

подтвердил значение ригидного сердечного ритма (F-11.0; R-0.350), дисперсии интервала QT (F-12.1; R-0.288), и удлинения QT интервала (F-16.3; R-0.340), но не избыточной массы тела и компенсированной артериальной гипертонии и дислипидемии в прогнозе летальных исходов.

Заключение:

КАН является не только осложнением МС, но и предиктором снижения кардиальных резервов адаптации, значимым фактором формирования электрической нестабильности миокарда, угрозы внезапной и скоропостижной сердечной смерти.

РАДИАЛЬНЫЙ И ФЕМОРАЛЬНЫЙ ДОСТУПЫ ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Бабаджанов С. А., Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А.,
Ахмедов Х. А., Махкамов Н. К.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии"

Введение (цели/ задачи):

Сравнительный анализ трансрадиального и феморального доступа при стентировании коронарных артерий (КА) у больных ИБС.

Материал и методы:

Сравнительный анализ трансрадиального и трансфеморального доступа при стентировании КА проведен у 865 больных. У 652 (75,3%) больных использован феморальный доступ, у 213 (24,62%) - радиальный (из исследования исключены больные с острым инфарктом миокарда). Среди факторов риска курение в анамнезе (54,5% против 28,5%) и гиперхолестеринемия (85,1% против 96,5%) была выше в группе больных с феморальным доступом. Остальные факторы риска в обеих группах были идентичны. ИМ в анамнезе первой группы больных отмечен у 457 (70,1%), во второй - у 77 (36,1%). В группе больных радиального доступа ожирением различной степени достоверно больше по сравнению с феморальным. Ожирение I степени отмечено у 248 (38%) в первой и у 117 (54,8%) второй группы, II степени у 99 (15%) в первой и 46 (21,5%) второй, III степени у 13 (2%) в первой и 13 (6,1%) второй группе.

Результаты:

У 211 (99,06%) больных удалось успешно выполнить стентирование КА трансрадиальным доступом. У 1 (0,46%) больного не удалось выполнить пункцию радиальной артерии и интервенционные вмешательства были выполнены феморальным доступом. У 200 (93,8%) больных радиальная артерия отходила в типичном месте, у 9 (4,19%) - от брахиальной и у 3 (1,4%) - от аксиллярной артерий. В 3 (1,39%) случаях отмечено атеросклеротическое сужение устья радиальной артерии, в 1 (0,46%) - множественные стенозы до 50%. Ни в одном случае трансрадиального стентирования КА осложнения связанные с местом доступа не отмечены. Следует отметить, что из 652 больных оперированных больных трансфеморальным доступом у 29 (4,45%) отмечены осложнения связанные с местом доступа: у 1 (0,15%) - артериовенозный свищ, у 17 (2,6%) - ложная аневризма, у 11 (1,7%) - выраженная гематома паховой области. Двое больных были оперированы с вос-

становлением целостности сосуда. Среднее время нахождения пациентов в стационаре в группе больных феморальным доступом оказалось на двое суток больше чем у пациентов с трансадиальным.

Заключение:

Трансрадиальный доступ для выполнения АП и стентирование коронарных артерий является малотравматичным по сравнению с феморальным доступом. Основными преимуществами трансрадиального доступа являются возможность ранней мобилизации пациента после эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях и отсутствие сосудистых осложнений в послеоперационном периоде.

РАЗРАБОТАТЬ НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСНОВАННЫЙ НА ПРИМЕНЕНИИ ЭФФЕКТОРНОГО ГЕПТАПЕПТИДА АНГИОТЕНЗИНА 1-7 НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЖИВОТНОГО

Казак Е. Г., Курлянская Е. К., Шатова О. Г.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффекты влияния ангиотензина 1-7 (анг 1-7) на кардиомиоциты и фибробласты *in vitro* крыс, имеющих сердечную недостаточность, на основе изменения количества внутриклеточных протеинов актина, миозина и виментина, а также Сх43, отвечающего за межклеточные взаимодействия, с последующим определением и подбором необходимой терапевтической концентрации эффекторного гептапептида *in vitro*, обеспечивающей максимальное кардиопротективное и антипролиферативное действие.

Материал и методы:

В нашей работе мы изучали свойства кардиомиоцитов и фибробластов (n=24) крыс, имеющих сердечную недостаточность, на основе изменения количества внутриклеточных протеинов актина, миозина и виментина, а также Сх43, отвечающего за межклеточные взаимодействия, пассажей культур клеток П1, 2 и 3 с помощью непрямого метода флуоресцирующих антител и Вестерн-Блот анализа. В то же самое время изучалось количественное изменение этих же протеинов после 24-часовой стимуляции анг 1-7 в концентрациях 10-6 моль/л и 10-7 моль/л, А779, анг1-7+ангиотензина II.

Результаты:

Наше исследование показало, что количество структурных белков, таких как виментин, актин и миозин возрастает в культуре фибробластов и кардиомиоцитов от П1 к П3, и наоборот уменьшается количество Сх43. При этом фибробласты в П3 приобретают свойства миофибробластов. 24-часовая стимуляция ангиотензином 1-7 увеличивает количество белков, при чем в концентрации 10-6 моль/л ускоряется переход фибробластов в миофибробласты. Та же картина наблюдалась после стимуляции в концентрации 10-7 моль/л, но количество белков возрастало меньше. При этом было отмечено антагонистическое свойство ангиотензина 1-7 при совместной стимуляции анг1-7+ангиотензина II.

Заключение:

Доказательство положительного влияния ангиотензина