А.,  
<sup>3</sup>Усенко А. Г., <sup>4</sup>Колодин Д. Л., <sup>4</sup>Забара В. Г., <sup>1</sup>Васендин Д.В., <sup>5</sup>Шакирова Н.А.

<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск,  
Россия;

<sup>2</sup>Новосибирская муниципальная поликлиника №18, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия;

<sup>4</sup>ФГКУ «№ 425 Военный клинический госпиталь» Минобороны России;

<sup>5</sup>Новосибирский гидрометеоцентр, Новосибирск, Россия

**Цель исследования:** В дни магнитных бурь (МБ) установить взаимосвязь между динамикой  $\gamma$ -фона внешней среды, осмотическим давлением плазмы крови (ОДПК) и резистентностью эритроцитов (Эр) у больных АГ-II с различным темпераментом и тревожностью, принимавших эмпирический (ЭАГТ) вариант антигипертензивной терапии (АГТ) и целенаправленный (ЦАГТ) на блокаду темпераментальных особенностей организма.

**Материал и методы исследования.** В период с 1995 по 2018 группа больных (n=848) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 лет) была разделена на группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Определяли резистентность эритроцитов (Эр) (минимальную и максимальную) к осмотическому (гипотоническому) шоку. ОДПК определяли по содержанию калия (К), натрия (Na) и глюкозы в сыворотке крови. Учитывали дни МБ и  $\gamma$ -фон внешней среды. Использовали метод наложенных эпох и корреляционный анализ по Пирсону. Одни группы Х и С больных принимали ЦАГТ, направленную на блокаду симпатикотонии, а у Ф и М пациенты, по сравнению с Х и С, в силу превалирования ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону) – ЦАГТ, направленную на блокаду РААС (альдостерон). Другие ВТ (НТ) группы Х, С, Ф и М пациентов принимали эмпирическую АГТ.

**Результаты.** В период МБ с повышением мощности  $\gamma$ -фона среды (в границах нормы) у здоровых ВТ(НТ) лиц и пациентов установлено повышение ОДПК и снижение резистентности Эр. Изменение значений показателей у ВТ(НТ)Х наблюдалось за сутки, у ВТ(НТ)С в 1-й день МБ, а у ВТ(НТ)Ф и М на 2-й день от начала МБ. На фоне ЭАГТ возвращение к исходным значениям в ряду Х-С-Ф-М отмечено на +4-+5-+6-+7 сутки, а на фоне ЦАГТ на сутки раньше: +3-+4-+5-+6, соответственно. В отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ значения показателей и сроки возвращения к исходным значениям были такие же, как у ВТ (НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Последнее, а также снижение значений коэффициентов корреляции с высокой (у ВТ) и средней (у НТ) степени значимости на фоне ЭАГТ, до средней (у ВТ) и слабой (у НТ) степени значимости на фоне ЦАГТ, указало на приближение реакции организма больных к таковым у здоровых ВТ(НТ) лиц соответствующего темперамента.

**Заключение.** Периоды МБ сочетались с повышением ОДПК и снижением резистентности Эр к осмотическому шоку у здоровых лиц и пациентов. В отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ ОДПК и резистентность Эр до после МБ были такие же, как у здоровых лиц соответствующего темперамента. Отсюда, ЦАГТ - более эффективный вариант.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ ГЛЮКОЗЫ, ДОЗОЙ  
МАНИНИЛА И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ  
ТЕМПЕРАМЕНТОМ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА**

<sup>1</sup>Усенко Г. А., <sup>4</sup>Усков А.В.,<sup>1</sup>Макарова Л.И., <sup>2</sup>Величко Н.П., <sup>1</sup>Махмудян Дж. А.,  
<sup>3</sup>Усенко А. Г.,<sup>4</sup>Колодин Д. Л., <sup>4</sup>Забара В. Г., <sup>1</sup>Васендин Д.В.,<sup>5</sup> Шакирова Н.А.

<sup>1</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск,  
Россия;

<sup>2</sup>Новосибирская муниципальная поликлиника №18, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия; <sup>4</sup>ФГКУ  
«№ 425 Военный клинический госпиталь» Минобороны России;

<sup>5</sup>Новосибирский гидрометеоцентр, Новосибирск. Россия

**Цель работы.** По качеству жизни и скорости сенсомоторной реакции на фоне приёма различных доз глибенкламида (Г) оценить успешность сахароснижающей терапии у больных с различным темпераментом, страдающих АГ-II и сахарным диабетом 2-го типа.

**Материал и методы исследования.** В период с 1995 по 2018 группа больных (n=5323) и здоровых (n=2635) мужчин (54,2±1,8 лет) была разделена на лиц холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) тревожностью. По месяцам года учитывали содержание сахара в крови (глюкозооксидазным методом), атмосферное давление,  $\gamma$ -фон и температуру окружающей среды. Определяли качество жизни (тест «САН»), время простой сенсомоторной реакции (ПСМР). Вычисляли  $M \pm m$  и коэффициент корреляции (r) по Пирсону. Х и С, в силу превалирования симпатического отдела ВНС, по сравнению с Ф и М, принимали АГТ, направленную на блокаду симпатикотонии, а Ф и М пациенты, по сравнению с Х и С, и ввиду превалирования ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону) – АГТ, направленную на блокаду РААС. Достигнуто целевое АД. Содержание инсулина у Х и С было ниже, чем у Ф и М.

**Результаты.** Содержание глюкозы у Х и С больных, принимавших 0,875 мг Г было выше, а качество жизни (по САН) и скорость в ПСМР ниже, чем у таких же Х и С, но принимавших 1,75 мг. У последних значения показателей были практически такие же, как у здоровых Х и С лиц. У первых корреляционная взаимосвязь с метеофакторами была высокой, а у Х и С, принимавших 1,75мг Г средней степени значимости, как и здоровых Х и С лиц, что расценили как более низкую метеолабильность. Напротив, у Ф и М, принимавших 0,875мг «М-1,75», содержание глюкозы, качество жизни (по САН) и время в ПСМР были существенно ближе к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента, по сравнению с Ф и М, принимавших дозу 1,75мг. У последних содержание глюкозы было ниже, чем у первых и у здоровых Ф и М, а корреляционная взаимосвязь между показателями и метеофакторами была высокой, что расценили как более высокую метеолабильность у Ф и М на фоне дозы 1,75мг.

**Заключение.** Таким образом, в дебюте СД2-го типа для приближения значений показателей к таковым у здоровых лиц равного темперамента, пациентам Х и С необходимо принимать 1,75 мг, а Ф и М пациентам - 0,875 мг Г.

## ГАММА-ФОН СРЕДЫ В ПЕРИОД МАГНИТНЫХ БУРЬ И УТИЛИЗАЦИЯ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТЕРАПИИ

<sup>1</sup>Усенко Г. А., <sup>4</sup>Усков А.В., <sup>1</sup>Макарова Л.И., <sup>2</sup>Величко Н.П.; <sup>1</sup>Махмудян Дж. А.,

<sup>3</sup>Усенко А. Г., <sup>4</sup>Колодин Д. Л., <sup>4</sup>Забара В. Г., <sup>1</sup>Васендин Д.В., <sup>5</sup> Шакирова Н.А.

<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup>Новосибирская муниципальная поликлиника №18, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия; <sup>4</sup>ФГКУ «№ 425 Военный клинический госпиталь» Минобороны России;

<sup>5</sup> Новосибирский гидрометеоцентр, Новосибирск, Россия

**Цель исследования.** В дни магнитных бурь (МБ) установить взаимосвязь между динамикой  $\gamma$ -фона внешней среды, потреблением и утилизацией кислорода тканями у больных АГ-II с различным темпераментом и тревожностью, принимавших эмпирический (ЭАГТ) вариант антигипертензивной терапии (АГТ) и целенаправленный (ЦАГТ) на блокаду темпераментальных особенностей организма, а также определить наиболее эффективный вариант АГТ.

**Материал и методы исследования.** В период с 1995 по 2018 группа больных (n=848) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 лет) была разделена на группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Использовали метод наложенных эпох и корреляционный анализ по Пирсону (r). Учитывали дни МБ и  $\gamma$ -фон внешней среды. Определяли потребление кислорода (ПО<sub>2</sub>) и коэффициент использования кислорода тканями (КУКТ,%). Одни группы ВТ(НТ) больных принимали АГТ, целенаправленную (ЦАГТ) на блокаду симпатикотонии у Х и С пациентов, а у Ф и М больных, ввиду превалирования ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону)- ЦАГТ, направленную на блокаду РААС. Другие ВТ (НТ) группы соответствующего темперамента - эмпирическую АГТ (ЭАГТ).

**Результаты.** В период МБ с повышением  $\gamma$ -фона среды (в границах нормы) у здоровых ВТ(НТ) лиц и пациентов установлено повышение уровня ПО<sub>2</sub> и снижение КУКТ (%). Изменение значений показателей у ВТ(НТ)Х наблюдалось за сутки, у ВТ(НТ)С в 1-й день МБ, а у ВТ(НТ)Ф и М на 2-й день от начала МБ. На фоне ЭАГТ возвращение к исходным значениям в ряду Х-С-Ф-М отмечено на +4-+5-+6-+7 сутки, на фоне ЦАГТ на сутки раньше: +3-+4-+5-+6, соответственно. В отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ значения показателей и сроки возвращения к исходным значениям были такие же, как у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Снижение значений коэффициентов корреляции с высокой (у ВТ) и средней (у НТ) степени значимости на фоне ЭАГТ, до средней (у ВТ) и слабой (у НТ) степени значимости на фоне ЦАГТ, указало на приближение адаптивных возможностей организма больных к таковым у здоровых ВТ(НТ) лиц соответствующего темперамента.

**Заключение.** Таким образом, в отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ значения ПО<sub>2</sub>, КУКТ (%) и сроки возвращения к исходным (до МБ) значениям совпали с таковыми у здоровых ВТ(НТ) лиц соответствующего темперамента. Отсюда ЦАГТ более эффективный вариант.

**МАГНИТНЫЕ БУРИ, ГАММА-ФОН СРЕДЫ И СКОРОСТЬ  
СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТЕРАПИИ**

<sup>1</sup>Усенко Г. А., <sup>4</sup>Усков А.В., <sup>1</sup>Макарова Л.И., <sup>2</sup>Величко Н.П.; <sup>1</sup>Махмудян Дж. А.,

<sup>3</sup>Усенко А. Г., <sup>4</sup>Колодин Д. Л., <sup>4</sup>Забара В. Г., <sup>1</sup>Васендин Д.В., <sup>5</sup> Шакирова Н.А.

<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск,  
Россия;

<sup>2</sup>Новосибирская муниципальная поликлиника №18, Новосибирск, Россия;

<sup>3</sup>Новосибирский госпиталь №2 ветеранов войн, Новосибирск, Россия;

<sup>4</sup>ФГКУ «№ 425 Военный клинический госпиталь» Минобороны России;

<sup>5</sup>Новосибирский гидрометеоцентр, Новосибирск, Россия

**Цель исследования.** В период магнитных бурь (МБ) установить взаимосвязь между динамикой  $\gamma$ -фона среды и скоростью простой сенсомоторной реакции (ПСМР) у больных АГ-II с различным темпераментом и тревожностью, принимающих варианты антигипертензивной терапии (АГТ) эмпирической (ЭАГТ) и целенаправленной (ЦАГТ) на блокаду психосоматических (темпераментальных) особенностей организма, **Материал и**

**методы исследования.** В период с 1995 по 2016 группа больных (n=848) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на равные группы холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Ежедневно (с 8.00-10.00) учитывали  $\gamma$ -фон среды, время простой сенсомоторной реакции (ПСМР, мсек) и депрессивность (D, балл), а также дни магнитных бурь (МБ). Использовали метод наложенных эпох. Одни группы ВТ(НТ) больных принимали эмпирическую АГТ (ЭАГТ), а другие ВТ(НТ) группы соответствующего темперамента – целенаправленную на (ЦАГТ) блокаду симпатикотонии у Х и С пациентов, а у Ф и М пациентов, ввиду превалирования ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, альдостерон), по сравнению с Х и С - на блокаду РААС.

**Результаты.** В период МБ повышался  $\gamma$ -фон среды (в границах нормы). У ВТ(НТ) пациентов и здоровых лиц соответствующего темперамента в эти дни установлено снижение скорости ПСМР и тенденция к депрессивности. У ВТ(НТ)Х сдвиги наблюдались за сутки до МБ, у ВТ(НТ)С в 1-й день МБ, а у ВТ(НТ)Ф и М – на 2-й день от начала МБ. В отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ сроки возвращения показателей к исходным до МБ значениям у ВТ(НТ) пациентов были на сутки раньше и соответствовали таковым у ВТ(НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. Значения показателей и коэффициентов корреляции у ВТ(НТ) пациентов на фоне ЦАГТ, в отличие от ЭАГТ, практически не отличались от таковых у здоровых ВТ(НТ) лиц соответствующего темперамента. У НТ сдвиги менее выражены, по сравнению с ВТ лицами соответствующего темперамента.

**Заключение.** В период МБ с повышением  $\gamma$ -фона среды в границах нормы, сочеталось снижение скорости ПСМР и тенденция к депрессивности у больных АГ-2 и здоровых лиц. На фоне ЦАГТ, в отличие от ЭАГТ, значение показателей и сроки возвращения скорости ПСМР и уровня депрессивности совпали с таковыми у здоровых лиц соответствующего темперамента. Отсюда, ЦАГТ более эффективна, по сравнению с ЭАГТ.

## ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРАМЕТРОВ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Курбанова Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент,  
Узбекистан

**Цель.** Изучить влияние на функции внешнего дыхания (ФВД) применение лозартана в комплексной терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** Нами было обследовано 28 больных в возрасте от 28 до 71 года, 17 мужчин и 11 женщин. Период наблюдения составил 2-3 месяца. Контрольная группа составила 10 больных принимавших только базисную терапию, включающую противовоспалительные, муколитические и отхаркивающие, а также общеукрепляющие лекарственные препараты. Основную группу, кроме вышеуказанных был включен препарат из группы антагониста рецепторов анготензина II – лозартан в дозе 12,5 два раза в день.

Диагноз был верифицирован с данными клинико-лабораторными и инструментальными исследованиями. Всем пациентам в начале обращения и в зависимости от обращений в течение 2-3 месяцев соответствующей терапии определяли параметры функций внешнего дыхания.

**Результаты.** У лиц с наличием обструкции дыхательных путей определяли снижением объема форсированного выдоха в 1 сек (ОФВ 1) и уменьшением соотношения ОФВ 1 к жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Тяжесть бронхиальной обструкции оценивались по отношению показателей с предполагаемой нормой. В начале исследования ОФВ 1 в обеих группах составил 61,6, а отношение ОФВ1/ЖЕЛ 81,2. В контрольной группе эти показатели выросли на 10,2%, а в основной группе на 16,6%. В большинстве случаев изменения носили смешанный обструктивно-реструктивный характер, но с отчетливым преобладанием бронхиальной обструкции. По ходу с добавлением к лечению лозартана отмечено явное увеличение проходимости бронхов различного калибра.

**Заключение.** Таким образом проведенные нами исследования показывают, что к назначению добавление препарата лозартана на фоне комплексной терапии больным ХОБЛ приводит к улучшению бронхиальной проходимости и стабилизирует прогрессирование заболевания. В связи с этим указывает в комплексной терапии ХОБЛ целесообразность включения лозартана.

## ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ БИЛИАРНЫМ ХОЛАНГИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА ТЯЖЕСТИ

Феофилактова Ю.В., Идрисова А.А., Омар А.Т., Таласпаева А.Е., Ташимова  
А.К., Каримова П.А.

НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить выживаемость пациентов с первичным билиарным холангитом (ПБХ) в зависимости от класса тяжести.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Областной клинической больницы г. Караганды за период с 2015 по февраль 2019 гг. С целью анализа историй болезни нами разработан регистр пациентов с ПБХ, который включает паспортную часть, анамнез заболевания, жизни, клинико-биохимическую, иммунологическую, морфологическую характеристику, оценку стадии, степени тяжести заболевания, эффективности терапии и выживаемость. В исследование вошли 58 пациентов с продвинутой стадией ПБХ согласно

Рекомендациям Японской исследовательской группы по гепатобилиарным заболеваниям (2012г). Критерии включения: пациенты, принимавшие УДХК не менее 12 месяцев. Средняя длительность терапии составила 29 месяцев. Степень тяжести определялась по индексу Child-Turcotte-Pugh (СТР). Эффект терапии оценивали по критериям Paris II и Rochester. 3-х месячная летальность и определение показаний для трансплантации печени оценивались по шкале MELD (Model for End-stage Liver Disease, 2016). Выживаемость пациентов рассчитывали по модели Mayo и шкале GLOBE.

**Результаты.** Анализ зарегистрированных пациентов показал, что средний возраст больных ПБХ составил 56 лет. Подавляющее число больных ПБХ были женщины – 91,4%, мужчин – 8,6%. Большинство пациентов были АМА-позитивными (73,5%). Средний балл класса тяжести по СТР составил 7 баллов. При оценке класса тяжести цирроза печени по СТР у исследованных пациентов были получены следующие результаты: класс «А» – у 55,5 %, класс «В» – 38,9%, и лишь класс «С» – 5,6% пациентов. Все пациенты принимали УДХК не менее 12 месяцев. Средняя продолжительность терапии составила 29 месяцев. По шкале GLOBE средний индекс составил 1,3. 3-х летняя выживаемость – 82,8%, 5-летняя – 74,6%, 10-летняя – 56,6%, 15-летняя – 44,1%. Показатели выживаемости у пациентов с классом тяжести «А»: 3 года- 90,2%, 5 лет- 84,37%, 10 лет- 68,6%, 15 лет- 55,5%; с классом тяжести «В»: 3 года- 75,6%, 5 лет- 65,3%, 10 лет- 44,4%, 15 лет- 32,3%; с классом тяжести «С»: 3 года- 46%, 5 лет- 25,5%, 10 лет- 3,2%, 15 лет- 0,3%.

**Заключение.** Таким образом, проведенный анализ демонстрирует, что снижение индекса выживаемости прямо пропорционально классу тяжести цирроза, и ассоциируются с достоверным увеличением смертности больных. Несмотря на то, что больше половины пациентов имели класс тяжести А на момент верификации диагноза, значимую часть составляют пациенты с классом тяжести В, что обуславливает низкие показатели выживаемости в общей группе исследуемых. Поздняя диагностика заболевания связана с несвоевременным обращением пациентов за специализированной помощью, в связи с неярко выраженной клинической симптоматикой ПБХ, отсутствием настороженности врачей первого звена.

## **РИСК ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ**

**Химатова Л.А.**

**НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан.**

**Цель.** Предположение об ассоциации субклинического гипотиреоза и депрессии было высказано еще в 1969 году P.C. Whybrow, MB, BS; A.J. Prange Jr., MD; C.R. Treadway, MD Arch Gen Psychiatry, однако с тех пор ряд отечественных и зарубежных исследований, посвящённых данной проблеме не выявили их прямой взаимосвязи. Некоторые исследования свидетельствуют о прямой корреляции субклинического гипотиреоза и депрессивных симптомов, другие же предоставляют обратные данные. В то же время, манифестация симптомов депрессии зачастую является поводом для обращения к эндокринологу больных, ранее не отмечавших патологии щитовидной железы, что может приводить к феномену гипердиагностики. Целью данного исследования является оценка риска депрессии у пациентов с субклиническим гипотиреозом.

**Материал и методы.** Обсервационное исследование, включающее 40 респондентов. Риск депрессии оценивался по шкале PHQ9, от минимального до тяжелого риска депрессивного расстройства. Пациенты были разделены на 2 группы. К 1 группе относились испытуемые с эутиреозом, ранее не страдавшие патологией щитовидной



железы (20 человек). Во вторую группу были включены пациенты с компенсированным и декомпенсированным субклиническим гипотиреозом (в количестве 14 и 6 человека соответственно). Обеим группам были предложено самостоятельное заполнение опросников PHQ9, также проводилось определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4). Правильность распределения данных была проверена при помощи критерия Шапиро – Уилка. Для сравнения групп использовался непараметрический U критерий Манна-Уитни, для проведения корреляционного анализа использовался коэффициент корреляции Спирмена. Статистический анализ проводился с применением IBM SPSS ver 22.0.

**Результаты.** В группах пациентов с субклиническим гипотиреозом и у пациентов с эутиреозом была рассчитана риска развития депрессии, составившая  $Me_1=1$   $Q_{25-75}=0,25-1,0$  и  $Me_2=1,5$   $Q_{25-75}=1,0-2,0$ . Значимых различий между уровнем риска возникновения депрессии по шкале PHQ9 также не обнаружено ( $p=0,335$ ). При сравнении риска возникновения депрессии у больных с компенсированным и декомпенсированным субклиническим гипотиреозом значимых различий также выявлено не было  $Me_1=1,5$   $Q_{25-75}=0,5-1,5$  и  $Me_2=1,5$   $Q_{25-75}=1,5-2,5$ . ( $p=0,914$ ). Однако, проведенный корреляционный анализ зависимости концентрации ТТГ и балла по данным опросника PHQ9 выявил положительную корреляционную зависимость ( $R=0.337$ ). Таким образом, выявлена умеренная положительная взаимосвязь между уровнем риска развития депрессии и значением ТТГ.

**Заключение.** По результатам исследования выявлена взаимосвязь между риском развития депрессии и повышением уровня ТТГ. Отсутствие различий показателей медиан в исследуемых группах, возможно, обусловлено ограничениями исследования в виде небольшого объема выборки исследуемых.

## АНАЛИЗ КРАТНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Худайнетова Л.А., Ефимова Л.П.

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

**Цель.** Оценить частоту госпитализаций коморбидных пациентов кардиологического профиля.

**Материалы и методы.** Была сформирована когорта-122 пациента, госпитализированных в кардиологическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница» в августе 2018г (мужчин-69, женщин-53, средний возраст- $63.2\pm 14.9$ ). Проведен ретроспективный анализ частоты госпитализаций пациентов глубиной в 4 года с 2015г по 2018г. Сформированы группы пациентов по частоте госпитализаций: 1-я группа - 1 госпитализация за 4 года, 2-я группа - с частотой госпитализаций от 2 до 4, 3-я группа - от 5 до 8, 4-я группа- от 9 и более госпитализаций. Была проведена оценка взаимосвязи частоты госпитализаций с показателем индекса коморбидности Charlson. Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики. Оценка взаимосвязи проведена с помощью корреляционного анализа по Спирмену. Для расчетов использовали пакет статистических программ Statistica 10.0.

**Результаты.** Средний индекс коморбидности в когорте пациентов на 2018г составил  $4.09\pm 2.5$ . По частоте госпитализаций пациенты распределились следующим образом 1-я группа-49 пациентов (40,16% от общего числа пациентов), 2-я группа-48 пациентов (39,34%), 3-я группа-17 пациентов (13,93%), 4-я группа- 8 пациентов (6,55%). Из них в первой группе было 24 женщины, 25 мужчин, во 2-й группе-25 женщин, 23 мужчин, в 3-й группе-7 женщин, 10 мужчин, в 4-й группе-

1 женщина, 7 мужчин. В преобладающем большинстве были пациенты 1-й и 2-й группы с наименьшей частотой госпитализаций. Среди пациентов 3-й и 4-й группы, где наибольшая частота госпитализаций, преобладали мужчины (мужчин-17, женщин-8). Средний индекс коморбидности Charlson в 1-й группе составил - 3,2, 2-й группе - 3,29, 3-й группе- 5,29, 4-й группе- 6,37. При оценке взаимосвязей госпитализаций с индексом коморбидности Charlson коэффициент корреляции Спирмена (rs) равен -1.000, связь между исследуемыми признаками - обратная, зависимость признаков статистически значима ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, при оценке взаимосвязи частоты госпитализаций с индексом коморбидности выявлена статистически значимая обратная связь между частотой госпитализаций и индексом коморбидности Charlson. Среди пациентов с наибольшим количеством госпитализаций преобладают мужчины, но для выявления достоверной прямой связи между кратностью госпитализаций и мужским полом необходимо проведение исследований с большим количеством выборки.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: ВЛИЯНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ПАЦИЕНТОВ**

**Хурса Р.В., Месникова И.Л., Еремина Н.М.**

**Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь**

**Актуальность.** Нами разработан метод определения гемодинамического фенотипа по временному ряду величин артериального давления (АД) пациента, который характеризует взаимодействие сердца и сосудов в процессе продвижения крови. Существуют 3 типа: гармонический (Н) и два дисфункциональных – диастолический (D) с чрезмерным влиянием сердца, и систолический (S) с чрезмерным влиянием сосудов, очень редкий.

**Цель.** Исследовать влияние гемодинамических фенотипов на эффективность стандартной антигипертензивной терапии у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы.** Обследованы 267 пациентов возраста 60,0 (52,0-71,0) лет с АГ 1-3 ст, риск 2-4, в т.ч. в сочетании с хроническими формами ИБС (ХИБС, у 40,1%) при длительной (не менее 3-х лет) стандартной терапии основными рекомендованными группами лекарственных средств. У каждого пациента при домашних измерениях получены не менее 20 величин АД за 2-4 нед., по которым проведено фенотипирование, изучены клинические данные, медикаментозное лечение и качество жизни (КЖ) по опроснику RAND-36 (175 чел.).

**Результаты.** Тип Н имели 58,0% пациентов, D – 40,8%, S – 1,1%. Лечение проводилось согласно тяжести заболевания, без учета фенотипа; большинство пациентов (39,3%) получали 2 антигипертензивных препарата, монотерапию (чаще всего, ингибиторами АПФ) – 33,3%, по 3 и 4 препарата – 22,8% и 4,5% соответственно. Пациенты типа Н значимо чаще достигали АДцел, чем типа D: 54,8% и 38,5% соответственно,  $p < 0,05$ . В зависимости от использования разных групп антигипертензивных средств (монотерапия и в комбинациях) частота достижения АДцел составила в типе D минимально 31,2% (блокаторы кальциевых каналов – БКК), максимально – 45,2% (бета-блокаторы – ББ) без достоверной разницы между группами средств; в типе Н – от 47,4% (БКК) до 68,2% (ББ),  $p < 0,05$ . Наличие ХИБС снижало вероятность достижения АДцел при всех типах. При АГ без ХИБС максимальная частота АДцел отмечена при Н-типе с использованием ББ (75,7%) и БКК (72,7%), при D – ББ (57,9%) и ИАПФ (42,3%). КЖ пациентов, не

достигших АДцел, было значимо ниже, чем у достигших; КЖ пациентов типа D было ниже, чем типа H, особенно в физической сфере,  $p < 0,05$ . У лиц, не достигших АДцел, наращивание интенсивности медикаментозной терапии снижало КЖ, особенно значимо при типе D – по всем параметрам.

**Заключение.** Эффективность длительного медикаментозного лечения АГ зависит от гемодинамического фенотипа пациентов: лица с типом D достоверно реже достигают АДцел, независимо от назначенных лекарственных средств и их количества, а также имеют более низкое КЖ, которое еще более ухудшается при интенсификации медикаментозной терапии. Это указывает на необходимость включения в комплексную терапию таких пациентов активных немедикаментозных методов (ЛФК и др.), а также адъювантных средств, влияющих на сосудистую жесткость, на психоэмоциональный статус и проч.

## ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕПРЯМЫХ МАРКЁРОВ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Цыганова Ю.В., Тарасова Л.В.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова»,  
Чебоксары, Россия

**Цель.** Проведение сравнительной оценки показателей чувствительности и специфичности непрямых маркёров алкогольной болезни печени (АБП).

**Материалы и методы.** Были обследованы 30 пациентов с АБП (средний возраст –  $48,3 \pm 1,97$  года), не употреблявшие алкоголь более 2 недель, и 30 относительно здоровых лиц. Подтверждение диагноза «Алкогольная болезнь печени» осуществлялось при помощи данных жалоб, анамнеза болезни и жизни (изучение длительности и количества употребляемого алкоголя), объективного осмотра (определение наличия алкогольных стигм), международных тест-опросников CAGE, AUDIT, одномерной (транзиентной) эластометрии печени (Фиброскан, Echo-Sens, Франция) и двумерной эластографии сдвиговой волной (ЭСВ) с эластометрией (Aixplorer, Supersonic Imagine, Франция). Размер эритроцитов циркулирующей крови оценивался с использованием методов кондуктометрии и гидродинамической фокусировки, уровни содержания аспарагиновой и аланиновой аминотрансфераз (АСТ, АЛТ),  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы (ГГТ) в сыворотке крови определялись кинетическими методами анализа, прямого билирубина – колориметрическим методом Ендрашика с диазореагентом, иммуноглобулинов класса А (IgA) – иммунотурбидиметрией, 2-sialo-фракции углероддефицитного трансферрина (CDT) – методом BioRad %CDT, secreted frizzled related protein-4 (SFRP4) – иммуноферментным анализом. Коэффициент де Ритиса рассчитывался как отношение АСТ/АЛТ.

**Результаты.** При сравнительной оценке диагностической эффективности непрямых маркёров АБП наиболее высокие показатели чувствительности были выявлены у АСТ (80%), IgA и SFRP4 (по 70%), специфичности – у коэффициента де Ритиса (93,3%) и ГГТ (80%). Наименьшие чувствительности по сравнению с исследуемыми тестами продемонстрировали уровни CDT (6,7%) и размер эритроцитов (43,3%), специфичности – CDT (6,67%) и прямого билирубина сыворотки крови (40%).

**Заключение.** Маркёры с наиболее высокими показателями диагностической эффективности имеют первостепенное значение в клинической практике для использования с целью ранней диагностики АБП.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ -21 У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шалыгина А.А., Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М., Шерьязданова Д.Н.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить уровень фактора роста фибробластов-21(FGF21) в зависимости от наличия метаболического синдрома у амбулаторных пациентов.

**Материал и методы.** Проведено исследование среди прикрепленного населения поликлиники №1 города Караганды. Методом случайной выборки в исследование были включены лица в возрасте от 18 до 65 лет, имеющие признаки метаболического синдрома, согласно диагностическим критериям Международной диабетической федерации (IDF, 2009). Группу контроля составили лица, не имеющие метаболического синдрома. В исследование не были включены беременные женщины, лица с психическими заболеваниями, с признаками недостаточности функций внутренних органов. Все обследования пациентам проводились после подписания ими информированного согласия. С целью выявления критериев метаболического синдрома, пациентам проводилось измерение окружности талии, измерение артериального давления, измерение уровня глюкозы в крови, определение уровня триглицеридов и липопротеидов высокой плотности в крови. Уровень фактора роста фибробластов-21 определялся с помощью мультиплексного иммуноферментного анализа с использованием метаболической панели Bio-Plex Pro RBM Human Metab Panel 2. Оценка показателя в группах проводилась по статистическому критерию Манна-Уитни. Достоверность различий устанавливалась при  $p < 0,05$ .

В группу исследования был включен 101 человек с метаболическим синдромом, из них 29 (28,7%) женщин и 72 (71,3%) мужчин. Медиана по возрасту в группе с метаболическим синдромом составила (Me=57 лет) ( $Q_{25-75}$ =52-60лет). В группу контроля был включен 41 человек. Мужчины составили 15 человек (36,6%), женщины - 26 человек (63,4%). Медиана по возрасту в группе контроля составила Me=32 года ( $Q_{25-75}$ =29-47лет).

**Результаты.** Результаты исследования показали, что медиана по уровню фактора роста фибробластов-21 в группе с метаболическим синдромом составила: Me=170,45 ( $Q_{25-75}$ =86,25-328,18). Медиана по уровню фактора роста фибробластов-21 в группе контроля составила Me=112,53 ( $Q_{25-75}$ =32,85-215,09), уровень значимости составил  $p = 0,033$ . По результатам нашего исследования, фактор роста фибробластов-21 достоверно был повышен в группе пациентов, имеющих дислипидемию как составляющую метаболического синдрома, в то время как при наличии у пациентов сахарного диабета, значимых различий найдено не было. Также не обнаружены и возрастные различия.

**Заключение.** По результатам исследования, имеет место повышение уровня фактора роста фибробластов-21 (FGF21) в крови у пациентов с метаболическим синдромом. Повышенная экспрессия фактора роста фибробластов-21 указывает на запуск репаративных механизмов в ответ на повреждение эндотелия, отражая наличие эндотелиальной дисфункции, включение компенсаторных возможностей в организме человека при развитии метаболического синдрома.

## ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Шалыгина А.А., Серикова А.С., Айткен А.С., Шаймерденов Ш.Д.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан

**Цель.** Оценить приверженность к лечению у лиц с хроническими заболеваниями: артериальной гипертензией и ревматоидным артритом.

**Материал и методы.** Проведено исследование среди прикрепленного населения поликлиники №1 города Караганды. В исследование были включены лица в возрасте от 18 до 65 лет. Одну группу исследования составили лица с верифицированным диагнозом ревматоидный артрит, согласно критериям Американской коллегии ревматологов (2009). Вторую группу составили сопоставимые по полу, возрасту и длительности заболевания лица, имеющие в анамнезе артериальную гипертензию. Все пациенты были обеспечены лекарственными препаратами согласно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), а также проинформированы о необходимости регулярного приема медикаментозных препаратов за год до начала исследования. В исследование не допускались лица, коморбидные по данным патологиям. Критериями исключения явились беременность, наличие психических заболеваний, принадлежность к уязвимым группам. Оценка приверженности к лечению проводилась согласно опроснику комплаентности Мориски-Грин-4. В каждую группу было включено по 22 человека, с равным распределением по полу (по 11 женщин и 11 мужчин в каждой группе). Средний возраст респондентов составил 46 лет ( $\pm 11$  лет).

**Результаты.** Результаты исследования показали, что среди респондентов, имеющих в анамнезе артериальную гипертензию, приверженных к лечению (4 балла по шкале Мориски-Грин) было 9,09%, в то время как респонденты с ревматоидным артритом демонстрировали более высокую приверженность к лечению - 27,2%. Лиц, относящихся к категории недостаточно приверженных (3 балла по шкале Мориски-Грин) в обеих группах было равное количество (по 22%). Значительные различия были обнаружены в группах при сравнении по критерию «не привержен к лечению» (2 и менее баллов по шкале Мориски-Грин). Среди пациентов с ревматоидным артритом не приверженных к лечению оказалось 49,94%, в то время как в группе с артериальной гипертензией, не приверженных к лечению было 68,1%. Следует отметить, что количество респондентов, набравших ноль баллов по шкале Мориски-Грин, было выше также в группе с артериальной гипертензией. В обеих исследуемых группах приверженность к лечению увеличивалась в соответствии с возрастом респондентов, достигая максимальных показателей в возрастной группе 52 года ( $\pm 1$  год). Гендерных различий в степени приверженности обнаружено не было. Более высокую комплаентность к терапии пациентов с ревматоидным артритом можно объяснить стремлением к уменьшению болевых ощущений посредством соблюдения рекомендаций врача. Также можно отметить тот факт, что более высокая комплаентность отмечается при отсутствии необходимости ежедневного приема лекарственных препаратов.

**Заключение.** Данное исследование показало, что, несмотря на, информированность пациентов и стабильное обеспечение лекарственными препаратами, степень комплаентности остается низкой.

## **УРОВЕНЬ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

**Шеръязданова Д.Н., Ларюшина Е.М., Муравлева Л.Е., Нильдибаева Ф.У.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель исследования.** Инсулинорезистентность традиционно ассоциируют с сахарным диабетом 2 типа, однако феномен инсулинорезистентности остается недостаточно изученным при сахарном диабете 2 типа на фоне остро развившихся кардиоваскулярных событий. Целью исследования явилось изучение индекса инсулинорезистентности НОМА-IR у пациентов с различной степенью нарушения углеводного обмена и острыми кардиоваскулярными событиями.

**Материал и методы.** Дизайн исследования - обсервационное исследование типа «случай-контроль». В исследование включены пациенты с острым инфарктом миокарда (первые сутки от момента развития), а также пациенты, состоящие на диспансерном учете в поликлинике по поводу таких традиционных факторов риска кардиоваскулярных событий как артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, гипергликемия. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1C): группа 1: нормогликемия (HbA1C  $\leq$ 5,7%); группа 2: сахарный диабет 2 типа (HbA1C  $\geq$ 6,5%). В обеих исследуемых группах было проведено измерение уровня прандиарного инсулина и глюкозы крови, произведен расчет индекса инсулинорезистентности (НОМА-IR). Сравнение значений показателей в исследуемых группах проводилось при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни, расчет шансов наступления кардиоваскулярного события в зависимости от индекса инсулинорезистентности проводился через совместное распределение вероятностей двух бинарных случайных величин. Достоверность различий устанавливалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В исследовании приняли участие 124 человека, из них 49% мужчин и 51% женщин. В группу 1 вошли 14 пациентов с кардиоваскулярными событиями (КВС) и 38 пациентов без КВС. Медиана НОМА-IR в группе 1 составила: у лиц без КВС: Me=1,57 (Q<sub>25-75</sub>=0,89-2,77) у пациентов с КВС: Me=3,30 (Q<sub>25-27</sub>=1,43-11,12), соответственно, уровень значимости  $p < 0,001$ . Во второй группе находились 28 пациентов с сахарным диабетом и КВС и 34 пациента с сахарным диабетом 2 типа без КВС. Медианы НОМА-IR в группе 2 составила: у пациентов без КВС - Me=5,58 (Q<sub>25-27</sub>=1,49-6,96) у пациентов с КВС - Me=8,01 (Q<sub>25-75</sub>=5,05-13,32), соответственно, уровень значимости  $p = 0,024$ . Оценивая индекс инсулинорезистентности, было выявлено, что у пациентов с НОМА-IR  $> 2,7$ , что соответствует наличию инсулинорезистентности, шансы наступления КВС были в 2,84 раза выше, чем у пациентов с нормальной чувствительностью к инсулину OR=2,84 [95%CI 1,79-4,55].

**Заключение.** Повышение индекса инсулинорезистентности НОМА-IR связано с увеличением шансов наступления КВС как при нормальном уровне глюкозы крови, так и среди пациентов с установленным сахарным диабетом 2 типа. Полученные данные определяют значимость проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных, прежде всего, на снижение инсулинорезистентности, в уменьшении риска развития не фатальных КВС.

## **ТРЕХЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ИНФАРКТНОЙ СЛУЖБЫ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ (2016-2018 гг.)**

**Шестов Д.В., Самочатов Д.Н., Кошкина Е.В.  
ГБУЗ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия**

**Цель.** Оценка динамики различных показателей работы круглосуточной рентгенохирургической службы при оказании помощи пациентам с ОКС.

**Материалы и методы.** Выполнена ретроспективная оценка различных показателей работы отделения РХМДЛ при оказании помощи пациентам с ОКС: общее количество пациентов с ОКС, которым выполнена коронарография, количество ЧКВ при различных видах ОКС, количество ЧКВ со стентированием одной, двух и трех коронарных артерий (КА), количество пациентов с коронарными артериями без стенозов >50%, в том числе с подтвержденным инфарктом миокарда.

**Результаты.** За 2016-2018 гг. через отделение РХМДЛ прошел 4301 (2016 – 1182, 2017 – 1464, 2018 – 1655) пациент с ОКС (из них женщин 1788 - 41,6%, мужчин 2513 - 58,4%), которым выполнено 2599 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ): в 2016 г - 730 ЧКВ, в 2017 г. - 883 ЧКВ, в 2018 г. - 986 ЧКВ. При инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в 2016 г выполнено 308 ЧКВ, в 2017 г - 333, в 2018 – 391 (всего 1032). При инфаркте миокарда без подъема сегмента ST в 2016 г выполнено 253 ЧКВ, в 2017 г - 379, в 2018 г - 391 (всего 1023). При нестабильной стенокардии в 2016 г выполнено 169 ЧКВ, в 2017 г. - 171, в 2018 г. - 107 (всего 447). Стентирование одной КА выполнено в 2157 случаях (2016 – 604, 82,7%; 2017 – 724, 81,9%; 2018 – 829, 84%), двух КА - в 258 случаях (2016 – 74, 10,1%; 2017 – 89, 6%; 2018 – 95, 9,6%), трех КА - в 31 случае (2016 – 8, 1%; 2017 – 13, 1,5%; 2018 – 10, 1%). Стентирование ствола ЛКА выполнено в 41 случае (2016 – 15, 2017 – 11, 2018 – 15), из них один - при защищенном СЛКА. У 954 (22,1%) пациентов выявлены коронарные артерии без стенозов >50% (2016 – 199, 16,8%; 2017 – 338, 23%; 2018 – 419, 25,3%), из них инфаркт миокарда подтвержден у 48 (5%) пациентов (2016 – 15, 7,5%; 2017 – 24, 7,1%, 2018 – 10, 2,3%).

**Выводы.** Отмечается рост общего числа обследованных и пролеченных пациентов, на фоне чего сохраняется доля в ~1% ЧКВ со стентированием ствола ЛКА и трехсосудистых ЧКВ, при смешанной динамике доли двухсосудистых ЧКВ (снижение на 4% в 2017 г, и рост на 3,6% в 2018 г, что может быть связано с изменением объема доступных расходных материалов). При этом в 2018 г отмечено снижение на 10% доли ЧКВ при нестабильной стенокардии (за счет роста числа плановых процедур). Отмечается рост абсолютного и относительного числа пациентов с коронарными артериями без значимых стенозов, при некотором снижении среди них доли пациентов с инфарктом миокарда.

## **ДАННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА, СОСУДОВ И ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ- ВETERANOV**

**Шмойлова А.С., Вялова М.О., Персашвили Д.Г., Шварц Е.Ю.  
Саратовский государственный университет им. В.И.Разумовского,  
Саратов, Россия**

**Цель.** Проанализировать данные ультразвукового исследования сердца и сосудов во взаимосвязи с изменением артериального давления до и после тренировки у спортсменов-ветеранов.

**Материалы и методы.** У 302 конкурентоспособных спортсменов в возрасте от 40 до 72 лет проводилось анкетирование для выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, измерялось артериальное давление в положении стоя в покое (до начала разминки) и непосредственно после спортивной нагрузки, учитывался установленный ранее врачом диагноз «артериальная гипертензия». Случайным образом выделено 67 лиц, у которых выполнялось ультразвуковое исследование сердца и сосудов шеи.

**Результаты.** У 48% из всех обследованных имели сАД выше 139 мм рт. ст. и 42% - дАД выше 89 мм рт. ст. до начала разминки. После тренировочной нагрузки

повышенное сАД регистрировалось у 39%, а повышенное дАД – у 36% спортсменов-ветеранов.

По данным УЗИ в среднем размеры камер сердца и диаметр сосудов шеи находились в пределах нормы. Гипертрофия миокарда левого желудочка встречалась у 48%, а диастолическая дисфункция - у 61%. Эти отклонения были в начальных стадиях практически у всех обследуемых. Большинство пациентов с гипертрофией ЛЖ и диастолической дисфункцией имели диагноз АГ (81% и 92%). У 80% комплекс интима-медиа (КИМ) был в пределах нормы.

Повышенные значения дАД после тренировки ассоциировались с большей встречаемостью диастолической дисфункции, гипертрофии миокарда левого желудочка, относительно повышенными ИММЛЖ и размерами предсердий и КИМ слева. Так, у лиц с дАД выше 89 мм рт.ст. ГМЛЖ встречалась в 46,6%, ДД – в 66,6 %, а КИМ в среднем составлял 1,0, в то время как у лиц с дАД менее 89 мм рт. ст. соответственно: 34,8% и 42,11 %.

**Заключение.** У активно тренирующихся спортсменов-ветеранов повышенное дАД в ранний восстановительный период в большей мере ассоциируется с наличием маркеров повышенного риска кардиоваскулярных осложнений по данным УЗИ сердца и сосудов.

### **АССОЦИАЦИЯ РИСКА ДЕПРЕССИИ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

**Щербатаев Ш.К., Бутюгина М.Н., Васильева Н.В., Кабиева А.К., Гизатова З.Н.  
НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда, Казахстан**

**Цель.** Изучить ассоциацию степени риска депрессии с индексом массы тела.

**Материал и методы.** Проведено поперечное кросс-секционное скрининговое исследование 278 лиц из прикрепленного к поликлиникам населения г. Караганды. Всем респондентам были проведены антропометрические исследования. Расчет индекса массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>) рассчитывался по формуле Кетле в соответствии с рекомендациями ВОЗ. ИМТ 16 и менее свидетельствует о выраженном дефиците массы тела, 16 - 18,5 - недостаточной (дефицит) массе тела, 18,5-24,99 - нормальная масса тела, 25-30 - избыточная масса тела, 30 и выше - ожирение.

Оценка наличия тяжести депрессии проводилась по валидированному опроснику - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9). Риск депрессии оценивался по сумме баллов. В соответствии с градациями риска депрессии было сформировано 5 исследуемых групп: 0-4 балла – нет депрессии (1), 5-9 баллов - мягкая депрессии (2), 10-14 баллов - умеренная депрессия (3), 15-19 баллов - средняя депрессия (4), 20-27 баллов - тяжелая депрессия (5). Суммы в 5, 10, 15, и 20 баллов расценивались как границы для легкой, умеренной, средней тяжести и тяжелой депрессии соответственно.

Для проверки равенства средних нескольких выборок был применен Критерий Краскела-Уоллиса. Уровень достоверности различий принимался при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Из обследованных 278 респондентов в возрасте от 22 до 64 лет: 130 мужчин и 148 женщин. Большая часть опрошенных не имела депрессии или имела мягкую и умеренную степень депрессии. Так, симптомов депрессии не имели 169 человек, мягкая депрессия выявлена у 72 человек, умеренная депрессия – у 27 человек, средней степени тяжести – у 7 человек, тяжелая депрессия – лишь у 3 человек.

Медиана ИМТ в первой группе составила  $Me=26,87$  ( $Q_{25}/Q_{75}=23,71-29,91$ ), во второй группе -  $Me=29,72$  ( $Q_{25}/Q_{75}=26,29-33,63$ ), в третьей -  $Me=27,54$  ( $Q_{25}/Q_{75}=24,66-32,18$ ), в четвертой -  $Me=27,20$  ( $Q_{25}/Q_{75}=24,61-31,83$ ), в пятой -  $Me=26,88$  ( $Q_{25}/Q_{75}=22,61-31,15$ ). Уровень достоверности различий составил  $p=0,008$ .

**Заключение.** По результатам исследований зависимости уровня депрессии от индекса массы тела не выявлено. Во всех группах присутствовали лица со различными уровнями индекса массы тела, отсутствовала привязанность уровня депрессии к индексу массы тела. Полученные данные определяют поиск других



причин, обуславливающих изменение ИМТ, а также проведение исследования с участием большего количества респондентов.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

**Юлдашев Б.А., Юлдашев Н.П., Жалилов А.О., Мадрахимов Н.К.  
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр кардиологии», Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Провести оценку динамики качества жизни (КЖ) пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) до и после процедуры стентирования при использовании различных типов имплантов (BVS-каркасы или DES-стенты).

**Материал и методы.** Было обследовано 200 больных ИБС, которым было проведено ЧКВ со стентированием различных типов стентов. Всем проводились: физикальный осмотр, клиничко-функциональные и лабораторные общеклинические исследования. Для оценки КЖ использовался международный опросник SF-36, при этом анализировались: физическое функционирование (ФФ), физическое ролевое функционирование (ФРФ), интенсивность боли (ИБ); общее здоровье (ОЗ); жизненная активность (ЖА), социальное функционирование (СФ), эмоционально-ролевое функционирование (ЭРФ) и психическое здоровье (ПЗ). Различия считались достоверными при  $p < 0,005$ .

**Результаты.** Оценка показателей КЖ выявила, что на исходном этапе у всех пациентов имелись значительные ограничения со стороны не только физического компонента здоровья [это – ФФ, ФРФ, ИБ и ОЗ], но и психологического [это – ЖА, СФ, ЭРФ и ПЗ]. При этом медиана всех показателей, за исключением ИБ, была ниже 60 баллов. Среднее количество баллов по ИБ составило  $82,73 \pm 14,05$ . Спустя 7-10 дней после проведенного ЧКВ средние значения показателей КЖ несколько улучшились. А именно, уровень ФФ увеличился на 6,1 балла; ФРФ – на 5,9 балла; ОЗ – на 18,0 баллов; ЖА – на 6,3 балла и СФ – на 0,8 балла (все  $p > 0,05$ ). При этом показатель ИБ уменьшился на 50,5 баллов ( $p = 0,000$ ). Через 6 мес. показатели КЖ также выявили положительные сдвиги в целом у всех обследуемых, однако обращала на себя внимание тенденция к стабилизации со стороны эмоционально-социального статуса пациентов. Динамика КЖ через 12 мес. после стентирования установила статистически-значимое восстановление не только физического компонента КЖ, но и психологического, что сохранялось и через 24 мес. наблюдения, при этом уровень ИБ, практически сошел на нет, по сравнению с исходными данными.

**Заключение.** Оценка динамики КЖ в зависимости от типа установленных имплантов не выявила каких-либо существенных различий, все  $p > 0,05$ . Это, в свою очередь свидетельствовало о том, что КЖ значительно улучшается после интервенционного вмешательства со стентированием независимо от типа установленных имплантов и в данном аспекте BVS-каркасы оказались сопоставимы с DES-стентами.

## СТЕНТИРОВАНИЕ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ УСТЬЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Юлдошев Н.П., Атамуратов Б.Р., Сабирова Ш.А., Юлдашев Б.А  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий (СА) у пациентов с патологической извитостью устья общей сонной артерии (ОСА).

**Материал и методы.** С января 2014 по февраль 2018 года в условиях клиники РСНПМЦК эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях (ВСА) были проведены у 40 пациентов. Из них патологическая извитость устья ОСА была выявлена у 15 (37,5%) человек (из них 10 – мужчины). Средний возраст пациентов составил  $61,3 \pm 7,7$  (от 47 до 77) лет. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было; ОНМК в анамнезе отмечали 10 (80%) больных; ПНМК - 5 (20%) пациентов. Основные методы выявления значимого стенозирования сонных артерий включали ультразвуковое доплеровское исследование и селективную ангиографию. У 8 (53,3%) пациентов для исследования зоны поражения каротидных артерий использовалась контрастная КТ-ангиография.

**Результаты.** Доступ осуществлялся во всех 15 случаях через правую общую бедренную артерию. В условиях нашей клиники не имелось технической возможности конюлировать устье левой ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд катетера нами использовался метод «баллонная поддержка». Для этого коронарный проводник 0,14мм был проведен в С/3 левой наружной СА (НСА). Через проводник был проведен баллонный катетер 3\*20мм и раздут (8атм) в просвете левой НСА. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер установлен в С/3 ОСА, выполнено стентирование левой ВСА и стент постдилатирован. Во время стентирования использовалось устройство (фильтры-ловушки Spider) защиты дистальной эмболизации артерий головного мозга. Во всех случаях (100%) использовались нитиноловые самораскрывающиеся стенты и различные устройства защиты от дистальной эмболизации.

У пациентов с патологической извитостью устья левой ОСА во всех случаях был достигнут непосредственно хороший ангиографический и клинический успех. Осложнений в виде инсульта и летальных исходов не было.

**Заключение.** Таким образом, эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью устья ОСА имеют положительные перспективы использования, безопасны и возможно, будут способствовать улучшению мер профилактики ишемического инсульта при данной патологии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ

Юлдошев Н.П., Холикулов С.Ш., Атамуратов Б.Р.,  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Коронарная фистула – это врожденная аномалия, при которой коронарная артерия (КА) впадает в камеры сердца или близлежащие сосуды, что приводит к шунтированию крови и синдрому обкрадывания. Коронарная фистула встречается с частотой 0,2–2% случаев среди всех пороков сердца.

**Материал и методы.** В условиях клиники РСНПМЦК была обследована и пролечена 1 пациентка 59 лет. Из анамнеза: в январе 2018г. перенесла острый инфаркт миокарда (ОИМ) левого желудочка (ЛЖ) без зубца Q. При поступлении предъявляла жалобы на стенокардитические боли, возникающие при умеренной физической нагрузке. Больной были проведены общеклинические исследования, в ходе которых было обнаружено, что у пациентки имеется дислипидемия IIa типа по Фредриксону; на ЭКГ признаки очаговых изменений, связанных с перенесенным ОИМ без зубца Q. Учитывая характер болей и сохраняющиеся очаговые изменения на ЭКГ, пациентке провели коронароангиографию (КАГ). По данным КАГ в правой КА выявлена фистула между правой КА и стволом легочной артерии.

**Результаты.** в устье фистулы установлен гайд-катетер. Коронарный проводник Whisper проведен до дистальных отделов коронарно-лёгочной фистулы. Далее суперселективно до уровня дистального сегмента фистулы проведён микрокатетер Headway 17 advanced. Выполнена последовательная эмболизация коронарно-лёгочной фистулы спиралями AXIUM 8mm\*20cm и AXIUM 9mm\*30cm. Проведена эмболизация микроспиралями до полного стаза контраста в коронарно-лёгочной фистуле. После проведённого лечения у пациентки отмечалось улучшение клинического состояния: увеличилась дистанция ходьбы, уменьшилась одышка и исчезли боли за грудиной.

**Заключение:** Исходя из вышеизложенного очевидно, что у пациента имелся гемодинамически значимый сброс коронарного кровотока в лёгочную артерию из русла правой венечной артерии, что приводило к возникновению синдрома обкрадывания и было причиной возникновения ОИМ по задней стенке ЛЖ. Проведенная эндоваскулярная эмболизация коронарных фистул с помощью спиралей оказала высокоэффективный клинический эффект и явилась безопасным методом лечения в данном конкретном случае.

## **ПРИМЕНЕНИЕ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Юлдошев Н.П., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р., Мадрахимов Н.К.**

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский  
центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучить ближайшие и отдаленные результаты баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей у пациентов с СДС.

**Материал и методы.** С 2016 по 2018гг было выполнено 16 эндоваскулярных вмешательств (ЭВВ) с ишемическим или нейро-ишемическим вариантом СДС. Из 16 человек – 10 были мужчины и 6 – женщины. Возрастная категория больных составила от 44 до 77 лет. Все пациенты длительное время страдали сахарным диабетом (СД). Уровень глюкозы крови варьировал от 6.8 до 17.2 ммоль/л; уровень мочевины – от 7.0 до 18.0 ммоль/л и креатинина от 112.0 до 220.0 ммоль/л. Показанием для выполнения ЭВВ являлось наличие гемодинамически значимого стеноза ( $\geq 60\%$ ) или окклюзии артерий бедренно-подколенного сегмента и наличие магистрального кровотока хотя бы в одной из берцовых артерий. Степень хронической ишемии конечности оценивали по классификации Фонтейна-Покровского-Кошкина. Для оценки результатов ангиопластики использовали чрескожное определение сатурации кислорода в нижних конечностях до и после (через 3, 6 и 12 месяцев) вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов отмечалось поражение артерий голени от диффузного (без гемодинамически значимых стенозов) до окклюзии. Непосредственный ангиографический успех отмечался у всех 16 (100%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде отмечалось повышение сатурации кислорода в конечности в среднем на 14%; при повторных визитах у 12 (75%) пациентов сохранялась более высокая сатурация кислорода по сравнению с исходной – в среднем  $7\pm 2$ ; у 2 (12%) пациентов через 6 месяцев после вмешательства этот показатель вернулся к исходному значению; у 2 (12%) больных было выявлено снижение этого показателя.

**Заключение.** Одной из причиной развития критической ишемии у пациентов с СДС является поражение артерий бедренно-подколенного сегмента. Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей при СДС в описываемых нами случаях было оправдано, что позволило сохранить анатомическую целостность конечности и обеспечило возможность, в случае необходимости, повторного эндоваскулярного вмешательства.

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**Юсупов Д.М., Камилова У.К.**

**Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Фергана, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Оценить показатели эндотелиальной функции у больных инфарктом миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** Обследованы 85 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст  $46,5\pm 7,1$  лет). Для изучения функции эндотелия были определены эндотелин-1, экспрессия NO синтазы по уровню метаболитов NO (NO<sub>2</sub>-NO<sub>3</sub>), уровень нитрит редуктазы – iNOS. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал, что у больных ИМ отмечалось повышение уровня эндотелина-1 составил  $8,7\pm 1,13$  пг/мл, превышая показатели контрольной группы на против  $3,4\pm 0,56$  пг/мл контрольной группы). Повышение уровня эндотелина-1 сопровождалось снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствует снижение eNOS на 22,4% у обследованных больных ИМ, сопровождающиеся уменьшением метаболитов NO по сравнению с данными контрольной группы ( $P < 0,05$ ). При этом уровень нитрит редуктазы – iNOS увеличился у больных ИМ в 3,8 раз по отношению показателя контрольной группы. Анализ показателя эндотелин-1 у обследованных больных выявил, что у больных осложненным ИМ уровень данного показателя достоверно превышал показатели больных без осложнений в 1,8 раз. Изучение корреляционной связи выявил, что между показателями эндотелин-1 и eNOS имелась отрицательная корреляционная связь высокой степени ( $r = -0,81$ ).

**Заключение.** Таким образом, оценка показателей эндотелиальной функция у больных ИМ характеризовалась увеличением уровня эндотелина-1, которая сопровождалось снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствуют уменьшение метаболитов NO (NO<sub>2</sub>-NO<sub>3</sub>) и увеличение нитрит редуктазы.

# НАУЧНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ГЛОБАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИМАТА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Яковлев М.Ю.<sup>1, 2</sup>, Бобровницкий И.П.<sup>2</sup>, Бадалов Н.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

<sup>2</sup>ФГБУ «Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью» Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Следует отметить, что глобальные изменения климата выражаются, прежде всего, в повышении среднегодовой температуры поверхности Земли. Если считать с начала XX века, то данный показатель вырос на 0,74 °С, причем наибольший прирост приходится на период после 1980 года. В 2007 году Межправительственная группа экспертов по изменению климата (МГЭИК) вновь подтвердила, что изменение климата является реальностью, и что антропогенное потепление оказало заметное влияние на многие физические и биологические системы. Вследствие того, что человечество не сумело снизить эмиссии парниковых газов, в следующие 20-25 лет ожидается дальнейший рост приведенных выше показателей температуры от 0,2°С до 0,4°С. В Четвертом оценочном докладе МГЭИК отмечено, что воздействия меняющегося климата будут различны в разных регионах. Особенно уязвимы к этому воздействию будут Арктика, Африка (регион Сахары), небольшие острова, азиатские мегадельты.

**Цель.** Оценка влияния погодных и гелиогеофизических факторов на организм человека и последующую профилактику проявления метеочувствительности путем использования персонализированного подхода.

**Материал и методы.** Было проведено обследование с участием 168 пациентов с заболеваниями системы кровообращения, проходивших санаторно-курортное лечение на клинической базе (санаторий «Аксаковские Зори»). При опросе 160 из 168 человек (95%) отмечено влияние погодных факторов на их психо-физиологическое состояние.

**Результаты.** В большинстве случаев (76,8%, 129 человек) метеозависимость проявлялась в виде общего ухудшения самочувствия пациентов. Вместе с тем влияние погодных условий на активность и на настроение пациентов выявлялось достоверно реже: в 58,3% (98 человек) и в 57,7% (97 человек) ( $p < 0,05$ ; по Z-критерию). При физиологическом обследовании наиболее частыми признаками проявления метеочувствительности были следующие: повышение АД - 67,8% (114 человек), головная боль - 41,6% (70 человек), нарушение сна - 47% (79 человек), боли в суставах и мышцах - 43,4% (73 человека).

В результате проведенного корреляционного анализа метеорологических и функциональных показателей показано, что повышенное АД имело достоверную связь с увеличением атмосферного давления ( $r=0,412$ ,  $p < 0,05$ ; анализ производили с расчетом коэффициента корреляции по Спирмену, т.к. выборка не подчиняется нормальному закону распределения ( $p < 0,05$ , по критерию Колмогорова-Смирнова)).

**Заключение.** Становится очевидным, что действия по дальнейшему изучению климатических изменений должны основываться на научно обоснованной оценке рисков, которая позволит заблаговременно принять меры по их уменьшению или предотвращению, повышению защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от воздействия изменений климата. При этом снижение существующего уровня неопределенности оценок будущих изменений климата и их последствий для Российской Федерации остается неизменным приоритетом климатических исследований, поддерживаемых государством. Соответственно,

одной из основных задач государственной политики в отношении изучения влияния глобальных изменений климата на территории Российской Федерации является укрепление и развитие информационной и научной основы в области изучения последствий глобального изменения климата, включая всемерное усиление научно-технического и технологического потенциала, обеспечивающего максимальную полноту и достоверность информации о состоянии климатической системы, воздействиях на климат, его происходящих и будущих изменениях и их последствиях.