

вторую – 30 пациентов с НЭГЭРБ, получающих лечение омепразол с дибикором (по 500 мг 2 раза в день); в третью – 30 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ (ЭФГЭРБ), получающих лечение омепразолом; в четвертую – 30 пациентов с ЭФГЭРБ, получающих лечение омепразолом с дибикором. Определялось количество эпителиоцитов СОП, иммунопозитивных к NO-синтазе, мелатонину и молекуле p53. Оценка клинического состояния по шкале Likert выполнялась ежедневно. Эндоскопическое исследование выполнялись с интервалом 2 и 4 нед у пациентов с НФГЭРБ и 2, 4, 6, 8 нед. у пациентов с ЭФГЭРБ. Иммуногистохимические показатели определялись до назначения лечения и в периоде ремиссии ГЭРБ. Группу сравнения составили 30 практически здоровых пациентов.

**Результаты.** Развитие НЭГЭРБ сопровождается увеличением числа эпителиальных клеток желудка, иммунопозитивных к NO-синтазе, сопровождающимся пропорциональным увеличением экспрессии p53 и снижением функциональной активности мелатонин-продуцирующих клеток. При ЭФГЭРБ определяется значительное, по сравнению с НФГЭРБ, увеличение экспрессии p53, гиперплазия и гиперфункция NO-синтаз-иммунопозитивных клеток, выраженное снижение функциональной активности мелатонин-продуцирующих клеток. Через 3 дня от начала антисекреторной терапии в группах пациентов с ГЭРБ, принимающих схему терапии, включающую дибикор, количественное выражение симптомов по шкале Likert было достоверно ниже, по сравнению с пациентами, получающих омепразол. В группах пациентов, принимающих схему терапии, включающую дибикор, наблюдалось более качественное восстановление функциональной морфологии диффузной эндокринной системы (ДЭС) пищевода и процессов клеточного обновления эпителиоцитов СОП, по сравнению с больными, получающих омепразол, что сопровождалось сокращением сроков достижения ремиссии в среднем на 5,3 дня.

**Выводы.** Схема лечения ГЭРБ с дибикором повышает качество достижения ремиссии ГЭРБ, что объясняется способностью дибикора потенцировать антисекреторный эффект, улучшать метаболизм NO и параметры клеточного гомеостаза эпителиоцитов верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРОМОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

*Осипова О.А.*

**ИПМО НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия**

**Актуальность.** Для диагностики хронической сердечной недостаточности (ХСН) обычно используются мозговой натрийуретический пептид (МНУП) и N-терминальный промозговой натрийуретический пептид

(N-проМНУП). Высвобождение МНУП и N-проМНУП может происходить даже без повышения диастолического давления в левом желудочке, во время коротких эпизодов ишемии миокарда. Однако, до настоящего времени исследования посвященные ишемической индукции высвобождения миокардом и прогностической роли N-проМНУП у больных перенесших реваскуляризацию миокарда немногочисленны, а результаты их неоднородны и противоречивы.

**Цель.** Изучить роль N-проМНУП в плазме периферической венозной крови у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), после реваскуляризации миокарда.

**Материалы и методы.** Обследовано 66 мужчин ИБС, стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий (средний возраст  $53 \pm 7,6$  года). ХСН II функционального класса (ФК) выявлена у 38 (58%), ХСН III ФК – у 28 (42%) исследуемых. Всем пациентам выполнено коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения. Средняя длительность операции составила 190,5 минут, с продолжительностью искусственного кровообращения  $87,9 \pm 1,7$  минут. В процессе оперативного лечения больным было наложено от 1 до 4 шунтов: 1 шунт – 11 (16%) пациентам, 2 шунта – 17 (26%), 3 шунта – 26 (40%) и 4 шунта – 12 (18%). Изучено содержание в крови N-проМНУП, а также структурно-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца: конечно-систолический и диастолический объемы (КСО; КДО), ударный и сердечный индексы (УИ; СИ), фракция выброса (ФВ), конечно-диастолический размер левого предсердия (КДР ЛП). Количественное определение N-проМНУП в плазме крови проводили на аппарате Мультипросмотр (TermoLabSistem, Германия) конкурентным иммуноферментным методом стандартными наборами реактивов (ELISA) Biomedica (Словакия), руководствуясь инструкцией производителя. Для статистической обработки данных использовался пакет программ «Statistica 6.0».

**Результаты.** На 12 сутки в послеоперационном периоде, установлено достоверное уменьшение КДО на 14,1% ( $p < 0,05$ ), УИ на 18,5% ( $p < 0,05$ ), КДР ЛП на 6,4% ( $p < 0,05$ ), а так же определено повышение ФВ на 4,5 % ( $p < 0,05$ ), что сопровождалось значительным ростом содержания N-проМНУП. Определена зависимость концентрации N-проМНУП от тяжести перенесенного коронарного шунтирования (увеличения количества шунтов). Содержание N-проМНУП в контрольной группе составило 5,1 (4,8 – 5,2) фмоль/мл, у пациентов, которым было наложено два шунта содержание N-проМНУП после коронарного шунтирования изменилось с 16,2 (5,6-26,9) фмоль/мл до 40,1 (39,4-101,8) фмоль/мл ( $p < 0,0001$ ), при наложении трех шунтов – с 6,2 (5,5-9,9) фмоль/мл до 50,4 (46,9-65,9) фмоль/мл ( $p < 0,0001$ ) и четырех шунтов – с 22,2 (13,4-31,5) фмоль/мл до 64,6 (37,6-101,7) фмоль/мл ( $p < 0,0001$ ). Установлено, что после наложения трех шунтов среднее содержание составило 50,4 (46,9-65,9) фмоль/мл, что на 25,7% выше чем в группе с двумя шунтами – 40,1 (39,4-101,8) фмоль/мл ( $p < 0,01$ ), и на 28,2% ниже показателей группы с наложением четырех шунтов в которой средние показатели N-проМНУП повысились до 64,6 (37,6-101,7) фмоль/мл ( $p < 0,01$ ). В группе после реваскуляризации отмечено достоверное отличие повышения N-проМНУП в зависимости от количества шунтов.

**Заключение.** Установлен физиологический цитопротективный эффект N-проМНУП у пациентов после реваскуляризации миокарда методом коронарного шунтирования.

## **ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

*Оциров Б.Б., Князева Л.А., Седова Е.В., Нащекина Д.В., Гололобова А.Н.*  
**ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет  
Минздрава России, г. Курск, Россия**

**Целью** исследования явилось изучение структурно-функциональных свойств сосудистого русла и их динамики на фоне терапии омакором у больных стенокардией напряжения.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 60 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК – 45 мужчин и 15 женщин в возрасте  $49,2 \pm 4,4$  лет. Группу контроля составили 22 здоровых донора, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Все пациенты получали лечение: аспирин, симвастатин, омакор (100 мг/сутки) 2 раза в день, нитроглицерин по требованию. Исследование механических свойств сосудистой стенки проводили с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» (Россия). Исследование проводили при поступлении больных в стационар и после 24 недель лечения.

**Результаты.** Проведенные исследования показали наличие у всех обследованных больных стабильной стенокардии напряжения изменений показателей, определяющих жесткость сосудистой стенки, что характеризовалось достоверным снижением в сравнении с контрольными значениями времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 26,3% ( $p < 0,05$ ), увеличением индексов ригидности (ASI) и аугментации (AIx) на 12,5% и 16,7% ( $p < 0,05$ ) соответственно. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) превышала контрольный уровень на 16,2% ( $p < 0,05$ ).

На фоне лечения омакором выявлено достоверное увеличение РТТ на 11,9% ( $p < 0,05$ ). Также определено увеличение индексов аугментации, ригидности на 14,3% ( $p < 0,05$ ) и 15,6% ( $p < 0,05$ ) соответственно.

Также установлено достоверное снижение после лечения омакором СРПВ на 21,9% в сравнении с исходными данными.

### **Выводы.**

1. У больных стабильной стенокардией напряжения имеет место снижение эластичности и повышение жесткости артериального русла.

2. Применение в течение 24 недель в комплексной терапии больных стабильной стенокардией омакора сопровождается уменьшением жесткости артериального русла.