

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

В сотрудничестве и при поддержке



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

Официальный сайт журнала

www.roscardio.ru

Спецвыпуск 12
(апрель), 2013

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ



ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИ ПОДДЕРЖКЕ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ РФ,
АДМИНИСТРАЦИИ ПРЕЗИДЕНТА РФ,
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ,
РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА



МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ MOSCOW INTERNATIONAL FORUM OF CARDIOLOGY

26—28 марта 2013 г, г. Москва
26-28 March 2013, Moscow

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА ACCEPTED ABSTRACTS

Генеральные спонсоры:

Байер
Берингер Ингельхайм
Импланта
Новартис
Пфайзер
Санофи

Главные спонсоры:

Орион Фарма
Сервье
Тева
Фармстандарт

Спонсоры:

Бристоль Майерс Сквибб
КРКА

106 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Гомова Т. А., Венева Ю. Л.

Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

Несмотря на интерес отечественных и зарубежных авторов к особенностям патогенеза и роли отдельных факторов риска ИБС у женщин, многие аспекты этой проблемы пока остаются малоизученными. Кроме того, лишь в немногих работах исследовались пациенты молодого возраста из-за сравнительно низкой распространенности данной патологии.

В течение 2012 года в стационарах Тульской области прошли лечение по поводу ИБС 84 пациента в возрасте до 40 лет, среди которых было 5 женщин (6%). Трех пациенткам был поставлен диагноз ИБС: стенокардия напряжения, ФК 3 (2 женщины) или ФК 2 (1 пациентка). Все женщины имели длительный анамнез гипертонии и страдали ожирением с индексом массы тела > 30 кг/м².

Две пациентки перенесли в 2012 году острый инфаркт миокарда (ОИМ). У одной из них была проведена коронароангиография, однако показаний для оперативного лечения не выявлено.

У всех женщин был нарушен липидный профиль, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) превышали 2,0 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) колебались от 1,1 до 1,3 ммоль/л. Одна из пациенток постоянно принимала L-тироксин в дозе 70 мг по поводу аутоиммунного тиреоидита.

Приводим два типичных наблюдения. Пациентка 29 лет с впервые возникшей стенокардией страдает АГ с 24 лет, максимальное повышение АД до 200/100 мм рт.ст. Курит, прошла кодирование из-за злоупотребления алкоголем. Отягощена наследственностью по АГ. При поступлении: ЧСС 66 уд/мин, АД 180/80 мм рт.ст. В анализе крови холестерин 4,1 ммоль/л, ЛПНВ – 2,06 ммоль/л, ЛПВП – 0,74 ммоль/л, триглицериды (ТГ) – 0,42 ммоль/л. Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ – без особенностей. При велоэргометрии – низкая толерантность к физической нагрузке, без четких ишемических изменений.

Пациентка 39 лет с диагнозом ИБС, нестабильная стенокардия. На фоне проводимой терапии нестабильная стенокардия была переведена в стабильную стенокардию напряжения ФК 3. В анамнезе АГ в течение 5 лет с максимальным повышением до 240/120 мм рт.ст. Страдает гипоталамическим синдромом с трофическими изменениями кожи. В течение 3-х лет беспокоили боли за грудиной при физической нагрузке, которые купировались во время остановки, а также приемом нитроглицерина. До госпитализации за неделю отметила снижение толерантности к нагрузке, увеличение количества приступов стенокардии, появились постоянно высокие цифры АД 180–200/110–120 мм рт.ст.

При поступлении: ЧСС 80 уд/мин, АД 210/110 мм рт.ст. Липидный профиль: холестерин 5,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,4 ммоль/л, ЛПВП – 0,85 ммоль/л, ТГ – 2,2 ммоль/л. На ЭКГ – блокада передней ветви ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии левого желудочка. При ХМ ЭКГ – признаки ишемии миокарда.

Таким образом, основными факторами риска клинической манифестации ИБС у женщин до 40 лет являются артериальная гипертензия, ожирение и другие эндокринные нарушения, при этом ухудшение состояния с возникновением нестабильной стенокардии или ОИМ может сопровождаться повышением уровня триглицеридов.

107 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОГНИТИВНОГО СТАТУСА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ

Гонтаренко С.В., Морозова Т. Е.

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить влияние ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла (П) на показатели качества жизни и когнитивные функции больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени.

Материал и методы: у 35 больных (ж-20, м-15; средний возраст 56,79±8,2 лет) с АГ I–II ст. проводилась оценка показателей суточного мониторирования АД (СМАД) и состояния когнитивных функций по данным тестирования по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE), субъективной оценки памяти и внимания по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), проведения психологических субтестов Векслера 5 и Векслера 7 исходно и через 12 недель лечения периндоприлом в ср.сут. дозе 5 мг. Оценка качества жизни проводилась по Гетеборгскому опроснику и опроснику SF-36.

Результаты: через 12 недель приема П целевой уровень АД был достигнут у 74,28% больных (26 человек). На фоне терапии периндоприлом отмечено снижение уровня среднесуточного САД с 141,6±11,9 до 128,62±5,43 и среднесуточного ДАД с 86,24±1,02 до 77,21±1,42 мм рт.ст., индекса времени САД с 52,41±1,27 до 38,27±4,23%, индекса времени ДАД с 36,73±2,82 до 29,48±3,15% (p<0,05 во всех случаях). Количество пациентов с достаточным ночным снижением АД (dipres) увеличилось с 28 до 55%. Анализ результатов качества жизни больных гипертонической болезнью по Гетеборгскому опроснику показал, что через 12 нед лечения улучшились показатели качества жизни больных, средний балл по анкете снизился с 28,88±8,3 до 21,4±11,8 (p<0,05). По данным опросника SF-36 из показателей физического компонента здоровья достоверно улучшились общее состояние (GH) с 43,3±5,6 до 68,9±8,2 (p<0,05), ролевое функционирование (RP) с 45,4±6,3 до 50,9±5,8, интенсивность боли (BP) с 69,3±3,6 до 89,9±4,2. Среди показателей психологического компонента здоровья наблюдалось достоверное улучшение жизненной активности (VT) с 59,2±8,4 до 72,9±3,2, социального функционирования (SF) с 67,2±7,6 до 83,9±3,4 и ролевого функционирования (RE) с 39,8±3,7 до 66,6±9,2 (p<0,05 во всех случаях). Наряду с нормализацией АД и улучшением качества жизни отмечено уменьшение количества жалоб на ухудшение памяти и внимания с 2,3 до 1,4 (p<0,05), увеличение балла по субтесту Векслера 5 с 9,8±1,7 до 11,9±1,8 (p<0,05), субтесту Векслера 7 с 40,2±12,7 до 50,8±12,1 (p<0,05). Отмечена тенденция к улучшению показателей по ВАШ памяти с 80,5±17,0 до 81,6±13,6 и внимания с 75,8±15,8 до 81,1±13,6. Показатель MMSE практически не изменился.

Выводы: на фоне терапии периндоприлом, наряду с антигипертензивным эффектом, отмечается достоверное улучшение показателей качества жизни по Гетеборгскому опроснику и опроснику SF-36 и статистически значимое улучшение показателей когнитивных функций по результатам нейропсихологического тестирования.

108 ОСОБЕННОСТИ УПРУГО-ЭЛАСТИЧНЫХ СВОЙСТВ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Гончарь А. В., Ковалёва О. Н., Демиденко А. В., Смирнова В. И., Иванченко С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее значимых факторов кардиоваскулярного риска, при этом особо неблагоприятным является сочетание АГ с ожирением. Одним из типичных ранних поражений органов-мишеней у больных с АГ является артериальное ремоделирование.

Цель: изучить особенности ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с ожирением.

Материал и методы. Обследовано 82 больных ГБ средним возрастом 58,8±8,0 лет. 1-ю группу составили больные без ожирения (n=26), 2-ю – с ожирением I ст. (n=30), 3-ю – с ожирением 2–3 ст. (n=26), без значимых отличий по полу, возрасту. Ультразвуковым методом определяли толщину ком-

плекса интима-медиа (КИМ), внутренний и наружный диаметр ОСА в диастолу, систолу. Расчёт относительной толщины стенок и массы сосудистого сегмента (VM) ОСА позволил определить типы ремоделирования по классификации, предложенной А. В. Агафоновым (2007). Рассчитывали модули упругости Петерсена (P_{et}) и Юнга (E_{inc}), скорость пульсовой волны (СПВ) по формуле Моэнс-Кортвег. Результаты представлены как Me (LQ ; UQ), где Me – медиана, LQ и UQ – нижний и верхний квартили.

Результаты. Толщина КИМ составила в 1-й группе 0,9 (0,7; 1,2) мм, во 2-й – 1,0 (0,8; 1,2), в 3-й – 1,0 (0,9; 1,3), $p > 0,05$; доля больных с $КИМ > 0,9$ составила 42,3% в 1-й группе и 64,3% – у больных с ожирением, $p = 0,032$. Площадь просвета ОСА в 1-й группе составила 23,8 (19,6; 30,2) мм², во 2-й – 28,7 (22,9; 37,4), $p = 0,048$, в 3-й – 28,7 (23,8; 32,2), $p = 0,038$; VM ОСА – соответственно 0,209 (0,154; 0,260) г/см, 0,253 (0,207; 0,284), $p = 0,039$ и 0,234 (0,198; 0,333), $p = 0,064$. Нормальная геометрия ОСА выявлена у 17 (65,4%) больных 1-й группы, 17 (56,7%) – 2-й и 15 (57,7%) – 3-й; концентрическое ремоделирование (КР) – соответственно у 4 (15,4%), 4 (13,3%) и 2 (7,7%); концентрическая гипертрофия (КГ) – у 4 (15,4%), 6 (20,0%) и 7 (26,9%), $p = 0,035$ в пределах группы); эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) – у 1 (3,8%), 3 (10,0%) и 2 (7,7%). Доля больных без гипертрофии ОСА достоверно преобладала во всех группах обследованных, пациентов без ремоделирования – в 1-й группе, $p = 0,035$. P_{et} , E_{inc} и СПВ возрастали по мере увеличения индекса массы тела (ИМТ), $p > 0,05$. Кластеризация больных по значениям P_{et} и E_{inc} методом К-средних с V-кратной кросс-проверкой позволила выделить 3 кластера с ошибкой обучения $p = 0,086$. Возраст больных 1-го кластера составил 55,5 (50,5; 61,5) лет, 2-го – 58,5 (53,0; 62,0), 3-го – 63,0 (59,0; 66,0), $p = 0,002$; вес – 86,6 (73,5; 97,5) кг, 91,7 (80,0; 100,9) и 98,3 (79,0; 108,8), $p = 0,059$; ИМТ – 31,0 (28,8; 35,2) кг/м², 31,3 (28,1; 37,3) и 32,1 (28,9; 35,8), $p > 0,05$; окружность талии (ОТ) – 106,5 (99,5; 112,5) см, 112,5 (100,3; 117,5) и 115,5 (103,0; 119,5), $p = 0,071$; соотношение ОТ/ОБ – 0,94 (0,91; 1,01), 0,96 (0,91; 0,98) и 0,97 (0,94; 1,04), $p = 0,048$, систолическое АД – 139 (130; 148) мм рт.ст., 145 (136; 152), $p = 0,053$ и 144 (130; 157), $p = 0,059$, пульсовое АД – 50 (44; 57) мм рт.ст., 56 (54; 65), $p = 0,003$ и 60 (50; 70), $p = 0,002$.

Выводы: прогрессирование ожирения ассоциировалось со значимым увеличением VM и просвета ОСА, доли пациентов с гипертрофией КИМ и ремоделированием; при этом у больных ГБ с 2–3 ст. ожирения достоверно чаще встречались КГ ОСА. Высокие значения P_{et} и E_{inc} ассоциировались с увеличением веса, ОТ, ОТ/ОБ, но не ИМТ; возрастали также систолическое, пульсовое АД и возраст обследованных.

109 АНАЛИЗ СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Горбунова А. С., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Известно, что при алкогольном поражении сердца нарушения метаболических процессов в миокарде сопровождаются его структурно-функциональными изменениями – развитием дистрофии кардиомиоцитов, избыточным синтезом коллагена и нарушением электрических свойств миокарда, проявляющихся формированием очагов электрической нестабильности миокарда и появлением аритмий. Одним из методов оценки состояния кардиомиоцитов является анализ скоростных характеристик электрической активности сердца (ЭАС).

Цель: оценить изменения ЭАС с помощью метода первой производной ЭКГ у больных хроническим алкоголизмом в период ранней абстиненции и обосновать прикладную значимость данного метода.

Материал и методы. Одномоментное поперечное исследование мужчин, больных хроническим алкоголизмом ($n = 114$), в ранний абстинентный период (до 3 суток отказа от алко-

ля) в сравнении с контрольной группой мужчин ($n = 34$) сопоставимого возраста 35–55 лет. Скоростные характеристики ЭАС оценивались с помощью ЭКГ и ее первой производной по методике Волковой Э. Г.: скорость активации желудочков (САЖ) сердца и показатель неравномерности САЖ (ПНСАЖ). Статистическая обработка данных выполнена с помощью статистической программы SPSS 13.0. Результаты представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. У мужчин основной группы установлен гиперкинетический вариант кровообращения: систолическое АД 137 ± 16 мм рт.ст. vs. 130 ± 11 мм рт.ст. ($p < 0,05$), частота сердечных сокращений 100 ± 17 vs. 69 ± 9 ударов/мин ($p = 0,0001$) в сравнении с контролем. Индекс Соколова-Лайона был значимо выше в основной группе ($26,1 \pm 8,3$ vs. $23,0 \pm 5,8$ мм, $p < 0,05$). Величина САЖ сердца была достоверно ниже, а ПНСАЖ выше у больных алкоголизмом по сравнению с контролем (САЖ $38,8 \pm 2,2$ vs. $39,6 \pm 1,3$ с⁻¹ при $p < 0,05$; ПНСАЖ $27,3 \pm 12,8$ vs. $19,2 \pm 7,1$, $p < 0,05$ соответственно). Выявлена отрицательная корреляция между величиной САЖ и наличием артериальной гипертензии ($r = -0,299$, при $p = 0,0001$), а также между величиной САЖ и индексом Соколова-Лайона ($r = -0,331$, $p = 0,0001$).

По данным суточного мониторирования ЭКГ у больных основной группы ($n = 35$) были зафиксированы следующие виды аритмий: суправентрикулярная экстрасистолия – у 23%, фибрилляция предсердий – у 14%, желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) высоких градаций – у 54% больных. Взаимосвязи между суправентрикулярными аритмиями и значениями САЖ и ПНСАЖ не выявлено. Снижение величины САЖ и увеличение ПНСАЖ ассоциируется с увеличением частоты ЖЭС ($r = -0,887$ и $r = 0,551$ при $p = 0,001$ соответственно). Модель линейного регрессионного анализа демонстрирует значимую взаимосвязь между САЖ и ЖЭС (скорректированный R квадрат = 0,78, $\beta = -0,887$, $p = 0,0001$).

Выводы. Алкогольное поражение сердца сопровождается снижением показателей скорости активации желудочков сердца и увеличением степени их неоднородности, которые имеют высокую степень связи с желудочковыми нарушениями ритма. Выявленные взаимосвязи позволяют рекомендовать использование метода оценки первой производной ЭКГ для ранней детекции и прогнозирования электрической нестабильности миокарда при алкогольном поражении сердца у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

110 НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ «ШКОЛА БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА»

Горбунова Е. В., Сыраева Н. Г., Горшкова Т. В., Макаров С. А., Барбараш О. Л.

ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель – оценить результаты внедрения новой медицинской технологии «Школы больных с протезированными клапанами сердца».

Материал и методы. В ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН с апреля 2010г разработана и внедрена обучающая программа «Школа для больных с протезированными клапанами сердца», основанная на принципе преемственности стационарного и амбулаторного этапов ведения больных, основной целью которой является повышение информированности и приверженности к лечению. Для оценки результатов представленной медицинской технологии обследовано 194 пациента с протезированными клапанами сердца, средний возраст $54,2 \pm 4,5$ года. Основную группу составили 144 пациента, закончивших школу больных с протезированными клапанами, контрольную – 50 пациентов, не участвовавших в обучающей программе. Группы сравнения сопоставимы по возрасту, полу, уровню образованию, основному заболеванию, ставшему причиной порока сердца. В исследовании оценивались: клинические данные, толерантность к физической нагрузке с помощью 6-минутного теста ходьбы, уровень знаний паци-

СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСФОРЖ <i>Вершинина А. М., Реут Ю. С., Гапон Л. И., Третьякова Н. В., Бусарова Е. С., Копылова Л. Н.</i>	39
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ВАХТЫ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ ПО ДАННЫМ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ <i>Ветошкин А. С., Шуркевич Н. П., Гапон Л. И., Губин Д. Г., Белозерова Н. В., Пошинов Ф. А.</i>	40
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕСТЕНОЗИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ <i>Вистерничан О. А., Тайжанова Д. Ж., Абдыгалимова А. Ш., Ералина З. Б., Кошен А. К.</i>	40
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИБОРА “КАРДИОВИЗОР-06С” ДЛЯ КОНТРОЛЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ НЕЙРОЛЕПТИКОВ <i>Волков В. П., Росман С. В.</i>	41
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ <i>Волков В. П.</i>	41
ДЕЗАГРЕГАНТЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Габинский Я. Л., Фрейдлина М. С., Золотарева Е. В.</i>	42
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОЗИЦИИ ДЕТЕРМИНАЦИИ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА <i>Газизнова В. М., Булашова О. В., Хазова Е. В.</i>	42
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА) <i>Гайдукова И. З., Ребров А. П., Полянская О. Г., Апаркина А.В., Спирина М. Ю.</i>	42
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Гальцова О. А., Романенко В. В.</i>	43
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРFUЗИИ ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Ганиев У. Ш., Кенжаев М. Л., Алимов Д. А., Маджитов Х. Х., Пайзиев Ж. Ж. Кенжаев С. Р.</i>	43
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОРЕННЫХ НАРОДОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ЯНАО <i>Гапон Л. И., Леонтьева А. В., Серда Т. В.</i>	44
КОМПЛЕКСНЫЙ ВКЛАД ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА В НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ <i>Гаранин А. А., Рябов А. Е., Фатенкова О. В.</i>	44
ОСОБЕННОСТИ САМОЧУВСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Гафанович Е. Я., Железнякова Н. А., Соколов И. М., Конобеева Е. В., Коньшина Л. Е.</i>	45
ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ И ТЕМП СТАРЕНИЯ <i>Голованова Е. Д., Баженов С. М., Токмаков Р. П., Лунина Н. Г.</i>	45
ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН <i>Гомова Т. А., Венецьева Ю. Л.</i>	46
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОГНИТИВНОГО СТАТУСА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I–II СТЕПЕНИ <i>Гонтаренко С.В., Морозова Т. Е.</i>	46
ОСОБЕННОСТИ УПРУГО-ЭЛАСТИЧНЫХ СВОЙСТВ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Гончарь А. В., Ковалёва О. Н., Демиденко А. В., Смирнова В. И., Иванченко С. В.</i>	46
АНАЛИЗ СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ <i>Горбунова А. С., Левашов С. Ю., Волкова Э. Г.</i>	47
НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ “ШКОЛА БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА” <i>Горбунова Е. В., Сыраева Н. Г., Горшкова Т. В., Макаров С. А., Барбараш О. Л.</i>	47
СТАТИНЫ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ <i>Гречушкина И. В., Провоторов В. М., Коточигова Т. В.</i>	48
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST <i>Гросу А. А., Цуркану В. И., Давид Л. А.</i>	48