

а также 47 различных клинических признаков. Для каждого клинического признака рассчитывалась его информативность в рамках класса. В качестве информативности признака было решено взять среднее значение этого признака, приведенное к единой шкале. Информативность отдельной "гранулы" рассчитывалась, как средняя информативность входящих в нее признаков. По результатам выполнения алгоритма AdDel были рассчитаны веса признаков в зависимости от числа их вхождения в итоговую выборку признаков и их информативности. На основании весового коэффициента клинических признаков информативного подпространства была построена оценочная шкала диагностики РАА на догоспитальном этапе. Пропустив контрольную выборку через полученную оценочную шкалу было выделено три интервала диагностики РАА: 0 – 45 баллов низкий риск; 46 – 70 баллов средний риск, требуются дополнительные исследования; 71 – 100 баллов высокий риск.

Заключение:

Разработанная выше оценочная шкала диагностики РАА позволяет на догоспитальном этапе диагностировать данную патологию у пациентов различных возрастных групп с острой болью в грудной клетке.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Петросян М. А.

Медицинский центр "Измирлян"

Введение (цели/ задачи):

Вентиляторная поддержка является необходимым компонентом ведения больных с дыхательной недостаточностью. Применение неинвазивной вентиляции (НИВ) в определенных случаях позволяет обеспечить адекватную вентиляцию и избежать эндотрахеальную интубацию (ЭТИ) у больных с дыхательной недостаточностью, вызванной различными причинами. Целью настоящего исследования является обобщение опыта применения НИВ у больных с сердечной недостаточностью.

Материал и методы:

НИВ была применена у 4 больных с острым кардиогенным отеком легких, у 8 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со средней фракцией выброса 30.2 ± 4.6 в состоянии декомпенсации и у 12 больных с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) с фракцией выброса $< 50\%$ в сочетании с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и дыханием Чейн-Стокса (ДЧС). Средний возраст больных составил 54.3 ± 15.6 лет, средний индекс апноэ-гиппноэ у больных с СОАС составил 48.8 ± 19.8 /час. С целью оценки состояния больных и определения показаний для НИВ, помимо рутинных методов исследования, проводились определение газов артериальной крови, эхокардиография и респираторная полиграфия. Неинвазивная вентиляция проводилась в режиме CPAP и BiPAP-терапии.

Результаты:

У всех 4-х больных с острым кардиогенным отеком легких была успешно применена НИВ, что позволило избежать ЭТИ. Больные с ХСН были выведены из состояния декомпен-

сации, после чего из 8 больных трое получали длительную BiPAP-терапию. Из 12 больных с сочетанием систолической дисфункции ЛЖ, СОАС и ДЧС длительная CPAP-терапия проводилась у 6 больных со значительным улучшением объективных и субъективных показателей.

Заключение:

НИВ является эффективным методом ведения больных с дыхательной недостаточностью, вызванной острой и хронической сердечной недостаточностью. Успех НИВ обусловлен своевременной иннициацией неинвазивной вентиляторной поддержки, правильным выбором контингента больных, которым она показана, наличием подготовленного медицинского персонала и перманентным тесным мониторингом состояния больного. Необходимо расширить представления о применении неинвазивных методов вентиляции у больных с сердечной недостаточностью и обеспечить отделения интенсивной терапии оборудованием для НИВ.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Бутова Е. Ю., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Сочетанное течение артериальной гипертензии (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа является причиной прогрессирования метаболических и кардиодинамических нарушений у данной группы пациентов в связи с чем, актуальным является поиск методов коррекции углеводного и липидного обмена, структурно-функционального состояния миокарда, тем самым снижая риск сердечно-сосудистых катастроф. Цель. Улучшение эффективности терапии с применением фенофибрата (Трайкора) у пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 58 пациентов (28 мужчин и 30 женщин) с АГ II стадии и 2 степени в сочетании с СД 2 типа компенсированным. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 4,5$ лет. Контрольная группа составила 20 здоровых лиц и была максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным. Оценивались показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицериды (ТГ). Определяли показатели углеводного обмена: гликозилированный гемоглобин (HbA1C), уровень глюкозы крови натощак (ГКН). Определяли индекс массы тела (ИМТ). Эхокардиография (ЭХО-КГ) проводилась, согласно рекомендациям Американского эхокардиографического общества (ASE, 2005) с определением размеров толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) в конце диастолы, массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). К стандартной терапии согласно протоколу лечение дополнительно назначали Трайкор в дозе 145 мг/сут.

Результаты:

Мониторирование пациентов в течение 16 недель достоверно выявило снижение уровня ОХС на 4,9%, содержание ХС ЛПВП повысилось на 17,9%, ХС ЛПНП снизилось на 12,8%, ХС ЛПОНП снизилось на 25,4%, уровень триглицеридов снизился на 43% (с $4,8 \pm 2,7$ ммоль/л до $2,7 \pm 1,1$ ммоль/л в сравнении с контролем, $p < 0,001$). ИМТ снизился с $35,68 \pm 3,12$ кг/м² до $26,2 \pm 3,4$ кг/м², $p < 0,05$. Уровень НОМА-IR снизился на 21,2% (с $5,2$ ммоль/л до $4,1$ ммоль/л в сравнении с контролем, $p < 0,01$), отмечено снижение ГКН на 17,6% (с $10,2 \pm 1,19$ ммоль/л до $8,4 \pm 0,8$ ммоль/л в сравнении с контролем, $p < 0,05$). По данным ЭХО-КГ выявили снижение ТМЖП на 1,1%, ТЗСЛЖ уменьшилась на 1,4%, ММЛЖ и ИММЛЖ уменьшилась на 1,3% и 1,7% соответственно, в сравнении с контрольной группой ($p < 0,001$).

Заключение:

Стандартная 16-недельная терапия с назначением Трайкора в дозе 145 мг/сут у пациентов с АГ и СД типа 2 позволило улучшить показатели углеводного профиля, липидного спектра и некоторые структурно-функциональные показатели миокарда, а также снизить кардиоваскулярный риск у данной группы пациентов.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ С-ПЕПТИДА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ойноткинова О. Ш.¹, Баранов А. П.², Цукаева М. Р.³, Шкловский Б. Л.¹, Хромкова М. А.⁴, Ойноткинова А. А.¹

¹Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневско, ²Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова, ³Поликлиника №1 УДД Президента Российской Федерации, ⁴Первый Московский государственный медицинский университет им. Сеченова

Введение (цели/ задачи):

Изучить роль С-пептида и инсулина в развитии сердечно-сосудистых и метаболических осложнений у больных с инсулинорезистентностью.

Материал и методы:

Обследовано 146 больных с метаболическим синдромом, ИБС и с ИНСД. В качестве метода скрининга применяли оценку С-пептида, инсулина и гликированного гемоглобина. Изучался липидный спектр, оксид азота, показатели реологии крови на лазерном агрегометре-деформометре, микроциркуляция на компьютерном бульбоскопе. Эхокардиография на аппарате АЛОКА

Результаты:

С-пептид является продуктом расщепления проинсулина и рассматривается как активный пептид со многими различными капиллярными эффектами и макрососудистыми осложнениями. Так, повышенный уровень С-пептида в крови коррелирует с гиперреологическим синдромом - вязкостью крови и коэффициентом агрегации эритроцитов, пределом текучести ($r = +0,64$), показателем ХС ЛПНП ($r = +0,84$) у пациентов с метаболическим синдромом, ИБС и ИНСД, что подчеркивает его важное значение в развитии атеросклероза. У больных ИБС

с метаболическим синдромом (МС) отмечались более высокие уровни С-пептида ($3,56 \pm 1,45$ нмоль/л), нежели у больных только с ИБС ($1,37 \pm 0,58$ нмоль/л) или только с МС ($1,44 \pm 0,36$ нмоль/л). При этом установлены положительные корреляционные взаимосвязи между содержанием оксида азота после физической нагрузки и суммарным интегралом ишемии миокарда, функциональными классами сердечной недостаточности, фракцией выброса и индексом массы миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Заключение:

С-пептид, в отличие от инсулина является наиболее скрининговым предиктором развития инсулинорезистентности, преддиабета и сосудистых осложнений у пациентов с метаболическим синдромом, ишемической болезнью сердца и инсулинорезистентностью. Целесообразно включение С-пептида в перечень обязательных клинических исследований для осуществления контроля за действием медикаментозных средств, способствующих повышению его уровня в крови. Определение целевого уровня С-пептида позволит улучшить исходы сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с ИБС. Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 160600605

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т. Г.¹, Шумовец В. В.¹, Сивицкая Л. Н.², Курушко Т. В.¹, Фролов А. В.¹, Мрочек А. Г.¹

¹Республиканский научно-практический центр "Кардиология, Минск, Беларусь, ²ГНУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Основными причинами неблагоприятных, летальных, клинических исходов пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) являются внезапная сердечная смерть (ВСС), чаще вследствие фатальных желудочковых тахикардических (ЖТА) событий, иили смерть от декомпенсированной застойной сердечной недостаточности (СН). Целью настоящего исследования явилось изучение прогностических предикторов неблагоприятных клинических исходов (ВСС, смерть от декомпенсированной СН или трансплантация сердца) у пациентов с ДКМП.

Материал и методы:

В исследование включили 160 пациентов с верифицированной ДКМП (20 - семейная форма; 140 - идиопатическая форма; возраст $49,3 \pm 11,4$ лет; 13282,5% мужчин; ФК NYHA $2,54 \pm 0,59$; ФВ ЛЖ $26,5 \pm 10,3\%$). Всем пациентам проведен комплекс исследований, включающих: физикальное обследование с детальным изучением семейного анамнеза; определение уровня сывороточной креатинфосфокиназы (КФК); эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ); суточное холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ); кардиореспираторный тест (СпироВЭП); 7 мин регистрацию ЭКГ-12 (Интеркард-7, Беларусь) с физической нагрузкой 2 мин (25 Ваттмин) и 5 мин отдыха с идентификацией турбулентности сердечного ритма (ТСР), дисперсии интервала QT (QTдисп) и микровольт-