

ляли 23,7. Доля случаев смертности вследствие БСК по этим месяцам (при условии равного количества дней в месяцах – 30,4 день) друг от друга существенно отличалась и соответственно составляла:  $10,3 \pm 0,32\%$  в январе,  $12,1 \pm 0,34\%$  в феврале,  $9,0 \pm 0,30\%$  в марте,  $8,4 \pm 0,29\%$  в апреле,  $8,3 \pm 0,29\%$  в мае,  $6,7 \pm 0,29\%$  в июне,  $7,2 \pm 0,27\%$  в июле,  $7,6 \pm 0,28\%$  в августе,  $6,1 \pm 0,25\%$  в сентябре,  $7,2 \pm 0,27\%$  в октябре,  $8,0 \pm 0,29\%$  в ноябре и  $9,2 \pm 0,30\%$  в декабре месяцах. Распределение всех случаев смерти вследствие БСК по дням недели показало, что  $15,7 \pm 0,4\%$  случаев смерти отмечалась по понедельникам,  $14,3 \pm 0,4\%$  – по вторникам,  $14,8 \pm 0,4\%$  – по средам,  $13,4 \pm 0,4\%$  – по четвергам,  $13,9 \pm 0,4\%$  – по пятницам,  $14,7 \pm 0,4\%$  по субботам и  $13,2 \pm 0,4\%$  по воскресным дням. Максимальная величина ( $15,7 \pm 0,4\%$  по понедельникам) и минимальная величина ( $13,2 \pm 0,4\%$  по воскресным дням) друг от друга статистически значимо отличается ( $p < 0,01$ ). Это подтверждает вероятность изменчивости риска смертности по дням недели.

#### **Заключение:**

В условиях города Баку отмечается существенное вариабельность риска смертности вследствие болезней системы кровообращения по дням недели.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Чукаева И. И., Плотнокова Н. А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова

#### **Введение (цели/ задачи):**

Психозомоциональный стресс в настоящее время рассматривается, как потенциальный фактор риска в течении сердечно-сосудистых заболеваний. Продолжительный стресс может существенно изменять профиль артериального давления (АД). Цель исследования. Изучить показатели вариабельности АД у женщин репродуктивного возраста, матерей детей с тяжелыми заболеваниями.

#### **Материал и методы:**

В исследование включено 10 женщин, матерей детей с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями, сопровождающих детей на этапе стационарного лечения. Средний возраст пациентов 36,4 года (28-46 лет). Средняя длительность заболевания ребенка 9,2 месяца (2-27 месяцев). В контрольной группе 11 человек со средним возрастом 36,3 года (28-46 лет). Оценивали уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, уровень кортизола. Суточное мониторирование АД проводили с использованием прибора ABPM-02 (Meditech, Венгрия). Результаты обработаны в STATISTICA 8.

#### **Результаты:**

Уровень тревоги по HADS в основной группе составил 8 баллов (7-9), в группе контроля – 3,5 балла (3-4,75) ( $p > 0,05$ ). Уровень депрессии в основной группе – 7 баллов (6-7), в группе контроля – 2 балла (1-2,75) ( $p > 0,05$ ). Средние дневные значения САД и ДАД в основной группе: 110 (108,25-114,25) и 69 (68-74,75) мм рт.ст. В группе контроля: 118 (108-118) и 67 (66-74) мм рт.ст. ( $p > 0,05$ ). Средние ночные значения САД и ДАД в основной группе: 105 (95-106,75) и 60 (56,25-63,5)

мм рт.ст., в группе контроля: 100 (96,5-107) и 64 (54-65,75) мм рт.ст. ( $p > 0,05$ ). При анализе связей в основной группе выявлена сильная положительная корреляционная связь между продолжительностью стресса и средним суточным ДАД ( $r = 0,827$ ), продолжительностью стресса и средним ночным значением ДАД ( $r = 0,79$ ). Выявлена сильная положительная корреляционная связь между уровнем кортизола и величиной суточной вариабельности САД ( $r = 0,898$ ).

#### **Заключение:**

Полученные результаты могут свидетельствовать о нарушении вариабельности АД у женщин, подверженных длительно-му психоэмоциональному стрессу.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ВИСФАТИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 С ТОЛЩИНОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С И БЕЗ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ**

Андреева А. А.<sup>1</sup>, Плужникова О. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, <sup>2</sup>Областной клинический специализированный диспансер радиационной защиты населения

#### **Введение (цели/ задачи):**

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний в мире и занимает первое место в структуре патологии сердечно-сосудистой системы. В последнее время растет количество больных с сочетанным течением ГБ и абдоминального ожирения (АО). Следует отметить, что распространенность ожирения составляет около 12% от всего населения нашей планеты, а это около миллиарда человек. В настоящее время известно, что жировая ткань выполняет не только энергетическую, а также и эндокринную функцию, продуцируя пептидные гормоны – адипоцитокينات. В последних исследованиях отмечается взаимосвязь между уровнями адипокинов и такими болезнями как ГБ и АО, однако гормон висфатин изучен не в полной мере. Целью исследования является изменение уровней висфатина и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови у больных гипертонической болезнью с и без АО в зависимости от толщины общей сонной артерии (ОСА).

#### **Материал и методы:**

Проведено комплексное обследование 93 больных методом случайной выборки мужского и женского пола, средний возраст которых составил ( $58 \pm 5,7$ ) лет. Пациенты распределены на 2 группы: 1 группа основная, состоящая из 65 больных ГБ в сочетании с АО, из которых – 32 мужчины (49,2%) и 33 женщины (50,8%). 2 группу сравнения составили 28 пациентов, которые имели исключительно ГБ – 15 мужчин (53,6%) и 13 женщин (46,4%) соответственно. Уровни висфатина и ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом. Уровень триглицеридов – ферментативно-фотометрическим методом. Определение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА проведено с помощью доплеровского ультразвукового исследования. Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программ MS® Excel®2013™ и STATISTICA версия 6.1.

**Результаты:**

При сравнении уровня висфатина с нормальной толщиной КИМ ОСА, было выявлено достоверное его увеличение лишь у больных ГБ с АО. Анализируя уровень висфатина с разной толщиной КИМ ОСА, достоверное увеличение данного адипоцитокина было обнаружено только при патологическом утолщении сосудистой стенки - ( $39,49 \pm 1,55$ ) нг/мл при ГБ с АО и ( $24,46 \pm 1,51$ ) нг/мл при ГБ без АО ( $p < 0,05$ ). Также была обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем висфатина и толщиной КИМ при ГБ с АО ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,05$ ) и без него ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ). При сравнении уровня ИЛ-6 с толщиной КИМ ОСА, была установлена положительная корреляционная связь между последними у больных ГБ с АО ( $r = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ). Одним из атерогенных показателей, который вызывает существенное увеличение висфатина в крови, является гипертриглицеридемия, что подтверждается обнаруженной положительной корреляционной связью между уровнем висфатина и триглицеридов у больных ГБ с АО при утолщенные КИМ ОСА ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

По данным проведенного анализа отмечается достоверное повышение уровня висфатина и ИЛ-6 при увеличении толщины КИМ ОСА у больных с ГБ в независимости от наличия АО.

**ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Ибатов А. Д.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова  
Минздрава России

**Введение (цели/ задачи):**

Цель: изучить влияние различных факторов на качество жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы:**

Обследовано 276 больных, страдающих стенокардией напряжения II-IV ФК в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст  $56,9 \pm 0,5$  лет). Больным проведено общеклиническое обследование, ЭКГ, нагрузочные пробы. Качество жизни оценивали по Сизтлскому опроснику для больных стенокардией. Для изучения влияния факторов на качество жизни использовали многофакторный дисперсионный анализ ANOVA/MANOVA статистического пакета «Statistica 5,0».

**Результаты:**

При анализе качества жизни у больных ИБС, по данным Сизтлского опросника, выявлено общее умеренное снижение качества жизни по всем анализируемым показателям, так по шкале физической активности количество баллов составило  $56,8 \pm 1,1$  (min 20; max 100), по шкале стабильности стенокардии -  $46,7 \pm 1,4$  (min 20; max 100), по шкале тяжести стенокардии -  $55,4 \pm 1,4$  (min 16,7; max 93,3), по шкале оценки лечения -  $64,3 \pm 0,8$  (min 11,1; max 95,2), по шкале восприятия болезни -  $51,0 \pm 0,9$  (min 17,8; max 93,3), итоговый показатель качества жизни составил  $57,2 \pm 0,9$  (min 25,6; max 90,8). Таким образом, наиболее низкий показатель был выявлен по шкале стабильности стенокардии, наиболее высокий – по шкале оценки проводимого лечения. Методом многофакторного дисперсионного анализа установлено, что на итоговый пока-

затель качества жизни влияли следующие факторы: функциональный класс стенокардии напряжения ( $F = 18,7$ ;  $p = 0,0000$ ), уровень личностной тревожности ( $F = 13,3$ ;  $p = 0,000003$ ), степень депрессивных проявлений ( $F = 11,1$ ;  $p = 0,00003$ ), уровень реактивной тревожности ( $F = 10,1$ ;  $p = 0,00006$ ), выраженность вегетативных нарушений ( $F = 7,9$ ;  $p = 0,0053$ ), нарушения ритма ( $F = 5,8$ ;  $p = 0,016$ ), курение ( $F = 5,4$ ;  $p = 0,02$ ), возраст пациента ( $F = 4,4$ ;  $p = 0,012$ ), степень поражения коронарного русла атеросклерозом ( $F = 3,5$ ;  $p = 0,017$ ). Наличие сопутствующего сахарного диабета, избыточной масса тела, артериальной гипертензии, постинфарктного кардиосклероза, нетяжелой хронической сердечной недостаточности не оказывали статистически значимого влияния на итоговый показатель качества жизни.

**Заключение:**

На качество жизни в большой степени влияет не только тяжесть стенокардии (функциональный класс), но и эмоциональное состояние пациента (уровень тревоги, депрессии), степень вегетативных нарушений, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

**ВЛИЯНИЕ АУРИКУЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ВАГУСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА МЕДИАТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Огуркова О. Н., Суслова Т. Е., Павлюкова Е. Н.,  
Кузьмичкина М. А.

НИИ кардиологии Томский НИМЦ

**Введение (цели/ задачи):**

Цель: была проведена оценка возможности использовать курс аурикулярной электростимуляции центральных ядер п. vagus для коррекции вегетативного статуса при СН ишемического генеза тяжелых функциональных классов и исследовать влияние АЭВС на уровни С-реактивного белка, фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-6 в сыворотке крови.

**Материал и методы:**

Исследование было выполнено у 50 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте  $60,0 \pm 8,9$  лет с функциональным классом СН III-IV (по NYHA) и фракцией выброса левого желудочка менее 35%. Критериями включения были: стабильное клиническое состояние в отношении симптомов ХСН в течение не менее 4 недель; оптимальная и неизменная терапия по поводу СН в течение последнего месяца; подписанное информированное согласие; ЧСС  $\geq 60$  уд/мин; ФК СН III-IV по NYHA; отсутствие диссинхронии ЛЖ (по данным Эхо-КГ) и клапанной болезни сердца. АЭВС проводилась с использованием прибора «Вагус» (МПК «Электропульс», г. Томск), длительность курса-15 дней. Поскольку показателем симпатической гиперактивности является повышенная ЧСС, то состояние вегетативной регуляции оценивали именно по изменению этого показателя. ЧСС всех пациентов оценивали по суточным записям ЭКГ (исходно, через сутки и через 3 месяца после курса АЭВС). Для определения активности воспалительного процесса использовали показатели С-реактивного белка. Участие цитокинового звена воспаления оценивалось по данным содержания в сыворотке крови ФНО-альфа и ИЛ-6, определяемых иммуноферментным методом с помощью