

Результаты: В результате проведенного исследования было установлено, что уровень VEGF достоверно не отличался между группой больных СД 2 при сравнении с контрольной группой ( $178,96 \pm 112$  нг/мл против  $174,43 \pm 131$  нг/мл). Несколько иная картина наблюдалась по другим ростовым факторам: в группах больных СД 2 было отмечено достоверное повышение FGFbас по сравнению с контролем ( $15,4 \pm 8,05$  нг/мл против  $10,4 \pm 6,8$  нг/мл,  $p = 0,003$ ) и достоверное повышение sVEGFR2 ( $4227,68 \pm 1165$  нг/мл против  $3265 \pm 648$  нг/мл,  $p = 0,005$ ). Кроме того, при СД 2 было установлено существенное отличие по уровню сывороточных цитокинов в сравнении с контрольной группой: при СД 2 достоверно выше был уровень TNF $\alpha$  ( $23,72 \pm 26,77$  нг/мл против  $11,93 \pm 3,43$  нг/мл,  $p = 0,005$ ) и IL-8 ( $10,96 \pm 2,55$  нг/мл против  $5,36 \pm 1,48$  нг/мл,  $p = 0,03$ ), а уровень IL-6 в сыворотке больных СД 2 был достоверно ниже, чем в контрольной группе ( $1,0 \pm 0,6$  нг/мл против  $1,8 \pm 1,3$  нг/мл,  $p = 0,03$ ).

Таким образом, при СД 2 наблюдается достоверное изменение ростовых эндотелиальных факторов и сывороточных цитокинов, в том числе провоспалительного характера, что может свидетельствовать об их активном участии в формировании атеросклеропатии, как основы сосудистых осложнений сахарного диабета.

## **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СКРИНИНГОВОЙ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Зенин Д. М., Макарова В.Л., Зеленина М.А., Смоленская О.Г.

Атеросклеротическое поражение коронарных артерий остается ведущим в причинах заболеваемости и смертности населения России. До недавнего времени единственным надежным методом визуализации коронарных артерий и количественной оценки коронарного стеноза у таких пациентов считалась селективная коронарная ангиография. Однако с этим методом связан риск серьезных осложнений. При этом, по данным репрезентативных исследований у

47% пациентов, которым выполняется коронарография, не находят значимых изменений, требующих ангиопластики. Возможность безопасной скрининговой оценки состояния коронарных артерий (КА), появилась после внедрения мультidetекторной субсекундной компьютерной томографии (МСКТ).

Вместе с тем анализ данных литературы и собственный опыт свидетельствуют о том, что при МСКТ на формирование изображений коронарных артерий влияет ряд факторов, недостаточный учет которых отрицательно сказывается на результатах ангиографии.

Целью нашего исследования было изучение чувствительности МСКТ в визуализации коронарных артерий и определение основных причин снижения качества получаемого изображения.

Материалы и методы. Обследовано 53 пациента с ИБС II – IV функционального класса и АГ. Мужчин – 50, женщин – 3. Возраст колебался 37-75 лет (средний возраст - 51,9 года), продолжительность заболевания от 1 до 16 лет.

Обследование проводилось на 16-срезовом мультidetекторном спиральном компьютерном томографе SOMATOM Sensation 16, Siemens., с толщиной среза 1 мм, интервалом реконструкции – 0,9 мм. Использовалось болюсное введение 120-140 мл неионных контрастных веществ – 300-350 мг/йода, со скоростью 4 мл/сек. Коронарные артерии (КА) оценивались в 14 сегментах (классификация Американской ассоциации кардиологов). В расчет принимались артерии диаметром более 1,5 мм.

Выявлено две основные группы артефактов, мешающие адекватной оценке КА: степ-артефакты (увеличение частоты сердечных сокращений более 65 уд/мин, экстрасистолия, дыхательных движениях) и пограничные артефакты при массивной кальцинации КА.

Чувствительность МСКТ КА в зависимости от артефактов составляла 75,5% - 94,3%.

Таким образом, метод демонстрирует высокий процент визуализации коронарных артерий. Для компенсации дефектов отображения КА важным

является адекватная подготовка больных - нормализация ритма сердечных сокращений и объяснение необходимости следования командам по задержке дыхания. Пока не имеет решения возможность адекватной оценки коронарного русла в области массивной кальцинации.

## **Результаты использования кандесартана и бисопролола у больных с эссенциальной артериальной гипертензией и гиперинсулинемией.**

Канюкова А.А., Смоленская О.Г.

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает роль инсулина и инсулинорезистентности (ИР) в качестве компонента метаболического синдрома в развитии артериальной гипертензии (АГ). Наиболее часто ИР определяется как состояние, характеризующееся сниженным поглощением глюкозы тканями организма под влиянием инсулина, и сопровождающееся хронической гиперинсулинемией (ГИ). Взаимосвязь ГИ и эссенциальной АГ достаточно прочна, поэтому высокая концентрация инсулина плазмы рассматривается как прогностический фактор развития АГ [6].

Ингибиторы АПФ и антагонисты кальция без сомнений считаются препаратами первого ряда при АГ и ГИ. Это связано с целым рядом преимуществ препаратов этих классов. Они вызывают снижение ИР и улучшение гликемического контроля, не влияют на липидный и пуриновый обмены; оказывают вазопротективное действие (SECURE-HOPE-substudy) и нефропротективное действие при диабетической и недиабетической нефропатии (FACET и др.) и т.д. Однако, возможности использования этих групп препаратов могут быть ограничены развитием побочных эффектов более чем в 20% случаев (частоты развития сухого кашля на фоне приема ингибиторов АПФ 0,7-25%, частота развития эффектов, связанных с