

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Всероссийское научное общество кардиологов
Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава
Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины Росздрава



РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

**ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
К ВЫСОКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральный спонсор:

Главные спонсоры:

Мерк Шарп и Доум

АстраЗенека

KRKA

Лаборатории Сервье

Шварц Фарма АГ

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2006, т. 5, № 6

Москва 2006

изменения и нарушения липидного обмена, что может свидетельствовать о более агрессивном течении атеросклероза.

0234 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ МЕРА СИНХРОНИЗОВАННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ

Гриднев В.И., Пономаренко В.И., Прохоров М.Д., Киселев А.Р., Бодров М.Б., Караваев А.С., Безручко Б.П., Посенкова О.М., Струнина А.Н., Шевченко О.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский госуниверситет, кафедра динамического моделирования и биомедицинской инженерии, Саратов, Россия; Саратовский филиал института радиотехники и электроники РАН, Саратов, Россия

Для живых организмов характерно существование различных сложных ритмических процессов, многие из которых взаимодействуют между собой. Ярким примером такого взаимодействия между различными физиологическими ритмами является функционирование сердечно-сосудистой системы (ССС). Колебательными процессами, определяющими ее динамику, в частности являются процесс с частотой дыхания (у человека ~0.25 Гц), и процесс, связанный с центральными механизмами вегетативной регуляции ССС (частота ~0.1 Гц). Фазовая синхронизация между этими процессами является важным регуляторным фактором, а степень синхронизованности может отражать состояние взаимодействующих систем и силу взаимодействия между ними.

Нами предложен метод количественной оценки степени фазовой синхронизации по экспериментальным временным рядам, применимый для исследования этих систем.

Математически строго понятие фазы можно ввести только для гармонических (синусоидальных) сигналов. Для любых периодических сигналов значение фазы в любой момент времени характеризует пройденную к этому моменту долю периода колебаний системы. Для непериодических сигналов (каковыми в общем случае являются ритмы ССС) строго определить понятие фазы затруднительно. В нашей работе исследуемые сигналы подвергались преобразованию Гильберта, которое в некотором смысле «пытается сделать их как можно более похожими на гармонические», что облегчает процедуру «выделения» фаз сигналов. Если на некотором временном интервале для фаз ϕ_i и ϕ_j выделенных из анализируемых сигналов выполняется соотношение $\phi_i - \phi_j = 2\pi n$, где n и m — целые числа, а C — константа, то на этом интервале констатируется наличие фазовой синхронизации порядка $n:m$. Нами предложена мера синхронизованности сигналов — «суммарный процент фазовой синхронизации» — представляющая собой сумму длин временных интервалов, на которых наблюдалась фазовая синхронизация всевозможных порядков, выраженной в процентах относительно длины анализируемых рядов.

Выводы. В работе была предложена методика оценки степени синхронизованности взаимодействующих систем, в основе которой лежит расчет предложенной авторами численной меры синхронизованности. Разработана компьютерная программа, реализующая предложенный подход. Ведется работа по внедрению предложенного метода в медицинскую диагностику для анализа взаимодействия ритмов ССС.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (грант №05-02-16305), программы РАН «Фундаментальные науки — медицине» и Фонда некоммерческих программ «Династия».

0235 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В., Губич С.Г., Шаргина С.С.

Государственная Медицинская Академия, Кардиологический санаторий «Енисей» Красноярск, Россия

Цель. Оценка эффективности систематических физических тренировок, частоты основных коронарных событий и качества жизни у больных ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) с различными видами реваскуляризации коронарных артерий.

Методы исследования. В исследование было включено 141 больных перенесших ОИМ, мужского пола, возрастом 54,2±2,7 года. Группу №1 (n=50) составили пациенты с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий, группа №2 (n=47) — пациенты с ОИМ и реваскуляризацией коронарных артерий (ЧТКА, стентирование), группу №3 (n=44) — пациенты с ОИМ и медикаментозной реваскуляризацией коронарных артерий. Больные прошли курс физической реабилитации по программе длительных дозированных физических тренировок, в том числе в домашних условиях. Оценка качества жизни проводилась по опроснику «Качество жизни» разработанному проф. Ароновым Д.М. и проф. Зайцевым В.П., 2002г. и определялась в баллах.

Полученные результаты. В группах отмечался прирост нагрузки при ВЭМ: на 21,5%, 25,8% и 17,5% соответственно в конце санаторного периода и сохранялся в течение 12 месяцев. Число обострений ИБС составило в группе №1 — 40%, в группе №2 — 29,7%, в группе №3 — 38,6%. Повторный инфаркт миокарда развился в группе №1 у 14%, в группе №2 у 2,1%, в группе №3 у 9%. Показатели КЖ в начале исследования в группах не отличались ($p>0,05$) и составили — 11,00±5,3 в группе №1, — 8,4±5,2 в группе №2, — 10,8±5,44 в группе №3. Через 6 месяцев отмечался подъем качества жизни во всех группах, но достоверно больший в группе с реваскуляризацией коронарных артерий — 4,08±4,1 ($p<0,05$). В группе №1 КЖ составило — 11,6±2,4, в группе №3 — 7,09±2,31. Через 12 месяцев в группе №1 отмечается снижение качества жизни. Снижение КЖ отмечалось за счет пациентов с участвующимися ангинозными болями, повторными ИМ и частыми госпитализациями в стационар.

Выводы. Таким образом, дозированные систематические физические тренировки в совокупности с реваскуляризацией миокарда достоверно ($p<0,05$) повышают толерантность к физической нагрузке, снижают частоту развития острых коронарных событий у больных с острым инфарктом миокарда и повышают качество жизни после инвазивной реваскуляризации. У больных с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий, несмотря на активное проведение физической реабилитации в течение 12 месяцев, частота повторных коронарных событий остается достоверно высокой, а КЖ сниженным ($p<0,05$).

0236 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕОЛОГИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гринштейн Ю.И.¹, Осетрова Н.Б.¹, Макеева М.А.¹

Ивлиев С.В.¹, Сутоцкий А.С.¹, Терешонок О.Н.¹, Ланин С.Н.², Боровик О.В.³

Государственная медицинская академия,¹ Межрегиональный центр микрохирургии глаза,² Краевая клиническая больница³, Красноярск, Россия

Цель: изучить состояние интраокулярной гемодинамики и реологии крови у больных с артериальной гипертонией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 57 больных. Из них 47 — основная группа с СД 2 типа и АГ, 10 — контрольная группа-больные с гипертензивной болезнью (ГБ) без СД. Пациенты с СД разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 30 больных с СД 2 типа и АГ вследствие диабетической нефропатии (ДН): у 15 человек ДН на стадии микроальбуминурии (МАУ), у 12 на стадии протеинурии, у 3 — на стадии хронической почечной недостаточности (ХПН). Во 2-ю группу вошли 17 человек с СД 2 типа и ГБ, преимущественно II стадии с высоким риском сосудистых осложнений. С

ность крови исследована с помощью определения активности естественного прогрессивного антикоагулянта антитромбина-III и системы протеина С плазмы крови. Фибринолитический потенциал крови оценивался с помощью Хагеман — зависимого и индуцированного стрептокиназой эуглобулинового фибринолиза, расчетом индекса резерва плазминогена.

В ходе исследования выявлена острая патология в системе гемостаза у больных нестабильной стенокардией.

Показано нормализующее влияние терагерцового излучения на частоте оксида азота 240 ГГц на коагуляционные свойства крови больных нестабильной стенокардией в условиях *in vitro*. Так, происходит полное статистически достоверное восстановление антикоагулянтного и фибринолитического потенциалов крови.

0417 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО РЕЗЕРВА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельности СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Струнина А.Н., Радаева И.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Существует мнение, что 0,1Гц-колебания в вариабельности сердечного ритма (ВСР) характеризуют свойства центрального звена вегетативной регуляции сердца. Свойства вегетативной регуляции сердца проявляются полнее при адаптации к изменяющимся условиям, которые создаются в ходе функциональных проб.

Цель работы — разработка критериев выявления адаптационного резерва вегетативной регуляции сердца у практически здоровых лиц и у больных ИБС.

Материал и методы. Включены в исследование: 50 добровольцев (26 муж. и 24 жен.) без признаков сердечной патологии, возраста $20 \pm 1,5$ лет (группа А); 78 больных ИБС (муж.) с фракцией выброса (ФВ) $> 55\%$, возраста $49,5 \pm 8,5$ лет (группа В); 28 больных ИБС (муж.) с ФВ $< 50\%$, возраста $48,6 \pm 5,9$ лет (группа С).

Проводилась регистрация ритмограмм сердца при проведении проб с управляемым по частоте дыханием (период дыхания задавался от 4 до 12 сек.) и велоэргометрической (ВЭМ) пробы. Для получения частотных оценок ВСР использовался параметрический метод построения спектра. Выделялись следующие показатели ВСР: средняя ЧСС, мощность высокочастотного (HF) и низкочастотного (LF) диапазонов спектра, спектральная плотность мощности на частоте 0,1Гц. Оценивалась динамика данных показателей ВСР в ходе функциональных проб. Статистический анализ результатов осуществлялся при помощи программы «Statistica 6.1».

Результаты. У здоровых лиц выявлена высокая чувствительность 0,1Гц-компоненты спектра к дыханию периодом 10 секунд и относительная динамическая устойчивость данной спектральной компоненты к нагрузкам низкой интенсивности (25 и 50 Вт). У больных ИБС показано статистически достоверное снижение значений динамических оценок 0,1Гц-компоненты ВСР, относительно здоровых лиц, при этом наиболее низкие значения — у больных ИБС с ФВ $< 50\%$. Профиль динамики средней ЧСС и мощности HF диапазона спектра ВСР в ходе ВЭМ-пробы, динамические характеристики 0,1Гц-компоненты ВСР являются критериями выявления адаптационного резерва вегетативной регуляции сердца, которые являются более чувствительными относительно общепринятых показателей ВСР. Разработана многомерная дискриминантная модель для выявления больных ИБС с нарушенным адаптационным резервом вегетативной регуляции сердца при проведении ВЭМ-проб на основе динамических оценок спектра ВСР — маркеров высокого риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Чувствительность к дыханию периодом 10 секунд

и устойчивость к нагрузкам низкой интенсивности (25 и 50 Вт) — динамические характеристики 0,1Гц-компоненты ВСР. Показана возможность применения многомерных математических моделей для выявления больных ИБС с недостаточным адаптационным резервом вегетативной регуляции сердца.

0418 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В АССОЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ

Клестер Е.Б., Шойхет Я.Н., Головин В.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Госпиталь Ветеранов Воин, Барнаул, Россия

С целью выявления наличия сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и их влияния на течение основного, проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой, исследования ФВД 224 больных ХОБЛ, взятых по методу случайной выборки в 70-кочном общетерапевтическом отделении Госпиталя Ветеранов Воин на протяжении 2-х лет. У всех ХОБЛ была в фазе обострения.

Материалы и методы: диагностика осуществлялась по критериям GOLD пересмотра 2003 г. Среди больных ХОБЛ преобладали мужчины (159 — 70,9%), пожилого и старческого возраста (60–90 лет) — 87,5%. Среди обследованных курильщиков с индексом курящего человека более 10 было 185 человек. Средняя длительность заболевания ХОБЛ составляла $21,1 \pm 4,7$ года. Легкой степени тяжести течения ХОБЛ было — 24 (10,7%), средней — 122 (54,5%), тяжелой — 49 (21,9%), крайне тяжелой — 29 (12,9%). Наличие осложнений в виде дыхательной недостаточности I степени выявлено у 53 (23,7%), II степени — у 107 (47,8%), III степени — у 64 (28,5%) больных.

Результаты: гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 143 (63,8%) больных ХОБЛ, из них у 12 (8,4%) выявлена гипертоническая болезнь I ст, у 47 (32,9%) — II ст, у 84 (58,7%) — III стадии. ХИБС выявлена у 134 (59,8%) больных с ХОБЛ: стенокардия I функционального класса (ФК) у 13 больных (9,7%), II ФК — у 75 (55,9%), III ФК — у 46 (34,4%), ПИКС — у 33 (24,6%), сердечной недостаточности I ФК — у 20 (14,9%), II ФК — 85 (63,4%), III ФК — 29 (21,7%). Диагноз ИБС имел клиническое и анамнестическое подтверждение, а также уточнялся функциональными методами исследования, при этом стаж заболевания составлял $16,9 \pm 4,3$ лет. У больных ХОБЛ при наличии сопутствующей патологии в клинике преобладали жалобы на кашель с отделением мокроты (92,0%), одышку (87,0%), сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 32 больных. Жалобы на боли в области сердца и за грудиной стенокардитического характера отмечали 36 больных. Нестабильность ИБС клинически проявлялась нарушением ритма — у 68 больных ХОБЛ, преобладали (53,7 $\pm$ 4,6%) сочетанные нарушения ритма: наджелудочковые и желудочковые. Преимущественно наджелудочковые нарушения ритма регистрировались лишь в 31,3 $\pm$ 3,2% случаев, а желудочковые — в 18,3 $\pm$ 2,1%. Сочетанная сердечно-сосудистая патология выявлялась при среднетяжелом и тяжелом течении ХОБЛ с ДН III ст (у 32 чел.). В клинике преобладали малосимптомные и безболевые формы ИБС. Большая больных (103) имела высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы: в общетерапевтическом отделении сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы обнаруживается более чем у половины больных ХОБЛ. Отмечается взаимоотношение симптомов ведущего и сопутствующего заболеваний, с частым наличием осложнений. Сочетанная патология ХОБЛ и ИБС, особенно при наличии ХСН обуславливает более глубокие нарушения функции внешнего дыхания и гемодинамические расстройства, что ухудшает прогноз и требует особого подхода к ведению данной категории больных.

рированы 1691 пациент, которым было имплантировано 2526 стента. При этом 77 (4,6%) из них было выполнено бифуркационное стентирование стенозов коронарных артерий с имплантацией 195 стентов. Мужчин было 62 (80,5%), женщин — 15 (19,5%), средний возраст $56 \pm 4,5$ лет. Бассейн стентированных артерий: ПНА и ДВ-61 (76,2%) случаев, ОА и БВ (ВТК) — 16 (20,1%) случаев, ПКА и ЗНА — 3 (3,7%) случаев. Техника Т-стентирования применялась у 43 (55,8%) пациентов, Y-стентирования — у 4-х (5,2%) пациентов, «cush»-техника — у 14 (18,2%) пациентов. Бифуркационный стент «Frontier» (Guidant) был имплантирован в 21 (27,3%) случае. Распределение небифуркационных стентов: без лекарственного покрытия — 133 (68,2%) стента, с лекарственным покрытием — 41 (21%) стент. Всего бифуркационным стентированием завершили 67 ЧТКА и 10 реканализаций артерий.

Результаты: госпитальных осложнений отмечено не было. Летальность составила 0%. Всем пациентам в течение первого месяца проводились нагрузочные функциональные пробы, подтверждавшие исчезновение (81,8%) или снижение ФК стенокардии (18,2%). Наблюдение в отдаленном периоде проводилось 56-ти (72,7%) больным в сроки от 3-х до 12-ти месяцев. ОИМ за время наблюдения перенесли 6 (7,8%) пациентов, 3 пациента (3,9%) погибли от острого инфаркта миокарда в срок 2,5 и 7 месяцев после проведения ЧТКА. Контрольная коронарография проводилась 18-ти (23,4%) пациентам. Из них у 11-ти (61,1%) значимых препятствий кровотоку не выявлено. У 7 (38,9%) выявлен гемодинамически значимый рестеноз. При этом рестеноз устья боковой ветви был выявлен у 2-х больных, окклюзия боковой ветви у одного, истинный бифуркационный рестеноз — у 4 пациентов. В 3-х случаях была выполнена повторная баллонная ангиопластика с удовлетворительным ангиографическим результатом. Одному пациенту было выполнено АКШ, так как имелось прогрессирование атеросклероза в других артериях. Ретроспективный анализ 3-х летальных исходов в отдаленном периоде, а так же случаев рестеноза показал, что во всех случаях бифуркационное стентирование выполнялось стентами без лекарственного покрытия.

Выводы: анализ результатов стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий показал их высокую эффективность. При этом не было замечено статистически достоверной зависимости частоты рестенозов от выбора техники бифуркационного стентирования, которая определяется ангиографическим типом бифуркационного поражения. Стенты с лекарственным покрытием являлись наиболее предпочтительными для стентирования бифуркационных поражений, так как значительно уменьшают частоту рестенозов в отдаленном периоде. Применение стентов с бифуркационным дизайном «Frontier» (Guidant) позволяет добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов при стентировании истинных бифуркационных поражений.

0710 ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Струнина А.Н., Довгалецкий П.Я.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель — оценить выполнение в первичном звене медицинской помощи мероприятий выявления, профилактики и терапии артериальной гипертензии (АГ), предусмотренных Российскими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004 г.) (НР) с помощью компьютерной информационно-аналитической системы «Регистр АГ» (ИАС Регистр АГ).

Материал и методы. Анализировались данные амбулаторных карт 373 пациентов трех поликлиник г. Саратова, имеющих отметку о постановке на диспансерный учет по АГ в диапазоне

с 01.01.2000 г. по 31.12.2005 г. Среди них 156 мужчин и 217 женщин в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст в выборке составил 47 ± 11 лет). Сбор и анализ данных относительно выявления АГ, немедикаментозных методов борьбы с модифицируемыми факторами риска (МФР) и лекарственной терапии АГ осуществлялись с помощью патентованной ИАС Регистр АГ.

Результаты. Среди 373 пациентов, зарегистрированных в ИАС Регистр АГ, повышенные цифры артериального давления (АД) ($>140/90$ мм. рт.ст.) в рамках анализируемого временного диапазона выявлены у 366 пациентов. То есть, в 98% случаев в амбулаторной карте имелись документированные данные о повышении АД. Критерии диагностики АГ, предусмотренные НР, выявлены у 239 из 366 лиц с повышенным АД (68%). У 127 пациентов причинами некорректной диагностики АГ стало неоптимальное динамическое наблюдение (несоблюдение рекомендованных интервалов между визитами) у 79 пациентов (62%), отсутствие подтверждения факта повышенного АД, то есть гипердиагностика АГ у 48 пациентов (38%). Хотя бы один МФР согласно критериям НР выявлен у 162 из 239 пациентов с установленной АГ (68%). Среди 77 пациентов, у которых не определен ни один МФР, у 70 пациентов (91%) отсутствовали данные по уровню холестерина ЛПВП и ЛПНП, у 68 пациентов (88%) — отсутствовали данные по уровню триглицеридов. У 59 пациентов (78%) в амбулаторной карте отсутствовали данные о питании, у 49 пациентов (64%) отсутствовали данные о курении, у 46 пациентов (60%) — о физической активности. Среди 162 больных АГ, имеющих МФР, документированная запись о врачебных советах относительно образа жизни в амбулаторной карте присутствовала у 130 пациентов (80%), однако в 99% случаев использовалась обобщенная формулировка «дан совет относительно образа жизни». Целевое АД на фоне медикаментозной терапии АГ в течение последнего года наблюдения не поддерживалось ни у одного пациента. Среди 233 пациентов, получавших хотя бы одно гипотензивное средство, у 37 пациентов (16%) отмечалась недостаточная для оценки целевого АД длительность лечения (менее 3 месяцев), у 76 пациентов (32%) при достаточной длительности лекарственной терапии целевое АД достигнуто не было, у 142 пациентов (61%) отсутствовало оптимальное для оценки поддержания целевого АД динамическое наблюдение.

Выводы. С помощью ИАС Регистр АГ выявлены существенные недостатки лечебно-профилактической помощи больным АГ в первичном звене, причем НР не соблюдаются у большинства больных АГ. Использование ИАС Регистр АГ позволяет оперативно выявлять области лечебно-диагностической помощи больным АГ первичного звена, подлежащие совершенствованию.

0711 ОЦЕНКА ПЕРСОНАЛЬНОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Струнина А.Н.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель — провести оценку персонального риска (ПР) 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГ в первичном звене с использованием модели SCORE (2005 г.).

Материал и методы. Анализировались данные за 2005 г. из амбулаторных карт 239 пациентов трех поликлиник г. Саратова, зарегистрированных в компьютерной Internet-системе «Регистр АГ». Артериальная гипертензия (АГ) диагностировалась согласно критериям Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и терапии АГ (2004 г.) (НР). Для расчета ПР по модели SCORE использовались данные о поле, возрасте на конец 2005 г., уровне систолического артериального давления (САД) за последние 6 месяцев наблюдения 2005 г., уровне общего холестерина и статусе курения в 2005 г.

Результаты. Среди 239 больных с установленной АГ ПР вычислен у 63 пациентов (26%) (23 мужчины и 40 женщин). Медиана и интерквартильный диапазон значений ПР [Ме (25%; 75%)] составили 0,9% (0,3%; 1,8%). Наиболее многочисленная группа (16 человек – 25%) была представлена женщинами в возрасте 50–55 лет, у которых ПР составил 0,9% (0,7%; 1,2%). ПР мужчин (5 человек) этой же возрастной группы составил 2,2% (2,0%; 3,6%). Возрастная группа 55–59 лет включала 8 мужчин с ПР 7,1% (6,7%; 9,0%) и 5 женщин с ПР 1,2% (1,0%; 1,5%). При этом выборка не включала мужчин в возрасте старше 60 лет и всего 1 женщину старше 60 лет. Полученные результаты позволяют предположить, что причинами получения столь низкого уровня риска в группе больных АГ с вычисленным ПР можно считать преобладание женщин и отсутствие в выборке лиц старшей возрастной группы (старше 60 лет). Среди 176 пациентов, у которых не вычислен ПР, причины, препятствующие его определению, распределились следующим образом: у 162 больных АГ (92%) отсутствовали данные по курению за последний год наблюдения, у 84 пациентов (48%) ни разу не выполнялось исследование уровня общего холестерина крови в течение последнего года наблюдения. У 18 (10%) пациентов отсутствовали данные измерения АД за 2005 г.

Выводы. Уровень ПР, рассчитанный по модели SCORE для больных АГ, наблюдающихся в трех поликлиниках г. Саратова, соответствует низкому риску фатальных сердечно-сосудистых осложнений. При этом в группе мужчин в возрасте 55–59 лет уровень ПР был высоким. Выявленные особенности половозрастной структуры анализируемой выборки, влияющие на оценку ПР по модели SCORE, которые схожи со спецификой распределения по полу и возрасту во всей российской популяции, позволяют предположить, что оценка ПР с помощью модели SCORE может быть неадекватна ввиду особенностей половозрастной структуры российского населения.

Неполное обследование больных АГ препятствует достоверной оценке уровня фатального ПР среди амбулаторных больных АГ. По этой причине врачи первичного звена не могут использовать значения фатального риска модели SCORE для выбора правильной тактики профилактики и терапии АГ, направленной на достижение клинических целей борьбы с АГ, как требуют НР.

0712 КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Потапов В.Н., Лупач Н.М., Хлудеева Е.А., *Артюков А.А., *Лукиянов П.А.

ГОУ ВПО ВГМУ, Владивосток, Россия; *ТИБОХ ДВО РАН, Владивосток, Россия

В настоящее время установлена важная роль активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Традиционная терапия ИБС направлена на увеличение коронарного кровотока и снижение потребности миокарда в кислороде. Такой подход эффективен в профилактике приступов стенокардии, но фактически не защищает клетки от повреждения кислородными и липидными свободными радикалами. Это обосновывает необходимость изучения возможностей применения корректирующей антиоксидантной терапии у больных ИБС.

Недавно было показано, что полигидроксинафтохиноны, к которым относятся природные пигменты, содержащиеся в панцирях и иглах морских ежей, обладают высокой антиоксидантной активностью. На базе ТИБОХ ДВО РАН на основе эхинохрома "А" был разработан антиоксидантный комплекс "Тимарин". В его состав входят фосфолипиды (0,27%), свободные аминокислоты и пептиды (0,3%), углеводы (0,6%). Главное действующее начало представлено антиоксидантами эхинохромом "А" 0,35 мг/мл и аскорбиновой кислотой 3 мг/мл.

Целью работы явилось изучение оксидантного статуса у больных ИБС и возможности его коррекции.

Нами обследованы 3 группы пациентов: 1 группа– 30 здоровых лиц (контрольная группа 1), 2 группа– 30 больных ИБС, получавшие стандартную терапию, 3 группа– 30 больных ИБС (15 мужчин и 15 женщин, средний возраст 54,3 года), получавшие дополнительно к традиционной терапии антиоксидант «Тимарин» перорально в течение 3 недель. Диагноз ИБС был подтвержден клинически (стабильная стенокардия 1– 2 ФК), данными ЭхоКГ, велоэргометрии и коронарографии. Для суждения об оксидантном статусе определяли общую антиоксидантную и прооксидантную активность сыворотки крови по методике, разработанной в ТИБОХ ДВО РАН.

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты: в группе здоровых лиц среднее значение показателя антиоксидантной активности (АОА) составило $126 \pm 0,7\%$, показателя прооксидантной активности (ПроОА) – $11 \pm 0,4\%$. У больных ИБС 2 и 3 групп выявлен выраженный дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной активности. В 3 группе средний уровень антиоксидантов в сыворотке до лечения составил $109 \pm 3,3\%$, прооксидантов – $20 \pm 1,3\%$. Показатель, отражающий баланс между общим количеством прооксидантов и антиоксидантов (ПроОА/АОА) до лечения составил $0,19 \pm 0,02$. После 3-х недельного лечения средний уровень антиоксидантов в сыворотке составил $121 \pm 1,4\%$, прооксидантов – $14 \pm 0,6\%$. ПроОА/АОА после курса проведенной терапии уменьшился до $0,12 \pm 0,006$. В группе здоровых лиц этот показатель составил 0,09.

Таким образом, у больных ИБС выявлен выраженный дисбаланс ПроОА и АОА. Антиоксидантный комплекс «Тимарин» способствует улучшению антиоксидантного статуса, снижению общего количества прооксидантов и корректирует баланс между антиоксидантами и прооксидантами в сыворотке крови больных ИБС.

0713 ЭПРОСАРТАН И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Почепцова Л.В., Логачева И.В., Кривилева С.П.,
Перевозчикова О.С., Иванова И.В.

ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель: изучение влияния эпросартана (теветена) и гидрохлортиазид на показатели дисфункции эндотелия и состояние величины комплекса интима-медиа (ВИМ) у больных умеренной и тяжелой артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 19 пациентов со 2–3 степенью повышения артериального давления (АД) в возрасте от 40 до 66 лет ($52,7 \pm 8,7$). Длительность заболевания составляла $13,1 \pm 8,9$ лет. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) в группе – $180,5 \pm 10,4$, диастолического (ДАД) – $106,1 \pm 7,6$ мм рт.ст. Эпросартан назначался в стандартной дозе 600 мг один раз в сутки. В качестве базового препарата применен гидрохлортиазид (ГХТ) 12,5 мг/сут. утром. В процессе наблюдения измерялась величина комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ОСА) и оценивалась сосудодвигательная функция эндотелия плечевых артерий ультразвуковым методом (проба на эндотелийзависимую вазодилатацию) с использованием аппарата «АЛОКА-4000» (Япония). Жесткость крупных артерий (ЖКА) определялась отношением пульсового давления к ударному объему.

Результаты: антигипертензивный эффект эпросартана регистрировался с первой недели лечения. Максимальные результаты комбинированной терапии был отмечен к 24 неделе и оставался стабильным у большинства больных. САД до лечения и к 48 неделе наблюдения составлял соответственно $180,5 \pm 10,4$ и $139,5 \pm 16,4$ мм рт.ст. (САД = $-41,1 \pm 12,2$; $p < 0,0001$); ДАД = $-106,1 \pm 7,6$ и $86,9 \pm 7,7$ мм рт.ст. (ДАД = $-19,5 \pm 9,4$; $p < 0,0001$). Целевой уровень АД достигнут у 73,6% пациентов. На фоне терапии теветеном и ГХТ у 83% больных отмечено достоверное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации по сравнению с исходной. Прирост эндотелийзависимой вазодилатации пле-

0842 ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ С-РАКТИВНОГО БЕЛКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА*Струихин Г.А., Кремнева Л.В., Савчук Т.Е., Шалаев С.В.*

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью исследования являлась оценка эффективности тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в зависимости от исходного уровня и динамики нарастания С-реактивного белка (СРБ).

Материал и методы. Исследования проведены у 50 больных ИМ с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 3 часа от начала симптомов заболевания. Средний возраст пациентов составил 63,2±11,3 года. ИМ как первое проявление ИБС имелся у 42 больных, у остальных длительность ИБС составила 6,4±2,3 года. Сопутствующая артериальная гипертензия зарегистрирована у 33 (66%) лиц. Признаки сердечной недостаточности в рамках Killip I имели место у 38, Killip II – у 4, Killip III у 4 и Killip IV – у 4 больных. Тромболитическая терапия проведена всем больным, в 34 случаях использована стрептокиназа в дозе 1,5 млн ЕД, в 16 – алтеплаза в дозе 100 мг. Эффективность тромболитической терапии оценивали по динамике сегмента ST на ЭКГ. Тромболитическую терапию считали эффективной при снижении сегмента ST на ЭКГ на 70% и более от исходной элевации через 90 Минут от начала тромболиза; неэффективной, если снижение сегмента ST составляло менее 30%; неполной – при снижении сегмента ST от 30 до 70%. Уровень СРБ определяли у всех пациентов исходно, на 1, 3 сутки ИМ и при выписке (10–14 сутки) иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты. Динамика уровня СРБ у больных ИМ составила: исходно 4,2±3,43, 1 сутки – 7,3±6,38, 3 сутки – 12,5±10,21, при выписке – 7,1±6,70 мг/л (P=0,03, P=0,04, P=0,05 в сравнении с исходным соответственно). Результаты свидетельствуют о нарастании уровня СРБ к 3 суткам ИМ и снижении к периоду выписки. В результате тромболитической терапии реперфузия произошла у 15, была неполной у 20, не наступила – у 15 лиц. Динамика уровня СРБ у больных с эффективным тромблизисом составила: 2,7±2,17, 6,6±3,81 (3 сутки – нарастание в 2,4 раза), при выписке – 4,0±3,0 мг/л (P=0,02 и P=0,04 в сравнении с исходным соответственно); при неэффективном тромблизисе – 5,9±5,58, 17,6±13,05 (3 сутки – нарастание в 3,0 раза), при выписке – 10,2±7,84 мг/л (P=0,04 и P=0,08 в сравнении с исходным соответственно); при неполной реперфузии – 5,0±3,60, 14,1±9,67 (3 сутки – нарастание в 2,8 раза), при выписке – 7,9±7,29 мг/л (P=0,05 и P=0,06 в сравнении с исходным соответственно). При оценке эффективности тромболитической терапии в зависимости от динамики СРБ выявлено, что у больных с неэффективным тромблизисом в сравнении с группой пациентов с реперфузией исходные значения СРБ (5,9±5,58 и 2,7±2,17 мг/л, P=0,032), его уровень на 3 сутки ИМ (17,6±13,05 и 6,6±3,81 мг/л, P=0,029) и при выписке (7,9±7,29 и 4,0±3,0 мг/л, P=0,026) были достоверно выше, различия для пациентов с неполной реперфузией составили P=0,042, 0,062 и 0,026 исходно, на 3 сутки и при выписке соответственно.

Выводы. У больных ИМ с подъемом сегмента ST и эффективной тромболитической терапией в сравнении с пациентами без реперфузии регистрируются достоверно более низкие значения СРБ исходно, а также на 3 сутки ИМ и при выписке. Нарастание уровня СРБ к 3 суткам ИМ в 3 и более раз в сравнении с исходным ассоциируется с неэффективностью тромболитической терапии.

0843 НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ*Струнина А.Н., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посненкова О.М., Радаева И.Ю.*

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Большинство больных артериальной гипертензией (АГ) имеет в лекарственных назначениях хотя бы одну ошибку, определяемую как несоответствие между врачебным назначением и Национальными рекомендациями (НР) по лечению АГ (2004 г.). Ошибки могут быть обусловлены неправильным назначением препарата, его неадекватной дозировкой, ошибочным определением клинического статуса пациента, невыполнением пациентом схемы приема препарата и т.п.

Цель. Оценить мероприятия по медикаментозной терапии у больных АГ в первичном звене медицинской помощи с помощью компьютерной информационно-аналитической Internet-системы «Регистр АГ» (ИАС Регистр АГ).

Материал и методы. Анализировались данные амбулаторных карт пациентов, имеющие отметку о постановке на диспансерный учет по АГ, содержащие информацию, достаточную для вычисления персонального риска (ПР) 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГ (модель SCORE (2005 г.) и записи о лекарственных назначениях. Сбор и анализ данных осуществлялись с помощью патентованной ИАС Регистр АГ.

Результаты. Предложена новая методика оценки качества медикаментозной терапии у больных АГ в амбулаторно-поликлиническом звене, направленная на выполнение НР врачами и больными АГ. Для выявления ошибок в медикаментозной терапии у больных АГ разработано три клинических индикатора оценки качества медикаментозной терапии АГ, внедряемых в Internet-систему Регистр АГ: индикатор «Проверка тактики начального лечения», индикатор «Ожидаемая потребность в группе лекарственного препарата», индикатор «Правильность выбора гипотензивных препаратов у пациентов с повышенным АД, нуждающихся в медикаментозной терапии».

Индикатор «Проверка тактики начального лечения» предназначен для оценки доли пациентов с впервые установленной АГ, у которых соблюдалась тактика начального лечения в соответствии с рекомендациями по лечению АГ.

Индикатор «Ожидаемая потребность в группе лекарственного препарата» предназначен для вычисления доли лиц с повышенным АД, которым в соответствии с клиническим статусом показано применение препарата(ов) из определенной группы (–блокатор, ИАПФ, блокатор кальциевых каналов, диуретик) и выявления потребности в группе препарата среди курируемых больных АГ.

Индикатор «Правильность выбора гипотензивных препаратов у пациентов с повышенным АД, нуждающихся в медикаментозной терапии» предназначен для вычисления доли пациентов, у которых препарат(ы) (β-блокатор, ИАПФ, блокатор кальциевых каналов, диуретик) назначен правильно в соответствии с НР, и определения числа ошибок в лекарственной терапии среди больных АГ данного ЛПУ.

Заключение. Разработаны доказательные клинические индикаторы оценки качества медикаментозной терапии у больных АГ для оперативной оценки выполнения НР по АГ и выявления ошибок в первичном звене.