

подтвердил значение ригидного сердечного ритма (F-11.0; R-0.350), дисперсии интервала QT (F-12.1; R-0.288), и удлинении 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

1-7 или экспрессии МАС-рецепторов может иметь терапевтический потенциал. Эффекты опосредованные действием ангиотензина 1-7 могут быть новым решением и подходом в лечении хронической сердечной недостаточности, которая является наиболее частым и неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы.

#### РАЗРАБОТКА И ДИЗАЙН ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПОДХОДА ВЕРОЯТНОЙ ОЦЕНКИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нагай А. В., Срождинова Н., Хамидуллаева Г. А.

*Республиканский специализированный центр кардиологии,  
Ташкент*

##### **Введение (цели/ задачи):**

Разработка и дизайн клинической системы поддержки решений «CDS» для кардиологических отделений генетики.

##### **Материал и методы:**

Область разработки - платформа «GeneSecure» с технологией «CDS» для IBM Pentium, ОС – Windows.

##### **Результаты:**

В программу были заложены результаты ретроспективного анализа пациентов гипертоников госпитализированных в отделение АГ РСЦК за период с 2013 по 2015 гг. В результате 3-х летнего исследования мы разработали программный пакет «GeneSecure» с поддержкой технологий «CDS» в рамках электронных медицинских записей EMR, модуля статуса питания CardioHealth и доступа к локальной базе данных ДНК. В ходе тестирования CDS, были получены эпидемиологические данные клинического развития ЭГ в узбекской популяции. Так, например 91,2% всех участников с ЭГ имели структурные изменения сердца с длительностью заболевания 5,4±4,41 лет (ИММЛЖ 159,8±35,55). Самое высокое АД фиксировалось на отметки 220/130 мм.рт.ст (0,5% выборки). Самый высокий уровень общего холестерина ОХС зафиксирован у 2-х пациентов на отметке 327 в возрасте 52-х лет. Только 13% пациентов от всей выборки имели вес в пределах нормы (BMI 23,43±1,17). Было выявлено носительство повреждающих ТТ-генотипов (ТТ-genotype) гена CYP11B2 и DD- генотипа гена ACE в 39% и 25% больных соответственно. CDS выявил склонность к нарушению водно-солевого обмена у пациентов с ТТ- генотипом гена CYP11B2 и DD- генотипом гена ACE. Выявлена связь 4a/4b -генотипа гена eNOS и 9+/+9 гена B2BKR с развитием эндотелиальной дисфункции у 24% и 8% больных соответственно. Так же CDS выявил связь Glu/Glu -гомозиготы гена β2-AR и высокого ИМТ с нарушенной толерантностью к глюкозе и систолическим АД у тучных пациентов.

##### **Заключение:**

Регистрация результатов генотипирования выявила ассоциацию генов системы RAAS (CYP11B2; ACE) с риском нарушения водно-солевого обмена, генов системы EDDOTHEL (B2BKR; eNOS) с риском развития эндотелиальной дисфункции, генов системы SNS (ADRB3; B2-AR) с риском развития инсулинорезистентности. Однако в некоторых случаях CDS не всегда мог однозначно определить синергетический и межгеномный эффект анализируемых генов.

#### РАСПОСТРАНЕННОСТЬ ОДЫШКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Воронин Н. И.<sup>1, 3</sup>, Абросимов В. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «ТОКБим.В.Д. Бабенко», <sup>3</sup>ТГУ им. Г.Р. Державина.,

<sup>2</sup>Рязанский государственный медицинский университет  
им. Акад. И.П. Павлова

##### **Введение (цели/ задачи):**

Цель исследования – изучение встречаемости одышки и причин ее возникновения при остром коронарном синдроме (ОКС).

##### **Материал и методы:**

Обследованы 79 пациентов (49 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 51 до 94 лет (72,5±14,6 лет в среднем) отделения неотложной кардиологии ГБУЗ «ТОКБ им. В.Д. Бабенко» поступивших с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ- 54 человека (68,3%) и ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ- 25 человек (31,7%). Проводились анкетирование с использованием шкалы градации ангинозных приступов (ШГАП). Выраженность одышки оценивалась по шкале Борга (рейтинг категорий). Результаты обработаны с применением электронных таблиц Excel 97.

##### **Результаты:**

При анализе результатов анкетирования с использованием шкалы Борга очень, очень сильную одышку (10 баллов) отметили 7 пациентов (8,82%), очень сильную одышку (7 баллов) – 8 (10,08%), сильную (5 баллов) – 13 (16,38%), умеренную (3 балла) – 15 (18,9%), легкую (2 балла) – 12 (15,2%), очень легкую (1 балл) – 7 (8,82%), очень, очень легкую (0,5 балла) – 6 (7,56%), а у 11 человек одышка отсутствовала (13,86%). Следовательно клинически значимая одышка наблюдалась у 43 пациентов (54,18%). По данным ШГАП боли продолжительностью 20 и более минут с динамикой на ЭКГ и сопровождающиеся острой сердечной недостаточностью наблюдались у 42 пациентов (52,92 %), боли продолжительностью 20 и более минут без динамики на ЭКГ – у 10 пациентов (12,6%), боли продолжительностью менее 20 минут с динамикой на ЭКГ – у 21 пациента (26,46%), боли продолжительностью менее 20 минут без динамики на ЭКГ 5 пациентов (6,3 %) , боли отсутствовали у одного пациента (1,26 %).

##### **Заключение:**

При сопоставлении было установлено, что тяжесть одышки определялась выраженностью болевого синдрома и наличием девиаций на ЭКГ, за исключением некоторых пациентов с сопутствующей респираторной патологией, исходной сердечной недостаточностью и гипервентиляционным синдромом. Таким образом, одышка является частым симптомом ОКС. Причиной одышки являются тяжесть поражения сердца, а так же сопутствующая патология.