

ФГУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»
ФГУ «РОССИЙСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС»
ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАРДИОЛОГОВ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ
ГЛАВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИИ
ЗАО «САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ФНПР «ПРОФКУРОРТ»

ТЕЗИСЫ

VIII, ЮБИЛЕЙНОЙ РОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В КАРДИОЛОГИИ»

ПОСВЯЩЕННАЯ 40-ЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ
И РОССИЙСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ



40 лет
РОССИЙСКОЙ
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Абдурахманов М.М., Мухидов У.Р., Рахимов Э.З.

Республика Узбекистан. Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В последнее десятилетие во внутреннюю медицину прочно вошло понятие «метаболический синдром» (МС).

Распространенность МС составляет, по данным различных авторов, от 5 до 20%.

Различают доклиническую (латентную), манифестную и осложненную стадии МС и несколько клинико-лабораторных вариантов (Маколкин В.И. и др., 2005).

МС длительное время протекает без отчетливой клинической симптоматики, проявляясь лишь лабораторными признаками. Поэтому их активное выявление предопределяет эффективность лечения и профилактики сердечно-сосудистых катастроф. Безусловно важна и оптимизация схем лечения.

Больные с МС попадают в поле зрения врачей обычно по поводу АГ, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа, ожирения, неврологических сосудистых нарушений, атеросклероза периферических сосудов, остеохондроза, артроза различной локализации и, поэтому, лечатся у терапевтов, эндокринологов, кардиологов, невропатологов, ангиохирургов, ортопедов и др. Лечебное пособие, как правило, сводится к терапии основного заболевания и игнорируются мероприятия по своевременной коррекции других метаболических нарушений.

Цель: активное выявление МС среди пациентов различных отделений многопрофильного центра и выбор оптимальной коррекции компонентов МС.

Методы исследования: нами отобраны 76 больных МС: 32 мужчин в возрасте от 42 до 59 лет (средний возраст $49 \pm 3,9$ года) и 44 женщин от 42 до 69 лет (средний возраст $52 \pm 2,2$ года) для подбора оптимальной терапии АГ, нарушения углеводного обмена и абдоминального ожирения.

Все пациенты имели классический вариант МС: сочетание легкой или умеренной АГ, СД 2 типа или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и абдоминального ожирения. У шести больных отмечались признаки гиперлипидемии и триглицеридемии.

Для лечения АГ были избраны лизиноприл (Диротон) в дозе от 5 до 20 мг (76 человек), ретард 15 мг (72 человек), 20 человек с СД принимали диабетон, 30 – метформин (сиофор, глюкофаж). При ожирении применялись немедикаментозные способы снижения массы тела.

Полученные результаты оценены через 3 мес. непрерывного лечения (76 человек).

Диротон пациентами переносился хорошо, подобранная доза постоянного приема индапамида ретард стойко нормализовала АД, клинические симптомы отсутствовали, лабораторные показатели (калий, натрий, креатинин, мочевина крови, проба Реберга, печеночные пробы) оставались в пределах нормы.

Гипогликемизирующие препараты корригировали углеводный обмен уже в стационаре, и достигнутая компенсация сохранялась в дальнейшем.

У 28 больных отмечено понижение массы тела на 1–2 кг за 3 мес. наблюдения.

Заключение: таким образом, результаты предварительного наблюдения па-



циентов с МС показали, что только комплексная коррекция обменных и регуляторных нарушений может привести к улучшению течения АГ, СД (или НТГ), что может быть достигнуто такими популярными и доступными для пациентов препаратами, как диуретик, индапамид ретард, сиофор, глюкофаж, диабетон. Лечение ожирения и дислипидемии требует систематических усилий пациента и врача, направленных на коррекцию поведенческого стереотипа (пищевые привычки, адекватная физическая активность, жизненный оптимизм, изменение образа жизни) и постоянного приема гиполипидемических средств.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдурахманов М.М., Ахмедов Н.К., Хамроев Э.Э.

Республика Узбекистан. Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

У 35–50% хирургических больных, подвергающихся оперативным методам лечения, в качестве сопутствующей патологии наблюдается артериальная гипертензия. Сердечно-сосудистая система сама по себе является одной из самых подверженных влиянию операционного стресса функциональных систем организма, а при артериальной гипертензии, когда исходное состояние сердечно-сосудистой системы уже нарушено, риск гемодинамических осложнений повышается. В связи с этим указанный контингент пациентов относится к группе повышенного риска развития периоперационных осложнений. Наиболее частым гемодинамическим расстройством в послеоперационном периоде у данной категории больных являются острые гипертензивные реакции.

Цель: разработать и обосновать мероприятия по профилактике и медицинской реабилитации гемодинамических нарушений, возникающих в послеоперационном периоде у больных с сопутствующей артериальной гипертензией.

Методы исследования: для изучения влияния реабилитационных мероприятий на состояние больных хирургического профиля с сопутствующей артериальной гипертензией в ближайший после перенесенной операции период отобрано 73 случая ведения больных в отделениях хирургического профиля и реанимации. Из этих больных 46 человек получали полный комплекс мероприятий медицинской реабилитации, а 27 – подвергались послеоперационному ведению с применением отдельных методов медицинской реабилитации либо без реабилитационных мероприятий. Обе группы больных сопоставимы по возрастному составу, выполненным операциям, дооперационному состоянию. Проводимые мероприятия медицинской реабилитации включали раннюю активизацию больного (в первые сутки), дыхательную гимнастику в первые сутки, массаж конечностей с одновременным выполнением пассивных движений в нижних конечностях для профилактики тромбозомболических осложнений, элементы активной кинезотерапии (движения в крупных суставах, упражнения для мелких и средних мышечных групп, начиная с первых суток с последующим расширением двигательного режима), рациональную психотерапию лечащим врачом. По сравнению

с первой группой, где 100% пациентов получили все мероприятия медицинской реабилитации, во второй группе ранняя активизация использовалась в 12 случаях (44,4%), дыхательная гимнастика – в 12 (44,4%), массаж – в 2 (7,4%), элементы активной кинезотерапии – в 9 случаях (33,3%), рациональная психотерапия – в 5 случаях (18,5%).

Полученные результаты: сравнительное исследование показателей послеоперационной гемодинамики показало наличие достоверных различий ($p < 0,05$) в уровнях САД через 6 часов после операции и в уровнях всех основных гемодинамических параметров (САД, ДАД, ЧСС) к концу третьих суток после операции.

У пациентов, получивших полный набор реабилитационных мероприятий, избыточные гипертензивные реакции отмечались в 7 случаях (15,2%), избыточные гипотензивные реакции – в 2 (4,3%), нарушения ритма сердца – в 1 (2,2%), резистентная артериальная гипертензия – также в одном случае (2,2%). Среди больных, не получивших полный объем послеоперационной реабилитационной помощи либо не получивших ее вовсе, гемодинамические расстройства развивались чаще. Так, избыточные гипертензивные реакции были зарегистрированы у 12 пациентов (44,4%), избыточные гипотензивные реакции – у 2 (7,4%), нарушения ритма сердца – 4 (14,8%), транзиторная ишемическая атака – 1 (3,7%), резистентная артериальная гипертензия – у 3 больных (11,1%). В ходе исследования проведен анализ сроков послеоперационного пребывания больных. Средняя длительность пребывания больных, получивших в послеоперационном периоде полный реабилитационный комплекс, на 1,3 + 0,2 дней меньше, чем у тех, кто не получил такового в полном объеме или вовсе.

Но эти данные, несмотря на видимую тенденцию, статистически недостоверны ($p > 0,05$). В то же время, если провести сравнение длительности послеоперационного пребывания больных, получивших полный набор мероприятий медицинской реабилитации, с теми, кто вообще не получал раннюю послеоперационную реабилитацию ($n = 9$), различия статистически достоверны и составляют 1,9 + 0,3 дней ($p < 0,05$).

Заключение: таким образом, раннее начало реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде приводит к следующим эффектам: протективное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы; облегченное восприятие пациентом боли и лучшая ее переносимость; снижение сроков послеоперационного пребывания в стационаре; содействие стабильности послеоперационной гемодинамики (при условии проведения адекватной интенсивной терапии).

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОСФОТИДИЛХОЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Авакова В.Э.

Кафедра семейной медицины ФПДО, ПК и ППС ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава, Тверь

Цель: изучить особенности изменения фракций фосфолипидов сыворотки крови у мужчин с нестабильной стенокардией.



Материалы и методы: обследованы 120 мужчин в возрасте от 35 до 65 лет, распределенных на три группы: основная группа (60 пациентов с нестабильной стенокардией), группа сравнения (30 пациентов со стабильной стенокардией) и контрольная группа (30 человек без признаков ИБС). Для биохимического анализа фосфолипидов использовалась кровь из кубитальной вены, взятая утром натощак. Фракционирование фосфолипидов осуществлялось путем точной горизонтальной хроматографии. Идентификация фракций проводилась с помощью значений Rf, цветных тестов и «свидетелей» фосфолипидов фирмы «Sigma». Количественное определение фракций осуществлялось денситометрическим способом. Статистических различий по возрасту в группах не было.

Результаты: выделено пять фракций фосфолипидов: лизофосфолипиды, сфингомиелин, фосфатидилсерин, фосфатидилхолин, фосфатидилинозит. Оказалось, что у мужчин со стенокардией, по сравнению с лицами без признаков ИБС, отмечается уменьшение содержания фосфолипидов в сыворотке крови. Однако выраженность изменений различных фракций была неодинакова. Достоверный характер носило уменьшение фосфотидилсерина и фосфатидилхолина ($p < 0,05$, $p < 0,01$). Дальнейший анализ полученных данных показал, что при нестабильном течении заболевания количество фосфотидилсерина и фосфатидилхолина в сыворотке крови существенно меньше, чем при стабильном ($p < 0,05$, $p < 0,02$). Методом Розенбаума было определено, что наибольшей информативностью обладает фракция фосфатидилхолина. Статистическая обработка биохимических уровней фосфотидилхолина в сыворотке крови у мужчин с нестабильной и стабильной стенокардией напряжения позволила определить пороговое значение, которое дало возможность разделить пациентов со стабильной формой ИБС и нестабильной по количеству фосфотидилхолина в сыворотке крови. Величина порогового значения составила 85 мг%. Она определялась из условий минимизации ошибки первого рода, предусматривающей принятие нестабильной стенокардии за стенокардию напряжения. Ошибка второго рода состояла в принятии стенокардии напряжения за нестабильную стенокардию. Проведенное исследование показало, что максимальное значение ошибки первого рода составило 5%, ошибки второго рода 2%. Между тем нельзя совсем не учитывать участие в патологическом процессе других фракции фосфолипидов. Для косвенной оценки можно использовать величину плотности фракции фосфотидилхолина. Проведенный кластерный анализ с помощью алгоритма ИСОМАД показал, что группа больных нестабильной стенокардией неоднородна, и позволил выделить две группы тяжести. В первой группе сумма выделенных фракций фосфолипидов составляла 176–182 мг%, во второй – 170–176 мг%. Величина плотности фосфотидилхолина – 0,44–0,48 и 0,41–0,44 соответственно.

Выводы: определение фосфотидилхолина в сыворотке крови может стать объективным биохимическим тестом, обладающим достаточной степенью точности, позволяющим избегать диагностических ошибок, прогнозировать ИБС, предупреждать развитие острых форм этого заболевания, индивидуализировать терапевтические подходы и оценивать эффективность проводимого лечения. При значениях фосфотидилхолина в рамках 85–78 мг% следует диагностировать первую группу тяжести нестабильной стенокардии, при значениях, не превышающих 78 мг% – вторую. Величина плотности фосфотидилхолина для мужчин первой группы лежит в пределах 0,44–0,48, а для пациентов второй группы – 0,41–0,44.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ВОЗМОЖНОСТЬ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИХ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Александров А.А., Розанов В.Б., Зволинская Е.Ю., Шугаева Е.Н., Котова М.Б.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва

Цель: оценить естественную возрастную динамику основных факторов риска ССЗ, их прогностическую значимость и результаты профилактического вмешательства.

Методы исследования и испытуемые материалы: дети и подростки 12–13 лет из двух независимых выборок, одна из которых находилась под 22-летним проспективным наблюдением (311 человек обоего пола), а вторая подверглась 5-летнему вмешательству с последующим наблюдением (435 человек) и курящие подростки 12–15 лет (93 человека), прошедшие одногодичный курс вмешательства. Профилактика носила популяционный, групповой и индивидуальный характер и была направлена на рационализацию питания, режима труда и отдыха, психологическую поддержку.

Результаты: распространенность АГ у лиц мужского пола увеличилась с 2,5–3% в 13 лет до 35% в 35 лет, а у девушек с 1,5–4 до 9 % соответственно. В 15–16 лет частота АГ была заметно выше у мальчиков по сравнению с девочками.

Риск развития АГ во взрослом возрасте у мальчиков-подростков с повышенным АД был в 2,3 раза, а у девочек-подростков в 2,9 раза выше по сравнению с мальчиками и девочками, имеющими нормальное АД. В случае сочетания повышенного АД с избыточной массой тела риск появления АГ увеличивался у мальчиков в 7,5, у девочек в 5 раз по сравнению со сверстниками без этих факторов риска. Из лиц, имевших повышенное АД в 13 лет, 37% мужчин и 43% женщин имели его в 33–35 лет. Каждый пятый мужчина и каждая третья женщина с артериальной гипертензией имели в детском и подростковом возрасте повышенное АД. Частота избыточной массы тела и ожирения увеличивалась с 11,8 % у мальчиков и 13,7% у девочек 12–13 лет до 52,5 и 34,9% в 35 лет. У половины лиц, имевших избыточную массу тела и ожирение в подростковом возрасте, они сохранялись и в 35 лет. Вклад средовых факторов во взаимосвязь САД и массой тела был 59% у детей и 19% у взрослых, что говорит о важности и необходимости ранней профилактики. Частота гиперхолестеринемии увеличивалась с 11,6% и 18,7% до 44 и 40% соответственно, а частота курения с 7,4% и менее 1% до 52 и 18,4%. В двадцать лет индекс атерогенности становился выше у мальчиков по сравнению с девочками. Число не имеющих факторов риска мальчиков уменьшалось с 49,9% до 16,4%, а девочек – с 60,9 до 35%. Немедикаментозное вмешательство повлияло положительно на уровень АД, липиды крови и снизило частоту курения. Вторичная профилактика курения носила в основном психологический характер, была высокоэффективной: через шесть месяцев каждый пятый бросил курить и каждый третий снизил интенсивность курения. Прекращение вмешательства приводило к постепенному уменьшению эффекта.

Заключение: значительная распространенность факторов риска ССЗ в детском и подростковом возрасте, их устойчивость требуют ранней профилактики. Она осуществима, эффективна, но должна проводиться непрерывно, пока не сформируются устойчивые навыки здорового образа жизни.



РОЛЬ ФЕНОМЕНА ДОЛГОЖИТЕЛЬСТВА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Алиджанова Х.Г., Кауров Б.А.

ФГУ Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, Москва

Изучали роль феномена долгожительства в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и особенности их течения у лиц с наследственной предрасположенностью к долгожительству и без таковой с целью возможного его учета при проведении кардиологической реабилитации.

Нами проведено обследование 74 долгожителей (средний возраст – $92,4 \pm 0,5$ лет), находящихся на стационарном лечении в ФГУ Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, г. Москвы. В первую группу вошли 38 лиц, которые наследовали долгожительство по отцовской или материнской линиям (возраст предков до 108 лет и проживших в сельской местности) и вторую группу составили 36 лиц, которые не имели в наследстве долгожительство, но имели возраст старше 90 лет.

Результаты исследования: первую группу составили преимущественно (72%) лица со средним или неполным средним образованием, вторую группу – лица с высшим образованием (61%). В первой группе чаще ($p < 0,05$), чем во второй употребляли алкоголь в «малых» дозах и курили до 80–86 лет. У лиц первой группы артериальная гипертония развивалась в 8–9-й, во второй группе – в 6–7-й декадах жизни и не всегда характеризовалась как изолированная систолическая гипертония. Первые признаки ИБС в первой группе были зарегистрированы в 8–9-й, во второй группе – в 6–8-й декадах жизни ($p < 0,05$). Вместе с тем следует отметить, что инфаркт миокарда чаще развивался у лиц первой группы, что, вероятно, было связано с недостаточным вниманием к своему здоровью. Атеросклеротические пороки сердца и сердечная недостаточность чаще встречались во второй группе долгожителей. Для долгожителей первой группы характерным было наличие признаков дисциркуляторной энцефалопатии первой–второй стадий, тогда как для лиц второй группы – второй–третьей стадий и в некоторых случаях с развитием деменции.

Для долгожителей обеих групп характерными были повышенные уровни фибриногена и нормальный липидный спектр крови. У всех долгожителей первой группы были меньше ($p < 0,05$) количество тромбоцитов, чем у лиц второй группы. У 62% долгожителей второй группы были более высокими ($p < 0,05$) показатели глюкозы, чем у лиц первой группы.

Изучая течение сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с наследуемым и ненаследуемым долгожительством, можно сделать заключение, что первые признаки сердечно-сосудистых заболеваний развиваются на разных декадах жизни при нормальных показателях липидного обмена и несколько повышенных уровнях фибриногена крови. Признаки сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с наследованием долгожительства развиваются значительно позже и протекают более благоприятно, чем у лиц без наследования долгожительства. Фактор образованности имеет большее значение для продления жизни людей без наследуемого долгожительства. Полученные данные должны учитываться при кардиологической реабилитации рассматриваемой категории больных.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭФФЕКТА БЕЛОГО ХАЛАТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва

Общезвестно, что у некоторых больных при визите в клинику возникает тревожная реакция, которая проявляется прессорной реакцией со стороны сердечно-сосудистой системы, что приводит к повышению артериального давления (АД) на визите у врача. Этот эффект, который принято называть эффектом белого халата (ЭБХ), может стать причиной неадекватной оценки уровня АД и эффективности антигипертензивной терапии.

Цель исследования: оценить воздействие длительного приема антигипертензивных препаратов из основных групп на выраженность ЭБХ у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: была проанализирована база данных пяти исследований, проведенных в нашем центре, включающих результаты суточных мониторингов артериального давления (СМАД) 204 больных с АГ без серьезных сопутствующих заболеваний. Критерии включения в исследование были следующими: стабильная АГ I–II стадий, отсутствие у больных с АГ тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих постоянной терапии, период отмены антигипертензивных препаратов 2 недели, постоянная антигипертензивная терапия в течение 2–3 месяцев, проведение СМАД при помощи аппарата SpaceLabs 90207. После периода отмены препаратов дважды проводилось СМАД, затем больные переводились на курс терапии антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). При необходимости добавлялся диуретик. В анализ включались только результаты, полученные на фоне монотерапии. Выраженность ЭБХ оценивалась как разность между клиническим и средним дневным АД. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Результаты: исходное среднее систолическое АД (САД) за сутки $144,8 \pm 11,5$; диастолическое АД (ДАД) – $91,2 \pm 7,1$ мм рт. ст. Было выявлено, что из изучавшихся препаратов только метопролол достоверно уменьшал выраженность ЭБХ ($p < 0,005$): для ДАД – с $10,4 \pm 1,8$ до $3,0 \pm 1,8$ мм рт. ст. ($p < 0,005$), для САД – с $12,0 \pm 2,8$ до $0,7 \pm 2,7$ мм рт. ст.

Выводы: как видно из полученных данных, только на фоне длительного приема кардиоселективного β -адреноблокатора метопролола отмечалось уменьшение выраженности ЭБХ. Возможно, это происходило за счет нивелирования симпатической активации на стрессорное воздействие, которым для больного является измерение АД и визит к врачу.



ОТВЕТНАЯ РЕАКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ НА ТЕСТИРУЮЩУЮ ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Антюфьев В.Ф., Мелкозерова Н.Ю., Клубника Л.Ю.

ОБВЛ «Озеро Чусовское», Екатеринбург

Функциональные нагрузочные пробы (ФНП) после аортокоронарного шунтирования (АКШ) проводятся больным для оценки толерантности к физической нагрузке, планирования программ реабилитации и оценки их эффективности.

Цель работы: изучить индивидуальные изменения функциональной активности тромбоцитов (ФАТ) при выполнении ФНП у этой категории больных.

Материалы и методы: 22 мужчины в возрасте 54,5 ($\sigma = 7,1$) года, переведенные непосредственно из кардиохирургической клиники, для долечивания после АКШ. Исследование проводилось на 14–34 день после операции. Все больные принимали антиагреганты (тромбо Асс 100 мг или кардиомагнил 75 мг).

Толерантность к физической нагрузке: протокол Ramp, с субмаксимальной нагрузкой, на «тредмил-комплексе» Quest Exercise Stress System. Система ремостаза: оптический агрегометр Chronolog 490 и коагулометр Behnk Elektronik. Кровь забирали из вены 4 раза: перед началом ФНП, непосредственно после ФНП, через 5 мин и 1 час после прекращения ФНП.

После ФНП увеличилась агрегационная активность тромбоцитов, индуцированная АДФ ($p < 0,04$). Агрегация тромбоцитов индуцированная АДФ 10 мг/л увеличилась с 52,3 ($\sigma = 13,7$) до 60,7% ($\sigma = 12,2$), на 16%. Агрегация индуцированная АДФ 5 мг/л, с 43,6 ($\sigma = 12,3$) до 51,1% ($\sigma = 13,1$), на 18%. Агрегация активированная коллагеном ($p < 0,03$) с 68,1 до 75,6 %, на 11%.

Типы реагирования на ФНП. При повышении средней групповой величины ФАТ индивидуальные изменения агрегабельности тромбоцитов различны. Два типа реакции на ФНП: «гиперреактивный» тип и «гипореактивный». «Гиперреакторы» по агрегабельности тромбоцитов, активированной разными дозами АДФ от 51 до 70%, а «гипореакторы» – от 30 до 49%. «Гиперреакторы» на АДФ 5 мг/л, больше чем на АДФ 10 мг/л, соответственно 70 и 51% больных.

Связь реакции ФАТ с их исходной активностью. Достоверно ($p < 0,001$) показатели ФАТ, в исходном состоянии у «гипореакторов» выше, чем у «гиперреакторов». Интенсивность исходной агрегации АДФ 10 у «гипореакторов» на 33% выше ($p < 0,001$), а скорость – на 24% ($p < 0,001$), чем у «гиперреакторов». Интенсивность агрегации АДФ 5 у «гипореакторов» на 44%, а скорость на 28% ($p < 0,001$) больше, чем у «гиперреакторов». При достоверных различиях ФАТ с индукцией АДФ, функциональная активность тромбоцитов, активированная коллагеном не отличалась в группах.

Заключение: индивидуальная реакция функциональной активности тромбоцитов на ФНП различная. У большинства пациентов развивается «гиперреактивность» тромбоцитов – повышение тромбоцитарного потенциала несмотря на прием антиагрегантов. У меньшего количества больных в ответ на ФНП определяется снижение агрегационной активности тромбоцитов.

Реакция ФАТ на ФНП отражает особенности патофизиологических

механизмов воздействия физических нагрузок на гомеостаз больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые необходимо изучать и учитывать при конструировании программ лечебной физкультуры.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕВЕДЕННЫХ ДЛЯ ДОЛЕЧИВАНИЯ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Аретинский В.Б., Антюфьев В.Ф.

Областная больница восстановительного лечения «Озеро Чусовское», Екатеринбург

Сопутствующие заболевания и факторы риска зачастую влияют на проведение и эффективность медицинской реабилитации больных.

Цель работы: изучение частоты сопутствующих заболеваний и факторов риска (ФР) у работающих мужчин, подвергнутых операции аортокоронарного шунтирования (АКШ). Обследовали 453 мужчины 54,8 ($\sigma = 7,2$) года, после АКШ и «переведенных» непосредственно из кардиохирургической клиники, через 1–3 недели после операции для долечивания. До проведения АКШ 252 человека, возраст 54,3 ($\sigma = 7,8$) года, перенесли инфаркт миокарда, и 201 пациент, возраст 53,9 ($\sigma = 7,3$) года, не перенесли инфаркта.

У большинства пациентов верифицированы сопутствующие заболевания и факторы риска, которые влияют на планирование и проведение восстановительного лечения. Наиболее часто присутствуют такие ФР, как курение – у 77%, высококалорийное питание – у 76, дислипидемия – у 60, гиподинамия – у 67, избыточная масса тела – у 50% больных. Из всех больных ИБС, подвергнутых операции КШ, поступающих на «долечивание», факторы риска модифицированы более успешно у тех пациентов, которые до операции КШ перенесли инфаркт миокарда. На пристрастие к курению даже перенесенный ранее инфаркт миокарда не оказал убедительного влияния.

У больных после АКШ диагностированы основные сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия – до 70% больных, артериальная гипотензия – до 15% больных, дегенеративные заболевания позвоночника – до 70% больных, нервно-психические расстройства в виде депрессий, тревожных состояний и расстройств адаптации – до 70% больных, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – до 20% больных, эрозивный гастродуоденит – до 35% больных, сахарный диабет 2 типа – до 10%, хронические обструктивные болезни легких – до 10%, дисфункция щитовидной железы – до 5% больных. Особое внимание необходимо уделять как диагностике, так и полноценному лечению патологии желудочно-кишечного тракта, так как все пациенты после АКШ нуждаются в приеме антиагрегантов или непрямым антикоагулянтов, имеют повышенный риск обострения или возникновения язвенно-эрозивных процессов и развития желудочно-кишечных кровотечений.

Операция шунтирования коронарных сосудов не устраняет сопутствующие болезни, а иногда ведет к их обострению. Основные факторы риска осложне-



ний и дальнейшего прогрессирования болезни не уменьшают своей значимости и после оперативного вмешательства. Клиническая реабилитация пациентов после операции КШ представляет собой сложный процесс комплексного лечения коронарного больного со всеми сопутствующими заболеваниями и факторами повышенного риска осложнений, что необходимо учитывать при формировании стандартов восстановительного лечения, индивидуальных реабилитационных программ, лекарственного обеспечения и диагностической базы учреждений, осуществляющих реабилитацию на позднем госпитальном этапе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Аретинский В.Б., Болозович А.В., Антюфьев В.Ф.

ОБВЛ «Озеро Чусовское», Екатеринбург

Новым и активно развивающимся методом лечения стабильной стенокардии напряжения (СН) является усиленная наружная контрпульсация (УНКП).

Цель работы: оценить безопасность и эффективность применения УНКП у больных со СН в комплексе медицинской реабилитации.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 11 мужчин среднего возраста 59,5 ($\sigma = 6,2$) лет со СН 2 функционального класса. ИБС верифицирована нагрузочными пробами и/или коронароангиографией. После операции АКШ – 3, после коронарного «стентирования» – 2, с постинфарктным кардиосклерозом 7 больных. УНКП проводили на аппарате ЕСР-МСЗ, «Вамед медикал». Курс лечения УНКП из 12–36 процедур длительностью один час каждая. Первый сеанс УНКП проводится 1 раз в день, в последующие дни две процедуры ежедневно с перерывом между ними не менее 1 и не более 5 часов. Обследование больных проводили до применения УНКП и после окончания курса лечения. Всем больным исследовали толерантность нагрузке по протоколу Ramp, на «тредмил-комплексе» Quest Exercise Stress System, эхокардиография (Эхо-КГ) на аппарате Aloka 1700, перфузионная сцинтиграфия миокарда на гамма-камере ADAS с Тс 99m, в покое и после физической нагрузки.

Полученные результаты: в результате курса УНКП, по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда, получено увеличение перфузии в участках стресс-индуцированной ишемии у 9 пациентов (81,8%). В 3 случаях (27,3%) – от выраженного снижения перфузии (4 балла) до умеренного (3 балла); в 6 случаях (54,55%) – от умеренного (3 балла) до незначительного снижения перфузии (2 балла). В результате УНКП увеличение фракции выброса отмечалось у 9 пациентов (81,82%), в среднем на 12,8%. Увеличение интегрального показателя работоспособности у 10 пациентов (83,3%) в среднем на 10,9% МЕТ. Во всех случаях пациенты отмечали положительные изменения самочувствия, уменьшение утомляемости. Среди изменений общего характера отмечали ощущение легкости в ногах, уменьшение одышки при нагрузке, уменьшение/исчезновение «тяжести и шума в голове», уменьшение головных болей. Осложнений, побоч-

ных эффектов и негативного отношения больных к процедурам УНКП в анализируемой группе нет.

Заключение: усиленная наружная контрпульсация, применяемая для лечения больных со СН как после АКШ, так и после перенесенного инфаркта миокарда, демонстрирует безопасность, эффективность и может использоваться в комплексе медицинской реабилитации на позднем госпитальном этапе. Преимуществом УНКП может быть ее использование при невозможности и/или неэффективности стандартного медикаментозного и нелекарственного восстановительного лечения. В практике кардиореабилитации УНКП может интенсифицировать процесс реадaptации больных без увеличения медикаментозной нагрузки, в ряде случаев достичь увеличения толерантности к физической нагрузке у ослабленных, ограниченных в физической активности больных, не прибегая к увеличению объема лечебной физкультуры и физическим тренировкам.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМИ МОСТИКАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Багманова З.А., Мазур Н.А., Плечев В.В., Карамова И.М., Руденко В.Г.

ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, кафедра госпитальной хирургии, кафедра кардиологии ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, кафедра кардиологии ГОУ ДПО «Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава», Москва

Цель: сравнение информативности модифицированной пробы с физической нагрузкой (МПФН) и общепринятого протокола ПФН в диагностике переходящей ишемии у больных с миокардиальными мостиками (ММ) коронарных артерий.

Материалы и методы: обследовали 159 больных (108 мужчин, 51 женщин, возраст – $51,5 \pm 1,5$ лет) с атипичным болевым синдромом в груди и нормальными ЭКГ-данными. Всем больным проведена коронароангиография с помощью системы Integrus Allura (Phillips), проба с физической нагрузкой с использованием тредмил стресс-системы X-Scribe (Mortara) и велоэргосистемы «Сикард» (Siemens), модифицированная проба (МПФН) в сочетании с нитратами. Протокол МПФН заключался в проведении ступенчато возрастающей нагрузки по методике R.Bruse, когда на достигнутой субмаксимальной ЧСС, при отсутствии или нечетко выраженных клинических и ЭКГ-признаках ишемии, использовался сублингвальный прием 1% р-р нитромина в одной дозе. Модифицированная проба расценивалась как положительная, если после введения нитрата появлялась ишемическая динамика сегмента ST в двух и более ЭКГ-отведениях, провоцировались желудочковые аритмии высоких градаций по B.Low по развитию болевых ощущений в груди.

Результаты: при проведении КАГ у 102 больных выявлены миокардиальные мостики коронарных артерий. При анализе показателей стандартной и модифи-



цированной проб с физической нагрузкой у больных с ММ не получено достоверных различий в величине объема выполненной работы, достигнутой максимальной ЧСС, величины двойного произведения. Также продолжительность модифицированной пробы с нагрузкой была достоверно больше, чем стандартной пробы ($13,2 \pm 1,6$ и $12,2 \pm 1,8$ мин, НД). При проведении стандартного протокола с ФН транзиторная ишемия выявлена у 34 человек (33%). На фоне ингаляции нитромина проворачивались ЭКГ – признаки ишемии миокарда с атипичной стенокардией у 76 человек (75%).

Выводы: 1. Модифицированная проба с физической нагрузкой является безопасным и легко воспроизводимым неинвазивным методом диагностики переходящей ишемии у больных с миокардиальными мостиками коронарных артерий.

2. Информативность модифицированной пробы с физической нагрузкой в выявлении транзиторной ишемии у больных с миокардиальными мостиками коронарных артерий достаточно высокая (75%) по сравнению со стандартным протоколом теста с физической нагрузкой (33%).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИВАБРАДИНА ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМ

Багреева С.М., Минин С.М., Гарганеева А.А.

НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН, Томск

Цель исследования: оценить антиишемическую эффективность и влияние на миокардиальную перфузию ингибитора If-каналов ивабрадина у больных ИБС, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследованы 20 пациентов (из них 11 мужчин) со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. У 9 пациентов ИБС ассоциировалась с ХОБЛ. Средний возраст составил $52,3 \pm 1,12$ года. Оценивались результаты 12-недельной терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином (Кораксан фирмы Servier, Франция) в средней дозе $5,2 \pm 0,7$ мг/сут. Наряду с общеклиническим обследованием выполнялись велоэргометрические тесты, тест 6-минутной ходьбы, одноконтрастная эмиссионная компьютерная томография с ^{199}Tl – хлоридом и спирография.

Результаты и их обсуждение: в результате терапии ивабрадином отмечена редукция клинических проявлений коронарной недостаточности в виде уменьшения эпизодов, а в ряде случаев (3 пациента) исчезновения приступов стенокардии. Уменьшилось количество пациентов со II и III ФК стенокардии, в свою очередь количество больных с I ФК и без эпизодов стенокардии статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в обеих группах. В среднем по группам отмечен достоверный прирост физической толерантности на $18,4\% (\pm 5,3)$ по данным ВЭМ-пробы и на $14,8\% (\pm 6,2)$ – по данным 6-минутного теста ходьбы. Антиангинальная эффективность 12-недельной терапии ивабрадином проявилась достоверным уменьшением количества приступов стенокардии (на $15,7\%$; $p < 0,001$)

и суточной потребности в нитроглицерине (на $16,0\%$; $p < 0,05$). В результате исследования установлено уменьшение переходящего дефекта перфузии по данным скинтиграфии в среднем с $7,38$ до $3,2\%$ ($p < 0,001$). Важным представляется и то, что в группе больных ИБС, ассоциированной с патологией бронхолегочной системы, не отмечено нежелательных явлений или побочных эффектов на фоне терапии ивабрадином ни по клиническим проявлениям, ни по данным спирографического исследования.

Выводы: установлено положительное влияние терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином на миокардиальную перфузию, клинические проявления коронарной недостаточности, физическую толерантность у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК, в том числе ассоциированной с ХОБЛ. На фоне терапии не отмечено ухудшения течения ассоциированной бронхолегочной патологии.

ЦЕРЕБРО- И РЕНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ II У БОЛЬНЫХ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД

Батюшин М.М., Постникова Е.С., Деревянкина И.В., Демидова А.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью работы явилось выявить церебро- и ренопротективную эффективность фиксированной комбинации блокатора рецепторов ангиотензина II 1-го типа (АРА) и диуретика (Теветен Плюс) при лечении больных артериальной гипертензией (АГ), осложненной ишемическим инсультом (ИИ).

У 49 больных АГ (21 – мужчин, 28 – женщин) в течение 6 месяцев от начала ИИ применяли Теветен-Плюс (эпросартана мезилат 600 мг + гипохлортиазид 12,5 мг). Средний возраст больных – $62,3 \pm 1,7$ года. Всем больным был проведен суточный мониторинг АД, изучена азотвыделительная и фильтрационная функции почек (по скорости клубочковой фильтрации (СКФ)), определен уровень микроальбуминурии (МАУ) и ферментурии, креатинина крови, проведено психологическое тестирование пациентов с использованием краткой шкалы оценки когнитивного дефицита (MMSE).

Антигипертензивная эффективность препарата была высокой. Уже через 4 недели лечения достоверно уменьшилось число больных с выраженной АГ. Целевой уровень АД был зарегистрирован у 51 больного (80,9%) через 6 месяцев терапии. У 12 пациентов (19,1%) целевой уровень АД достигнут не был. Наряду с антигипертензивной эффективностью изучаемого комбинированного препарата было отмечено, что на фоне лечения Теветеном Плюс снизился уровень креатинина крови на $28,5\%$ ($p < 0,05$), повысился клиренс креатинина на $34,7\%$ ($p < 0,05$), что свидетельствует об улучшении азотвыделительной функции почек. Кроме того, у пациентов на фоне лечения возросла СКФ на $31,6\%$ ($p < 0,05$), встречаемость МАУ снизилась с $65,1$ до $14,3\%$ ($p < 0,05$), β_2 -микроглобулина в моче – с $4,2$ до $7,9\%$ ($p < 0,05$), что указывало на улучшение функционального состояния эндотелия клубочкового и канальцевого аппарата почек. Ренопротек-



тивный эффект Теветена Плюс был отмечен также в подгруппе больных с рефрактерной АГ. Счет по шкале MMSE в среднем по группе изменялся от исходного $27,1 \pm 0,2$ до $29,5 \pm 0,3$ баллов. При этом, максимальный счет (30 баллов) после лечения был отмечен у 26 больных (53,1%). Отсутствие благоприятного эффекта наблюдалось у 7 больных (14,3%). У больных данного контингента наблюдался исходно выраженный когнитивный дефицит – 23–25 баллов по шкале MMSE. У 16 пациентов счет по шкале MMSE после лечения повышался умеренно до диапазона 28 баллов.

Полученные данные доказывают церебро- и ренопротективный эффект фиксированной комбинации АРА и диуретика. Таким образом, нами установлен факт улучшения функций почек и мозга при использовании Теветена Плюс у больных АГ на фоне ИИ даже без значимых системных гемодинамических сдвигов, что делает перспективным его использование у такой категории пациентов. При титровании антигипертензивных препаратов у больных кроме их влияния на АД целесообразно учитывать еще и выраженность церебро- и ренопротекции.

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Батюшин М.М., Постникова Е.С., Деревянкина И.В., Демидова А.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью работы явилось разработать пути оптимизации профилактики когнитивных расстройств в постинсультный период у больных с артериальной гипертензией (АГ).

У 49 больных АГ (мужчины – 21, женщины – 28) в течение 6 месяцев от начала ишемического инсульта (ИИ) применяли Теветен Плюс (эпросартана мезилат 600 мг + гипохлортиазид 12,5 мг). Средний возраст больных – $62,3 \pm 1,7$ года. До и после курса антигипертензивной терапии психологическое тестирование пациентов было выполнено с использованием краткой шкалы оценки когнитивного дефицита (MMSE).

Результаты проведенного исследования показали, что в процессе лечения Теветеном Плюс отмечалось умеренное снижение АД в основном за счет систолического АД в ночные часы, среднего АД в дневные и ночные часы, но в гораздо большей степени уменьшилась нагрузка избыточным давлением, как систолическим, так и диастолическим. Кроме того, не наблюдалось гипотонических эпизодов, в том числе и в ночные часы, что, как известно, является фактором риска диффузных и очаговых изменений вещества мозга, сопряженных с прогрессирующим нарушением когнитивных функций. Суточный индекс систолического АД после лечения был выше по сравнению с исходными величинами. Это обстоятельство указывало на снижение нагрузки повышенным давлением ночью после лечения Теветеном Плюс. Больные по окончании проведенного курса терапии Теветеном Плюс отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение головной боли, головокружения, повышение работоспособности. Возможность

самообслуживания у пациентов после лечения была значительно выше, чем до лечения ($p < 0,001$). Если до лечения умеренная инвалидизация была отмечена в 90,3%, а минимальное ограничение активности больного – в 6,5%, то через 6 месяцев лечения встречаемость умеренной инвалидизации снизилась до 56,4%, а минимальное ограничение активности пациента наблюдалось в большем проценте случаев в 41,9%. Счет по шкале MMSE в среднем по группе изменялся от исходного $27,1 \pm 0,2$ до $29,5 \pm 0,3$ баллов. При этом максимальный счет (30 баллов) после лечения был отмечен у 26 больных (53,1%). Отсутствие благоприятного эффекта наблюдалось у 7 больных (14,3%). У больных данного контингента наблюдался исходно выраженный когнитивный дефицит – 23–25 баллов по шкале MMSE. У 16 пациентов счет по шкале MMSE после лечения повышался умеренно до диапазона 28 баллов. Патогенетической основой улучшения мозговых функций у больных АГ с цереброваскулярными расстройствами, вероятно, является блокада в головном мозге факторов ренин-ангиотензиновой системы, вовлеченных в регуляцию поведенческих реакций и такого феномена, как ауторегуляция мозгового кровотока.

Таким образом, полученные данные свидетельствовали о благоприятном влиянии терапии Теветеном Плюс на состояние когнитивных функций у больных АГ, осложненной ИИ. Результаты проведенного клинического исследования позволяют рекомендовать использование Теветена Плюс для предупреждения прогрессирования когнитивных расстройств, особенно при раннем включении его в схему лечения пациентов с АГ на фоне ИИ.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО БЕТА-БЛОКАТОРА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бедарева И.В., Чесникова А.И., Кошенская И.Н.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка влияния карведилола (Таллитона, EGIS) и бисопролола (Конкор, NYCOMED) на параметры суточного профиля артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Для реализации поставленных в работе задач было обследовано 48 пациентов с АГ, перенесших ИМ, из них 43,8% – мужчины и 56,2% – женщины. Средний возраст больных составил $59,06 \pm 1,7$ лет. Давность ИБС у обследованных была в среднем $5,51 \pm 3,9$ лет, давность ИМ – $4,2 \pm 1,2$ года. Повторный ИМ в анамнезе был у 12,5% больных. Признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечались в 95,8% случаев. Для сравнительной оценки влияния карведилола и бисопролола на гемодинамические показатели все больные методом случайного выбора были рандомизированы на две группы в зависимости от назначенного лечения: 1 группа – 23 пациента получали базисную терапию (аспирин, статин и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)), а также карведилол. После завершения периода титрования средняя суточная доза карведилола составила 34,2 мг. Больные второй группы (25 человек), помимо базисной терапии (аспири-



на, статина, ИАПФ), получали бисопролол в средней дозе 7,75 мг в сутки. Исследование проводилось в течение 12 недель. Наряду с клинико-лабораторными методами исследования всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с использованием аппарата BPLab («Петр Телегин», Нижний Новгород). Сравнительный анализ показателей СМАД выявил, что в обеих группах на фоне терапии отмечалось достоверное снижение большинства показателей суточного профиля АД. Несмотря на отсутствие достоверных различий в степени снижения анализируемых показателей на фоне проводимой терапии по критерию χ^2 , отмечалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению параметров СМАД у больных, получавших карведилол: систолическое АД за сутки (САД сут) – на 13,4%, САД день – на 14,4%, САД ночь – на 12,4%, диастолическое АД за сутки (ДАД сут) на 17,3%, ДАД день – на 16,2% и ДАД ночь – на 18,5%. Следует отметить эффективное снижение максимальных значений САД и ДАД и отсутствие значимой динамики минимальных значений САД и ДАД на фоне применения и карведилола и бисопролола. Таким образом, снижая пики давления, препараты не вызывали эпизодов гипотонии у пациентов обеих групп. Важно, что на фоне применения карведилола наблюдалось достоверно более выраженное снижение по критерию χ^2 таких показателей, как вариабельность САД в дневные часы на 24,9% и вариабельность ДАД в дневные часы на 19,5% и ночные часы на 27,5%. Это свидетельствует о более стойком антигипертензивном эффекте терапии, включавшей карведилол. Кроме того, на фоне терапии карведилолом отмечена тенденция к более выраженной положительной динамике показателей, характеризующих степень ночного снижения АД. Таким образом, анализ показателей суточного профиля АД через 12 недель терапии позволил сделать вывод о предпочтительном назначении карведилола пациентам с АГ, перенесшим ИМ.

ПАРАМЕТРЫ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК, ВЫБИРАЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ ХСН II–IV ФК НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Березенко Е.А., Петренко Т.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Важным компонентом в комплексном лечении кардиологических больных является физическая реабилитация, но при хронической сердечной недостаточности (ХСН) эта проблема остается не решенной. Наиболее труден вопрос подбора (дозирования) физических нагрузок (ФН) у больных с тяжелыми ФК (НК III–IV ФК по (NYHA).

Цель исследования: изучить выбор параметров велоэргометрических нагрузок и их динамику у больных ХСН II–IV ФК в процессе поликлинического этапа реабилитации. Учитывая низкую работоспособность и в связи с этим ограничение продолжительности тренировок на велоэргометре у больных всех ФК, пациентам дополнительно проводился комплекс ЛФК. Обследованы 157 больных с ХСН II–IV ФК, средний возраст $67,0 \pm 2,5$ лет. Причиной ХСН были ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) или их сочетание.

Физическая реабилитация проводилась в течение 12 месяцев, включала физические нагрузки (ФН) 2 раза в неделю с использованием комплекса ЛФК и велотренировок по методике СВН (свободного выбора нагрузки) интервальным методом, т.е. самостоятельное дозирование больным всех параметров нагрузки: интервалов отдыха во время тренировок, частоты педалирования, мощности, продолжительности тренировки и комплекса ЛФК. Больные III–IV ФК (12 и 25%) не могли выполнять велотренировки на первых занятиях из-за выраженной одышки, в тоже время комплекс ЛФК выполнялся ими без особых затруднений.

Общая продолжительность занятий в первой месяц составила 20–30 минут, к концу 3-го месяца увеличилась до 40–50 минут и не менялась до конца года, не зависела от ФК ХСН. Мощность выбираемой нагрузки на велоэргометре на первой тренировке у больных ХСН II ФК составила $10,7 \pm 1,2$ Вт, и была больше, чем у больных с ХСН III и IV ФК, хотя и недостаточно. К 3-му месяцу, независимо от ФК увеличения мощности не наблюдалось у всех больных. При продолжении ФН мощность увеличилась к 12-му месяцу у пациентов II ФК в сравнении с первой тренировкой на 30,8%, у III ФК – на 41,6% и IV – на 18,6%. Независимо от тяжести ФК ХСН все больные в течение года выбирали мощность нагрузки 56–60% от пороговой. Индивидуальная частота педалирования в процессе реабилитационного курса менялась незначительно внутри ФК ХСН. Так, скорость педалирования у больных II ФК составляла $25,7 \pm 2,1$ об/мин, III ФК – $24,3 \pm 1,8$ об/мин и IV ФК – $21,2 \pm 1,2$ об/мин. Продолжительность велотренировок в процессе реабилитации зависела от тяжести ХСН: у больных с ХСН II ФК на первых занятиях она составила $257,0 \pm 44,4$ сек, что было больше, чем у III ФК на 30,2%, и чем у IV на – 41,9%. К 3-му месяцу наблюдалось увеличение продолжительности велотренировок у больных всех ФК в 2 раза, и затем не менялось до конца года.

Таким образом, с утяжелением ФК ХСН уменьшаются мощность и продолжительность ФН. В процессе реабилитации растет продолжительность ФН, что является приоритетным, мощность увеличивается незначительно. Это позволяет увеличить продолжительность выполнения больными с ХСН II–IV ФК ФН, а также расширить повседневную физическую активность.

ВЭМ-ТРЕНИРОВКИ НА РАННИХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АКШ

Богач Е.Н., Веревкина И.Л., Лаврова Л.И.

ГУЗ МО «Санаторий «Пушкино», МО, Пушкино

Санаторный этап реабилитации служит восстановлению функций сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, лечению послеоперационных осложнений, уменьшению астено-депрессивных проявлений. Физическая адаптация больных после операции реваскуляризации миокарда является актуальной проблемой на санаторном этапе реабилитации. Она включает в себя ЛФК, прогулки, дозированную ходьбу, подъемы по лестнице и занятия на тренажерах.

В санаторий поступают пациенты после операции АКШ на 12–14 день после оперативного вмешательства. С первых дней, продолжая медикаментоз-



ную терапию, в лечение присоединяются немедикаментозные методы лечения, включая ЛФК. При отсутствии противопоказаний на 5–7 день проводится ВЭМ по непрерывной ступенчато-возрастающей методике с предварительной отменой β -блокаторов за 48 часов до исследования. В подавляющем большинстве случаев проба прекращается на нагрузке 50–75 Вт из-за усталости без достижения субмаксимальной ЧСС. ВЭМ-тренировки начинаются с 3–5 мин, 50% от пороговой нагрузки с ЧСС на 10% ниже достигнутой при ВЭМ. Занятия проводятся индивидуально после легких разминок. Контроль осуществляется методом ЛФК и врачом кардиологом. Заполняется протокол нагрузки – АД до и после занятия, ЧСС – до, при переходе на следующую ступень нагрузки и после занятия; ЭКГ – до и после нагрузки 2–3 раза за курс тренировок. В зависимости от исходного состояния и сопутствующей патологии график нагрузок строится индивидуально – в виде одного периода работы по ступенчато-возрастающей схеме или интермиттирующая, интервальная, нагрузка с периодами частичного отдыха в виде снижения интенсивности. Занятия проводятся 6 раз в неделю, с постепенным увеличением времени и величины нагрузки, с достижением ЧСС 75% от субмаксимальной (т.е. в зоне безопасного пульса). Как правило, проводится 10–12 занятий, перед выпиской – повторная ВЭМ. Во всех случаях мы получили прирост величины нагрузки (пороговая нагрузка составила 75–125 Вт), часто с достижением субмаксимальной ЧСС и снижение ДП на сопоставимых уровнях нагрузки. За 8 лет работы мы не получили ни одного случая ухудшения состояния пациентов и отказа от процедуры.

В результате отмечен положительный эффект – увеличение физической работоспособности, уменьшение болевого синдрома, стабилизация гемодинамических показателей, уменьшение симптомов астенизации, депрессивных состояний. Появляется уверенность в собственных силах, побеждается чувство страха. Больным прививаются навыки самоконтроля при проведении физических тренировок на амбулаторном этапе долечивания.

Таким образом, использование ВЭМ-тренировок на ранних этапах реабилитации больных после операции АКШ под тщательным врачебно-инструментальным контролем положительно влияет на физическое и эмоциональное состояние данной категории больных.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Боева А.Н., Сараяв И.А.

Курский государственный медицинский университет

Эффективная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы предполагает конкретную диагностику их нозологических форм. В условиях синдромно-сходной клинической картины при ишемическом и токсическом поражении сердца на фоне анамнестических данных о злоупотреблении алкоголем, возможны диагностические ошибки.

Целью исследования стала разработка нового подхода к дифференцированию этих вариантов патологии сердца на основе анализа присущих им конфигураций системного гомеокинеза.

Материалы и методы: исследование проводили в двух группах, по 20 человек в каждой. Мужчин и женщин в них было поровну. Средний возраст составил 46,5 ± 3,6 и 42,4 ± 4,2 соответственно. В первой группе все пациенты страдали хронической ИБС (в основном – стабильной стенокардией напряжения II–III ф. кл.). Во второй группе у всех больных было установлено наличие токсической кардиомиопатии. Всем обследуемым лицам проводился 24-часовой мониторинг кардиоритма, дополненный расчетом динамики относительной энтропии кардиоритма и оценкой топологических свойств ее странного аттрактора как объекта, аккумулирующего информацию о искомой конфигурации гомеокинеза.

Результаты: в итоге оценки кардиоритма были получены отображения индивидуальных аттракторов динамики его энтропии за каждые последовательно взятые 2 часа суточного цикла. Изучение их топологии осуществлялось с помощью построения моделей феномена в виде наименьшего из возможных гиперкубов, куда вписывалась фазовая траектория энтропии, составляющая тело аттрактора. Количественные характеристики модели-гиперкуба во всех случаях при определенном приближении сохраняли ряд топологических особенностей вписанных в них структур – аттракторов энтропии кардиоритма. В результате анализа моделей, описанных 24-числовыми параметрами, выявили эффекты деформации их структуры, отражавшие различные эффекты гомеокинеза, связанные с наличием переходных процессов в системном регулировании, которые провоцировались наличием кардиальной патологии. Распределение количественных показателей деформации аттракторных моделей гомеокинеза за сутки с шагом в 2 часа, представленные в виде квалитетической диаграммы, построенной по усредненным данным 1 и 2 групп обследованных, позволили выявить достоверные различия в организации гомеокинеза больных с различным типом поражения миокарда (ишемическим или токсическим).

Выводы: проведенное исследование позволяет заключить, что применение информационного анализа и математического аппарата анализа детерминированно-хаотических динамических процессов для характеристики организации синусового кардиоритма, интерпретируемой как маркер особенностей системного гомеокинеза у больных ИБС и токсической кардиомиопатией, перспективно для создания алгоритма дифференцирования этих вариантов поражения сердца при неопределенной клинической картине.



ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ФАКТОРАХ РИСКА И ВЫПОЛНЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Болдуева С.А., Беляева Е.Л., Паскарь Н.С., Парнева Д.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова

Цель исследования: изучить информированность о факторах риска и выполнение мероприятий по вторичной профилактике у больных, перенесших инфаркт миокарда и мозговой инсульт.

Для решения поставленной цели были опрошены 286 пациентов – 212 больных (74,1%), перенесших ОИМ, 74 пациента (25,9%) – ОНМК. Опросник содержал вопросы о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний, имеющихся у пациентов, и возможных методах их коррекции.

По данным опросника, повышенный уровень холестерина был обнаружен у 150 человек (52,4%), из них специальную диету, назначенную доктором по снижению уровня холестерина, соблюдали 82 человека (54,7%), не соблюдали 53 (35,3%) и 15 человек (10%) затруднились с ответом. С тем, что высокий уровень холестерина увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, согласились 219 человек (76,6%), а 67 человек (23,4%) не знали об этом. Были обеспокоены избыточным весом 144 человека (50,3%), но не обращали на это внимания – 138 человек (48,2%), и 4 человека (1,4%) указали на наличие недостаточного веса.

Из опрошенных курили 72 человека (25,2%), никогда не курили 82 человека (28,7%). Курили ранее, но отказались от этой привычки 132 человека (46,2%).

На вопрос о возможных методах снижения риска осложнений после перенесенного ОИМ и ОНМК 229 человек (80,1%) выбрали несколько ответов, а 57 человек (19,9%) – только один. Регулярный прием лекарств указали 175 человек (61,2%), нормализацию уровня АД – 147 человек (51,4%), уменьшение воздействия стресса – 107 человек (37,4%), уменьшение потребления жирной пищи, увеличение физической активности, отказ от курения отметил 101 человек (35,3%), регулярное употребление овощей и фруктов – 90 человек (31,5%), уменьшение употребления алкоголя – 61 человек (21,3%), снижение массы тела – 57 человек (19,9%). Не соблюдали меры профилактики сердечно-сосудистых заболеваний 57 человек (19,9%), осознанно следовали методам профилактики – 229 (80,1%), 92 (32,2%) уменьшили потребление жирной пищи, 63 (22%) прекратили курить, 60 человек (21%) увеличили физическую активность, 54 человека (18,9%) постарались уменьшить воздействия стресса, 34 человека (11,9%) снижали массу тела, 34 человека (11,9%) уменьшили употребление алкоголя. Антигипертензивные препараты регулярно принимали 170 человек (59,4%), принимали только при повышенном АД – 68 человек (23,8%), не принимали вообще 48 человек (16,8%).

Таким образом, информированность пациентов о факторах риска остается недостаточной. 40% больных, перенесших острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, не получают адекватного медикаментоз-

ного лечения, не более трети пациентов осуществляют немедикаментозные методы вторичной профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ГАЗООБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ СПИРОЭРГОМЕТРИИ

Бондаренко И.З., К.В. Альбицкая, О.А. Шацкая, М.В. Шестакова

ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий, директор – Академик РАН и РАМН И.И. Дедов

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является независимым предиктором развития недостаточности кровообращения (НК) в этой популяции. Спироэргометрия – метод исследования показателей внешнего дыхания и газообмена в условиях непрерывно возрастающей физической нагрузки, который используется в кардиологической практике для уточнения стадии НК. **Цель:** изучить особенности газообмена у пациентов с СД 2, не имеющих клинических и эхокардиографических признаков НК в сравнении со здоровыми лицами в условиях спироэргометрии.

Материалы и методы: в исследование включены 12 пациентов с СД 2 (средний возраст $48,4 \pm 8$ лет) и 15 лиц без нарушения углеводного обмена, составившие контрольную группу (средний возраст $43,6 \pm 9$ лет). Лица обеих групп не различались между собой по возрасту, полу, индексу массы тела, липидному профилю, а также исходным ЧСС, систолическому и диастолическому АД. Всем участникам исследования проводился нагрузочный тест на тредмиле по общепринятому протоколу В.Вгусе с использованием непрерывной спироэргометрии. Критерием включения в исследование было достижение «анаэробного порога» (АП) по данным газообмена. Не включались лица, у которых при проведении нагрузочного теста регистрировались диагностически значимые изменения на ЭКГ. Для исключения факторов, способных влиять на показатели газообмена, не включались пациенты с диабетом, находящиеся на инсулинотерапии, имеющие декомпенсацию углеводного обмена, осложнения диабета в виде нефропатии и ретинопатии, а также те из них, которые принимали лекарственные препараты, за исключением сахароснижающих. Для статистической обработки данных использована программа Statistica (StatSoft, США) и непараметрические методы статистики. При сравнении групп использовался критерий Манн–Уитни.

Результаты: продолжительность теста до наступления АП была ниже в 1 группе в сравнении с здоровыми сверстниками ($p < 0,01$), однако толерантность к физической нагрузке оставалась высокой. Во время проведения непрерывной спироэргометрии было выявлено, что у пациентов с СД 2 все показатели эффективности работы кардиореспираторной системы, а именно уровень потребления кислорода, продукция углекислого газа и общий показатель кислородной задолженности МЕТ («метаболический эквивалент») существенно снижены ($p < 0,01$, $p < 0,05$, $p < 0,01$ соответственно) по сравнению со здоровыми сверстниками и соответствуют уровню



тканевой гипоксии у пациентов с ИБС, имеющих 2 ф.к.

Выводы: 1. Способность транспортировать кислород тканям и использовать этот кислород во время нагрузки у пациентов с СД 2 снижена так же, как у лиц без диабета, но имеющих ИБС и НК.

2. Изменения в кислород-транспортной системе у пациентов с СД 2 в условиях нагрузочного теста могут служить маркером негативного влияния диабета на состояние сердечно-сосудистой системы и, возможно, определять прогноз развития у них НК.

ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Бородин Л.М., Теффенберг Д.В.

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН – «Тюменский кардиологический центр»

Цель работы: определение влияния физических тренировок на толерантность к физической нагрузке, состояние центральной гемодинамики и качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда, осложненный фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы исследования: в исследование включены 26 больных (средний возраст $40 \pm 1,4$ года) в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с ФП. Физическая реабилитация начиналась на стационарном этапе не позднее 3-го дня от момента возникновения инфаркта миокарда. На 18–21-й день развития заболевания 15 пациентам, которые составили основную группу (ОГ), проводились физические тренировки (ФТ) в течение 4 месяцев с использованием велоэргометрических нагрузок. В группу контроля (КГ) вошли 11 больных.

Полученные результаты: в ходе наблюдения в основной группе отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке с $106 \pm 3,7$ Вт исходно до $133 \pm 5,1$ Вт через 2 месяца и $144 \pm 7,4$ Вт – через 4 месяца ФТ ($p < 0,001$). Наряду с этим к концу курса ФТ по результатам радионуклидной вентрикулографии зарегистрировано улучшение показателей центральной гемодинамики: конечно-диастолический объем увеличился с $115,1 \pm 0,98$ в исходном состоянии до $121,3 \pm 2,67$ мл ($p < 0,05$), конечно-систолический объем уменьшился с $69,4 \pm 4,26$ мл до $62,1 \pm 2,02$ мл ($p < 0,05$), минутный объем крови изменился с $5,09 \pm 0,19$ до $5,74 \pm 0,32$ л/мин ($p < 0,05$), максимальная скорость наполнения левого желудочка – с $3,12 \pm 0,13$ до $3,86 \pm 1,17$ ($p < 0,05$). При проспективном наблюдении различия в группах были отмечены уже к концу 2-го года. В КГ произошло увеличение числа больных с выраженными проявлениями сердечной недостаточности с 14,8 до 25,4% ($p < 0,05$). Функциональный класс стенокардии в ОГ снизился и сохранялся на стабильном уровне в течение 3-летнего наблюдения, в КГ за этот период существенных изменений ФК не произошло.

Вывод: таким образом, физические тренировки у пациентов с ИМ и сопутствующей ФП способствуют увеличению толерантности к физической нагрузке, улучшению показателей центральной гемодинамики, повышают качество жизни больных.

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТОТЕРАПИИ В САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Борисов В.А., Прасолова В.Е., Денисова Е.В.

Кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины ИГМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение: артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее часто встречаемых и социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы, доля которого, по данным Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с АГ, в структуре общей смертности от этих заболеваний составляет 20–50%. В многочисленных исследованиях последних десятилетий установлено, что в патогенезе АГ важную роль играют эмоциональные стрессы, аффективные расстройства, чаще всего тревога и депрессия. Эти нарушения являются независимыми факторами риска, влияющими как на развитие и течение АГ, так и на прогноз выживаемости этих больных. В свете данных об отрицательном влиянии тревоги на развитие и прогноз АГ адекватная реабилитационная программа, включающая не только традиционные медикаментозные воздействия, но и ряд мер, направленных на коррекцию психических нарушений, приобретает в настоящее время приоритетную значимость.

Процесс медикаментозной терапии (транквилизаторы, тимоаналептики) повышенной тревожности у больных АГ представляет собой сложное маневрирование между учетом клинических показаний и стремлением избежать вероятных побочных действий и осложнений. Таким образом, актуальной проблемой является поиск безлекарственной терапии повышенной тревожности у больных АГ.

Цель исследования: изучение влияния комплексного санаторно-курортного лечения с использованием светотерапии на психологический статус у больных АГ в сочетании с повышенной тревожностью.

Методы исследования: в исследование включены 25 больных (из них мужчин – 12, женщин – 13) в возрасте от 46 до 65 лет (средний возраст $54,7 \pm 5,3$ года). Психологическое тестирование проводили с использованием шкалы Спилбергера–Ханина (личностная (ЛТ) и реактивная (РТ) тревожности).

Полученные результаты: после этапа тестирования пациенты были разделены на 2 группы: контрольную – 10 человек, получали стандартное санаторно-курортное лечение (водолечение, электролечение, лазеротерапия, лечебная физкультура); основную – 15 человек, получали стандартное санаторно-курортное лечение + биоптронотерапия (аппарат «Биоптрон 2»). Методика применения: освещали лицо (расстояние 60 см, глаза закрыты) в течение 15 мин, 1 раз в сутки, ежедневно, в течение 15 дней. Исходно (до лечения) разница между показателями ЛТ и РТ в исследуемых группах была статистически не существенна



($p > 0,05$). К моменту окончания терапии у больных основной группы суммарный балл ЛТ снизился на 26% ($50,6 \pm 5,8$ балла против $37,1 \pm 5,1$; $p < 0,01$), РТ – на 28% ($47,5 \pm 6,6$ балла против $34,2 \pm 6,2$; $p < 0,01$). Между тем в контрольной группе значимого изменения тревожного состояния больных за период наблюдения не произошло: суммарный балл ЛТ ($51,3 \pm 6,1$ балла против $47,5 \pm 5,9$) и РТ ($46,4 \pm 5,3$ балла против $42,1 \pm 5,4$) снизился от исходного уровня на 7 и 9% соответственно ($p > 0,05$).

Заключение: таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности биоптронотерапии при лечении личностной и реактивной тревожности у больных АГ и необходимости включения данного метода в программу реабилитации пациентов с АГ в сочетании с повышенной тревожностью.

ВТОРИЧНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Бородина В.И., Ходеева Т.Ю., Никонов М.Ю.

ФГОУ «Институт повышения квалификации ФМБА России», Москва;
Клиническая больница № 84 ФМБА России, Москва

Актуальность: при хронической сердечной недостаточности (ХСН) более половины пациентов имеют признаки диастолической дисфункции левого желудочка (ДДФЛж), что приводит к гемодинамической перегрузке левого предсердия и его дилатации, что предрасполагает к развитию фибрилляции предсердий (ФП).

Цель исследования: изучить влияние эналаприла на клиническое течение пароксизмов ФП у больных с ДДФЛж.

Материалы и методы: обследованы 50 пациентов в возрасте $58,4 \pm 11,9$ года, госпитализированных по поводу пароксизма ФП сроком до 7 суток, который возник на фоне синусового ритма и ДДФЛж. Пациенты разделены на 2 группы по 25 человек и были сопоставимы по полу, возрасту, проводимой медикаментозной терапии. Пациенты первой группы получали 10 мг эналаприла в течение 6–8 месяцев до исследования. Пациенты второй группы не получали эналаприл до исследования.

Показатели внутрисердечной гемодинамики оценивались с помощью двухмерной Эхо – и доплер-эхокардиографии на фоне исходного синусового ритма и сразу после пароксизма ФП. Клиническая эффективность препарата оценивалась на основании теста толерантности к нагрузкам с оценкой функционального класса ХСН (ФК ХСН), повышения давления в легочной артерии и появления симптомов острой левожелудочковой сердечной недостаточности во время пароксизмов ФП, а также времени восстановления синусового ритма.

Результаты исследования: в первой группе число пациентов с I ФК ХСН составило 2 (8%), II ФК – 14 (56%), III ФК – 9 (36%), IV ФК зарегистрировано не было. Установлено, что на фоне предшествующей терапии эналаприлом у паци-

ентов первой группы увеличилась толерантность к физической нагрузке, улучшалась переносимость пароксизма ФП. Во второй группе преобладали пациенты с III ФК ХСН, что составило (52%). У 4 пациентов второй группы без предшествующего лечения эналаприлом пароксизм ФП сопровождался повышением давления в легочной артерии и развитием отека легких у одного пациента. У пациентов второй группы отмечалось более позднее купирование пароксизма ФП – $3,8 \pm 0,7$ суток, по сравнению с пациентами первой группы – $3,1 \pm 0,4$ суток на фоне улучшения ДДФЛж.

Заключение: таким образом, прием эналаприла у пациентов с ХСН с высоким риском развития ФП ведет к улучшению диастолической функции левого желудочка и лучшей переносимости пароксизма ФП.

АДАПТАЦИОННАЯ (АНТИСТРЕССОРНАЯ) ТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ПРОБЛЕМ (КОГОРТНОЕ ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д., Карпова А.В., Сапунова И.Д.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва

Цель исследования: изучить эффективность воздействия активационной (адаптационной, антистрессовой) терапии среди двух групп сердечно-сосудистых проблем, занимающих первое место среди причин смертности населения: артериальной гипертонии (АГ), которой страдают 40% людей и ишемической болезни сердца (ИБС), которой страдают около 30% взрослого населения страны.

Материалы и методы: методом рандомизации из подвыборки московской популяции (около 400 человек) были выделены 4 группы пациентов по 15 человек в каждой (2 группы контроля для АГ и ИБС и 2 группы для активационной терапии для лиц с АГ и ИБС, которые в течение 1 месяца принимали адаптогены (настойку жень-шеня, элеутерококка) в минимальных количествах по специально разработанному алгоритму. Для диагностики стресса при обследовании использовались опросники PSS, HADS, качества жизни, качества здоровья, измерялось АД, ЧСС, рост, индекс массы тела, отношения окружности талии и бедер, а также впервые использованные нами методы: «Пульс-антистресс» (Н.Ю. Михайлов, 2004), «Волна эмоций» (Е.В. Миросник, А.В. Прохоров, 2006) и методика активационной терапии «Стресс-Антистресс» (Л.Х. Гаркави с соавт., 2002; Л.Х. Гаркави, 2006). Метод «Пульс-антистресс», в котором были исследованы частотные, амплитудные и временные характеристики пульсовой волны на основе объединения двух подходов: математического моделирования формы пульсовой волны и имитационного моделирования ритмограммы. В активационном оздоровлении основной программой по оценке формированию антистрессорных реакций явился «Пульс-Антистресс» – это первый этап доклинической диагностики (по вариабельности пульса), позволяющий определить эмоциональный статус человека, его адаптационные реакции и уровни реактивности, состояние острого и хронического стресса, определить индекс на-



пряженности (ИН) регуляторных систем организма (в норме ИН колеблется в пределах 80–150 условных единиц). Если на организм действуют слабые благоприятные раздражители, то формируются адаптационные реакции, имеющие антистрессорный характер. Реакции тренировки, спокойной и повышенной активации – увеличивают неспецифическую сопротивляемость организма к любым повреждающим факторам без энергетических потерь и без каких-либо повреждений в регуляторных системах организма. Это метод позволяет контролировать переход организма из нежелательных состояний (стресс) в желаемые – реакции активации и тренировки. Метод «Пuls-антистресс» позволяет за 5–10 мин выявить наличие или отсутствие стресса, болезни и может использоваться при скрининговых исследованиях. Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялись по системе SAS.

Результаты: лица, получившее лечение, отмечали наступление общего и «внутреннего» успокоения, улучшения продолжительности и качества сна, у них значительно уменьшилась раздражительность (перестали реагировать на «раздражители», которые раньше вызывали стрессовую ситуацию), угнетенность, утомляемость, агрессивность, тревожность. Динамика, зафиксированная с помощью психометрических шкал, выразилась в отчетливом улучшении настроения, уменьшении страха, печали, гнева, повышении уверенности в себе, активности, уменьшении эмоциональной неустойчивости.

Выводы: лечение стресса, тревоги и депрессии должно быть комплексным: не только аутогенный тренинг семейных выборов, но и при необходимости назначение соответствующих препаратов (седативных, анксиолитиков, антидепрессантов, антиоксидантов) и активационной (адаптационной) терапии. Как лица, обученные коррекции стресса, перенесут последствия кризиса конца 2008 года можно будет оценить через 1–2 года.

Работа поддержана грантом РФФИ.

ВЛИЯНИЕ ЗЕТИМИБА НА АТЕРОГЕННУЮ ПОСТПРАНДИАЛЬНУЮ ГИПЕРЛИПИДЕМИЮ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

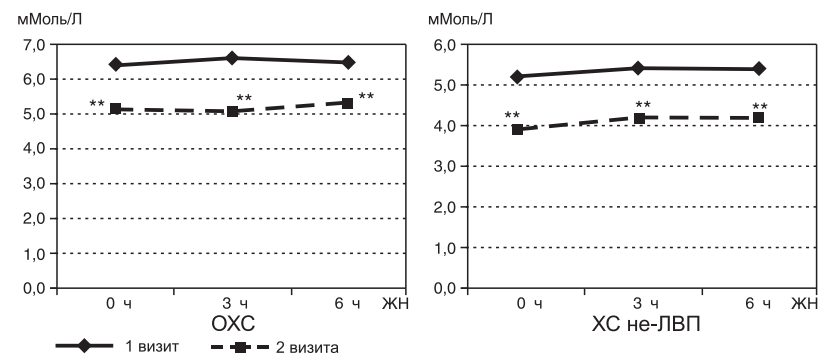
Бубнова М.Г., Зейнапур А.А., Перова Н.В., Аронов Д.М.

ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва

Цель исследования: оценить гиполипидемическую активность зетимиба (зетерол®) – ингибитора абсорбции холестерина в кишечнике – в коррекции гиперлипидемии как натощак, так и в условиях пищевой жировой нагрузки (ЖН) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) с гиперхолестеринемией (ГХС).

Материалы и методы: 15 больным от 43 лет до 71 года ($60,1 \pm 2,2$) с верифицированной КБС и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) более 3,0 ммоль/л после 4 недель гиполипидемической диеты назначался зетимиб в дозе 10 мг/сутки. Исходно и через 12 недель наблюдения проводилась стандартная жировая нагрузка (ЖН) по модифицированной методике Patsch LR с определением уровня липидов натощак, через 3 и 6 часов после ЖН.

Результаты: на фоне терапии зетимибом 10 мг/сутки выявлено натошак снижение концентрации общего ХС на 20% ($p \leq 0,001$), ХС ЛНП на 25% ($p \leq 0,001$), триглицеридов (ТГ) на 25% ($p \leq 0,01$). Концентрация ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) не менялась. Снижение ОХС выявлялось не только натощак, но и в постпрандиальный период (после ЖН): через 3 часа на 22% ($p \leq 0,001$) и 6 часов на 19% ($p \leq 0,001$). Скорость нарастания ТГ в ответ на ЖН сохранялась прежней, и достоверных различий в сравнении с исходным уровнем до лечения не отмечено. В то же время выявлено достоверное снижение концентрации ХС не-ЛВП как натощак, так и после ЖН. (см. рисунок).



** $p < 0,001$; * $p < 0,01$ – сравнение с уровнем на визите; 0 – натощак, 3 ч – 3 час ЖН, 6 ч – 6 час ЖН.

Вывод: у больных КБС с исходной гиперхолестеринемией выявлено положительное влияние монотерапии зетимиба в дозе 10 мг/сутки на исходную и постпрандиальную гиперлипидемию, выражающееся в умеренном снижении уровня атерогенных липидов крови.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ТРИМЕТАЗИДИНОМ МВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ В УСЛОВИЯХ ЖИРОВОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗОК У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бубнова М.Г., Метельская В.А., Салманова А.С., Ратникова Л.А., Гуманова Н.Г., Аронов Д.М.

ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва

Цель исследования: изучить влияние пищевой жировой и физической нагрузок на показатели оксида азота (NO) и активность фактора Виллебранда до и после применения триметазидина МВ у больных коронарной болезнью сердца (КБС).



Материалы и методы: в исследование были включены 30 мужчин с КБС, со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. Больные были рандомизированы в две группы, по 15 человек в каждой. Пациентам I группы (основной) в дополнение к базисной терапии был назначен триметазидин MB 35 мг по 1 таб. 2 раза в сутки. Пациенты II группы (контрольной) находились на базисной терапии. Исследование длилось 2 месяца. Стандартная жировая нагрузка (ЖН), моделирующая постпрандиальное состояние, проводилась по модифицированной методике J.R. Patsch: прием натошак в течение 5 минут 20% сливок из расчета 65 г жира на 1 м² поверхности тела. Физическая нагрузка (ФН) на велоэргометре была индивидуально пороговой для каждого пациента.

Активность фактора Виллебранда в плазме крови определяли на агрегометре фирмы «Биола» по постепени агглютинации фиксированных тромбоцитов в ответ на добавление ристомидина. Кровь для исследования брали из локтевой вены в 3,8%-ый раствор цитрата натрия в соотношении 9 : 1 и центрифугировали в течение 15 мин при 3 000 об/мин с получением плазмы. Определение метаболитов NO проводили по измерению концентрации в сыворотке крови стабильного продукта оксида азота нитрит иона (Метельская В.А., Гуманова Н.Г., Miranda К.М., 2001). Полученную кровь центрифугировали в течение 20 мин. при 3 000 об/мин.

Первый (1-я точка) забор крови осуществлялся натошак, после чего сразу проводилась ЖН, через 3 часа после ЖН был второй (2-я точка) забор крови, и затем выполнялась ФН, в течение 10 минут после которой осуществлялся третий (3т) забор крови. Четвертый (4т) забор крови – через три часа после ФН, т.е. через шесть часов после первого забора крови.

Результаты: при сравнении результатов до и после лечения триметазидином MB в течение двух месяцев у пациентов основной группы наблюдалось снижение активности фактора Виллебранда исходно, после ЖН и после ФН, чего не было отмечено у больных в контрольной группе (табл. 1). На фоне приема триметазидина MB в основной группе было выявлено повышение уровня нитрит-иона (NO₄) во всех исследуемых точка в отличие от больных группы контроля (табл. 2).

Таблица 1. Изменение активности фактора Виллебранда в процессе наблюдения

Контрольная группа			Основная группа	
Точка	Исходно	Через 2 месяца	Исходно	Через 2 месяца
1	161 ± 30	167 ± 35	197 ± 67	152 ± 45**
2	144 ± 43	188 ± 31	209 ± 67	169 ± 48*
3	142 ± 39	144 ± 44	194 ± 85	154 ± 60*
4	134 ± 43	152 ± 60	190 ± 89	154 ± 50

Примечание: * $p < 0,02$; ** $p \leq 0,01$ к значению «Исходно».

Таблица 2. Изменение содержания нитрит-иона в процессе наблюдения

Контрольная группа			Основная группа	
Точка	Исходно	Через 2 месяца	Исходно	Через 2 месяца
1	51 ± 27	53 ± 30	44 ± 24	56 ± 28*
2	48 ± 20	51 ± 34	39 ± 20	54 ± 28**
3	50 ± 27	53 ± 30	44 ± 20	56 ± 26*
4	51 ± 27	51 ± 31	42 ± 21	51 ± 26***

Примечание: * $p \leq 0,06$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,03$ к значению «Исходно».

В процессе двухмесячного наблюдения за больными из контрольной группы были 2 пациента в связи с госпитализацией по поводу нестабильной стенокардии, в основной группе по той же причине выбыл один пациент.

Вывод: назначение в дополнение к базисной терапии больных КБС триметазидина MB улучшает функциональную активность эндотелия (усиливает продукцию основного вазодилатора – оксида азота) и ингибирует гиперактивность тромбоцитов за счет снижения активности фактора Виллебранда как натошак, так и в условиях негативных экзогенных влияний, т.е. после атеротромбогенного действия пищевых насыщенных жиров и физического стресса, индуцированного пороговой динамической нагрузкой.

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА АГРЕГАЦИЮ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Бурдули Н. М., Гиреева Е. Ю.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности в мире. В нашей стране каждый год от этих болезней умирают около 1 млн 300 тыс. человек, причем значительная доля случаев смерти приходится на сравнительно молодой возраст. При этом развитие рефрактерности к антиангинальным препаратам, их побочные эффекты у значительной части больных, а также все возрастающая фармако-экономическая стоимость проводимого лечения заставляет разрабатывать новые методы лечения ИБС, в том числе и немедикаментозные. В этой связи все большее значение приобретает использование низкоэнергетического лазерного излучения (НИЛИ) в комплексном лечении больных ИБС.

Цель исследования: изучение влияния НИЛИ на агрегационные свойства эритроцитов у больных стабильной стенокардией. Были обследованы 38 больных (22 мужчин и 16 женщин) стабильной стенокардией напряжения ФК II–III., в возрасте 63,7 ± 6,8 лет. Все больные были разделены на 2 группы. Больные основной группы (23 человека) дополнительно к медикаментозной терапии (МТ)



получали ВЛОК. Курс лазерной терапии проводился на протяжении 7 дней. Лазерное облучение крови проводили с помощью аппарата «Матрикс – ВЛОК». Контрольная группа (15 человек) получала только медикаментозную терапию. Исследование проводили до и после курса проводимой терапии. Исследование агрегации эритроцитов изучали с помощью анализатора агрегации AP 2110 (фирма SOLAR, Беларусь). Оценивались следующие параметры: степень агрегации (СТА, %), скорость агрегации (СКА, %/мин) и время агрегации (t , мин).

При анализе показателей агрегационной функции эритроцитов у больных со стабильной стенокардией напряжения были выявлены различные типы агрегационных кривых. Повышение агрегации эритроцитов имело место у 78% (18) больных в основной группе и у 73% (11) в контрольной группе. Гипоагрегация регистрировалась у 13% (3) пациентов в основной группе и у 13% (2) в контрольной. Нами также были отмечены случаи с нормальной агрегацией эритроцитов у 9% (2) больных в основной группе и у 14% (2) в группе контроля.

После проведенного лечения при исходной гиперагрегации эритроцитов отмечалось снижение СТА с $72,8 \pm 2,4$ до $54,4 \pm 2,6$ ($p < 0,001$), СКА с $30,2 \pm 2,2$ до $18,8 \pm 1,8$ ($p < 0,001$), а времени агрегации с $8,26 \pm 0,01$ до $9,01 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), при исходной гипоагрегации отмечалось повышение СТА с $27,7 \pm 1,8$ до $46,4 \pm 1,6$ ($p < 0,001$), СКА с $9,6 \pm 1,1$ до $13,7 \pm 0,8$ ($p < 0,01$), времени агрегации с $9,42 \pm 0,02$ до $8,56 \pm 0,06$ ($p < 0,001$). В группе контроля после лечения достоверных изменений не произошло. При исходной гиперагрегации эритроцитов не отмечалось достоверного снижения СТА – с $72,3 \pm 1,5$ до $68,6 \pm 1,8$, СКА – с $29,6 \pm 2,2$ до $24,8 \pm 2,0$ и времени агрегации с $8,30 \pm 0,06$ до $8,42 \pm 0,04$ ($p < 0,1$). При исходной гипоагрегации отмечалось недостаточное повышение показателей СТА – с $28,9 \pm 1,2$ до $32,5 \pm 1,5$, СКА – с $10,3 \pm 1,2$ до $10,6 \pm 0,8$, а времени агрегации с $9,45 \pm 0,03$ до $9,4 \pm 0,04$. Таким образом, применение НИЛИ в комплексном лечении больных стабильной стенокардией способствует коррекции патологически измененной агрегационной способности эритроцитов.

РОЛЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТАТИНАМИ В УЛУЧШЕНИИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ватаман Е.Б., Филимон С.С., Апроду С.А., Попович Т.С.

Институт кардиологии, Кишинев, Республика Молдова

Цель: определение влияния длительного лечения Ловастатином на параметры метаболизма липидов, углеводов и данных нагрузочной пробы (велозерометрии) у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа.

Методы: в исследование были включены 54 больных, 32 мужчины и 22 женщины (средний возраст $58,8 \pm 0,92$ лет), которые были разделены в две группы: I группа – с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) которые принимали гиполипидемическую терапию Ловастатином

(в средней дозе 33 мг/сутки) и II группа – с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2-го типа, которые соблюдали гиполипидемическую диету без приема статинов. Все больные принимали стандартную терапию для ИБС (бета-адреноблокаторы, ацетилсалициловая кислота, пролонгированные нитропрепараты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) и Глибенкламид (в средней дозе 7,7 мг/сутки). Были определены параметры липидов крови (общий холестерин, триглицериды, HDL-холестерин и LDL-холестерин), глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин и результаты велозерометрии (длительность нагрузки, общий объем выполненной работы, мощность последней ступени нагрузки) наряду с оценкой динамики электрокардиограммы, артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Результаты: после одного года наблюдения на фоне постоянного лечения Ловастатином произошло снижение уровня общего холестерина на 28,41% ($p < 0,001$), холестерина липопротеинов низкой плотности на 31,49% ($p < 0,001$) и триглицеридов на 17,96% ($p < 0,05$). У больных второй группы уровень общего холестерина снизился на 10,38% ($p < 0,05$), уровень холестерина липопротеинов низкой плотности – на 9,13% ($p > 0,05$) и уровень триглицеридов – на 9,31% ($p > 0,05$). Уровень глюкозы в крови в I группе снизился в среднем на 6,87% ($p > 0,05$), содержание гликозилированного гемоглобина – на 11,08% ($p < 0,05$) а у пациентов II группы уровень глюкозы крови незначительно увеличился (на 7,30%, $p > 0,05$) тогда как гликозилированный гемоглобин возрос на 17,35% ($p < 0,05$).

Применяемый комплекс мероприятий по вторичной профилактике способствовал достоверному улучшению параметров переносимости физических нагрузок только в группе больных, принимавших Ловастатин: время нагрузки выросло на 16,82% ($p < 0,05$), общий объем выполненной работы – на 35,73% ($p < 0,001$) и мощность последней ступени нагрузки – на 22,45% ($p < 0,01$).

Заключение: лечение с Ловастатином способствовало нормализации параметров липидов крови, уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина а также улучшению толерантности к физической нагрузке у больных с сахарным диабетом 2 типа в динамике первого года наблюдения после перенесенного ими инфаркта миокарда.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Ватаман Е.Б., Лысый Д.М., Филимон С.С., Приску О.Н., Сасу С.Ф., Гривенко А.

Институт кардиологии, Кишинев

Прогноз жизни больных с хронической сердечной недостаточностью часто сравним с таковым при злокачественных новообразованиях, но результаты современных рандомизированных исследований по медикаментозной коррекции



их нейро-гуморального статуса свидетельствуют о возможности улучшения отдаленных результатов.

Цель исследования: оценка динамики заболевания и функционального статуса больных в зависимости от их образа жизни, от выполнения программы по вторичной профилактике и от интенсивности повседневных физических нагрузок.

Материалы и методы: 402 больных, перенесших Q-инфаркт миокарда более 3-х месяцев назад (возраст $59,7 \pm 0,54$ лет) находились под нашим наблюдением в течение года. 1-я группа – 203 больных, жители города, выполнившие программу стационарной и санаторной реабилитации. Им проводились повторные обследования кардиологом и медикаментозная коррекция через каждые три месяца. 2-я группа – 199 больных, жители села, наблюдались семейным врачом. Всем больным назначалось лечение с целью вторичной профилактики: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (эналаприл или лизиноприл), бета-адреноблокатор (метопролол тартрат), спиронолактон, а также ацетилсалициловая кислота и симвастатин. Комплексное обследование проводилось два раза – исходно и через год. Оценивались клиническое состояние, основные факторы риска, липидограмма, гликемия, электрокардиограмма, эхокардиограмма, тесты с физической нагрузкой, а также параметры сократимости миокарда и резерв сократимости при выполнении пробы с изометрической нагрузкой, параметры качества жизни, обострения заболевания, повторные госпитализации и летальные исходы. При статистической обработке результатов были использованы критерии достоверности Стьюдента, соответствия χ^2 , корреляционного и дискриминантного анализа.

Результаты: в течение одного года наблюдения было 15 летальных исходов; 8 – в 1-ой группе и 7 – во 2-ой, средний возраст умерших $67,3 \pm 2,49$ лет. Не было существенных отличий по числу факторов риска по сравнению с выжившими больными, однако у 60% больных этой группы была стенокардия III функционального класса, сложные нарушения ритма зафиксированы у 40%, у 80% был венозный застой в легких и у 20 – сердечная недостаточность III–IV функционального класса NYHA, у 83% – хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, у 64 – хроническая патология печени и у 23% – повышение уровня креатинина крови. Пошаговый анализ выделил следующие параметры имеющие основное значение для прогноза летального исхода: возраст больных, функциональный класс сердечной недостаточности, степень артериальной гипертензии в сочетании с поражением органов-мишеней, а также неучастие в программе реабилитации и вторичной профилактики.

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА – ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Волков В.С.

Тверская медицинская академия

Цель: изучить клинические проявления соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (СДВНС) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), и разработать программу реабилитации.

Методы исследования: в динамике наблюдалось 312 больных, перенесших ИМ. Обследование включало запись ЭКГ в покое, велоэргометрию, для оценки депрессии использовалась шкала Зунга. Верификация СФДВНС проводилась клинически.

Полученные результаты: у обследованных в клинической картине доминировал сердечно-болевой синдром. При этом у 25,3% больных боли в области сердца и за грудиной отсутствовали, у 24% имелась типичная стенокардия, у 25,6% диагностирована кардиалгия и у 25% наблюдалось сочетание стенокардии и кардиалгии. Диагноз стенокардии подтверждался снижением толерантности к физической нагрузке, тогда как при кардиалгии показатели велоэргометрии были удовлетворительными. Кардиалгия в 99,8% случаев являлась проявлением СФДВНС. Последняя имела следующие клинические проявления.

1. Наличие психовегетативных нарушений различной степени выраженности (многочисленные жалобы, хронический болевой синдром, нарушения сна, приступы одышки, сердцебиение, расстройства в сексуальной сфере).

2. Вегетативные кризы, важной особенностью которых было отсутствие развернутых панических атак и преобладание abortивных и стертых кризов. Как правило, в центре проявлений последних находилась внезапно возникающая кардиалгия, обычно сопровождающаяся ухудшением самочувствия, затруднением дыхания, тахикардией, неустойчивостью артериального давления.

3. Наличие сегментарных нарушений, которые отсутствовали при типичной стенокардии и имелись всегда при кардиалгии, а их выраженность и распространенность точно соответствовали субъективной оценке атипичного болевого синдрома. Это давало возможность по распространенности зон гипералгезии составить объективное представление о интенсивности кардиалгии (выраженности СФДВНС). Депрессия в целом имелась у 83% больных. При отсутствии сердечно-болевого синдрома и при типичной стенокардии она имелась в 53% случаев и была легкой и умеренной. Напротив, при наличии кардиалгии депрессия имелась у всех больных, была умеренной или выраженной. В реабилитации больных СФДВНС применялись рациональная психотерапия и антидепрессанты. Наибольший эффект отмечен от использования рациональной психотерапии в сочетании с длительным приемом неселективных бета-адреноблокаторов. В целом в течение наблюдения у больных не отмечено уменьшения частоты проявления СФДВНС (кардиалгий), однако зарегистрировано снижение выраженности ее клинических проявлений.

Заключение: основным клиническим проявлением СФДВНС у больных, перенесших ИМ, является кардиалгия, которая может сочетаться со стенокардией. СФДВНС существенно отягощает клиническую картину постинфарктного кардиосклероза. Наилучшие результаты реабилитации с коморбидной патологией дает рациональная психотерапия и длительное применение неселективных бета-адреноблокаторов.



ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ССЗ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Волкова Э.Г., Левашов С.Ю., Грищенко М.Ю., Скворцов Н.В.

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава, Челябинск

Высокая распространенность гипертонической болезни (ГБ) в нашей стране, высокий уровень смертности и инвалидности диктуют необходимость уделять все большее внимание контролю за ситуацией по артериальной гипертензии. Наиболее эффективны в этом плане популяционные исследования на основе научнообоснованных технологий и оценка показателей в динамике, которые могут дать объективную картину сложившейся ситуации. С этой целью в Челябинской области проведен с интервалом в пять лет мониторинг артериальной гипертензии и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Система мониторинга позволяет в динамике оценивать эффективность мероприятий, направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, выявить слои населения высокого риска и дает возможность планировать вмешательства по модификации поведенческих факторов риска.

В 2002 и 2007 годах проведены популяционные кросс-секционные эпидемиологические исследования по распространенности факторов риска возникновения артериальной гипертензии на репрезентативной выборке населения Челябинской области объемом 3 000 человек в возрасте 18–64 года в соответствии с долями территорий в структуре населения области. При опросе использовалась специально разработанная стандартная анкета с учетом рекомендаций программы CINDI. Количество респондентов составило 2 542 человек в 2002 г. (отклик 63,5%) и 1 956 человек (отклик 65,2%) в 2007 г. Половозрастная структура выборки отражает реальную демографическую ситуацию в Челябинской области, свидетельствующую о преобладании женщин – 60%. Распространенность АГ во всей популяции составила 34,6%; 34,8% мужчин и 34,2% женщин имеют АГ. Стратифицированный анализ показал увеличение распространенности АГ с возрастом с 11,5% (18–24 года) до 59,2% в возрасте 55–64 года. По сравнению с данными аналогичного исследования 2002 года АГ начинает развиваться в более молодом возрасте, с преобладанием среди мужчин – 22,3% 18–24 лет (соответственно у женщин – 2,5%). Причем данный разрыв с возрастом уменьшается и к 55–64 годам у женщин превышает таковой у мужчин (63,2% vs. 53,3%), что можно объяснить как бы «вымиранием» мужчин с АГ и увеличением удельного веса женщин с АГ в возрастной группе 55–64 года. В целом в популяции эффективно контролируется артериальная гипертензия лишь в 20,6% случаев (vs. 11,6% в 2002 г.). Вторым наиболее значимым фактором риска ССЗ является гиперхолестеринемия. Общая распространенность гиперхолестеринемии в Челябинской области составляет 41%, значения уровня холестерина с возрастом увеличиваются как у мужчин, так и у женщин. Среднее значение индекса массы тела в популяции за пятилетний период не изменилось – 26,1 кг/м², что характеризуется, как избыточная масса тела. Распространенность курения также является дополнительным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболе-

ваний. Общая распространенность курения в Челябинской области составляет 35%, причем курящих мужчин 69%, а доля курящих женщин 13%. По сравнению с данными 2002 года увеличился процент курящих женщин с 11,5 до 13%, а процент курящих мужчин наоборот уменьшился с 74 до 69%. Большинство курящих мужчин (52%) и женщин (16%) начинают курить с детства. Интенсивность курения также увеличилась: если в 2002 году мужчины выкуривали 12 сигарет в день, а женщины 3, то в 2007 году среднее количество выкуриваемых сигарет увеличилось до 17 у мужчин и до 9 у женщин.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о большой распространенности факторов риска ССЗ. Артериальная гипертензия стала чаще встречаться в молодом возрасте, широко распространена гиперхолестеринемия, особенно у пожилых, курение стало более интенсивным, количество выкуриваемых сигарет увеличилось почти 2,5 раза.

При этом отмечается улучшение ситуации в плане контроля АГ и скрининговых обследований, что, возможно, связано с широким внедрением профилактических мероприятий.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЕКТОРНОГО АНАЛИЗА В ЭЛЕКТРОДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Волобуев А.Н.

Самарский государственный медицинский университет

Начало XX века ознаменовалось научной революцией, которая определила развитие науки на весь последующий период. Широко известно создание таких основополагающих физических теорий, как квантовая механика и теория относительности. Значительно менее известны прорывные открытия этого времени в биологии, биофизике и медицине. Одно из базовых открытий, существенно продвинувших возможности кардиодиагностики, было осознание голландским ученым В. Эйнтховеном векторной сущности сердечного электрогенеза. Идеи Эйнтховена по моделированию электрического генератора сердца (ЭГС) токовым диполем до сих пор лежат в основе современной электрокардиодиагностики. Дальнейшее развитие основ электродиагностики с одной стороны направлено на усложнение ЭГС, с другой стороны на уменьшение интегральной сущности ЭГС. Для целей практической электрокардиодиагностики наиболее оптимальным представляется разделение общего интегрального электрического вектора сердца на три отдельных вектора, т.н. концепция Гранта–Пенелоза–Транчези. Первый вектор отражает начало процесса возбуждения межжелудочковой перегородки (МЖП), второй – процесс возбуждения нижней трети МЖП, верхушки сердца и части стенок желудочков, третий – возбуждение базальных отделов желудочков и МЖП. С использованием трехвекторной концепции возможна диагностика нарушений сердечного электрогенеза.

При инфаркте миокарда в сердечной мышце возникают блокированные участки, в том числе и по проводящей системе. В этом случае изменяются величина и направление составляющих векторов, что позволяет опреде-



лить локализацию патологического очага. В докладе представлены результаты обработки 3D-векторэлектрокардиограммы (3D-ВЭКГ) пациента (мужчина, 65 лет), перенесшего инфаркт миокарда. 3D-ВЭКГ показывает, что по той или иной причине практически вся верхушечная часть миокарда стала невозбудимой. Это указывает на то, что второй вектор практически не вносит значимый вклад в сердечный электрогенез.

Наиболее подробно нами была проработана методика применения векторного анализа при локализации дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС) при синдроме Вольфа–Паркинсона–Уайта (WPW). В этом случае возникает дополнительный Δ -вектор, отражающий возбуждение желудочков за счет ДПЖС. Суть методики состоит в следующем. Предполагается некоторое расположение ДПЖС. Начало, направление и локализация Δ -вектора зависят от расположения участка преэкситации, что, в свою очередь, указывает на локализацию ДПЖС. Затем Δ -вектор или его составляющие складываются с тремя нормальными векторами, что отражает процесс взаимодействия нормальной волны возбуждения и патологической волны, определяемой ДПЖС. Результат сложения векторов определяет форму ВЭКГ. Если объективно регистрируемая форма ВЭКГ соответствует по своим основным особенностям той, которая получается в результате векторного анализа, то можно полагать, что данное расположение ДПЖС соответствует действительности.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Галаяутдинов Г.С.

Казанский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучение кислородного режима периферических тканей у больных с хронической сердечной недостаточностью при выполнении изометрической нагрузки.

Тест изометрической нагрузки кистевого сжатия проводился с помощью стандартного кистевого динамометра (без фиксатора максимальной нагрузки) мощностью 30% от максимально возможной у 116 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–IV функционального класса (ФК). Регистрировались артериальное давление, электрокардиограмма и чрескожное напряжение кислорода в области обоих предплечий. Контрольная группа была представлена практически здоровыми лицами.

Выявлено, что при ХСН чрескожное напряжение кислорода составляет $51,4 \pm 3,16$ мм рт. ст. при III ФК и $49,5 \pm 2,55$ мм рт. ст. при IV ФК, что достоверно ниже, чем у больных с I и II ФК ХСН и в группе здоровых. Длительность выполнения изометрической нагрузки в норме оказалась равной $115,6 \pm 11,5$ секундам и значительно превышала значения, полученные у больных с I–IV ФК ХСН ($84,5 \pm 10,41$ секунд, $p < 0,05$). Выполнение кистевой изометрической нагрузки сопровождается более выражен-

ным снижением чрескожного напряжения кислорода по сравнению с контрольной группой. Чрескожное напряжение кислорода на противоположной конечности не изменяется. При ХСН изометрическая нагрузка вызывает более выраженный прирост диастолического артериального давления по сравнению с группой здоровых лиц.

Полученные данные демонстрируют, что выполнение изометрической физической нагрузки больными с хронической сердечной недостаточностью приводит к более выраженному, по сравнению с нормой, снижению чрескожного напряжения кислорода.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Гарганеева А.А.

НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН, Томск

Хирургические методы лечения коронарной недостаточности прочно заняли свое место в лечении больных ИБС. Вот уже более 30 лет аортокоронарное шунтирование (АКШ) является одной из наиболее часто выполняемых операций во многих клиниках России и за рубежом. Широкое применение коронарной хирургии стало следствием ее высокой эффективности в купировании симптомов стенокардии и увеличении продолжительности жизни больных. В различных группах пациентов 5-летняя выживаемость составляет около 90%, а в течение 10 лет – около 80%. По результатам оценки сравнительной эффективности медикаментозной терапии, ЧТКА и хирургического лечения выполнено несколько крупных рандомизированных исследований, однако существуют некоторые ограничения, возникающие при переносе результатов этих исследований в клиническую практику. Вместе с тем на настоящее время определены основные показания к проведению данного вида оперативного вмешательства и прогностические критерии госпитальной и постгоспитальной летальности.

Устранение патологии, оптимизация гемодинамики создают условия для реабилитации пациентов, которая должна осуществляться в соответствии с общими принципами и специальными программами. Операция АКШ – это только этап в комплексном лечении ИБС, так как сама операция не устраняет основных причин заболевания. Поэтому исключительно важно соблюдение основных принципов ведения больных (реабилитации) – комплексности и преемственности на всех этапах: стационарном, санаторном и поликлиническом. Реабилитационные мероприятия включают клинический (медицинский), физический, психологический, социально-трудовой аспекты.

Стационарный этап начинается с дооперационной подготовки пациента, включающей медицинский, психологический и физический аспекты, продолжается в условиях реанимации, где больным осуществляются массаж, дыхательная гимнастика и другие мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, профилактику возможных легочных осложнений. В стационаре (отделение сердечно-сосудистой хирургии и реабилитации) проводятся под-



бор и коррекция медикаментозной терапии, расширение двигательного режима, продолжают психологические аспекты реабилитации и происходит формирование социально-бытовых и социально-трудовых навыков. Подбор индивидуальной тренирующей нагрузки проводится на основании результатов спирометрической пробы. После стационара больной с индивидуально подобранным тренировочным режимом и соответствующими рекомендациями переводится в санаторий. Наблюдение за оперированным больным должно осуществляться постоянно. Восстановление трудоспособности и установление стабильного функционального уровня кардиореспираторной системы у больных с неосложненным послеоперационным течением достигаются в сроки от 4–6 месяцев. Медикаментозный аспект реабилитации осуществляется в соответствии с рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гарганеева А.А., Сухова М.В.

НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН, Томск

Хирургическая реваскуляризация ишемизированного миокарда, позитивно влияя на клиническое течение ИБС и ее прогноз, носит паллиативный характер и не устраняет причины заболевания. В связи с чем возможны рецидивы стенокардии как в раннем послеоперационном периоде, так и на этапах проспективного наблюдения больных после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Цель исследования: изучить влияние триметазидина (Т) на клиническое течение ИБС, качество жизни, коронарную перфузию и системную микроциркуляцию (МЦ) у больных с рецидивом стенокардии после АКШ.

Материалы и методы: под наблюдением находились 27 больных, перенесших АКШ по поводу многососудистого стенозирующего коронарного атеросклероза, с рецидивом стенокардии. Возраст пациентов составил в среднем $56,1 \pm 1,7$ года. Курсовое лечение триметазидином МВ (предуктал, фирма Servier, Франция) проводилось в течение 4 недель. Суточная доза составила 70 мг. Наряду с общеклиническим обследованием для изучения системной и миокардиальной МЦ применялись конъюнктивальная биомикроскопия (КБ), лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ), а для оценки перфузии миокарда – однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) с ^{199}Tl .

Результаты: после терапии Т отмечалось улучшение клинического состояния пациентов, количество приступов стенокардии уменьшилось в 8 раз. Этому соответствовало повышение ТФН на 43%, улучшение настроения и сна. Улучшение реологических свойств крови проявилось уменьшением сладж-синдрома, на 14% увеличилось количество функционирующих микрососудов на единицу площади. По данным ЛДФ при проведении функциональных проб выявлялось достоверное увеличение постокклюзионного прироста тканевого кровотока, свидетельствующее о резервных возможностях МЦ. Впервые по данным ОЭКТ с ^{199}Tl после курсового лечения Т установлено значительное (в 1,5 раза) умень-

шение средней величины переходящего дефекта перфузии. Результаты проведенного нами исследования позволяют не только показать важную роль сцинтиграфии миокарда с ^{199}Tl в оценке эффективности Т, но и уточнить некоторые механизмы действия предуктала у больных ИБС со стабильной стенокардией. По всей видимости, механизм усиления аккумуляции ^{199}Tl в зонах гипоперфузии связан с тем, что Т, повышая уровень АТФ в клетке, стимулирует активность Na/K-АТФазы, что способствует проникновению K^+ , а, следовательно, и его аналога Тl в цитоплазму. В то же время, нельзя исключить и фактор возможного улучшения коронарного кровотока вследствие положительного влияния Т на состояние МЦ.

Заключение: методы неинвазивной оценки состояния МЦ расширяют возможности объективной оценки эффективности реабилитационных воздействий после хирургических вмешательств на коронарных артериях.

Триметазидин обладает явным антиишемическим эффектом, положительным влиянием на терминальное кровообращение, обеспечивая улучшение перфузии миокарда. Это обуславливает положительную клиническую динамику проявлений коронарной недостаточности и улучшение качества жизни у больных стенокардией, перенесших АКШ.

РОЛЬ НАПРАВЛЕННОСТИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В СИСТЕМЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Гарганеева Н.П., Таминова И.Ф., Ворожцова И.Н.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск; МУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск; НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: изучение функционального состояния и физической работоспособности спортсменов высокой квалификации для разработки системы реабилитации с учетом типа кардиогемодинамики и специфики видов спорта в процессе тренировок.

Материалы и методы: обследованы 65 спортсменов (все мужчины, в возрасте от 17 до 32 лет, спортивный стаж $8,5 \pm 3,2$ года), имеющих квалификацию от 1 взрослого разряда до мастера спорта международного класса. Спортсмены подразделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. I группа ($n = 20$) развивает выносливость (лыжные гонки, биатлон); II группа ($n = 25$) развивает скоростно-силовые качества (борьба); III группа ($n = 20$) силу (пауэрлифтинг). Для изучения адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) к физическим нагрузкам в различные периоды тренировочного процесса использованы велоэргометрическая проба (ВЭМ), тетраполярная грудная реография.

Результаты: по данным ВЭМ высокий уровень физической работоспособности ($\text{PWC}_{170} 1435,36$ кгм/мин) наблюдался у спортсменов I группы в сравнении



с показателями физической работоспособности атлетов с ациклическим характером двигательной активности II группы (PWC170 1314,29 кгм/мин) и III группы (PWC170 1091,33 кгм/мин) ($p < 0,05$). У спортсменов, развивающих выносливость, показатели аэробной производительности максимального потребления кислорода (МПК) составили 66,05 мл/мин/кг, что свидетельствует об эффективности работы CCC, тогда как в группах, развивающих скоростно-силовые качества и силу, отмечено достоверное снижение аналогичного показателя (48,62 мл/мин/кг и 40,02 мл/мин/кг соответственно) ($p < 0,05$). Распределение спортсменов по типам гемодинамики показало, что среди обследуемых гиперкинетический тип кровообращения встречался в 50,8% случаях, из которых в I группе – 3,1%, во II – 26,2 и в III – 21,5%; эукинетический тип выявлен в 32,3% случаях, при этом у спортсменов в I группе – 18,5%, во II – 9,2, в III – 4,6%; спортсмены с гипокинетическим типом кровообращения составили 16,9% случаев, из них в I группе – 9,2%, во II – 3,1 и в III – 4,6%. Наиболее благоприятными с точки зрения адаптации к физическим нагрузкам считаются эукинетический и гипокинетический типы кровообращения, способствующие повышению работоспособности спортсменов.

Заключение: изучение функционального состояния CCC, показателей физической работоспособности и типа кардиогемодинамики в процессе тренировок может быть использовано для оценки кардиоваскулярного риска спортсменов при достижении высоких результатов, а также разработки системы реабилитационных мероприятий в соответствии со спецификой видов спорта. Для спортсменов, отличающихся сниженными показателями физической работоспособности и максимального потребления кислорода при гиперкинетическом типе кровообращения, необходим дифференцированный подбор тренировочных нагрузок с учетом аэробной направленности тренировочного процесса и рекомендаций, способствующих полному восстановлению показателей кардиогемодинамики.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Горбунов А.Э., Писанко Д.П.

Кардиологический санаторий «Переделкино», Москва

Реабилитация больных после аортокоронарного шунтирования является актуальной задачей кардиологии. В последние два десятилетия в состав комплексной терапии больных ИБС включают средства природного происхождения и катализаторы, которые активизируют метаболизм миокарда.

Нами впервые в отечественной практике выбраны гомеопатические препараты немецкой фирмы «ВитОрган», оказывающие выраженное регенерирующее влияние на сердечную мышцу. Синергетическое влияние оказывает также изученные катализаторы цикла Кребса: Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум.

Целью клинико-биохимического исследования явилось изучение сочетанного влияния гомеопатических средств и катализаторов в комплексной восстанови-

тельной терапии пациентов после аортокоронарного шунтирования.

В санатории лечилось 67 больных, поступивших на 7–10 сутки после аортокоронарного шунтирования в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст $57,6 \pm 6,5$ лет). В исследовании участвовали две группы больных, получавших лечения согласно стандартам медицинской помощи. 37 пациентам исследуемой группы дополнительно назначали НайГеронт, НайКоренар, ФегаКорен, Ревиторган №42 и Коэнзим Композитум и Убихинон Композитум. В дальнейшем комплекс повторялся через каждые 6 месяцев на протяжении трех лет. Группу контроля составили 30 больных.

Клинико-биохимическое обследование всех больных в динамике включало электрокардиограмму, эхокардиографию, велоэргометрию; общий и биохимический анализы крови, определение уровня интерлейкинов и антиоксидантной активности крови. У всех больных при поступлении отмечены нарушения систолической и диастолической функций, гипертрофия левых отделов сердца. Биохимический статус характеризовался признаками синдрома эндогенной интоксикации и воспаления.

Результаты проведенного исследования показали эффективность разработанного нами комплекса восстановительной терапии по сравнению с традиционным лечением:

- нормализация функции миокарда по данным показателей центральной гемодинамики;
- повышение порога физической активности по данным велоэргометрии в более ранние сроки реабилитации;
- улучшение или нормализация оксигенации миокарда, стойкое устранение коронарораспазма и улучшение микроциркуляции, коррелирующее со снижением признаков снижения воспалительного процесса в сосудистой стенке и показателей эндогенной интоксикации.

Выводы: комплексная терапия с применением цитаминных и катализаторов позволяет уменьшить сроки реабилитации, повысить эффективность восстановительного лечения, снизить риск возникновения или предотвратить раннее развитие тромбоза шунтов, что позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНЫХ ВАКЦИН В КОМПЛЕКС ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНФАРКТНОГО ЭНДОКАРДИТА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Горбунов А.Э.

Кардиологический санаторий «Переделкино», Москва

Профилактика осложнений у пациентов на восстановительном этапе лечения постинфарктного миокардита остается одной из актуальных задач кардиологии. Влияние на инфекционный фактор и микробную интоксикацию является важным звеном патогенетической терапии атеросклероза и восстановления интимы сосудистой стенки. В этом смысле наибольший интерес представляют ми-



кробные вакцины САНУМ-Кельбек (Германия), благодаря их действию на элиминацию микробных токсинов и активацию противомикробного иммунитета.

Целью клинико-биохимического исследования явилось изучение сочетанного влияния микробных вакцин в комплексной восстановительной терапии у пациентов с постинфарктным эпикардиальным миокардитом.

В санатории проходили лечение 17 больных, поступивших на реабилитацию после стационарного лечения, в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст $55,6 \pm 8,5$ лет). Дополнительно к стандартной терапии им вводились внутримышечно иммуностимулирующие микробные вакцины САНУМ по схеме К.Вермана.

Клинико-биохимическое обследование всех больных в динамике включало электрокардиограмму, эхокардиографию, велоэргометрию; общий и биохимический анализы крови, определение уровня интерлейкинов и антиоксидантной активности крови. У всех больных при поступлении отмечены нарушения систолической и диастолической функций, гипертрофия левых отделов сердца. Биохимический статус имел признаки синдрома эндогенной интоксикации и воспаления.

Наблюдение за пациентами осуществлялось в течение года и включало проведение биохимических анализов крови и инструментальных методов исследования (эхокардиографии, велоэргометрии, суточного мониторинга ЭКГ).

Включение препаратов микробного происхождения в комплекс терапии позволило ликвидировать воспалительный процесс сосудистой стенки и сердечной мышцы. При этом отмечалась стимуляция неспецифических защитных факторов (макрофагальных реакций, фагоцитоза) и антимикробного иммунитета, что оказывает положительное влияние на течение инфаркта миокарда. После ликвидации синдрома системного воспаления с помощью вакцин САНУМ стало возможным применение комплекса пептидных регуляторов и других средств для восстановления кровообращения в зоне поражения и проведение адекватной профилактики повторного инфаркта миокарда.

РОЛЬ СТАТИНОВ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Горькова Н.Б., Кирпичева Г.Н.

Самарский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить влияние липидкорректирующей терапии статинами на течение атеросклеротического процесса у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы: в исследование были включены 20 пациентов, наблюдавшихся в Самарском областном центре по лечению и профилактике дислипидемий (ДЛ) и атеросклероза в течение 2006–2009 годов: 12 мужчин и 8 женщин в возрасте 75–80 лет (средний возраст – $77,8 \pm 2,3$ года). У всех пациентов отмечались проявления ишемической болезни сердца (ИБС) в виде стенокардии различных функциональных классов, перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) у 6 больных, мозгового инсульта (МИ) в анамнезе у трех обследованных. Средняя продолжительность ИБС составляла $27,3 \pm 4,9$ лет. Изучалась динамика клинического состояния, липидного спектра, данных ультразвуковой доплерографии

артерий брахиоцефального ствола (УЗДГ БЦС) и эхокардиографических (ЭхоКГ). Десяти пациентам в схему лечения был включен крестор в дозе 10 мг, 10 – торвакард в дозе 20–40 мг. Все пациенты в течение 3 лет получали статины непрерывно. Обследование проводилось через 3, 6, 12 месяцев и затем один раз в год.

Полученные результаты: средний уровень общего холестерина (ХС) до лечения в обследуемой группе составил $7,1 \pm 0,9$ ммоль/л, триглицеридов – $2,1 \pm 0,7$ ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – $4,1 \pm 1,1$ ммоль/л. Через 6 месяцев лечения у 12 пациентов были достигнуты целевые уровни липидного профиля: общий ХС менее 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП менее 2 ммоль/л, у 8 пациентов отмечалось значительное снижение показателей: общий ХС в среднем составил $4,9 \pm 0,4$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $2,8 \pm 0,6$ ммоль/л. По данным УЗДГ БЦС исходно у всех больных отмечалось наличие атеросклеротических бляшек в общей и внутренней сонных артериях III А, III Б типа со степенью стеноза 60 ± 2 %. По данным ЭхоКГ отмечалось уплотнение восходящего отдела аорты, кальцификация створок аортального и митрального клапанов с формированием сочетанного аортального порока в 4 случаях, изолированного стеноза устья аорты – в 5, недостаточности митрального клапана – в 3. Через 3 года непрерывного лечения статинами по данным УЗДГ БЦС отмечалась положительная динамика с уменьшением степени стеноза до $49 \pm 1,8$ %, причем у 3 пациентов степень стеноза уменьшилась значительно, так, например, с 84% до 50%. Но, по данным ЭхоКГ у 5 пациентов нарастали признаки кальциноза клапанного аппарата с увеличением гемодинамически значимых нарушений, проявляющихся клинически нарастанием признаков сердечной недостаточности. За время наблюдения один пациент перенес ишемический инсульт, один – инфаркт миокарда без Q. Побочных эффектов, связанных с приемом статинов, получено не было. Значимых изменений аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз и креатинфосфокиназы, требующих отмены препаратов, не наблюдалось.

Заключение: длительный регулярный прием статинов оказывает положительное влияние на липидный спектр, вызывает стабилизацию и регрессирование атеросклеротических бляшек и улучшает прогноз у пожилых пациентов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИЙ ДИУРЕТИКА И АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ

Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Сисина О.Н., Искендеров Б.Г., Саушкина С.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель работы: сравнить антигипертензивный эффект комбинации индапамида (Арифона) с амлодипином (кардилопином) и верапамилом ретард (изоптином СР) у больных артериальной гипертензией (АГ) I–II степени при 8-недельной терапии.

Материал и методы: обследовали 37 больных (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст – $52,5 \pm 2,2$ года). Из них у 12 боль-



ных диагностировали I степень АГ и у 25 – II степень. При I степени АГ показанием к комбинированной терапии являлся сердечно-сосудистый риск III и IV степени. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы. В первой группе (18 больных) назначали комбинацию Арифона и кардилопина в дозе 10–20 мг/сутки, во второй группе (19 больных) – Арифона и изоптина СР в дозе 120–240 мг/сутки. До и после лечения больным проводили доплер-эхокардиографию и суточное мониторирование АД. У 18 больных выявлен тип диппер, у 12 – нон-диппер, у 3 – найт-пикер и у 4 – овер-диппер.

Результаты исследования: на фоне лечения у всех больных с I степенью АГ нормализовалось АД (ниже 140/90 мм рт. ст.). У больных со II степенью АГ терапия с переносимыми дозами препаратов в первой группе нормализовала АД в 82,9% случаев и во второй группе – в 85,7% случаев. Кроме того, в первой группе среднесуточные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на 35 ± 4 и 13 ± 2 мм рт. ст. соответственно ($p < 0,01$), а во второй группе – на 31 ± 3 и 12 ± 2 мм рт. ст. соответственно ($p < 0,01$). Показатели индекса времени (ИВ) нагрузки САД и ДАД за сутки в сравниваемых группах снизились в 2,5–3 раза и в первой группе составили 28 ± 2 и $23 \pm 2\%$ соответственно, во второй группе – 30 ± 3 и $21 \pm 2\%$ соответственно. В первой группе ЧСС по сравнению с исходным значением изменилась незначительно: от -5 до $+7$ уд/мин. Однако во второй группе у всех больных наблюдалось уменьшение ЧСС на 5 – 15 уд/мин и в среднем – на $14,3\%$ ($p < 0,01$). В первой группе нормализация циркадного ритма АД отмечалась в 66,7% случаев и во второй группе – в 73,7% случаев.

Выявлены различия в группах в зависимости от суточного профиля АД и типа кровообращения. Так, у больных с типами нон-диппер и найт-пикер степень ночного снижения САД и ДАД во второй группе по сравнению с первой преобладала. Кроме того, наиболее выраженный гипотензивный эффект отмечен при гиперкинетическом типе кровообращения в первой группе, что обусловлено взаимодополняющими сосудистыми и кардиальными эффектами Арифона и изоптина СР. При эу- и гипокINETическом типах кровообращения комбинация Арифона с амлодипином снижает не только пост-, но и преднагрузки и тем самым улучшает показатели сократимости и насосной функции сердца. Также отмечена хорошая переносимость комбинаций препаратов.

Заключение: показано, что комбинации индапамида с амлодипином и верапамилом ретард обладают высокой антигипертензивной эффективностью, которая зависит от суточного профиля АД и типа кровообращения и поэтому требует дифференцированного подхода к выбору этих комбинаций.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Саушкина С.В., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оптимизация эффективности антагонистов кальция у больных артериальной гипертензией (АГ) при различных режимах комбинированной те-

рапии и в зависимости от функционального состояния паращитовидных желез.

Материалы и методы: обследовали 147 больных (79 мужчин и 68 женщин) в возрасте от 38 до 67 лет (средний возраст – $54,5 \pm 2,1$ года), страдающих эссенциальной АГ I–III степени. Из них у 109 больных изучали гипотензивное и кардиопротективное действие комбинаций амлодипина и верапамила ретард, в том числе у 42 больных в зависимости от функции паращитовидных желез и у 38 больных – комбинаций индапамида с верапамилом ретард СР (у 20 больных) и амлодипином (у 18 больных). Оптимальные суточные дозы препаратов определяли путем титрования доз с учетом их эффективности и переносимости. Дозы верапамила ретард составили: при монотерапии 240–360 мг/сутки и комбинированной терапии – 120–240 мг/сутки; амлодипина 20–40 мг/сутки и 10–20 мг/сутки соответственно; индапамида – 2,5 мг/сутки. Длительность терапии составила от 8 недель до года (в среднем – $6,3 \pm 0,4$ месяца). Больным до и после лечения проводили доплер-эхокардиографию, суточное мониторирование АД, а также определяли содержание в крови паратиреоидного гормона (ПТГ).

Результаты исследования: выявлено, что при комбинированной терапии амлодипином и верапамилом ретард по сравнению с монотерапией этими препаратами гипотензивный эффект независимо от типа суточного профиля АД преобладает и составляет 91,5%. Кроме того, в 70% случаев на фоне комбинированной терапии происходит нормализация циркадного ритма АД (против 33,6–42,0%). Благодаря взаимодополняющим фармакодинамическим эффектам амлодипина и верапамила ретард отмечена оптимизация трансмитрального диастолического потока при различных типах диастолической дисфункции ЛЖ, выраженный регресс структурного ремоделирования ЛЖ и улучшение функции эндотелия сосудов. Также показано, что у больных с субклинической гиперфункцией паращитовидных желез (содержание ПТГ 90–100% верхнего нормального диапазона), которая встречается у 21% больных АГ, гипотензивная и кардиопротективная эффективность антагонистов кальция выражена. У этой категории гипертоников выявлено выраженное структурно-функциональное ремоделирование сердечно-сосудистой системы и преобладание частоты патологических типов циркадного ритма АД по сравнению с больными, имеющими содержание ПТГ в крови 0–25 пг/мл.

Сравнительная оценка комбинаций индапамида с амлодипином и верапамилом ретард показала, что терапевтические различия этих комбинаций в основном определяется фармакодинамическими эффектами разных антагонистов кальция. При этом наблюдаются синергические и взаимодополняющие действия диуретика и антагонистов кальция, что потенцируют терапевтические эффекты, а также частично нейтрализует побочные действия их.

Заключение: показаны новые возможности оптимизации эффективности антагонистов кальция у больных артериальной гипертензией.



ЛАБОРАТОРНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гринштейн Ю.И., Савченко Е.А., Филоненко И.В., Гринштейн И.Ю., Савченко А.А.

Государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Сибирский федеральный университет, Краевая клиническая больница, Красноярск

Цель: изучить действие разных форм ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля на агрегацию и метаболическую активность тромбоцитов у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Методы: у 77 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 74 лет с КБС после аортокоронарного шунтирования (АКШ) и рандомизации в течение двух недель проводилась терапия ацетилсалициловой кислотой в дозе 75–100 мг/сутки или клопидогрелем в дозе 75 мг/сутки. В исследование включались пациенты только с исходно повышенной агрегацией тромбоцитов на аденозиндифосфат (АДФ). После отмывочного периода 29 из них получали ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке по 100 мг/сутки, 23 – ацетилсалициловую кислоту 75мг в сочетании с магнием гидроксидом 15,2 мг по 1 табл/сутки и 25-клопидогрель (зилт, KRKA) по 75 мг/сутки. До АКШ, а также спустя две недели после АКШ определяли показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза методом оптической агрегатометрии. Изучали активность НАД – и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови с помощью биолюминесцентного анализа.

Результаты: через две недели терапии клопидогрелем у всех пациентов агрегация тромбоцитов с АДФ достоверно понизилась на 60–80% и достигла оптимального уровня. У 20,6% пациентов, получающих ацетилсалициловую кислоту в энтеральной оболочке, и у 21,7% пациентов, получающих ацетилсалициловую кислоту в сочетании с магнием гидроксидом, агрегация тромбоцитов с АДФ оставалась повышенной и не достигла оптимального уровня. У пациентов, не отвечающих на терапию аспирином, установлено понижение активности НАД-глутаматдегидрогеназы на лечение ацетилсалициловой кислотой в сочетании с магнием гидроксидом и НАДФ-изоцитратдегидрогеназы на лечение ацетилсалициловой кислотой в энтеральной оболочке ($p < 0,05$). При сравнении активности дегидрогеназ тромбоцитов у пациентов, чувствительных к разным формам аспирина, достоверных различий не установлено.

Выводы: лабораторная резистентность к ацетилсалициловой кислоте у пациентов получающих разные формы препарата составляет от 20,6 до 21,7%. При двухнедельной терапии клопидогрелем у всех пациентов достигалось оптимальное понижение агрегации тромбоцитов. У резистентных к ацетилсалициловой кислоте пациентов понижена активность НАД-глутаматдегидрогеназы и НАДФ – изоцитратдегидрогеназы. Активность НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови на терапии клопидогрелем и ацетилсалициловой кислотой достоверно отличается. Не исключено, что нарушения в метаболической

активности тромбоцитов лежат в основе формирования лабораторной резистентности к ацетилсалициловой кислоте. Больные с лабораторной резистентностью к ацетилсалициловой кислоте являются группой риска по нежелательным сосудистым событиям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гринштейн Ю.И., Барбараш О.Л., Яхонтов Д.А., Попельшева А.Э.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого; Кемеровская государственная медицинская академия; Новосибирский государственный медицинский университет

Артериальная гипертония является одной из актуальных медико-социальных проблем в экономически развитых странах, а в России повышенный уровень артериального давления (АД) имеет около 40% взрослого населения.

Цель работы: провести сравнительное исследование эффективности эналаприла и периндоприла у больных с артериальной гипертонией (АГ) и систолической дисфункцией миокарда левого желудочка (СДМ ЛЖ).

Материалы и методы: в проспективное рандомизированное открытое сравнительное 24-недельное исследование были включены 40 больных (23 мужчины и 17 женщин) с АГ и СДМ ЛЖ, которые были разделены на 2 группы по 20 человек. Первую (средний возраст $56,15 \pm 2,07$ лет) составили пациенты на терапии эналаприлом (10–20 мг/сутки), вторую (средний возраст $60,95 \pm 2,08$ лет) – на лечении периндоприлом (4–8мг/сутки). Препараты назначались после отмывочного периода (3–7 дней). Целевым уровнем АД считался показатель $\leq 130/80$ мм рт. ст. До и после лечения проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата Мн-СДП-2 (Врлаб), фирмы ООО «Петр Телегин» (Россия) в течение 24 часов с интервалами в дневное время – 15 минут, в ночное – 30 минут. У всех больных до и через 24 недели терапии выполнялась ЭхоКГ. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistika 6,0.

Результаты: исходно более тяжелые больные были выявлены в группе эналаприла ввиду высокого уровня АД ($150,55 \pm 14,44/90,85 \pm 10,49$), наличия фонового заболевания – СД 2 типа (у трех пациентов: двух мужчин и двух женщин) с проявлениями диабетической нефропатии (уровень креатинина ≤ 133 ммоль/л) и ожирением (ИМТ ≥ 30 у 57% пациентов).

Положительный достоверный результат (достижение целевого уровня АД) был получен в обеих группах после 24 недель терапии, причем снижение суточного систолического АД (сАД) и диастолического (дАД), а также дАД в ночное время в группе эналаприла было более выраженным. Средние значения суточного индекса (циркадный ритм) АД улучшились в обеих группах, причем в большей степени в группе эналаприла (для дАД), хотя не превысили значений бо-



лее 10% (нондивперы, $p \leq 0,05$). «Нагрузка давлением» по индексу времени гипертонии на фоне терапии достоверно снизилась с уровня более 50% до нормальных значений в обеих группах (менее 31% в дневное время), причем более значимо в ночное время в группе эналаприла (менее 31%, $p \leq 0,04$). «Насосная» функция сердца (ФВ, % и тест 6-минутной ходьбы) статистически значимо улучшилась ($p \leq 0,02$) в обеих группах.

Заключение: в результате 24-недельного лечения целевые значения АД были достигнуты в обеих группах, что ярко продемонстрировано данными СМАД. В обеих группах отмечен статистически значимый кардиопротективный эффект. При этом был выявлен более выраженный достоверный антигипертензивный (особенно в ночное время) эффект эналаприла несмотря на наличие в группе более тяжелых пациентов.

ЗАВИСИТ ЛИ ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ ОТ НАЛИЧИЯ И ВИДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ КУРСА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ?

Губич С.Г., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В.

ГОУ ВПО Государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Цель: изучить частоту коронарных событий в течение 12 месяцев наблюдения у больных с различными видами реваскуляризации коронарных артерий либо ее отсутствием и прошедших курс физической реабилитации при остром инфаркте миокарда.

Материалы и методы: в исследование включен 141 пациент мужского пола, возраст – $54,2 \pm 2,7$ года, перенесший острый инфаркт миокарда с различными видами реваскуляризации, прошедший курс физической реабилитации в кардиологическом санатории «Енисей» с последующим продолжением тренировок в домашних условиях в течение 12 месяцев. Первую группу ($n = 48$) составили пациенты с ОИМ и реваскуляризацией коронарных артерий (ангиопластика, стентирование), во вторую группу ($n = 44$) вошли пациенты с ОИМ после тромболитической (стрептокиназа, актилизе), в третью группу ($n = 50$) – пациенты с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий. Оценивалась частота коронарных событий в течение 12 месяцев наблюдения. Проводилась ВЭМ проба с определением величины пороговой мощности (Ватт).

Результаты исследования: анализ коронарных событий в течение 12 месяцев наблюдения показывает, что достоверно большее количество повторных инфарктов миокарда отмечено в группе пациентов без тромболитической (ТЛ) и инвазивной реваскуляризации (14%), а также у пациентов после ТЛ (9,1%) в сравнении с 2,1% в группе пациентов после чрескожных вмешательств (ЧКВ) ($p < 0,05$). За 12 месяцев наблюдения установлено достоверно большее количество госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии в группе без ТЛ и ЧКВ, и в группе с ТЛ по сравнению с группой ЧКВ. За период наблюдения у пациентов без ТЛ и ЧКВ клиника нестабильной стенокардии выявлена в 24,0% случаев. У каждо-

го третьего пациента (30,0%) из этой группы были выполнены ЧКВ индуцированные обострением коронарной болезни сердца. Следует отметить, что процент ЧКВ в группах больных с ТЛ и без такового в течение 12 месяцев оставался высоким и составлял 29,5 и 30,0% соответственно. В то же время у пациентов после ЧКВ процент повторных инвазивных вмешательств в течение одного года наблюдения не превышал 10,4% ($p < 0,05$).

Заключение: через кожные вмешательства в комплексе с физической реабилитацией достоверно улучшали клиническое состояние больных вследствие чего достигалось уменьшение частоты коронарных событий. В группе с тромболитической также установлена отчетливая положительная динамика клинического состояния, однако эти показатели достоверно уступали таковым в группе с ЧКВ. У пациентов без тромболитической и ЧКВ, несмотря на активное проведение физической реабилитации в течение 12 месяцев, сохранялась высокая частота повторных коронарных событий.

ДИСФУНКЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИБС С КИСЛОТОЗАВИСИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Гуляев П.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Известно, что заболевания желудочно-кишечного тракта сопровождаются в большинстве случаев дисфункцией билиарного тракта. Особую актуальность это представляет для сочетанной патологии. Гиподинамия и прием препаратов, понижающих уровень липидов в крови у больных ИБС, могут провоцировать дисфункцию билиарного тракта, в том числе, образование билиарного сладжа, а при длительном их применении – камнеобразование. Между тем желчь является основным механизмом выведения холестерина.

Цель исследования: разработка программы кардиосоматической реабилитации больных ИБС с сочетанной патологией верхних отделов ЖКТ и дисфункцией билиарного тракта.

Методы исследования: обследованы 96 больных ИБС, ассоциированной с кислотозависимыми заболеваниями верхних отделов ЖКТ (гастрит – 32%, ЯБЖ – 13, ЯБДПК – 31, дуоденит – 24%). Средний возраст составил $57,2 \pm 2,8$ года. У всех больных наблюдались проявления диспепсического синдрома средней степени тяжести, без эрозивного повреждения слизистой оболочки желудка. Больные были представлены группой наблюдения (53 человека), которые проходили разработанную программу реабилитации, и группой сравнения (43), которая велась общепринятым методом. Проводились клиническое, эндоскопическое (ЭГДС) обследование больных, анализ используемых лекарственных средств, ЭКГ, велоэргометрия, УЗИ, эхокардиоскопия, липидный спектр крови. Амбулаторная реабилитация проводилась с использованием длительных физических



тренировок умеренной интенсивности в рамках многоцентрового кооперативного исследования ГНИЦ ПМ.

Полученные результаты: в группе наблюдения частота диспепсических жалоб наблюдалась после реабилитации в $48,6 \pm 7,3\%$ случаев, в группе сравнения – в $82,1 \pm 15,4\%$ ($p < 0,001$). Толерантность к нагрузке в группе наблюдения составила $631 \pm 47,3$ кгм/мин, против 367 ± 31 кгм/мин в группе сравнения. У большинства больных группы наблюдения, в $86,3 \pm 31\%$ случаев, отмечалось улучшение клинической картины больных ИБС и носило однонаправленный характер, с уменьшением проявления диспепсического синдрома, способствовало восстановлению моторики желудка и желчного пузыря. Распространенность билиарного сладжа в группе наблюдения составила после проведенной программы реабилитации – $13 \pm 11,4\%$, в группе сравнения – $31 \pm 17,4\%$.

Закключение: использование разработанной программы реабилитации способствует достоверному снижению проявлений билиарного диспепсического синдрома у больных ИБС, ассоциированной с КЗЗОП, и снижает риск развития дисфункции билиарного тракта. Настоящая методика может быть рекомендована для практического использования в амбулаторно-поликлинических условиях. Результаты исследования показали, что ИБС является независимым фактором риска развития БС, что обуславливает необходимость изучения потенциальных механизмов развития данной патологии и совершенствования кардиосоматической реабилитации больных ИБС, ассоциированных с КЗЗОП.

ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ В ДИСПАНСЕРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (КООПЕРАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В Г. КИРОВЕ)

Гуляева С.Ф., Червоткина Л.А., Шихова Е.В., Магомедов М.А.,
Ведерников В.А., Косырева О.А., Новоселова Е.В.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»; Областной кардиологический диспансер, Санаторий «Нижне-Ивкино», Киров

Цель исследования: изучить эффективность реабилитации больных, перенесших острые коронарные осложнения (ОКО), с использованием длительных физических тренировок умеренной интенсивности (ДФТУИ), в диспансерно-поликлинических и санаторно-курортных условиях.

Методы исследования: в рамках Российского кооперативного исследования «Физические тренировки на постстационарном этапе реабилитации после острых коронарных инцидентов» по методике ГНИЦ ПМ Росздрава (Аронов Д.М.) проводилось наблюдение 268 пациентов, перенесших ОКО (ИМ, нестабильную стенокардию или АКШ). Из них мужчин было $78,5\%$, женщин – $21,5\%$, средний возраст – $57,2 \pm 3,8$ года. Больные были представлены группой наблюдения ($n = 135$), которые проходили разработанную программу реабилитации, и группой сравнения ($n = 135$). Пациенты обеих групп получали медикаментозную терапию в соответствии со стандартами ведения. Изучение сокра-

тительной способности миокарда осуществлялось ЭХО-КС. Оценка коронарного кровообращения проводилась ЭКГ и ВЭМ-пробой (Д.М. Аронов, 2008). Анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) проводился по методике Р.М. Баевского (2003). Для оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник ВАШ (M. Drummer). Оценивался показатель «затраты-полезность» (CUR) по формуле M. Seamon, с расчетом прямых затрат (ПЗ) и индекса QALY.

Полученные результаты: в группе наблюдения отмечалось снижение частоты приступов стенокардии в неделю с $7,8 \pm 3,4$ до $3,1 \pm 1,6$; в группе сравнения – с $7,2 \pm 3,5$ до $6,9 \pm 3,8$ в неделю ($p < 0,01$). Повысилась толерантность к физической нагрузке (ТФН) по тесту 6-минутной ходьбы в группе наблюдения с $381 \pm 89,4$ до $492 \pm 78,2$ м ($p < 0,01$), показатель ВЭМ увеличился до $121,4 \pm 7,8$ Вт (исходно – $87,4 \pm 4,2$ Вт) ($p < 0,01$). Улучшились показатели сократимости ЛЖ в группе наблюдения с $49,4 \pm 9,8$ до $59,8 \pm 10,1$ ($p < 0,05$). Различия в группах выявлены и по динамике спектральных показателей ВСР, таких как, LF/HF (снижение в контрольной группе на $28,6\%$), ПАПР (снижение в группе наблюдения на $25,7\%$, повышение в группе сравнения на $39,8\%$). При определении КЖ отмечено увеличение показателя по ВАШ с $47,3 \pm 8,2$ до $68,2 \pm 8,7$ ($p < 0,01$) в группе наблюдения и незначительное его снижение в группе сравнения с $48,6 \pm 8,1$ до $45,3 \pm 7,6$. Расчет ПЗ показал, что затраты были ниже в группе наблюдения на $10,8\%$, чем в группе сравнения. Показатель QALY в группе наблюдения был ниже, чем в группе сравнения на $29,7\%$. В группе наблюдения затраты на год качественной жизни были ниже, чем в группе сравнения на $37,4\%$.

Закключение: применение программы реабилитации с использованием ДФТУИ улучшает клинический статус пациентов, функциональное состояние миокарда, повышает ТФН и КЖ, снижает уровень тревожности, увеличивает выживаемость пациентов и эффективность денежных затрат, что доказывает необходимость их введения в клинические протоколы ведения больных в амбулаторно-поликлинических и санаторно-курортных условиях.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Давыдов Е.Л.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Цель исследования: оценка комплаентности у больных артериальной гипертензией (АГ) средней и тяжелой степеней пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 137 больных АГ II – IV степени (по рекомендациям ВНОК–2008, ESH/ESC–2007), 58 мужчин и 79 женщин соответственно. Средний возраст участников исследования составил 69,8 года. Из них пациенты от 60 до 74 лет – 79 человек (по классификации ВОЗ – пожилые больные) – $57,7\%$, пациенты старческого возраста (от 75 до 84 лет) – 51 больной ($37,2\%$), пациентов от 85 лет и старше – долгожители – 7 человек ($5,1\%$). Средний стаж болезни составил 14,7 года. Все пациенты заполняли специально разработанную



и адаптированную анкету, а также оценивали проводилась оценка их комплаентности по общепринятой методике Мориски–Грина.

Только 43,2% больных постоянно соблюдают предписанную терапию, при этом основная часть таких пациентов приходится на пациентов пожилого возраста – 78,2%. Установлено, что 45,1% больных самостоятельно изменяли предписанную дозу антигипертензивных ЛС полностью или частично, 31,8% пациентов – периодически прекращали прием ЛС, а 30,3% полностью отказывались от приема ЛС (при этом не было особых различий в группах больных пожилого и старческого возраста – характерным являлось лишь объяснение причины такого поведения; так, пациенты пожилого возраста среди причин чаще называли отсутствие эффекта и побочное действие ЛС (68,3%) – кашель, отеки, бради-, тахикардию и т.д., а больные старческого возраста чаще называли социально-финансовые причины, такие как: отсутствие ЛС в аптеках (65,3%), исключение ЛС из «разрешительных» списков (56,5%), отказ от набора социальных услуг – НСУ (22,4%).

Среди причин полного или частичного отказа от приема антигипертензивных ЛС также назвали назначение большого количества ЛС, по данным фармакоэпидемиологического анализа амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, количество антигипертензивных препаратов составляло 3,8 у пациентов пожилого возраста, 4,9 – старческого, 5,1 – у долгожителей, однако общее количество всех назначенных ЛС специалистами всех врачебных специальностей составляло 6,4; 7,7 и 7,1 соответственно. Среди других причин отказа от приема ЛС 31,7% пациентов отметили трудности в подготовке ЛС к приему, т.е. это были те пациенты, у кого наряду с АГ имелась и сопутствующая патология, среди данной группы преобладали пациенты старческого возраста и долгожители; в 7,3% случаев причиной было названо плохое качество оформления упаковки ЛС.

Таким образом, у пациентов артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста отмечается достаточно низкая комплаентность, которая увеличивается с возрастом больных. Целесообразна разработка рекомендаций на основе комплаентности пациентов различных групп по организации их лекарственного обеспечения.

МИОЦИОСТИМУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ — ЕЕ ПРИРОДА И ИЗМЕНЕНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Демина Н.Л., Циркин В.И., Тарловская Е.И., Кашин Р. Ю., Коротаева К.Н., Куншин А.А., Самоделкина Е.О., Сизова Е.Н., Торопов А.Л.

Кировская государственная медицинская академия;
Вятский государственный гуманитарный университет, Киров

Ранее было установлено (Циркин В.И. и соавт., 1997; Сизова Е.Н., 2006), что сыворотка крови человека в опытах с гладкими мышцами матки крысы обратимо повышает тоническую и фазную сократительную активность (СА); это объяснялось наличием в ней эндогенного активатора сократимости миоцитов (ЭАСМ). Цель данной работы – изучить природу ЭАСМ и его содержание при артериальной гипертензии (АГ).

Опыты проводили на гладкомышечных полосках матки, аорты и желудка крысы, почечной артерии коровы и на полосках миокарда человека (ушко правого предсердия) и крысы. Регистрацию СА полосок осуществляли при 37,5°C с использованием механотронов (6MX1C, 6MX1B) или датчика силы FSL05N2C (фирма Honeywell) на «Миоцитографе» по методике Циркина В.И. и соавт. (1997, 2007).

При исследовании сыворотки крови молодых людей и лиц зрелого возраста (без АГ) установлено, что ЭАСМ-активность дозозависимо проявляется на продольных полосках рога матки крысы (в разведениях 1 : 500, 1 : 100, 1 : 50, 1 : 10), на циркулярных полосках из фундального отдела желудка крысы (1 : 1000, 1 : 500, 1 : 100, 1 : 50 и выше), на циркулярных сегментах аорты крысы (1 : 500, 1 : 100, 1 : 50, 1 : 10), на полосках миокарда человека и крысы (1 : 5), но не проявляется на циркулярных полосках почечной артерии коровы. Показано, что блокаторы Са-проницаемости препятствуют проявлению ЭАСМ-активности; это установлено на полосках матки крысы (дилтиазем, 1 мкг/мл) и миокарда крысы (верапамил, 1 мкг/мл); блокатор ангиотензиновых рецепторов лозап (1 мкг/мл) уменьшал проявление ЭАСМ-активности на полосках миокарда крысы и аорты крысы (но не влиял в опытах с полосками матки крысы). Это означает, что ЭАСМ повышает вход ионов Са в клетки, а одним из его компонентов может быть дериват ангиотензина II.

В опытах с полосками матки крысы показано, что ЭАСМ-активность сыворотки крови у мужчин и женщин зрелого (40–55 лет) возраста без АГ ниже (1 : 50), чем у молодых (1 : 500, 1 : 100, 1 : 50). При АГ II ст. ЭАСМ-активность сыворотки крови существенно возрастает (1 : 1000, 1 : 500, 1 : 100, 1 : 50), а при АГ III ст. – вновь снижается (1 : 50). Эти данные свидетельствуют о том, что ЭАСМ может играть важную роль в патогенезе АГ как фактор, повышающий содержание ионов Са внутри миоцитов сосудов и кардиомиоцитов. С этих позиций следует, что определение содержания в крови ЭАСМ имеет перспективы как диагностический метод при проведении реабилитации и вторичной профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ДИНАМИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЯМУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Демченко Е.А., Лубинская Е.И., Николаева О.Б.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург

Цель: оценить динамику приверженности к медикаментозному лечению больных ИБС, включенных в программу многопрофильной реабилитации после прямой реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Проанализированы результаты годовичного наблюдения 64 больных (13 женщин – 20% и 51 мужчина – 80% в возрасте 33–75 лет, ср. – 59,4 лет), перенесших с IX–2007 г. по XII–2008 г. плановое шунтирование (41 человек – 64%) или стентирование (23 человек – 36%) коронарных артерий. К моменту вмешательства 42% больных (27 человек) перенесли инфаркт миокарда, артериальная гипертензия была у 92% (59 человек), избыточная мас-



са тела – у 67% (43 человек); 45% пациентов (29 человек) курили. На 4-й – 7-й день после операции все пациенты были включены в программу многопрофильной кардиореабилитации; контрольные амбулаторные визиты проводились через 2, 6 и 12 месяцев после вмешательства, между визитами осуществлялись ежемесячные телефонные контакты. Оценивались статус курения и динамика веса, контролировалось соблюдение рекомендаций по медикаментозному лечению, питанию, физическим тренировкам, методикам самоконтроля, проводились информационно-образовательные занятия. На всех очных визитах выполнялось общеклиническое обследование, через 6 и 12 месяцев – лабораторное (липиды крови, печеночные трансаминазы) и инструментальное (ЭКГ, тест с физической нагрузкой).

Результаты: весь период (12 месяцев) наблюдались 56 пациентов (88 %). Больных, самостоятельно прекративших прием всех рекомендованных лекарств, не было.

Регулярно принимали назначенные препараты 68 % больных (38 человек) через 2 месяца после реваскуляризации, 71 % (40 человек) – через 6 месяцев и 85 % (48 человек) – через 12. При этом вопросы о возможности отмены препаратов (чаще – статинов в связи с «хорошим» уровнем холестерина и опасением побочных эффектов его приема) возникали у 4,6% пациентов (26 человек) на визите через 2 месяца, у 18 % (10 человек) – через 6 месяцев, и не возникали на визите через год.

Процент больных, неточно выполняющих лекарственные назначения, в процессе наблюдения снизился: 32, 29 и 15% соответственно через 2, 6, и 12 месяцев. В большинстве случаев нарушение режима терапии проявлялось самостоятельной отменой одного из препаратов (чаще – ингибиторов АПФ у больных с достигнутой нормотензией по причине непонимания пользы их дальнейшего применения) – 61, 62 и 75 % соответственно через 2, 6 и 12 месяцев. Периодически пропускали (забывали) прием лекарств 22, 25 и 12,5 % больных, самостоятельно увеличили число принимаемых медикаментов 17, 13 и 12,5 % пациентов через 2, 6 и 12 месяцев соответственно.

Заключение: известно, что приверженность больных к лечению существенно снижается в течение года после получения рекомендаций. Однако длительное систематическое наблюдение больных, включающее проведение информационно-образовательных занятий, контроль выполнения рекомендаций по медикаментозному лечению и немедикаментозной коррекции факторов риска, способно не только сохранить, но и повысить приверженность больных к лечению, что имеет важное значение для улучшения прогноза и качества жизни пациентов с ИБС, сохранения эффекта хирургической/интервенционной реваскуляризации миокарда.

ВОЗМОЖНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСЦИРКУЛЯЦИЙ В СОСУДАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРАКСАНА КАК АНТИАНГИНАЛЬНОГО СРЕДСТВА

Дюмина Н.В., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет,

Цель: изучить сравнительную антиангинальную активность кораксана у больных ИБС со стабильной стенокардией на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей и оценить состояние регионарного кровотока в нижних конечностях на фоне антиангинальной терапии.

Материалы и методы: проведено открытое рандомизированное исследование двух групп пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в сочетании со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. Первая группа (20 человек) начала лечение Кораксаном на фоне приема нитратов, дезагрегантов (аспирин), статинов, препаратов никотиновой кислоты. Вторая группа (10 человек) после включения в исследование и проведения предварительных (согласно протокола) тестов начала лечение метопрололом на фоне приема нитратов, дезагрегантов (аспирин), статинов, препаратов никотиновой кислоты. До включения в исследование пациенты не применяли Кораксан или бета-адреноблокаторы, а проводили прием нитропрепаратов, причем суточная доза пролонгированных нитратов с момента включения в исследование пациентам не изменялась. Антиангинальная эффективность терапии оценивалась при суточном холтеровском мониторинговании, а кровоток в артериях нижних конечностей определялся путем измерения ЛПИ (лодыжечно-плечевой индекс $= \text{АД}_{\text{сист. на плечевой арт.}} / \text{АД}_{\text{сист. A. tibialis post.}}$, норма 1,0–1,1).

Результаты: исходно больные обеих групп (принимавших кораксан и метопролол) имели низкий ЛПИ (0,75; 0,78, соответственно), высокую ЧСС, существенную частоту ангинозных приступов в неделю, достаточно высокое значение суммарного интеграла смещения ST. Включение в терапию кораксана приводило в 1 мес. терапии к ощутимому снижению ЧСС, уменьшению суммарного интеграла смещения ST, снижению потребности в нитратах короткого действия, уменьшению частоты ангинозных приступов. В группе сравнения включение в терапию метопролола приводило к односторонним изменениям вышеуказанных параметров, однако в отличие от основной группы, месячный курс терапии в большем числе случаев не привел к снижению ЧСС до целевого уровня. Суммарный интеграл смещения ST сократился, уменьшилось суточное потребление нитратов короткого действия. Ко второму и третьему месяцу наблюдения отмечалось более интенсивное снижение ЧСС в основной группе, уменьшение частоты ангинозных приступов и суммарного интеграла смещения ST. Обращало внимание, что терапия метопрололом сопровождалась снижением ЛПИ (0,7), в то время как терапия кораксаном не только не приводила к снижению ЛПИ, а наоборот, сопровождалась его увеличением (с 0,75 до 0,81).



Выводы: кораксан обладает более эффективной антиангинальной способностью, чем метопролол у больных ИБС с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Применение метопролола в антиангинальном эффективных дозах сопровождается уменьшением ЛПИ. Применение кораксана позволяет достигнуть целевого уровня ЧСС и антиангинального эффекта, при этом не оказывая негативного влияния на параметры артериальной гемодинамики в сосудах нижних конечностей у больных облитерирующим атеросклерозом. Кораксан является препаратом выбора как антиангинальное средство у больных с облитерирующим поражением сосудов нижних конечностей.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Емельянов В.А., Старичков А.А., Бондарева З.Г., Субракова Н.Г.

Мирнинская центральная районная больница республики Саха (Якутия);
ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Росздрава

Цель: оптимизировать профилактику и лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Методы исследования: обследованы 154 больных ПИКС, 72 из которых для профилактики ХСН назначали ИАПФ эналаприл в начальной дозе 5 мг в сутки с постепенным увеличением до 20 мг при АГ, а 82 – β-блокатор метопролол в начальной дозе 25 мг в сутки с титрованием дозы до 100 мг под контролем АД. Перед началом медикаментозной терапии и через 1, 3, 6 и 12 месяцев лечения проводились УЗИ сердца и суточное мониторирование АД. Определялась оксидативная активность нейтрофилов по НСТ-тесту и их неоксидативная активность по уровню катионных белков (цитохимический метод Пигаревского).

Полученные результаты: миграция людей на Крайний Север нарушает гомеостаз преимущественно в первые пять лет, когда уменьшается оксидативная активность нейтрофилов, что ведет к ослаблению защиты организма от патогенных агентов, снижению фагоцитоза и развитию вторичного иммунодефицита. Страдают и неоксидативная активность нейтрофилов. Содержание катионных белков в нейтрофилах здоровых людей составляет $1,4 \pm 0,03$ у.е., а у проживающих в Мирном лиц с АГ I ст. – $0,9 \pm 0,03$ у.е. ($p < 0,05$). В Новосибирске у больных АГ уровень этих белков $1,21 \pm 0,06$ у.е. Значительное снижение числа высокоактивных нейтрофилов и повышение низкоактивных связано с дегрануляцией и выходом лизосомальных гидролаз в кровь. Катионные белки повреждают эндотелий сосудов, приводя к его дисфункции, дестабилизации бляшек, АГ, ХСН.

У больных ПИКС назначение ИАПФ при «анормальном» варианте диастолической функции левого желудочка улучшало его систолическую и диастолическую функцию: через 12 месяцев КДР левого предсердия уменьшился от $44,2 \pm 0,45$ до $43,3 \pm 0,31$ мм ($p < 0,001$), а КДР левого желудочка от $55,8 \pm 0,23$ до $54,3 \pm 0,53$ мм ($p < 0,001$), причем более быстрое уменьшение отмечено в первые три месяца. Толщина задней стенки левого желудочка уменьшилась

с $11,1 \pm 0,4$ до $10,1 \pm 0,25$ мм ($p < 0,001$). Функция выброса возросла с $49,9 \pm 3,1$ до $69,5 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$). Статистически достоверно повысились скорость кровотока на аорте и время диастолы на митральном клапане, уменьшилась продолжительность периода раннего диастолического наполнения с увеличением максимальной скорости кровотока, сократилось время изоволюметрического расслабления. Показатели кардиометрии после 12-месячного назначения β-блокаторов имели аналогичную, но менее выраженную динамику.

Заключение: снижение оксидативной и неоксидативной активности нейтрофилов обусловлено выбросом активных метаболитов кислорода и лизосомальных гидролаз в кровь с повреждением эндотелия, развитием АГ, ХСН. Поэтому в комплексное лечение больных ПИКС необходимо включать адаптогены, антиоксиданты, ангиопротекторы, липидкорректирующие препараты. При ХСН показаны ИАПФ или β-блокаторы, которые модулируют миокард и уменьшают диастолическую дисфункцию левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЗАНЯТЫХ НАПРЯЖЕННЫМ ТРУДОМ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н.

Центральный военный клинический санаторий «Архангельское», Москва

Цель: изучить у рабочих с артериальной гипертензией характерные особенности их образа жизни, специфические факторы риска, развивающиеся нарушения сердечно-сосудистой системы в процессе напряженной деятельности на конвейерном производстве.

Методы исследования: участвовали 195 человек, страдающих различными формами гипертонической болезни (ГБ). Из них по уровню АД выделено 65 пациентов с пограничной артериальной гипертензией, 69 пациентов с ГБ I ст. и 61 – ГБ II ст. Контрольную группу составили 30 здоровых испытуемых, занятых на данном производстве. Таким образом, всего в исследовании участвовали 225 человек. Обследуемые являлись рабочими у которых выполнение основных производственных функций осуществлялось в условиях конвейерного производства при сменном режиме работы. В качестве базового средства для исследования использовалось устройство психофизиологического тестирования «ПСИХОФИ-ЗИОЛОГ – Н», предназначенное для оценки функционального состояния человека в различных условиях жизнедеятельности.

Полученные результаты: среди отмечаемых психотравмирующих ситуаций наиболее часто отмечались: высокое эмоциональное напряжение на работе, серьезные материальные проблемы, конфликты в семье, тяжелые заболевания и смерть родных. Значительная часть пациентов (57,9%) расценивали свое основное заболевание как психотравмирующий фактор. Уровень психоэмоционального стресса у больных ГБ в целом по изучаемому контингенту был выше среднего ($25,4 \pm 1,2$ балла по шкале Тейлора, в контрольной группе – $18,4 \pm 1,3$ балла). При оценке факторов риска впечатляет высокая связь АГ с наследственностью и типом поведения А, которые с одинаковой частотой (до 70%)



встречались во всех исследуемых группах. Анализ социально-культурных факторов свидетельствует о высокой распространенности курения и злоупотребления алкоголем. Среди всего контингента исследуемых число курящих составило 148 (75,8%), из них выявлено в возрасте 25–34 лет – 84,3% с последующим снижением до 61,9% в возрасте старше 45 лет. Такая же тенденция наблюдается и при анализе лиц, злоупотребляющих алкоголем, где их число составило 153 (78,4%) человек., в возрасте до 25 лет – 78,0%, а в возрасте 25–34 лет – 82,0%, с некоторым снижением до 76,1% в старших возрастных категориях. Фактором риска, имеющим связь с возрастом, явилось ожирение (индекс массы тела $> 30 \text{ кг/м}^2$). Распространенность ожирения среди пациентов выявлена у 101 (51,7%) человека, из них в возрасте до 25 лет – 48,0% и далее увеличивалась в возрастных категориях 25–34 лет – до 52,0%; 35–44 лет – до 53,8%; свыше 45 лет – до 54,7%. Гиперлипидемия диагностирована у 117 (60,0%) человек, в возрасте до 25 лет выявлена у 48,0%, 25–34 лет – у 56,0%, 35–44 лет – у 69,2%, свыше 45 лет – у 69,0% исследуемых. Из общего число исследуемых у 67,1% выявлен поведенческий тип А, преимущественно с умеренным или повышенным уровнем реактивной тревожности.

Заключение: выявленные факторы риска у пациентов с различным уровнем АД имеют большое значение для соответствующей профилактики и лечения АГ.

ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ, ЗАНЯТЫХ СМЕННОЙ РАБОТОЙ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н.

Центральный военный клинический санаторий «Архангельское», Москва

Имеются данные о том, что одним из возможных факторов, определяющих десинхронизацию суточных ритмов АД и ЧСС, является нарушение соотношения тонуса различных отделов автономной нервной системы, регулирующей контур гемодинамических параметров.

Цель: изучение особенностей патофизиологических механизмов, лежащих в основе нарушений циркадных ритмов артериального давления у работающих лиц в условиях сменной и напряженной производственной деятельности.

Методы исследования: в зависимости от типа суточного ритма АД среди больных ГБ I ст. (46 человек, средний возраст $26,8 \pm 4,3$ года) и здоровых лиц (контрольная группа – 22 человек, средний возраст $26,3 \pm 3,6$ года) выделены подгруппы дипперов и нон-дипперов. Использованы результаты СМ АД в период отдыха и после ночной смены. Исследуемые группы различались лишь по уровню АД и были сопоставимы по возрасту, длительности заболевания и стажу работы.

Полученные результаты: изучение суточного ритма АД раздельно у дипперов (D) и нон-дипперов (ND) выявило ряд особенностей. При сравнении пациентов первой группы (ГБ I ст.) оказалось, что в обеих подгруппах среднесуточные величины САД и ДАД, а также показатели «гипертонической нагрузки» достоверно не различались. В тоже время выяснено, что вариабельность САД

была достоверно выше в подгруппе ND в дневное и ночное время, чем в подгруппе D ($16,8 \pm 1,3 \text{ мм рт. ст.}$ и $14,9 \pm 1,4 \text{ мм рт. ст.}$ против $14,1 \pm 1,2 \text{ мм рт. ст.}$ и $10,2 \pm 1,1 \text{ мм рт. ст.}$, $p < 0,05$). В подгруппе ND выявлена большая вариабельность ДАД ($11,3 \pm 1,2 \text{ мм рт. ст.}$ против $9,2 \pm 1,4 \text{ мм рт. ст.}$, $p < 0,05$) в сравнении с подгруппой D. Следует отметить, что показатели «гипертонической нагрузки» в подгруппе D превышали аналогичные показатели подгруппы ND (индекс времени – $45,3 \pm 4,3\%$ против $40,2 \pm 4,1\%$; индекс измерений $46,5 \pm 3,9\%$ против $43,8 \pm 4,3\%$). В КГ основные показатели СМАД характеризовались меньшими величинами, при этом наблюдалась явная тенденция к снижению показателей вариабельности в подгруппе D и их достоверное повышение в подгруппе ND ($61,8 \pm 4,2 \text{ мм рт. ст.}$ против $70,5 \pm 3,7 \text{ мм рт. ст.}$, $p < 0,05$). Таким образом, результаты изучения суточного профиля АД свидетельствуют о том, что уже на самых ранних стадиях заболевания у нон-дипперов выявляется повышенная вариабельность АД, что указывает на усиленную активность симпатической нервной системы. Динамика данного показателя во времени подтверждает уровень приспособления механизмов регуляции к циклически меняющимся условиям среды и деятельности. При их перенапряжении происходит десинхронизация ритмов организма с последующим формированием патологических нарушений, приводящим к болезни.

Заключение: данный феномен является прогностически неблагоприятным признаком, который необходимо учитывать при оценке состояния пациента и определении активности профилактических и лечебных мероприятий обеспечивающих адекватное приспособление организма к условиям напряженной производственной деятельности.

ВЛИЯНИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Еременко И.А., Антюфьев В.Ф.

Областная больница восстановительного лечения «Озеро Чусовское», Екатеринбург

Данные об эффективности медицинской реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, в зависимости от стратегии лечения в остром периоде, противоречивы.

Цель: изучить в процессе медицинской реабилитации (долечивания) динамику толерантности к физической нагрузке у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и ее зависимость от стратегии лечения в остром периоде заболевания.

Материалы и методы: обследованы 76 работающих мужчин среднего возраста $49,9 \pm 6,8$ лет, переведенных непосредственно из стационаров неотложной кардиологической помощи после лечения острого инфаркта миокарда. Инвазивная стратегия лечения – чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) на инфаркт-связанной артерии, была использована у 37, консервативная – у 39 пациентов. Программа кардиореабилитации включала: оптимальную медикамен-



тозную составляющую, физические пульс-лимитированные тренировки на тренажере Thera-vital, психологическую коррекцию. При «переводке» для долечивания и после курса реабилитации (23 дня), проводили пробу с физической нагрузкой на «тредмил-комплексе» Quest (Exercise Stress System) по модифицированному протоколу Ramp-20.

Полученные результаты: при первом тестировании величина интегрального показателя физической работоспособности достоверно не различалась: $8,31 \pm 2,9$ MET в группе консервативного лечения и $9,0 \pm 2,76$ MET в группе инвазивного лечения, $p = 0,3$. Число пациентов, у которых максимальная нагрузка исходно превышала 6 MET, составило соответственно 29 человек (74,4%) и 31 человек (83,8%), $p > 0,05$. Появление признаков болевой или безболевой ишемии миокарда при проведении первой нагрузочной пробы было отмечено у 10 пациентов группы консервативного лечения (25,6%) и лишь у 1 (2,7%) пациента группы инвазивного лечения. При повторном проведении нагрузочной пробы частота выявления ишемии миокарда в группе консервативного лечения осталась прежней, а в группе инвазивного лечения число случаев прекращения пробы в связи с появлением признаков ишемии увеличилось до 3 (8,1%). Принципиальным отличием двух групп после завершения лечения было достоверное увеличение физической работоспособности в группе инвазивного лечения: на $1,57 \pm 1,60$ MET (17,44% от исходной, $p < 0,0001$). В группе консервативного лечения динамика показателя была недостоверной. Величина субмаксимальной нагрузки после завершения лечения превышала 6 MET у 30 пациентов группы консервативного лечения (77%) и у всех пациентов (100%), которым было проведено ЧКВ, $p > 0,001$.

Заключение: именно, у пациентов, подвергшихся в остром периоде инфаркта миокарда чрескожному коронарному вмешательству на инфаркт-связанной артерии, после проведения долечивания (реабилитации на позднем госпитальном этапе) документирована достоверная динамика показателей тредмил-теста, характеризующая увеличение толерантности к физической нагрузке.

ПРОФИЛАКТИКА РЕТРОМБОЗОВ ПОСЛЕ ФИБРИНОЛИЗИСА ПУТЕМ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ

Ефремова О.А.

БелГУ, медицинский факультет, кафедра внутренних болезней № 2, Белгород

Основываясь на данных о многогранности действия статинов, нами была поставлена задача изучить влияние аторвастатина на частоту ретромбозов у больных инфарктом миокарда (ИМ) после фибринолитической терапии (ФЛТ) в сочетании с уже общепринятыми препаратами при раннем его назначении (в первые сутки). В зависимости от проводимой терапии сформировано три равноценные клинические группы пациентов. 1-ая группа (группа сравнения) – 64 пациента, которые не получали ФЛТ и статины вследствие различных объективных и субъективных причин и которым проводилась стандартная терапия с включением антикоагулянтов, дезагрегантов, нитратов, β -адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, спиронолактона. 2-я группа – 124 пациента, которым наряду

ду с базисной терапией проводилась ФЛТ тканевым активатором плазминогена (актилизе). Больным 3-й группы (77 пациентов) на фоне базисной терапии ИМ и ФЛТ проводилась терапия аторвастатином с первых суток госпитализации больного в дозе 10 мг в сутки в течение всего наблюдаемого периода. Оценка эффективности лечения проводилась по данным, полученным до фибринолизиса, на 10, 28 сутки лечения и через 3 месяца. Проведенное исследование показало, что у больных с сочетанной терапией с включением аторвастатина происходит улучшение гемостатических показателей, причем эффективность такой терапии выражается в поддержании достаточно длительного промежутка времени стабильной гипокоагуляции (угнетении свертывания крови, повышении фибринолитической активности плазмы, активации противосвертывающей системы крови). Рецидивирующее течение ИМ в группе больных, леченных стандартной терапией, составило 14,1%, в группе больных с проведением фибринолизиса на фоне стандартной терапии – 28,2%, что свидетельствует о достоверном учащении реинфарктов после ФЛТ. В группе больных, в комплексном лечении которых назначался аторвастатин, частота рецидива инфаркта составила 11,7%, что достоверно реже частоты реинфарктов во 2 группе, $p < 0,05$. Ранняя постинфарктная стенокардия (РПС), которая также является клиническим выражением ретромбоза, в 1-й группе больных осложненного течения ОИМ на фоне стандартной терапии, возникала у 13 пациентов (20,3%), что достоверно реже частоты возникновения РПС во 2 группе – у 45 (36,3%) ($p < 0,05$). В группе больных, получающих статины дополнительно к стандартной терапии и ФЛТ, в течение госпитального периода заболевания отмечалось достоверное снижение частоты повторных ишемических повреждений – 17 больных (22,1%), $p < 0,05$ по отношению ко 2-й группе. Таким образом, отмечено достоверное снижение ретромбозов в группе больных, получавших модифицированную терапию с включением ИАПФ, β -АБ и статинов после ФЛТ за счет антикоагуляционного и резондотелизационного эффектов аторвастатина. Плейотропные свойства этого препарата обеспечивали защиту миокарда от ишемического и реперфузионного повреждений, снижали вероятность повторного тромбообразования. Все это доказывает важность сопутствующей адекватной постреперфузионной терапии статинами, что имеет несомненное значение как в прогностическом аспекте, так и в плане экономических затрат на дополнительное лечение.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И ЭМОКСИПИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ефремова Е.Н., Котляров А.А., Шмырева М.В., Селезнева Н.М., Суроткина С.А.

ГОУВПО «МГУ им Н.П.Огарева», медицинский институт, Саранск

Цель: изучить эффективность и безопасность применения эмоксипина и небиволола в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС)



и артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследованы 10 больных 53–70 лет с ХОБЛ I–III степени в стадии обострения. У всех больных диагностирована стенокардия напряжения II–III ФК и артериальная гипертензия (АГ) III ст., IV риск.

Пациенты получали базисную терапию (нитраты, ингибиторы АПФ, ингаляционные бронхолитики, диуретики), эмоксипин 50 мг/сутки внутривенно и небиволол в дозе 5 мг/сутки в течение 10 дней. Программа исследования включала ежедневную оценку артериального давления (АД); тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), спирографию и ЭхоКГ проводили при поступлении в стационар и через 10 дней лечения.

Результаты исследования: в ходе ежедневной регистрации отмечено снижение АД. Уровень систолического АД (САД) снизился на 16% ($p = 0,001$), диастолического АД (ДАД) на 15% ($p = 0,003$).

При проведении ТШХ расстояние пройденное пациентами до лечения в среднем составило 246 ± 90 м, после лечения – 275 ± 94 м, ($p = 0,003$).

По данным спирографии в анализируемых группах выявлено увеличение всех показателей ФВД. Величина ЖЕЛ увеличилась на 4,5% ($p = 0,07$), ФЖЕЛ на 3,8% ($p = 0,06$), ОФВ1 увеличилась на 8,2% ($p = 0,02$). Увеличение бронхиальной проходимости в обеих группах отмечалось преимущественно по средним бронхам: МОС 50 возросла на 7,5% ($p = 0,04$). Данные показатели подвержены инструментальной ошибке, зависимы от ЖЕЛ и экспираторного усилия.

По данным ЭхоКГ отмечена тенденция к улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики: левое предсердие (ЛП) уменьшилось на 2,5% ($p = 0,09$), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) на 4,4% ($p = 0,02$), конечный систолический размер ЛЖ (КСР ЛЖ) на 7% ($p = 0,009$), правый желудочек (ПЖ) – на 3,4% ($p = 0,1$), фракция выброса (ФВ) ЛЖ увеличилась на 8% ($p = 0,01$).

Вывод: использование небиволола и эмоксипина на фоне базисной терапии при лечении больных с сочетанной кардиопульмональной патологией приводит к достоверному снижению АД, увеличивает толерантность к физической нагрузке, не ухудшает функцию внешнего дыхания и наблюдается тенденция к улучшению внутрисердечной кардиогемодинамики.

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛИ ВКЛЮЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СТАЦИОНАРЕ?

Ефремушкин Г.Г., Денисова Е.А.

Алтайский медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить влияние велоэргометрических тренировок (ВТ) со свободным выбором нагрузки (СВН) на толерантность к физическим нагрузкам (ТФН) и гемодинамику в крупных артериях у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста в условиях стационара.

Материалы и методы: обследованы 80 больных АГ в возрасте 62–87 лет

($M = 75,6 \pm 0,7$ лет), из них женщин – 10%, с I ст. – 2%, II ст. – 28%, III ст. – 70%. У 70% больных АГ сочеталось с ишемической болезнью сердца. Артериальное давление (АД) у подавляющего большинства больных не выходило за пределы I и редко II степени, а у 32 % было нормальным. Больные рандомизированы на две группы: основная – 50 человек, которым кроме лекарственной терапии проводились 10–12 ВТ по методу СВН; сравнения – 30 человек – лечение проводилось только лекарственными препаратами. Для ВТ и контроля динамики ТФН использовался велоэргометр G XI KETTLER и шестиминутный тест ходьбы (ШМТ). Артерии (общая сонная (ОСА), плечевая (ПА), бедренная (БА)) исследовались дуплексным методом на аппарате ViVid (USA).

Результаты: в конце курса лечения в основной группе АД максимальное (max) и минимальное (min) переместились в зону нормального оптимального, в группе сравнения – в зону повышенного нормального. ШМТ увеличился ($p < 0,05$) только в основной группе. Пороговая мощность (ПМ) в основной группе в конце лечения увеличилась на 20% ($p < 0,001$), в группе сравнения – на 9,8% ($p > 0,05$). В то же время ТФН значимо увеличилась в обеих группах, но в большей степени в основной. Хронотропный и инотропный резервы не менялись в обеих группах. Двойное произведение в обеих группах имело только тенденцию к снижению, в то время как индекс экономичности снижался в обеих группах ($p < 0,05$). Дуплексное сканирование ОСА показало, что в конце лечения без ВТ в ней снижались V_{min} и V_{tamax} скорости кровотока ($p < 0,01$), но не менялись V_{max} . В основной группе в конце лечения увеличивалась ($p < 0,003$) толщина интима-медиа (ТИМ) без изменения скорости кровотока. В ПА без ВТ снижалась V_{tamax} ($p < 0,06$), а с ВТ уменьшалась ($p < 0,001$) ТИМ при одновременном нарастании V_{tamax} ($p < 0,08$). В БА V_{max} без ВТ была снижена до лечения и не изменялась после, ТИМ и составляющие скорости кровотока не изменились. В группе с ВТ уменьшилась ($p = 0,05$) ТИМ и увеличилась ($p < 0,07$) V_{max} , то есть увеличилось кровоснабжение нижних конечностей, что подтверждается и большим ДА БА у больных этой группы по сравнению с группой без ВТ ($0,68 \pm 0,2$ см и $0,63 \pm 0,19$ см). Скорость пульсовой волны (СПВ) была минимальной в ОСА в обеих группах (1,24 м/с), максимальной в БА (8,81 м/с) и не изменялась в процессе лечения во всех артериях. Определялась прямая корреляция ($r = 0,34 \pm 0,2$) между СПВ больше 8 м/с и $V_{max} > 17$ см/с.

Заключение: включение в лечебный процесс больных АГ пожилого и старческого возраста ВТ увеличивают ШМТ, ПМ и ТФН с одновременным улучшением экономичности проведения этих тестов. ВТ улучшают кровоток в БА.

ПОЛТАВСКИЙ БИШОФИТ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЗС С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ждан В.Н., Шилкина Л.Н., Казаков Ю.М., Штомпель В.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Формирование, манифестация и прогрессирование заболеваний под воздействием комплекса повреждающих факторов, в том числе пролонгированно-



го стресса, связаны со снижением компенсаторно-приспособительных процессов организма.

Цель: изучение эффективности Полтавского бишофита как стресс-лимитирующего фактора в комплексной реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями – ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на ЧАЭС.

Материалы и методы: обследованы 57 мужчин ЛПА на ЧАЭС с патологией сердечно-сосудистой системы: НЦД (17 человек), ГБ II ст. (21 человек) и ИБС-стабильной стенокардией напряжения II – III ФК (19 человек) до и после комп-лексного лечения с применением ванн с рассолом Полтавского бишофита, содер-жащего комплекс минеральных веществ и микроэлементов (Mg, K, Ca, J, Br, Zn, Fe, Cu). Изучали типы адаптационных реакций у больных по содержанию лимфоцитов крови и их соотношению к сегментоядерным нейтрофилам, а также уровень в крови адаптационных гормонов (Т3, Т4, ТТГ, кортизола) и их динамику до и после лечения. Бишофит назначали в виде общих ванн с разведением рассола 1 : 50, продолжительностью 15 мин, 3–5 раз в неделю, курсом из 10–12 процедур на фоне стандартной медикаментозной терапии.

Результаты и их обсуждение: анализ типов адаптационных реакций по составу периферической крови у обследованных лиц показал, что в группе больных НЦД (I гр.) преобладал синдром напряжения компенсаторно-приспособительных процессов, а в группах больных ГБ (II гр.) и ИБС (III гр.) – синдром их срыва. Параллельно, у больных II и III групп были достоверно снижены показатели Т3 и кортизола по сравнению с больными I группы, что подтверждает истощение механизмов адаптации. В процессе лечения на фоне клинического улучшения у большинства пациентов I группы концентрация кортизола снизилась до нормы (с $714,6 \pm 45,16$ до $417,9 \pm 20,06$ нмоль/л, $p < 0,05$). У больных II и III гр. исходно сниженные показатели кортизола несколько повысились ($196,67 \pm 28,88$ нмоль/л до лечения; $129,75 \pm 22,75$ нмоль/л после лечения, $p > 0,05$). При изучении у пациентов динамики показателей уровня тиреоидных гормонов у больных I гр. отмечено достоверное снижение концентрации Т3 в сыворотке крови (от $2,27 \pm 0,20$ до $1,77 \pm 0,05$ нмоль/л, $p < 0,05$), у больных II и III групп этот показатель изменился незначительно ($2,24 \pm 0,3$ нмоль/л до лечения; $1,84 \pm 0,28$ нмоль/л после лечения, $p > 0,1$). Достоверное снижение уровней кортизола и Т3 у больных I группы в процессе лечения свидетельствуют о том, что ванны с рассолом бишофита оказывают подавляющее влияние на гипотиз-надпочечниковую систему. Следовательно, их применение целесообразно у пациентов с синдромом напряжения компенсаторно-приспособительных процессов. Больным с синдромом срыва адаптационных процессов применение данного фактора не показано. Учитывая тормозящее влияние йода и брома на функцию щитовидной железы, ванны целесообразно назначать пациентам с нормальной и повышенной функцией щитовидной железы.

ИНТЕГРАТИВНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ

Зайцев А.В., Косов В.А., Пирогов Ю.С., Степанищева Л.В.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов) ГИУВ МО РФ, Москва

Непосредственной причиной развития мозговых ишемических нарушений у больных артериальной гипертонией (АГ) является поражение магистральных артерий головы (МАГ), достигающих до 81%. Это диктует дальнейший поиск и разработку оптимальных способов лечения АГ с целью предотвращения развития мозговой сосудистой катастрофы или восстановления утраченных в процессе болезни функций головного мозга.

Цель: определить интегративно-клинические подходы к реабилитации больных гипертонической болезнью после патологии магистральных артерий головы, в том числе перенесших эмерсионную каротидную эндартерэктомию.

Методы исследования: под наблюдением находились 106 пациентов АГ, мужчин, среднего возраста – $56,7 \pm 3,1$ лет с клиническими проявлениями цереброваскулярной болезни (ЦВБ), обусловленной патологией МАГ. Из них 52 больных перенесли операцию ЭКЭА и составили первую основную группу, в контрольную группу вошли 56 пациентов, принимавшие только консервативные методы лечения по программе реабилитации. Все больные обследовались по программе, включающей физикальное и неврологическое исследование; ультразвуковую доплерографию магистральных вне- и внутричерепных сосудов со спектральным анализом доплеровского сигнала; исследование центральной гемодинамики, функции внешнего дыхания, почек; биохимические и клинические лабораторные исследования. С учетом детального изучения проблемы клинической диагностики и хирургического лечения цереброваскулярных расстройств у больных АГ предложен диагностический алгоритм выявления больных с патологией МАГ на догоспитальном этапе. Среди обследованных больных АГ последствия ишемического инсульта имели место у 22 человек, дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза с микроочаговой симптоматикой – у 21, транзиторные ишемические атаки – у 43, и неврологический дефицит отсутствовал у 43 больных. Такое распределение пациентов было связано с контингентом лечившихся.

Полученные результаты: у больных обеих групп на фоне проводимого традиционного медикаментозного лечения и использование физических методов, включающих лечебную физкультуру и гипербарическую оксигенацию (ГБО) отмечается положительная динамика заболевания. При этом у больных после реконструктивных операций на МАГ достоверное улучшение показателей КЖ, восстановление работоспособности, уменьшение госпитализаций, летальности отмечено на 25, 34, 23 и на 56% , в тоже время у больных контрольной группы эти же показатели улучшились на 12, 18, 11 и 28% соответственно.

Заключение: лечение острой и хронической цереброваскулярной патологии, безусловно, должно проводиться общепринятыми методами и утвержден-



ними стандартами. Вместе с тем не вызывает также сомнения эффективность применения реконструктивных операций при патологии магистральных артерий головы и применяемых программ реабилитации.

НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭПРОСАРТАНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Закирова А.Н., Гафурова З.Р., Карамова И.М., Янбаева С.М., Закирова Н.Э.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа

Цель исследования: установить изменения функционального состояния эндотелия и почек у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) при длительной терапии эпросартаном.

Методы: под наблюдением находились 69 больных АГ I–II степени с МС, которые рандомизированы на 2 группы. Эпросартан (Теветен «Солвей Фарма», Германия) принимали 35 пациентов (основная группа). Группу сравнения составили 34 больных АГ с МС, которые получали нифедипин XL (нифедкард XL LEK, Словения). Длительность реабилитации составила 6 месяцев.

Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД) плечевой артерии, о вазоконстрикторной функции судили по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1). Для анализа функции почек исследовали параметры функционального почечного резерва (ФПР), оценивали экспрессию β_2 -микроглобулина (β_2 -МГ) и уровень микроальбуминурии (МАУ).

Результаты: установлено, что эпросартан и нифедипин XL при длительном приеме способствовали восстановлению нарушений функции эндотелия, улучшая ЭЗВД (88,2; 36,5%; $p < 0,01$) и ЭНЗВД плечевой артерий (42%, 37,6%; $p < 0,05$), однако сосудистые эффекты эпросартана в отношении ЭЗВД были наиболее значимы ($p < 0,05$). Эпросартан приводил к существенному, на 35,6%, уменьшению синтеза ЭТ-1, а вазоконстрикторные эффекты нифедипина имели характер тенденции.

Частота МАУ при долгосрочной терапии эпросартаном снизилась более, чем в 2 раза, а при использовании нифедипина – на 24%. При длительной реабилитации с использованием эпросартана суточная экскреция с мочой β_2 -МГ уменьшилась на 36,5%, а ФПР увеличивался на 68,7%. Результаты лечения эпросартаном и его влияние на функциональное состояние эндотелия и почек были более существенными, чем действие нифедипина у больных АГ с МС.

Выводы: эпросартан при длительной реабилитации больных АГ с МС улучшает эндотелиальную функцию и оказывает нефропротективное действие, уменьшая выраженность МАУ и экскреции β_2 -МГ, восстанавливает нарушение ФПР.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАКСЕНА НА ЦИРКАДНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПУЛЬСА У ЛИЦ С ГБ, ЗАНЯТЫХ СМЕННОЙ РАБОТОЙ

Замотаев Ю.Н., Еникеев А.Х.

Центральный военный клинический санаторий «Архангельское», Москва

Цель: оценка влияния мелаксена на циркадианную хроноструктуру артериального давления и пульса у пациентов с артериальной гипертонией, занятых на производстве со сменным графиком работы.

Методы исследования: участвовало 57 пациентов в возрасте от 32 до 46 лет, с длительностью работы на производстве свыше 5 лет, у которых наблюдалась умеренная артериальная гипертония. Все пациенты были заняты сменной работой на конвейерном производстве. Для выполнения поставленной задачи все пациенты были разделены на 2 группы. Из них 23 (основная группа) получали теветен (Solvay Pharmaceuticals B.V., Нидерланды) в дозе 300 мг утром в сочетании с мелаксеном (производитель Unipharm, Inc, USA) в дозе 3мг однократно в 22 час. Курс лечения составил 3 недели и проводился в свободное от работы время (в период отпуска). В контрольную группу вошли 34 пациента, получавшие только теветен. До и после 3-х недельного курса исследованы суточный профиль артериального давления, циркадный профиль ритма сердца, параметры центральной гемодинамики.

Полученные результаты: установлено, что у данной категории лиц имеются нарушения суточной ритмичности ряда параметров гемодинамики. Обращает на себя внимание сдвиг средних акрофаз САД, ДАД, АДср. на ночные часы, что указывает на изменения временной организации кровообращения с явлениями внутреннего и внешнего десинхронизма. После курса терапии с применением мелаксена получен не только более выраженный гипотензивный эффект в ОГ, но и установлено достоверное смещение акрофаз к закономерным биологическим ритмам. Так, после лечения в ОГ среднесуточный уровень САД снизился на 26,2 мм рт. ст. (с $160,4 \pm 3,8$ мм рт. ст. до $134,2 \pm 4,1$ мм рт. ст., $p < 0,01$), в КГ на 21,9 мм рт. ст. (с $161,7 \pm 4,1$ мм рт. ст. до $139,8 \pm 4,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Аналогично снизился среднесуточный уровень ДАД – на 16,1 мм рт. ст. (с $92,4 \pm 4,1$ мм рт. ст. до $76,3 \pm 3,5$ мм рт. ст., $p < 0,01$), в КГ на 7,6 мм рт. ст. (с $92,8 \pm 3,7$ мм рт. ст. до $85,2 \pm 3,6$ мм рт. ст., $p < 0,05$), показатель АД ср. уменьшился на 14,4 мм рт. ст. (с $108,6 \pm 3,9$ мм рт. ст. до $94,2 \pm 3,7$ мм рт. ст., $p < 0,01$), в КГ на 8,1 мм рт. ст. (с $106,3 \pm 4,1$ мм рт. ст. до $98,2 \pm 3,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$). В ОГ показатель ЧСС снизился на 11,2 уд./мин (с $76,8 \pm 2,4$ уд./мин до $65,6 \pm 2,1$ уд./мин, $p < 0,01$), в КГ на 6,1 уд./мин (с $76,5 \pm 3,2$ уд./мин до $70,4 \pm 2,6$ уд./мин, $p < 0,05$). Произошел значительный эффект смещения акрофаз в ОГ, где акрофаза САД сместилась с 21 час 10 мин на 0 час 55 мин, акрофаза ДАД с 7 час 30 мин на 9 час 25 мин, акрофаза АД ср. с 9 час 20 мин на 7 час 12 мин, акрофаза ЧСС – с 18 час 50 мин к 14 час 23 мин, в тоже время как в КГ смещения акрофаз не наблюдалось. Отчетливое восстановление синхронизации циркадианных ритмов параметров гемодинамики наблюдалось только у пациентов, получавших лечение теветеном в сочетании с мелаксеном.



Заключение: включение мелаксена в схему лечения АГ у пациентов, занятых на производстве со сменным ритмом работы позволяет не только усилить эффективность гипотензивной терапии, но и нормализовать нарушенную циркадную гемодинамику.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Звягин Г.В., Денисова Е.В., Прасолова В.Е.

Муниципальное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (ГКБСМП №10); кафедра физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины ИПМО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение: высокая летальность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и его возможных осложнений (30–35%), делают актуальной задачей поиск современных и эффективных методик реабилитации данного заболевания. Исходя из многофакторности патогенеза, выраженного несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой к органам, возник интерес к решению этой проблеме с помощью гипербарической оксигенации (ГБО).

Цель: изучение отдаленных результатов применения ГБО в комплексном лечении и реабилитации больных перенесших ОИМ.

Методы исследования: исследование было проспективным, рандомизированным, открытым. В первую группу (контрольную, $n = 45$ человек), вошли больные, перенесшие ОИМ, проходившие «протокольный» (стандартный) курс лечения, включая санаторно-курортную реабилитацию после завершения стационарного лечения в специализированном кардиологическом отделении. Вторую группу (основная, $n = 46$ человек) составили больные, перенесшие ОИМ, которым помимо «протокольного» курса лечения проводилась ГБО-терапия в одномоментной медицинской барокамере типа «БЛКС – 3–01» по разработанной методике на 7–10 сутки от начала заболевания, в режиме от 1,15 до 1,3 атм, длительностью изопреции 30–45 мин., с повторными курсами ГБО через каждые 6 мес. в течение 2 лет.

Экспертная оценка эффективности завершеного курса проводилась по разработанной методике с учетом данных объективного обследования до и после курса лечения (ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование, биохимические показатели крови). Одновременно учитывались данные субъективной оценки как со стороны лечащего врача, так и больного (частота повторных обострений, продолжительность периодов ремиссии, толерантность к физическим нагрузкам, частота госпитализации).

Полученные результаты: повторный инфаркт миокарда зарегистрирован у 4,2 и 5,5% (2 и 6 человек), смертность – у 2,1 и 12% (1 и 5 человек) в основной и контрольной группах соответственно ($p < 0,01$). Значимых различий в показателях ремоделирования сердечной мышцы не выявлено. В основной группе от-

мечено отсутствие развития инсультов в течение всего времени наблюдения. Относительный риск развития коронарных событий в основной группе составил 0,35 в течение 2 лет наблюдения.

Заключение: ГБО позволяет достоверно улучшить выживаемость пациентов, перенесших ОИМ, и уменьшает частоту повторных инфарктов миокарда, что позволяет рекомендовать включение ГБО-терапии в протоколы лечения и реабилитации ОИМ. На наш взгляд, необходимы дальнейшее изучение механизмов воздействия ГБО на острую коронарную патологию и выработка алгоритмов использования данного лечебного метода в кардиологии.

САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зотова Л.М., Дятлова Л.И., Кудрявцева О.М., Дробот А.Ф., Цикунова С.А., Дудкина Н.И.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН; Детский кардиоревматологический санаторий № 20 «Красная Пахра», Москва

Цель: оценка санаторной реабилитации детей 4–14 лет с кардиальной патологией за пятилетний период.

Методы исследования: клинические данные, ЭКГ, эхокардиография, велоэргометрия с определением показателей гемодинамики.

Результаты: программа санаторной реабилитации включала в себя медицинский, физический и психологический аспекты, а также лечение сопутствующей патологии.

Исследованы 3 группы пациентов: после хирургической коррекции врожденных пороков сердца (ВПС), после коррекции ВПС с сопутствующей кардиальной патологией и пациенты без пороков сердца (функциональные кардиопатии, вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертензия). Определены сроки реабилитации для детей после коррекции ВПС. Для изолированных ВПС – 6 месяцев после операции: физическая работоспособность (ФР) была на уровне здоровых с адекватной гемодинамикой при велоэргометрии. Для сочетанных ВПС к 6 месяцам ФР составила 85% от уровня здоровых. При сложных ВПС синего типа сроки реабилитации составили от 1 до 3 лет. ФР не превышает 50–70% от нормы. Велоэргометрическое исследование показало снижение функциональных резервов.

После коррекции ВПС с сопутствующей патологией у большинства больных сроки реабилитации составляли от 6 мес. до 1 года в зависимости от характера сопутствующей патологии. Уровень ФР составлял от 60 до 80% от уровня здоровых.

У больных с функциональными изменениями ФР достигало 86% от уровня здоровых детей с адекватной гемодинамической реакцией на нагрузку.

Заключение: санаторный этап реабилитации позволяет получить хороший эффект и выработать рекомендации для дальнейшей реабилитации на диспансерном этапе.

У больных с повторным санаторным лечением ФР выше и отмечается лучшая адаптация к школьным и бытовым нагрузкам.



КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Слобнякова Н.С., Сайеда Е.А.

Тверской кардиологический диспансер; Тверская медицинская академия

Несмотря на наличие достаточно эффективных медикаментов и разработанной тактики лечения больных артериальной гипертензией (АГ), результаты терапии остаются не столь значимыми, как описаны в большинстве крупномасштабных исследований.

Цель исследования: оценка приверженности к лечению и достижение целевых уровней артериального давления (АД) больными АГ различных категорий риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: в исследование включены 500 больных с АГ 1–4 категорий риска, установленной согласно рекомендациям ВНОК (2008) находившихся на амбулаторной лечении в Тверском кардиологическом диспансере, в возрасте от 18 до 69 лет (45,8% женщин и 54,2% мужчин), средний возраст мужчин – $46,5 \pm 14,0$ года, женщин – $43,0 \pm 12,7$ года. В работе использованы разработанные на основе методики SV 36 анкеты для больного и для врача, с акцентом на приверженность пациентов к лечению в нескольких аспектах: соблюдение пациентами диеты, выполнение рекомендаций врача и причины их невыполнения с учетом категории риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Полученные данные сопоставлялись с достижением «целевого» АД спустя 6 мес. от начала лечебных мероприятий.

Результаты исследования: частота достижения целевого уровня АД у пациентов 1–4 категорий сердечно-сосудистого риска существенно не различалась и колебалась в пределах 34–38%. Анализируя анкеты больного и врача, выявлено, что не соблюдали диету в 1 и 2 категориях риска преимущественно больные старшего возраста ($56,3 \pm 11,1$ года), а в 3 и 4 категориях – больные в более молодом и среднем возрасте ($41,2 \pm 9,5$ лет). Недостаточная физическая активность чаще отмечена в группе больных 3–4 категорий рисков по сравнению с 1–2 (соответственно 72,2 и 44,1%). Не выполняли рекомендованное медикаментозное лечение 50% мужчин и 52% женщин в возрасте до 60 лет среди пациентов 1–2 категории риска. В то же время 57% женщин и 42% мужчин старше 60 лет с очень высоким риском осложнений выполняли назначенное лечение. Среди причин невыполнения предписанных врачом рекомендаций наиболее часто встречались следующие: отсутствие материальных средств – 24%; отсутствие преемственности рекомендаций кардиологов и терапевтов – 27%; «не хотят» принимать препараты – 31%; осложнения от проводимой терапии – 18%.

Заключение: выполнение рекомендаций врача находится на низком уровне, что указывает на недостаточную преемственность работы кардиологов диспансера и терапевтов поликлиник и малую информированность пациентов о правильном лечении АГ. Необходимо обратить внимание врачей практического

здравоохранения на необходимость использования как медикаментозного, так и немедикаментозного способов в достижении целевых уровней артериального давления не зависимо от категорий сердечно-сосудистого риска.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Иванова Е.С.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», Москва

Медико-демографические процессы в России в последние годы приобрели характер и масштабы, угрожающие национальной безопасности. Общая смертность в 2005 году составила 16,1%, что в 2 раза превышает показатели Европы и США и в 1,5 раза – средние по миру. Стабилизировалась разница в продолжительности жизни мужчин и женщин на уровне 12–14 лет, что в 2–3 раза больше, чем в экономически развитых странах. В целом по России продолжительность жизни мужчин составляет 56–59 лет.

Среди причин смерти лидирующее положение продолжают занимать сердечно-сосудистые заболевания (56,7% всех случаев смерти). Смертность по данной причине постоянно возрастает, особенно в группах лиц трудоспособного возраста.

Малоподвижный образ жизни, несбалансированное питание, постоянные психоэмоциональные перегрузки, влияние метеофакторов, вредные привычки являются неотъемлемыми спутниками современного человека и, называясь факторами риска, создают предпосылки для формирования целого ряда функциональных проблем, запускающих патологических реакций, связанных со срывом компенсаторных возможностей организма и в дальнейшем способствующих развитию заболевания. Повышение уровня здоровья населения напрямую связано с успешными донозологическими мероприятиями, направленными на устранение или снижение степени дизадаптации, повышение функциональных резервов организма.

Начиная с 90-х годов, особенно с появлением коммерческих структур, рынок оздоровительных услуг пополнился многочисленными способами коррекции адаптационных сдвигов, которые предлагаются к использованию как для поддержания уровня здоровья, так и для устранения функциональных нарушений, возникших на ранних стадиях заболеваний. Однако в подавляющем большинстве эти методы и способы не лицензированы и научно не обоснованы. Это обстоятельство в большой степени осложняет выработку консенсуса ученых по унифицированным методам коррекции функциональных нарушений.

Исходя из этого, актуальным является изучение показателей функциональных резервов и адаптационных возможностей организма у лиц, склонных к развитию стойкой артериальной гипертензии, разработка комплексных программ адаптационного воздействия, построенного на принципах взаимодополняемости, потенцирование эффектов их составляющих.



Нами обследованы 50 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Использовались следующие методы исследования: оценка суточного графика АД, электрокардиография, изучение variability ритма сердца на вегетотестере «Полиспектр-8», функционального состояния кардиореспираторной системы с помощью пробы с физической нагрузкой на велоэргометре, обследование состояния центральной и периферической гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии на аппарате АПКО-8-РИЦ, состояния микроциркуляторного русла с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), состояния симпат-адреналовой системы по показателям суточной экскреции катехоламинов (адреналина и норадреналина). Проводилось психологическое обследование с помощью тестов: СМОЛ, САН, «Шкала враждебности», Цветовой Тест Люшера, а также изучение метеочувствительности.

Комплекс восстановительной коррекции включал: БИОЛОНГ-жемчужные ванны, психорелаксационную терапию с использованием устройства биологической обратной связи, физические тренировки, индивидуальную диету. Назначалось одновременное воздействие жемчужной ванны и растворенного в ней пенного средства для ванн «Биолонг» 1%, 30–50 мл на 100 литров воды, температура воды 36–37°C, продолжительность процедуры составляет 15–20 минут, два дня подряд с отдыхом на третий день, на курс лечения 14–15 процедур.

Средство БИОЛОНГ представляет собой пеномощную композицию, содержащую в качестве основного действующего начала препарат митофен – водорастворимый полимерный структурно-функциональный аналог природного кофермента коэнзима Q10. В отличие от аналога препарат является эффективным водорастворимым антиоксидантом. В основе антигипоксической эффективности митофена лежит его непосредственное взаимодействие с ферментами дыхательной цепи, способность шунтировать комплексы дыхательной цепи митохондрий, ингибированных вследствие гипоксии. Наряду с антигипоксической активностью митофен обладает и выраженной антиоксидантной активностью за счет связывания свободных радикалов, наличия полигидрофениленовой структуры основного ядра, а также за счет того, что гидроксильные группы полигидрохинона легко отдают свой атом водорода, который, в свою очередь, может взаимодействовать с активными радикалами с образованием пироксидов. Препарат способствует повышению энергообеспечения живых клеток за счет более выгодного использования кислорода в дыхательной цепи, а также нейтрализует окислители, которые образуются при острой кислородной недостаточности в тканях организма.

За счет использования Биолонга в жемчужной ванне, получается эффект пенной ванны и значительно уменьшается водная нагрузка на организм.

Психорелаксационная терапия с использованием биологической обратной связи способствует развитию гипотензивного эффекта за счет усиления симпатолитического действия, снижения «нагрузки давлением», существенно улучшает психологические показатели: снижает реактивную тревожность и личностную тревогу, повышает самочувствие, активность и настроение, нормализует циркадный ритм и variability АД, положительно влияет на функцию барорецепторов.

Использование физических тренировок способствует развитию симпатолитического и гипотензивного эффектов, что является результатом снижения симпатических влияний, экономизации сердечной деятельности, мобилизации аэробного резерва, снижения напряженности центрального контура регуляции

variability ритма сердца, восстановлении функции барорецепторов, выраженного вазодилатирующего действия при улучшении психоэмоционального статуса.

Клиническая эффективность данного комплексного подхода составила 92%, причем в 52% случаев достигнутые положительные результаты расценены как значительное улучшение. Использование комбинации таких методов, как Биолонг-жемчужные ванны, психорелаксационная терапия, физические тренировки, индивидуальная диета, приводит к улучшению общего состояния, выраженному седативному и гипотензивному эффектам. В результате лечения отмечена нормализация variability АД, особенно в вечернее и ночное время (в 84% случаев), отсутствие эпизодического повышения АД в вечернее и ночное время, наблюдаемое до лечения, выявлено снижение общего сосудистого периферического сопротивления при проведении нагрузочной пробы (62%), улучшение микроциркуляторного кровотока (90%), нормализация суточной экскреции катехоламинов (30%), гармонизация функциональной активности кардиореспираторной системы при физической нагрузке (86%), уменьшение степени метеочувствительности (54%), а также улучшение настроения, снижение тревожности и повышение активности (94%).

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет предположить, что применение комплексного подхода к восстановительной коррекции измененных функциональных резервов у лиц с риском развития артериальной гипертензии является эффективным и патогенетически оправданным. Данная технология может быть рекомендована для включения в программы лечебных, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, spa и wellness центров.

ПОВЫШЕННАЯ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Иванова Е.С., Уянаева А.И., Разумов А.Н.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», Москва

Цель исследования: оценить роль функционального состояния центральной нервной системы в формировании метеопатологии у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Обследованы 128 больных гипертонической болезнью I–II ст. с повышенной метеочувствительностью.

Анализ психологических особенностей больных ГБ проводился с использованием тестов СМОЛ и САН в различных климато-погодных условиях. Особое внимание обращалось на оценку психологического статуса больных при наиболее неблагоприятных типах погод – гипоксическом и спастическом (по классификации типов погод по В.Ф.Овчаровой).

Результаты исследований теста СМОЛ выявили особенности психологического статуса наблюдаемых больных, характеризующиеся как внутреннее напряжение, беспокойство, депрессивно-тревожные и психастенические расстройства, снижение настроения. Характерными личностными особенностями боль-



ных являлись неуверенность, самокритичность, педантичность, осторожность, фиксированное внимание на своем состоянии. Обследование по тесту САН выявило ухудшение самочувствия (76%), снижение активности (52%) и настроения (59%) у наблюдаемых больных. В дни с неблагоприятными типами погод отмечалось более частое ухудшение самочувствия, активности и настроения (у 101,67 и 83% соответственно). В эти же дни у больных ГБ с повышенной метеочувствительностью достоверно чаще отмечались жалобы на неприятные ощущения в области сердца, переоценка тяжести своего состояния, «уход» в болезнь, высокий уровень депрессивных расстройств.

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о высокой чувствительности больных гипертонической болезнью с выявленными особенностями психологического статуса к неблагоприятным погодным условиям, а с другой – подтверждают имеющиеся единичные сообщения о том, что в основе повышенной метеочувствительности лежат сложные нарушения в функциональном состоянии центральной нервной системы.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ» В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Измайлова О.В., Фунтова Т.Е.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва

Цель: изучить опыт внедрения «Школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией» в амбулаторно-поликлинические учреждения первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведен почтовый опрос врачей ($n = 53$), проходивших обучение в ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий» на тематическом курсе «Организация и проведение Школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения» по разработанной анкете.

Результаты: 98,1% респондентов отмечают организацию и проведение «Школ здоровья для пациентов с АГ» на постоянной основе, одновременно в учреждении функционируют и «Школы здоровья» для пациентов с сахарным диабетом (35,8%), для пациентов с ИБС (26,4%), для пациентов с избыточной массой тела (17,0%) и для пациентов с хроническими заболеваниями легких (18,9%). Инициаторами организации и проведения образовательных семинаров для пациентов становились врачи-кардиологи (65,4%), врачи-терапевты (32,7%), врачи отделения профилактики (11,5%) и врачи общей практики (5,8%). В 19,2% случаев инициативу образовательной деятельности возлагали на себя средние медицинские работники. К проведению занятий также привлекались врачи других специальностей: эндокринологи, диетологи, врачи ЛФК, пульмонологи, гастроэнтерологи, ревматологи (13,5%).

Большинство врачей (73,1%) сообщили об изменениях в программе занятий в «Школе здоровья». Сочли рациональным объединение следующих тем занятий: «Здоровое питание» и «Ожирение» (19,2%), «Физическая активность» и «Курение» (7,7%), «Стресс» и «Курение» (15,4%). Необходимым увеличить объ-

ем информации по темам «Здоровое питание» и «Медикаментозное лечение» сочли 19,2% опрошенных. Критериями оценки эффективности работы «Школ здоровья» врачи выбрали: контроль за факторами риска (82,7%), контроль за заболеваемостью (46,2%) и в 7,7% респондентов не проводили оценку.

Среди посетителей «Школ здоровья»: 72% – женщины и 28% – мужчины, проявляли более высокую медицинскую активность посетители в возрасте 40–60 лет (67,9%). Высокая удовлетворенность от посещения «Школ здоровья» отмечена у 100% пациентов, прошедших обучение. Наибольший интерес среди пациентов вызывают следующие темы: медикаментозное лечение АГ (83,0%), здоровое питание (81,1%), купирование гипертонического криза (62,3%), нормализация массы тела (64,2%), управление стрессом (34,0%). Среди трудностей проведения «Школ здоровья» респонденты отметили: недостаток наглядных материалов (35,8%), мотивирование пациентов (47,2%), нехватка рабочего времени (43,4%).

Выводы: врачами отмечена актуальность и эффективность работы «Школ здоровья» при высокой удовлетворенности среди пациентов, что обосновывает их дальнейшее внедрение в учреждения первичного звена здравоохранения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У СОТРУДНИКОВ ОВД, НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Исхаков Э.Р., Халикова З.В.

Медико-санитарная часть МВД по РБ, Уфа

Цель: установить влияние избыточного веса пациентов, находящихся на стационарном лечении в госпитале МВД, на состояние липидного профиля и параметры сердца.

Материалы и методы: методом случайных чисел из стационарных больных нами были отобраны 300 человек, сотрудников ОВД. Избыточный вес оценивался по индексу массы тела (ИМТ), называемым индексом Кеттелла.

Полученные результаты: по результатам ЭхоКГ было установлено, что лиц с увеличенным диаметром аортального кольца в группе с ожирением больше 62 (27,9%) в сравнении с нормальным весом 12 (24%) ($p > 0,05$). Выявлено достоверно большее число лиц, имеющих больший диаметр восходящей части аорты среди лиц с ожирением 83 (37,3%), по отношению к лицам с нормальным весом 3 (6%) ($p < 0,05$). Среди исследованных выявлено повышение числа лиц с гипертрофией МЖП у лиц с ожирением 36 (16,2%) по сравнению с нормальным весом 1 (2%) ($p < 0,05$). Лиц с нормальными размерами МЖП больше с оптимальной массой тела. Пациентов с гипертрофией задней стенки достоверно больше 50 (22,5%) среди лиц с избыточным весом в отличие от 5 (10%) пациентов с нормальным весом. Лиц с нормальной толщиной задней стенки достоверно больше в группе с нормальным весом. Исследуемых с дилатацией ЛП достоверно больше среди лиц с ожирением. Установлена тенденция к повышению числа, имеющих нарушение диастолической функции и атеросклерозом аорты среди лиц с



ожирением. При исследовании липидного профиля выявлена тенденция большего числа лиц, имеющих общий холестерин (ОХС) выше нормы у лиц с ожирением по сравнению с лицами с нормальным весом, а также меньшего числа тучных лиц с нормальным уровнем ОХС. Пациентов с нормальным уровнем ЛПНП с ожирением и без ожирения практически одинаково, но больных с высоким уровнем ЛПНП достоверно больше среди лиц с ожирением 86 (35,8%), в сравнении с людьми имеющими нормальный вес 13 (21,6%) ($p < 0,05$). Также выявлено, что число лиц с низким уровнем ЛПНП значительно больше в группе без ожирения. Установлена тенденция к повышению числа, имеющих низкие цифры ЛПВП среди больных с ожирением, в сравнении с нормальным весом. Исследуемых, имеющих триглицериды выше нормы, было достоверно больше среди людей с повышенным весом 110 (45,8%) по сравнению с нормальным 16 (26,3%) ($p < 0,05$), а лиц, имеющих нормальный уровень ТГ, достоверно больше в группе с нормальным весом 44 (73,3%) в сравнении с ожирением 130 (54,1%) ($p < 0,05$).

Заключение: среди лиц с ожирением чаще встречаются пациенты с увеличением диаметра восходящей аорты, толщины МЖП, задней стенки. Больше лиц с дилатацией ЛП, атеросклерозом аорты и клапанного аппарата. Также чаще встречаются лица с нарушением диастолической функции, признаками ремоделирования левого желудочка. Нами установлено, что у лиц с избыточной массой тела наблюдается тенденция к повышению общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, к понижению липопротеидов высокой плотности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА

Искендеров Б.Г., Максимов Д.Б.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель: изучить особенности клинического течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных с программируемыми искусственными водителями ритма (ИВР) сердца.

Материалы и методы: у 55 больных (32 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 53 до 70 лет (средний возраст – $63,2 \pm 3,7$ года) анализировали клиническое течение и лечение ОИМ на фоне постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС). Из них у 43 больных (78,2%) была VVI-стимуляция (R-запрещаемая электростимуляция желудочков) и у 12 больных (11,8%) – AAI-стимуляция (P-запрещаемая электростимуляция предсердий). В 59,0% случаев диагностировался повторный ОИМ и в 41,0% случаев – первичный ОИМ. Сроки развития ОИМ после первичной имплантации ИВР составили от 8 мес. до 6 лет. Возникшие осложнения разделили на две группы:

- 1) специфические осложнения ОИМ;
- 2) нарушения ЭКС, вызванные ОИМ.

Результаты исследования: наиболее частым осложнением ОИМ была острая сердечная недостаточность (в 40,0%), развившаяся преимущественно

при VVI-стимуляции (в 63,6% случаев). Для лечения этого осложнения, кроме медикаментозной терапии, проводили программируемое учащение искусственного ритма до 80–90 имп/мин при исходном ритме 69–72 имп/мин, что сопровождалось компенсацией кровообращения. Спонтанные аритмии сердца диагностировали в 30,9% случаев. У 8 больных регистрировались частые и групповые желудочковые экстрасистолы (ЖЭ), которые в двух случаях вызвали конкуренцию водителей ритма, что свидетельствует о нарушении функции восприятия (детекции) спонтанного кардиосигнала. Программируемое урежение частоты импульсов на 5–10 в минуту привело к полному прекращению ЖЭ, что позволяет это рассматривать как аритмогенное влияние ЭКС. Развитие конкуренции ритмов (искусственной парасистолы) объясняется наличием левожелудочковой экстрасистолы на фоне правожелудочковой ЭКС. Поэтому проводилось программируемое увеличение чувствительности ИВР к спонтанному кардиосигналу и успешное антиаритмическое лечение. У двух больных в связи с возникновением пароксизма мерцательной тахикардии на фоне AAI-стимуляции отмечено нарушение эффективности ЭКС, которая после медикаментозного купирования аритмии была восстановлена. Атриовентрикулярные блокады II–III степени, вызвавшие частичную и/или полную неэффективность AAI-стимуляции, возникли в 4 случаях. Частота сердечного ритма при этом составила от 38 до 53 уд/мин. С этой целью проводили медикаментозную терапию (глюкокортикоиды, атропин, диуретики) и в двух случаях – временную трансвенозную электростимуляцию желудочков. Повышение порога электростимуляции с развитием блокады «выхода» и частичной неэффективности ЭКС выявлено в 3 случаях VVI-стимуляции, причиной которой являлся захват инфарктом зоны контакта электрода.

Заключение: показано, что наличие ИВР повышает риск осложнения инфаркта миокарда и в то же время ОИМ может провоцировать осложнения ЭКС. Прогноз ОИМ на фоне AAI-стимуляции благоприятен, чем при VVI-стимуляции.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Искендеров Б.Г., Ветрова И.П., Попылькова О.В., Дочева М.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза

Цель: изучить влияние психофармакотерапии циталопрамом на клиническое течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы: обследованы 35 больные (19 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 27 до 70 лет (средний возраст – $56,4 \pm 2,3$ года), страдающих ХСН II–III функционального класса (ФК) и тревожно-депрессивными расстройствами. Этиологическими факторами ХСН являлись: у 21 больного ИБС, в том числе у 15 постинфарктный кардиосклероз; у 6 больных перенесенный инфекционный миокардит; у 4 больных идиопатическая дилатационная кардиомиопатия; у 4 больных приобретенные митральные и/или аортальные пороки. Из 35 больных у 24



диагностировался II ФК и у 11 – III ФК ХСН. Длительность ХСН составила от 12 до 84 месяцев и в среднем – 56 ± 4 месяца. Больным до и после курса лечения проводили эхокардиографию (ЭхоКГ), пробу с 6-минутной ходьбой, самооценку больными состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Выраженность тревоги и депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). У больных, включенных в исследование, показатель по шкале HADS составил выше 8 баллов: 8–10 баллов – субклиническая тревога/депрессия и выше 10 баллов – клинически выраженная тревога/депрессия. Тяжесть ХСН также определяли по Миннесотскому опроснику. Больных разделили на 2 группы, сопоставимые по основным изучаемым признакам. В первой группе (10 больных) больным назначали рекомендуемую терапию по школе ХСН (рекомендации ВНОК, 2008) и во второй группе (25 больных) – к этой терапии добавляли циталопрам (Опра) в дозе 20–40 мг/сут. в течение 6-ти месяцев.

Результаты: в первой группе, на фоне лечения ХСН выраженность тревожно-депрессивных расстройств практически не изменилась и по шкале HADS составила: тревога – $10,3 \pm 0,4$ и депрессия – $12,9 \pm 0,5$. Во второй группе суммарный балл тревоги снизился от $10,7 \pm 0,4$ до $8,1 \pm 0,3$ ($p < 0,01$) и депрессии – от $13,2 \pm 0,5$ до $8,8 \pm 0,4$ ($p < 0,001$). Также выявлено различие в динамике показателей, характеризующих тяжесть ХСН в сравниваемых группах. Так, в первой группе дистанция, пройденная во время 6-минутной ходьбы, составила $285,0 \pm 11,6$ м и во второй группе – $352,2 \pm 13,6$ м ($p < 0,01$). Показатель по шкале ВАШ в первой группе на фоне лечения составил $8,3 \pm 0,3$ и во второй группе – $6,5 \pm 0,3$ ($p < 0,01$). На фоне лечения суммарный балл по Миннесотскому опроснику в первой группе составил $65,4 \pm 2,5$ и во второй группе – $49,6 \pm 1,7$ ($p < 0,01$). Во второй группе показатели ЭхоКГ по сравнению с первой группой имели выраженную динамику, особенно фракция выброса и сердечный индекс. Кроме того, у больных второй группы за 6 месяцев наблюдения декомпенсации ХСН и госпитализации не было, а в первой группе частота госпитализации составила $1,3 \pm 0,2$.

Заключение: показано, что адекватная психофармакотерапия тревожно-депрессивных расстройств циталопрамом у больных хронической сердечной недостаточностью усиливает кумулятивный терапевтический эффект.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Казакова Н.Ю.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздздрава

Цель: определить предикторы эффективности электроимпульсной терапии (ЭИТ) при персистирующей форме фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследованы 77 больных (48 мужчин и 29 женщин, возраст от 40 до 77 лет) с персистирующей формой ФП. До ЭИТ всем больным проводилось эхокардиографическое исследование сердца, в ходе которо-

го определялись индекс массы миокарда (ИММЛЖ), конечный диастолический объем левого желудочка (КДОЛЖ), его фракция выброса (ФВЛЖ) и измерялся максимальный передне-задний размер левого предсердия (РЛП). С помощью доплеровского режима определяли кровотоки в легочных венах (ЛВ), с дальнейшим расчетом давления в левом предсердии (ЛП). Больные были распределены на 3 группы. В первую группу вошли 33 пациента, у которых ЭИТ привела к восстановлению СР и его удержанию более полугода, во вторую – 28 человек, сохраняющих СР после ЭИТ менее полугода, и третью группу составили 16 больных, у которых ЭИТ оказалась неэффективной. Все группы обследованных больных не различались по возрасту и полу.

Результаты: между больными первой и второй групп не выявлено достоверных различий по структурно-функциональному состоянию левого желудочка (ЛЖ): ИММЛЖ ($135,6 \pm 7,6$ и $139,9 \pm 7,3$ г/м²), КДО ЛЖ ($91,5 \pm 1,6$ и $91,1 \pm 2,3$ мл) и ФВ ЛЖ ($58,6 \pm 0,6$ и $58,9 \pm 0,5$ %). В третьей группе ИММЛЖ ($148,1 \pm 16,3$ г/м², $p < 0,01$) и КДО ЛЖ ($142,7 \pm 19,1$ мл, $p < 0,01$) были достоверно больше, а ФВ ЛЖ ($47,3 \pm 4,3$ %, $p < 0,01$) достоверно меньше в сравнении с первой и второй группами. У пациентов первой группы РЛП составило $4,1 \pm 0,1$ см, а ДЛП – $11,8 \pm 2,0$ мм рт. ст. Во второй группе эти показатели ($4,4 \pm 0,1$ см и $13,8 \pm 2,3$ мм рт. ст.) были достоверно ($p < 0,05$) больше, чем в первой группе, а в третьей – ($4,8 \pm 0,1$ см и $18,7 \pm 2,9$ мм рт. ст.) больше, чем во второй группе ($p < 0,01$).

Выводы: наличие дилатации левого желудочка и его сниженной фракции выброса служат предикторами неэффективности электроимпульсной терапии. При отсутствии выраженных изменений со стороны левого желудочка, но сопутствующем увеличении размера левого предсердия и его давления внутри полости можно предполагать быстрый рецидив фибрилляции предсердий. У больных без выраженных нарушений со стороны левого желудочка и левого предсердия отмечается длительное удержание синусового ритма.

ЗНАЧЕНИЕ РАДИОТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОГО ЭКГ-КОНТРОЛЯ ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА САУНЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Казец А.И.

ЛПУ «Кислородская бальнеогрязелечебница»

50 больным гипертонической болезнью I и II стадии проведены радиотелеметрические исследования во время контрольного приема сауны с целью уточнения показаний и противопоказаний при назначении этой лечебной процедуры в комплексе реабилитационных мероприятий на курорте. Сауна назначалась больным как гипотензивная и седативная процедура при температуре $90\text{--}100^\circ$ и относительной влажности 12–15% двумя заходами каждый по 10 минут с 5-минутным отдыхом между ними.

Исследования проводились с помощью двух канальной радиотелеметрической системы. В исходном состоянии до процедуры, каждую минуту во время ее приема и 20-минутного восстановительного периода после процедуры регистрировалась радиозлектрокардиограмма (РЭКГ) в отведениях Д и А по Небу;



до приема сауны, на высоте гипертермической нагрузки, на 5, 10 и 20 минутах восстановительного периода проводилось исследование вегетативной кардиорегуляции методом вариационной пульсометрии. Также в начале и в конце первого и второго заходов и на 5, 10 и 20 минутах восстановления методом Короткова измерялось артериальное давление.

Под воздействием гипертермии ЧСС увеличивалась до 100–145 в мин; прирост пульса по сравнению с его данными до процедуры составлял 45–60%. К концу восстановительного периода ЧСС приближалась к исходным ее величинам.

Артериальное давление во время приема сауны существенно не изменялось. После гипертермии наблюдалось значительное снижение как систолического, так и диастолического давления. К 20 мин восстановительного периода систолическое давление снизилось на 9% ($p < 0,01$), в диастолическое – на 6% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными их данными до процедуры.

На РЭКГ патологических изменений не наблюдалось у большей части больных. Лишь у 2 (4%) пациентов во время гипертермической нагрузки регистрировались на РЭКГ частые желудочковые экстрасистолы, исчезающие после приема процедуры к 15–20 мин восстановительного периода, этим больным сауна терапия не назначалась.

Исследования вегетативной кардиорегуляции во время приема сауны показали, что при хорошей переносимости лечебной гипертермии у большинства исследуемых с увеличением гипертермической нагрузки возрастала активность симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции деятельности сердца, а сразу же после выхода из термокамеры начинал активироваться парасимпатический ее отдел. Лицам с такой реакцией назначался полный курс сауна терапии на курорте (5–6 процедур через день). У 2 (4%) же больных (без нарушений сердечного ритма) после приема процедуры было зарегистрировано продолжающееся возрастание симпатотонии; заметная ваготоническая реакция у них наступала с запозданием, лишь к 10 мин восстановления. Такие изменения вегетативной кардиорегуляции, по нашему мнению, свидетельствовали о не вполне удовлетворительной переносимости процедуры, что подтверждалось клиническими наблюдениями. Этим больным сауна терапия также не назначалась.

Радиотелеметрический ЭКГ-контроль во время приема сауны давал возможность более дифференцированно подходить к назначению этой лечебной процедуры больным артериальной гипертонией в комплексе реабилитационных мероприятий на курорте.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ У ПОСТУПАВШИХ НА КУРОРТНУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Казец А.И., Шиянова Н.А., Исакова Л.А.

ЛПУ «Кисловодская бальнеогрязелечебница», ОАО САНАТОРИЙ «Долина нарзанов» РЖД, Кисловодск

Нейроциркуляторная астенция (НЦА) является довольно распространенным заболеванием среди работников железнодорожного транспорта. Подтверждением этому служит значительное число железнодорожников – больных НЦА, приезжающих на лечение в Кисловодск. По данным годового отчета, из лечившихся в санатории 1 809 больных 451 (24,9%) страдал НЦА. Из всех больных НЦА было 114 (25,3%), мужчин и 337 (74,7%) женщин в возрасте от 22 до 46 лет (в среднем $35,3 \pm 1,8$ лет).

Нами проведен анализ распространенности НЦА у поступающих на курорт работников железнодорожного транспорта с различной производственной занятостью, спецификой воздействия на их организм профессиональных факторов и условий работы для выбора оптимальных методов курортной терапии.

Среди поступивших в санаторий лиц, непосредственно связанных с работой на железной дороге, наибольшая распространенность НЦА наблюдалась у проводников поездов дальнего следования. От общего числа больных НЦА проводники составляли 15%. 11% больных НЦА были железнодорожными билетными кассирами. У лиц других железнодорожных профессий (работников локомотивного депо, путейцев, связистов, энергетиков и др.) НЦА встречалась не часто. Эти лица составляли 1–5% от общего числа больных, страдающих данным заболеванием. В то же время функциональная сердечно-сосудистая патология нередко наблюдалась у кабинетных работников, трудящихся в системе МПС. 12% от общего числа страдающих НЦА составили лица железнодорожной инженерно-технической службы, работающие в условиях конструкторских бюро (инженеры-строители, проектировщики). НЦА страдали 16% поступивших на лечение сотрудников административного аппарата (делопроизводители, инспекторы отделов кадров, юрисконсульты) и 15% работников финансово – экономических отделов (экономисты, бухгалтеры).

Таким образом, наибольшая распространенность НЦА среди поступающих на курорт работников железнодорожного транспорта наблюдалась у лиц, связанных с работой в дальних поездках и в ночное время, с работой, требующей длительного умственного и нередко психоэмоционального напряжения, сосредоточенности и повышенного внимания, а также у лиц с малоподвижным видом производственной деятельности.

Результаты проведенного анализа служат основанием для индивидуального подхода при назначении лечебных мероприятий на курорте этой категории больных НЦА с дифференцированным выбором методов бальнео-, гидро-, климатотерапии, ЛФК, физиотерапевтических и психотерапевтических методов. Важной задачей является проведение как первичной, так и вторичной профилактики НЦА у работников железнодорожного транспорта в санаториях профилакториях по месту постоянной работы.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В КОЛЛЕКТИВЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Карамнова Н.С., Григорян Ц.А., Калинина А.М., Олейникова Н.В.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, г. Москва

Цель: изучить распространенность факторов риска, формирующих суммарный сердечно-сосудистый риск среди медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено профилактическое обследование медицинских работников 4 поликлиник СЗАО г. Москвы.

Результаты: обследованы 348 человек, из них 307 женщин и 41 мужчина, в возрасте от 23 до 73 лет, средний возраст $46,9 \pm 11,3$ лет. В скрининге приняли участие 159 врачей всех специальностей и 189 лиц среднего медицинского персонала. Отклик составил 86,4%.

Средние уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД) среди обследованных составили $126,9 \pm 17,3$ и $79,9 \pm 9,3$ мм рт. ст. соответственно, без достоверных различий между полами. Артериальная гипертензия (АГ) установлена у 43,7% обследованных, АГ 1 степени диагностирована у 78,3% лиц с АГ, АГ 2 и 3 степени – у 19,3 и 1,6% соответственно. Принимают антигипертензивные препараты 91,2% из числа лиц с АГ, из них 48,9% имеют целевые уровни АД.

Избыточная масса тела (индекс Кетле более 25) диагностирована у 60,9% обследованных. Среди лиц с избыточной массой тела ожирение 1 степени определено у 27,4% обследованных, ожирение 2 и 3 степени – у 4,2% и 1,0 % соответственно. Избыточное абдоминальное распределение жировой ткани отмечено у 33,0% обследованных.

Гиперхолестеринемия (более 5,0 ммоль/л) установлена у 64,6% лиц, прошедших скрининг, и гипергликемия (более 7,0 ммоль/л) – у 3,5%.

Курят 31,3% обследованных. Во время обследования на рабочем месте зафиксированы следующие уровни стресса: средний уровень – среди мужчин 56,1% среди женщин – 49,5%, высокий уровень – 9,8 и 9,7% соответственно. Клинически выраженный тревожный синдром диагностирован у 29,3% мужчин и 32,6% женщин, депрессивный синдром отмечен у 12,2% мужчин и 9,8% женщин.

Сердечно-сосудистый риск по шкале ЕОК, 2007 года был определен у 83,9% обследованных лиц, из них: 43,9% – имели низкий дополнительный риск, 6,1% – средний дополнительный риск, 12,3% – средний риск, 6,7% – высокий дополнительный риск, и 14,9% – очень высокий риск.

Выводы: результаты проведенного исследования выявили высокую распространенность среди медицинских работников поведенческих и психологических факторов, определяющих суммарный сердечно-сосудистый риск, определена высокая медицинская и социальная потребность в профилактике, выделены приоритетные направления и уточнен объем превентивных вмешательств.

Среди респондентов отмечена высокая готовность к коррекции факторов риска, особенно среди лиц с АГ, среди которых отмечена высокая частота достижения целевого АД, однако не уделяется внимания коррекции имеющихся факторов риска.

КОРРЕКЦИЯ АЛИМЕНТАРНО-УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА

Карамнова Н.С., Калинина А.М.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва

Избыточной массе тела и абдоминальному ожирению, а также ассоциированным с ними нарушениям липидного и углеводного обмена отводится основная роль в формировании кардиометаболического риска, что обосновывает приоритетность коррекции данных факторов при разработке профилактических технологий. Совершенствование медицинской профилактической помощи в отношении коррекции алиментарнозависимых факторов риска приобретает особую важность в условиях организованного коллектива, так как не позволяет приблизить к потребностям и реализовать превентивные образовательные технологии непосредственно на рабочем месте, но сформировать команду поддержки среди участников, тем самым обеспечив приверженность к оздоровительному процессу.

Цель: изучить распространенность и потребность в коррекции алиментарнозависимых факторов, формирующих кардиометаболический риск в коллективах педагогов общеобразовательных школ и медицинских работников первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: проведено медицинское профилактическое обследование и медико-социологический опрос учителей 4-х общеобразовательных школ и медицинских работников 4 поликлиник СЗАО г.Москвы. Обследование включало: антропометрию, измерение АД, определение уровня холестерина, глюкозы, и медико-социологический опрос.

Результаты: обследованы 190 педагогов, средний возраст составил $47,9 \pm 12,2$ лет; и 348 медицинских работников (159 врачей и 189 лиц среднего медицинского персонала), средний возраст $46,9 \pm 11,3$ лет. Отклик составил 90,4 и 86,4%.

Педагоги. Нормальную массу тела (МТ) имели 39,3% педагогов, избыточную – 32,9%, ожирение 1, 2 степеней – 24,7 и 3,1% – выраженное ожирение. Избыточное абдоминальное распределение жировой ткани диагностировано у 1,4% педагогов с нормальной МТ, у – 38,4% лиц с избыточной МТ, у 97,8% лиц с ожирением и у 100% лиц с выраженным ожирением. Распространенность гиперхолестеринемии составила – 64,2%, нарушений углеводного обмена – 2,7%.

Медицинские работники. Дефицит МТ отмечен у 1,4%. Нормальную МТ имели 37,5% обследованных, избыточную – 41,1, ожирение 1 и 2 степени – 16,6% и 2,7% соответственно, выраженное ожирение – 0,5%. Избыточное абдоминальное распределение жировой ткани отмечено у 33,0% обследованных. Гиперхолестеринемия отмечена у 64,6%, нарушения углеводного обмена – у 3,5%.



Желание снизить МТ отметили 76,9% педагогов и 63,8% медработников. Помощь специалистов в коррекции МТ необходима 40% педагогов и 49,1% медицинских работников. Готовность к участию в групповой модели профилактики выявлена у 83,2% респондентов. Приоритетными направлениями в оздоровлении названы: изменение привычек питания (75,2%), навыки купирования стресса (47,6%), увеличение физической активности (27,5%).

Выводы: высокая распространенность избыточной МТ среди обследованных, подкрепленная высокой готовностью и потребностью респондентов в модификации образа жизни, определило коррекцию алиментарнозависимых факторов риска как приоритетное направление при создании и реализации профилактических технологий в данных трудовых коллективах.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Карамова И.М., Червякова К.В., Вагапова А.Г., Мухаметрахимова Н.Ф.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Структурная и функциональная перестройка сердца, происходящая в ответ на его повреждение при патологическом процессе, называется ремоделированием и включает в себя процессы дилатации и/или гипертрофии и приводящие к изменению его геометрии и нарушению сократимости.

Раннее изменение объема и геометрии ЛЖ имеют важное прогностическое значение для пациентов, перенесших ИМ. Даже относительно небольшое увеличение КДО и КСО ЛЖ после ИМ в 4–5 раз увеличивают риск смерти. В ранние сроки после ИМ имеет место деформация полости ЛЖ, неповрежденные участки миокарда вынуждены брать на себя функции поврежденных отделов, где приспособление к создавшимся условиям идет по пути компенсаторной гипертрофии, за счет комбинированной перегрузки давлением и объемом.

Самым простым, безопасным и распространенным методом диагностики ремоделирования является ЭхоКГ.

Обследованы 30 пациентов с острым инфарктом миокарда. Пациенты были доставлены в реанимационное отделение кардиодиспансера в течение первых суток от развития острого инфаркта миокарда. Из них 13 больных (45%) с крупноочаговым задним ИМ, 15 больных (50%) с крупноочаговым переднеперегородочным ИМ, 2 пациента (5%) с мелкоочаговым ИМ высоко-боковой области ЛЖ.

Расчет объемов ЛЖ производился по методу дисков (модифицированный Simpson). Определялись конечно-диастолический (КДО, мл), конечно-систолический (КСО, мл) и ударный объемы левого желудочка, фракция выброса ЛЖ. Исследование левого желудочка включало измерение линейных показателей: конечно-диастолического, конечно-систолического размеров, толщины МЖП, задней стенки левого желудочка.

В результате проведенного исследования у пациентов с крупноочаговыми ИМ изменение линейных и объемных показателей левого желудочка при перед-

них ИМ были более выражены, чем при задних. ФВ при заднем ИМ в среднем составила 0,35–0,40 (70–75% от нормы), при переднем ИМ ФВ в среднем составила 0,30–0,36 (60–65% от нормы). Показатели фракции выброса при мелкоочаговых ИМ были в пределах нормы (0,52–0,55) по Simpson.

Конечно-диастолический, конечно-систолический объемы левого желудочка, больше увеличивались у больных с передне-перегородочными ИМ. При задних ИМ, мелкоочаговых ИМ эти показатели увеличивались незначительно или оставались в пределах нормы.

Толщина стенок ЛЖ, МЖП уменьшалась только при крупноочаговых ИМ в зоне поражения и сопровождалась появлением зон асинергии, гипо- и/или акинеза. Ударный объем оставался в пределах нормы.

Вывод: параметры, вычисленные на основе эхокардиографических показателей, имеют определенное значение и могут быть использованы для оценки ремоделирования сердца у больных ИБС и острым инфарктом миокарда.

Исходя из результатов исследований видно, что анализ геометрических показателей ремоделирования ЛЖ целесообразно проводить уже на ранних этапах ишемического каскада (в первые часы острого инфаркта миокарда), что позволит судить о жизнеспособности миокарда даже по ЭхоКГ в покое.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕРОПРИЯТИЯМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Карпова Э.С., Котельникова Е.В., Лямина Н.П.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов

В настоящее время чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) стали одним из доступных методов терапии для больных ИБС, но качество жизни пациента после ЧКВ во многом определяется степенью прогрессирования коронарного атеросклероза, поэтому реабилитация и вторичная профилактика ИБС в настоящее время у больных перенесших ЧКВ это важные мероприятия, которые могут предупредить прогрессирование коронарной болезни сердца.

Цель: изучение приверженности пациентов ИБС перенесших ЧКВ к мероприятиям вторичной профилактики.

В исследование было включено 303 больных перенесших ЧКВ (средний возраст $52,3 \pm 5,6$ лет): среди них 107 больных, имели в анамнезе инфаркт миокарда, 143 больных стенокардию напряжения I – II ФК и 53 больных стенокардию напряжения III ФК. Больные были рандомизированы в две группы: контрольную ($n = 206$) и основную ($n = 97$). Пациенты контрольной группы получали медикаментозную терапию и выполняли рекомендации врача по изменению образа жизни, пациенты основной группы помимо медикаментозной терапии и соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни выполняли контролируемые умеренные физические тренировки 3 раза в неделю на велотренажере в течение 9 месяцев. Время наблюдения составило 9 месяцев.

В начале исследования после выполненного ЧКВ и проведения реабилитационно-профилактических мероприятий нами был проведен анализ



приверженности к проводимым мероприятиям. В первые 3 месяца наблюдения в контрольной группе приверженность к медикаментозной пии и немедикаментозной терапии составила 91%, в основной 94%. В последующие визиты в контрольной группе пациентов отмечалась тенденция к снижению приверженности к лекарственной терапии и выполнению рекомендаций врача по изменению образа жизни и через 6 месяцев составила 50%, а через 9 месяцев приверженность составила 45% соответственно, в основной группе пациентов через 6 и 9 месяцев приверженность к лекарственной терапии оставалась на высоком уровне и составила 95%. Также в основной группе пациентов на фоне выполнения регулярных физических тренировок отмечалась высокая приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций по изменению образа жизни, что привело к минимизации количества модифицируемых факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение, курение) в данной группе пациентов, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, включение дополнительно немедикаментозных мероприятий (контролируемых физических тренировок) в организацию реабилитации и вторичной профилактики ИБС у больных, перенесших ЧКВ способствует повышению приверженности к медикаментозной терапии и рекомендациям врача по изменению образа жизни, что приводит к минимизации модифицируемых факторов риска.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Кассирский Г.И., Неведрова М.Н.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва

Цель: сопоставление данных по качеству жизни и клиничко-функциональной оценке состояния больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС).

Методы исследования: определение качества жизни (КЖ) по методике В.П.Зайцева, Д.М.Аронова и клиничко-функционального состояния больных с использованием велоэргометрии и определением показателей гемодинамики по компьютерной программе «Реодин-504» («Медасс»).

Результаты: исследование проведено у 40 больных после хирургического лечения дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытого артериального протока (ОАП), осложненных легочной гипертензией. КЖ в отдаленные сроки после хирургического лечения ОАП и ДМЖП, осложненных ЛГ, нормальное у 50% пациентов с нормализацией давления в легочной артерии и 33% – с резидуальной легочной гипертензией. Основной причиной снижения КЖ у всех больных является ограничение физических усилий и необходимость лечиться. У пациентов с нормализацией давления причинами снижения качества жизни также были гиперопека со стороны родителей, ограничения в половой жизни (у жен-

щин). У больных с резидуальной легочной гипертензией – ограничения в повседневной жизни, боли в сердце и сердцебиение.

Нарушения гемодинамики при велоэргометрии наблюдались у 53% пациентов с нормальным давлением в легочной артерии, что выражалось в снижении сократительной функции миокарда. У 85% пациентов с резидуальной ЛГ в основе нарушений гемодинамики было отсутствие адекватного роста давления на протяжении левого желудочка и реализации механизма Франка–Старлинга.

В целом при сопоставлении клиничко-функциональной оценки и качества жизни у больных обеих групп было установлено, что в большем числе наблюдений снижению качества жизни соответствовали худшие показатели гемодинамики.

Важно отметить, что снижение КЖ у ряда пациентов с нормальными показателями гемодинамики, обусловлено психосоциальными факторами.

Заключение: при определении результатов хирургического лечения ВПС необходимо использовать оценку как клиничко-функциональных данных, так и качества жизни, учитывая, что в последнем имеется субъективная составляющая и влияние психосоциальных факторов.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТЕОЛАБИЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касумова Ф.З., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Метеогенные осложнения сердечно – сосудистой системы в виде острых инфарктов миокарда и инсультов – одна из серьезных проблем у больных с артериальной гипертензией.

Цель исследования: изучить влияние метеофакторов на показатели гемодинамики у больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) при длительной монотерапии ингибиторами ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ) в сравнении с плацебо.

Материалы и методы: нами изучены корреляционные связи между показателями центральной и периферической гемодинамики и метеофакторами при длительной монотерапии ИАПФ у 74 мужчин с ЭГ в возрасте 30–59 лет. Длительность лечения составила 10–12 лет. Влияние метеофакторов изучалось методом наложенных эпох, а гемодинамика – реографией.

Результаты: проведенный анализ показал, что на уровень систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) оказывает влияние температура воздуха ($r_{САД, T_0} = -0,56$, $p < 0,01$ и $r_{ДАД, T_0} = -0,53$, $p < 0,01$ соответственно), причем как САД, так и ДАД повышаются при холодной погоде с высокой влажностью, при этом продолжительность солнечного сияния и атмосферного давления также оказывают влияние на уровень АД. При этом из параметров гемодинамики на колебания температуры реагируют такие показате-



тели, как систолический индекс (СИ) и удельное периферическое сопротивление (УПС) ($r_{\text{СИ, То}} = -0,25, p < 0,05$; $r_{\text{УПС, То}} = 0,32, p < 0,01$ соответственно), в то же время тонус артерий сосудов головного мозга и голени повышается при низких температурах. Кроме того, кровенаполнение мозга уменьшается при высоком атмосферном давлении ($r_{\text{атм. д., рси, ц}} = -0,27, p < 0,01$), а УПС повышается ($r_{\text{атм. д., урс}} = 0,37, p < 0,01$).

Выводы: таким образом, на фоне монотерапии ИАПФ метеолабильность сохраняется, однако реактивность больных с ЭГ на меняющиеся погодные условия несколько снижается, о чем свидетельствует отсутствие множественных корреляционных связей, выявленных в период плацебо. Это свидетельствует о метеопротекторной роли длительной антигипертензивной терапии ИАПФ и позволяет рекомендовать их для профилактики метеогенных осложнений у больных с ЭГ.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касумова Ф.З., Мамедова Р.Н., Мустафаев И.И., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствование врачей
им. А.Алиева кафедра внутренних болезней II, Баку

Цель: изучить качество жизни (КЖ) у больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) при длительной монотерапии различными β -адреноблокаторами в сравнительном аспекте пропранололом, надололом, метопрололом, атенололом, бисопрололом или небивалолом.

Материалы и методы: монотерапия β -адреноблокаторами проводилась длительно, в течение 20 лет у 130 мужчин с ЭГ в возрасте 30–59 лет без сопутствующих заболеваний, требующих специального лечения. КЖ изучалось с помощью вопросника General Well Being Questionnaire (GWBQ) каждые 6 месяцев за весь период лечения.

Результаты: проведенное исследование продемонстрировало, что разные β -адреноблокаторы неодинаково влияют на КЖ у больных с эссенциальной гипертензией: так параметры КЖ в большей степени улучшаются при монотерапии небивалолом и бисопрололом, в несколько меньшей степени при лечении метопрололом, атенололом и пропранололом.

Динамика показателей КЖ касались преимущественно улучшения общего самочувствия, повышения работоспособности. Однако β -адреноблокаторы не влияли на социальную активность, а также ухудшали сексуальную функцию у мужчин, кроме небивалола и бисопролола.

Выводы: при длительной монотерапии β -адреноблокаторами КЖ улучшается на фоне приема небивалола и бисопролола, в несколько меньшей степени метопролола, атенолола и надолола. Монотерапия пропранололом не вызывает значимого улучшения качества жизни. Следует отметить, что в течение всего 20-летнего периода наблюдения, достигнутые позитивные изменения КЖ сохраняются.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кешишян И.В., Некоркина О.А.

Государственная медицинская академия, Ярославль

Роль умственного труда в структуре деятельности человека в настоящее время неуклонно растет, поэтому важным является исследование факторов, которые влияют на эффективность умственной деятельности. Известно, что умственная работоспособность человека может определяться влиянием различных факторов, в том числе физической активностью и индивидуально типологическими особенностями организма, а значит иметь прогностическое значение.

Цель: изучить влияние комплексной физической реабилитации на показатели умственной работоспособности постинфарктных больных на поликлиническом этапе.

Материалы и методы: обследованы 100 больных (мужчин) с хронологическим возрастом $57,00 \pm 2,18$ лет с установленным диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда. Из них: у 60-ти человек был выявлен мелкоочаговый инфаркт миокарда, у 40 – крупноочаговый. Все пациенты были разделены на две группы: основную ($n = 80$), в которой комплексная физическая реабилитация предполагала лечебную физкультуру (ЛФК) с применением динамических и статических физических упражнений, степ-тренировки, тренировки на велоэргометре; контрольную ($n = 20$), в которой физическая реабилитация предполагала занятия ЛФК по традиционной методике. В начале и в конце лечения проводилось тестирование по умственной работоспособности.

Результаты: сравнительный анализ выявил различия у больных основной (r_1) и контрольной (r_2) групп по следующим показателям умственной работоспособности:

- непосредственная память ($r_1 = -0,66, p < 0,05$; $r_2 = -0,66, p < 0,05$);
- оперативная память ($r_1 = -0,66, p < 0,05$; $r_2 = +0,34, p < 0,05$);
- индекс кратковременной памяти ($r_1 = -1,26, p < 0,05$; $r_2 = +1,47, p < 0,01$);
- психическая продуктивность ($r_1 = -0,94, p < 0,001$; $r_2 = -0,68, p < 0,05$);
- количество ошибок на 500 знаков ($r_1 = +0,59, p < 0,05$; $r_2 = +0,44, p < 0,05$);
- количество ошибок на 200 знаков ($r_1 = +0,29, p < 0,05$; $r_2 = +0,12, p < 0,05$);
- метод классификации ($r_1 = -0,50, p < 0,01$; $r_2 = -0,45, p < 0,05$);
- толкование пословиц ($r_1 = -0,12, p < 0,01$; $r_2 = -0,05, p < 0,1$);
- антонимы, синонимы ($r_1 = -0,33, p < 0,05$; $r_2 = -0,28, p < 0,05$);
- ассоциации ($r_1 = -0,10, p < 0,005$; $r_2 = -0,05, p < 0,005$);
- объем простого внимания ($r_1 = -0,17, p < 0,005$; $r_2 = +0,26, p < 0,005$);
- объем усложненного внимания ($r_1 = -0,04, p < 0,001$; $r_2 = +0,34, p < 0,05$).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что предложенная комплексная физическая реабилитация с применением динамических и статических физических упражнений существенно повышает показатели умственной работоспособности.

В перспективе планируется провести подобного рода исследования у больных ИБС, стабильной стенокардией различных функциональных классов.



О ВОЗМОЖНОСТЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Килейников Д.В., Орлов Ю.А., Макушева М.В.

Тверская государственная медицинская академия

Известно, что у 60–70% больных гипотиреозом (ГТ) имеется артериальная гипертензия (АГ). Однако вопросы реабилитации таких больных остаются не изученными.

Цель: изучить возможности реабилитации больных АГ с сопутствующим ГТ.

Материалы и методы: обследованы 217 больных АГ с сопутствующим ГТ (183 женщины и 34 мужчины, средний возраст 53 года). В зависимости от базального уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина (Т4св) в сыворотке крови, все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – больные с компенсированным, 2-я – с субклиническим, 3-я – с декомпенсированным ГТ. Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД) и ЭКГ (аппарат «Кардиотехника-04») с определением систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД в дневные и ночные часы, а также степень ночного снижения САД и ДАД (СНССАД, СНСДАД). У 65 больных ГТ проводилось исследование артериального кровотока с определением средней линейной скорости кровотока за сердечный цикл (V_m , см/с), систолической (V_s , см/с), конечной диастолической (V_d , см/с), индекса Пурсело (RI), времени восстановления кровотока (ВВК) до и после проведения пробы с реактивной гиперемией (РГ) [аппарат Минимакс–Допплер–К]. Группу сравнения составили 36 пациентов с эссенциальной АГ.

Результаты исследования: у больных первой группы регистрировались нормальные цифры АД в течение суток, хотя ранее (в период декомпенсации ГТ) у них имела АГ. У пациентов второй группы уровень ДАД днем и ночью, был достоверно выше, чем в первой группе (соответственно 86,3 и 77,3; 79,2 и 72,9 мм рт. ст.; $p < 0,025$). В третьей группе, уровень АД в течение суток был достоверно выше, чем в первой (соответственно САД днем – 147,6 и 130,0, ночью – 134,1 и 120,3, ДАД днем – 86,3 и 79,2, ночью – 80,7 и 72,9 мм рт. ст., все $p < 0,001$). Уровень САД днем и ДАД ночью во второй группе был ниже, чем в третьей (соответственно 134,1 и 147,6; 77,3 и 80,7 мм рт. ст., $p < 0,01$). Степень ночного снижения АД в первой группе была в норме. Во второй группе СНСДАД была меньше, чем в первой (соответственно 8,0 и 12,3%, $p < 0,025$). В третьей группе СНССАД и СНСДАД была достоверно меньше, чем в первой группе (соответственно 2,5 и 12,0%, $p < 0,025$; 7,2 и 12,3%, $p < 0,01$). Исходно V_m , V_s и RI у больных ГТ была достоверно выше, чем в группе сравнения (соответственно $8,7 \pm 0,31$ и $16,1 \pm 0,44$ см/с, $0,73 \pm 0,01$; $7,1 \pm 0,39$ и $12,2 \pm 0,66$ см/с, $0,63 \pm 0,01$, все $p < 0,01$), по V_d группы были сопоставимы. После пробы с РГ у больных с ГТ прирост V_s был больше ($19,2 \pm 0,56$ и $14,9 \pm 0,8$, $p < 0,01$), RI ($0,72 \pm 0,01$ и $0,64 \pm 0,02$, $p < 0,01$), достоверных различий в V_d и V_m получено не было. ВВК у больных ГТ было достоверно больше ($5,5 \pm 0,12$ и $5,1 \pm 0,07$ мин, $p < 0,05$).

Заключение: у пациентов АГ с субклиническим и декомпенсированным ГТ значительно чаще регистрируются повышенные цифры САД и ДАД, чем у больных АГ с компенсированным ГТ, что косвенно указывает на возможность снижения цифр АД путем нормализации тиреотидного статуса без усиления гипотензивной терапии. У больных АГ с сопутствующим ГТ RI исходно выше, чем у пациентов с эссенциальной АГ, что указывает на более высокое периферическое сопротивление кровотоку.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Климко В.В., Щегольков А.М.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ., Москва

Под нашим наблюдением находилось 140 больных ИБС после коронарного шунтирования (КШ), поступивших на поздний госпитальный этап реабилитации, в среднем на 12,3 + 2,4 сутки после операции, у которых в послеоперационном периоде выявлен кардиореспираторный синдром. В ОГ вошли 109 пациентов в возрасте от 36 до 65 лет, средний возраст 53,7 + 5,1 года, программа реабилитации этих больных была дополнена кардиотренировками. КГ составил 31 пациент, лечение которых проводилось по базовой программе реабилитации. Кардиотренировки в ОГ проводились до или через 1,5–2 часа после еды. Мощность фоновых и субпороговых нагрузок определялась по данным велоэргометрии. При проведении курса кардиотренировок учитывались не только степень поражения миокарда и коронарного русла, но и индивидуальные особенности обследуемого: возраст, масса тела, степень физической подготовленности. Тренировочный пульс во время фоновых нагрузок составлял 35–40% от пороговой по результатам нагрузочной пробы. Субмаксимальный пульс (пиковая нагрузка) составлял 75% от пороговой мощности, продолжительность пиковой нагрузки составляла 1–2 мин на первых занятиях, с постепенным увеличением до 10–12 мин. Продолжительность занятия составляла 30 мин и включала вводную часть (5–10 мин), основную часть с пиковыми нагрузками (10–20 мин) и заключительную (5–10 мин). Курс велотренировок составлял 10–12 занятий, 5 раз в неделю, продолжительностью 30 мин. Респираторные тренировки были направлены на выработку диафрагмального дыхания и включали упражнения с помощью тренажера искусственного регулятора дыхания РИД-2 (МИЦ «Аккорд» (г. Москва) и звуковую гимнастику. Тренировки проводились 4 раза в день по 15–20 мин.

В результате реабилитации у большинства пациентов ОГ выявлено выраженное положительное воздействие кардиотренировок на показатели ФВД, в результате чего произошло статистически достоверное увеличение ЖЕЛ с $82,6 \pm 4,2$ до $95,0 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$), ФЖЕЛ с $79,2 \pm 4,1$ до $91,8 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$), прирост ОФВ1 с $85,1 \pm 4,9$ до $91,8 \pm 5,1\%$ ($p > 0,05$), индекса Тиффно с $83,0 \pm 4,6$ до $88,5 \pm 4,85\%$ ($p > 0,05$), МВЛ с $68,0 \pm 5,2$ до $78,5 \pm 4,4\%$ ($p < 0,05$). Нормализация показателей ФВД выявлена у 31 (63,3%) больного, тенденция к нормализации у 18 (36,7%). Нормализация ФВД и гемодинамики большого круга кровообра-



ния способствовала снижению СрДЛА 25,9 + 2,3 до 18,7 + 2,4 и с 24,5 + 2,3 до 18,8 + 2,3 ($p < 0,05$) в ОГ и КГ соответственно.

При анализе показателей центральной гемодинамики отмечалось увеличение ударного объема с 75,9 + 3,4 до 83,7 + 2,9 ($p < 0,05$) и 75,9 + 4,4 до 78,4 + 3,2 см.куб ($p > 0,05$), уменьшение конечного систолического с 73,1 + 3,7 до 64,4 + 3,1 мл ($p < 0,05$) и с 75,3 + 3,8 до 66,4 + 3,2 ($p > 0,05$) в ОГ и КГ соответственно, при уменьшении периферического сопротивления ($p < 0,05$) в обеих группах.

Улучшение ФВД и легочной гемодинамики обеспечило повышение оксигенации крови, что подтверждается достоверным увеличением pO_2 с 69,9 + 1,57 до 78,2 + 1,62% ($p < 0,05$) и снижением pCO_2 с 41,2 + 1,16 до 38,1 + 1,18% ($p < 0,05$) в ОГ.

При исследовании корреляционной зависимости отмечено, что увеличение ЖЕЛ, индекса Тиффно и МВЛ у обследованных больных прямо коррелировала с ростом ТФН (соответственно $r = 0,65; 0,51; 0,69$). Рост насыщения крови кислородом прямо коррелировал с увеличением ЖЕЛ ($r = 0,57$), индексом Тиффно ($r = 0,66$), МВЛ ($r = 0,56$), ($r < 0,05$).

В результате проведенного восстановительного лечения отмечается положительная динамика в показателях коагулограммы как в ОГ, так и в КГ, однако, степень снижения уровня фибриногена, РФМК в ОГ была достоверно более значительной, чем в КГ. В результате комплексной реабилитации произошло достоверное снижение общего холестерина в ОГ с 6,45 + 0,55 до 4,96 + 0,35, в КГ с 6,55 + 0,45 до 4,99 + 0,34 ммоль/л ($p < 0,05$), в основном, за счет снижения ЛПНП. Остальные фракции холестерина имели лишь тенденции к нормализации.

Нормализация оксигенации крови с одновременным улучшением МЦ терминальных отделов кровообращения обеспечила улучшение работы кардиореспираторной системы, что проявилось существенным приростом ТФН. После проведенного курса лечения показатели физической работоспособности улучшились, так пороговая мощность увеличилась в ОГ с 76,1 + 4,2 до 107,4 + 5,1 Вт ($p < 0,001$), в КГ с 76,1 + 3,7 до 97,4 + 4,3 ($p > 0,05$).

Данные теста Спилбергер-Ханина свидетельствовали о снижении РТ с 44,14 + 1,71 до 38,43 + 1,54 балла ($p < 0,05$), что также указывает на улучшение психологического состояния пациентов. При анализе суммарного показателя качества жизни пациентов ОГ выявлено его повышение с 7,2 + 0,4 до 4,3 + 0,3 балла ($p < 0,001$), что говорит о повышении удовлетворенности больных уровнем своего физического и психического благополучия. Улучшение качества жизни отмечено у 72,8% больных.

Перераспределение больных ОГ по ФК после проведения реабилитационных мероприятий свидетельствует об увеличении удельного веса пациентов I ФК с 9 (8,2%) до 17 (15,6%), II ФК с 41 (37,6%) до 57 (52,3%), уменьшении пациентов III ФК с 59 (54,1%) до 35 (32,1%), в КГ увеличение количества больных I ФК с 3 (9,7%) до 4 (12,9%), II ФК с 12 (38,7%) до 14 (45,2%), уменьшении пациентов III ФК с 16 (51,6%) до 13 (41,9%).

Таким образом, в результате медицинской реабилитации по оптимизированной программе у большинства пациентов ОГ отмечено улучшение показателей кардиореспираторной системы, выразившееся в уменьшении одышки, повышении оксигенации крови, улучшении микроциркуляции, уменьшении боли по ходу послеоперационного рубца грудины, улучшении психоэмоционального состояния, повышении ТФН.

МЕСТО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ковальчук Л.П., Цоколов А.В., Вертелкин А.В.

ФГУ МО РФ Военный санаторий «Аврора» СФ, Сочи;
ФГУ МО РФ 1409 ВМКГ БФ, Калининград

Необходимость определения уровня мозгового натрийуретического пептида (фракция NT-proBNP) у больных с сердечной недостаточностью (СН) обусловлена диагностической точностью данного маркера. В ряде работ показано, что уровень NT-proBNP может быть использован для оценки тяжести заболевания и объективизации функционального класса СН.

Метод исследования: определение уровня NT-proBNP в плазме крови в конце госпитального и санаторного этапов лечения, его динамики (Δ NT-proBNP), с оценкой зависимости полученных данных от объема проводимой терапии.

Полученные результаты: в результате проведенного обследования и лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда и направленных на санаторный этап реабилитации в санаторий «Аврора» были выявлены отрицательные слабые корреляционные зависимости между приемом лекарственных препаратов (нитратов, ИАПФ, бета-блокаторов) и динамикой NT-proBNP (Δ) (при $p > 0,05$). Подобная ситуация вероятного обусловлена тем фактом, что назначение препаратов указанных групп осуществлялось в более тяжелых клинических случаях, что является вторично-зависимым фактором, а также в опосредованном влиянии препаратов указанных групп на сократимость миокарда ЛЖ и состояние сосудистого русла.

Только для препаратов из группы антагонистов кальция (АК) и показателя Δ NT-proBNP корреляция на уровне $r = + 0,93$ ($p < 0,05$) оказалась значимой. В последнем случае нельзя исключить роль блокаторов кальциевых каналов как на внутриклеточные механизмы синтеза BNP, так и на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (расслабление миокарда, изменение АД, ЧСС).

В отношении характера проводимого физиотерапевтического лечения (йодобромные ванны, магнитотерапия) не было выявлено статистически значимого влияния на показатели NT-proBNP на госпитальном и санаторном этапах, тогда как в отношении показателя Δ NT-proBNP была установлена корреляционная зависимость средней степени с проводимой «магнитотерапией» (в дополнение к основному лечению) ($r = 0,61$), и несколько меньшая зависимость – для йодобромных ванн ($r = 0,35$; $p > 0,05$). Следовательно, использование магнитотерапии в комплексе лечения больных с перенесенным инфарктом миокарда на санаторном этапе реабилитации является более обоснованным и предпочтительным, нежели йодобромные ванны.

Выводы: определение уровня NT-proBNP является важным инструментом при выработке правильной тактики лечения пациента с СН. Кроме того, мониторирование уровня NT-proBNP может быть использовано для подбора оптимальных лекарственных комбинаций в каждом отдельном случае, и, тем самым, повлиять на течение и исход заболевания, а также снизить стоимость лечения. В



отношении комплексного подхода к лечению более обоснованным представляется использование системной магнитотерапии, а также назначение препаратов из группы АК.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИСХОДЫ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Козлов И.Д., Герцен М.А., Апанасевич В.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель: изучить влияние основных факторов риска, некоторых показателей клинического статуса и функционального состояния сердечно-сосудистой системы на частоту смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц с ИБС, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических условиях

Материалы и методы: контингент – 482 мужчины с ИБС, выявленной по эпидемиологическим критериям, при обследовании случайной выборки мужчин 40–59 лет г. Минска, численностью в 4241 человек. Первичное обследование включало антропометрию с определением индекса массы тела (ИМТ), определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с помощью водного спирометра, измерение артериального давления с вычислением пульсового давления, регистрацию ЭКГ покоя в 12-ти стандартных отведениях с последующим кодированием по Миннесотскому коду, определение уровня холестерина в сыворотке крови; стандартный опрос для выявления стенокардии напряжения (опросник Роузе) и ее частоты, одышки, семейного и персонального анамнеза. Критерием ИБС являлось одно из следующих состояний или их комбинация: перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия напряжения, изменения на ЭКГ покоя категорий 1–3, 4–1,2, 3; 6–1, 2; 7–1, 8–3 Миннесотского кода. Собирались информация о случаях смерти от ИБС, болезней системы кровообращения и от всех других причин, развившихся в течение 25 летнего периода после первичного обследования. Относительный риск (ОР) вычислялся как отношение частоты смерти от ИБС за рассматриваемый период времени, выраженной в %, в группе с наличием анализируемого фактора риска к частоте смерти в группе с его отсутствием.

Результаты: за первые 10 лет после первичного обследования у наблюдаемого контингента был зарегистрирован 41 случай смерти от ИБС, за весь период – 93 случая. Риск смерти от ИБС в ближайшие 10 лет наблюдения достоверно увеличивался при артериальной гипертонии (ОР – 2,6), гиперхолестеринемии (ОР – 3,1) физической активной работе (ОР – 1,7), физически неактивном досуге (ОР – 1,2), употреблении алкоголя (ОР – 1,7), частоте приступов стенокардии напряжения более 7 в неделю (ОР – 2,2), одышке при ходьбе по ровному месту (ОР – 1,4), величине пульсового давления > 56 мм рт. ст. (ОР – 1,8), ЖЕЛ < 4000 мл (ОР – 2,8), ЧСС > 80 уд/мин (ОР – 1,8), наличии на ЭКГ покоя больших патологических зубцов Q (ОР – 5,0), депрессии сегмента ST (ОР – 5,6), отрицательных зубцов T (ОР – 4,5), гипертрофии левого желудочка (ОР – 3,9). Все эти факторы,

кроме гиперхолестеринемии сохраняли статистически значимую связь с риском смерти от ИБС и в течение 25-летнего периода наблюдения, но с меньшими значениями показателя относительного риска.

Заключение: таким образом, установлены факторы ассоциирующиеся с повышенным риском смерти от ИБС, доступные для выявления при рутинном обследовании в условиях амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ИНТЕНСИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «СПРИНТ» У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ

Комиссаров Е.К., Орлов А.Г., Мариненко А.Д.

Федеральное государственное учреждение Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Волгоград», Волгоград

В ФГУ ЦР ФСС РФ «Волгоград» проходят реабилитацию пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах, нестабильную стенокардию. С 2004 года для больных, перенесших инфаркт миокарда, используется программа интенсивной реабилитации «СПРИНТ». Основным средством реабилитации в системе «СПРИНТ» является плавание в специальных поплавках, что позволяет, используя закономерности нахождения в иммерсионной среде, моделировать физическую нагрузку предельно низкой интенсивности и делает физическую реабилитацию доступной любому контингенту больных.

Цель исследования: оценить влияние программы интенсивной реабилитации «СПРИНТ» на эффективность реабилитации больных с метаболическим синдромом, перенесших инфаркт миокарда, на толерантность к физической нагрузке и показатели метаболического статуса.

Материалы и методы: 32 пациента (21 мужчина и 11 женщин), средний возраст $55,3 \pm 4,1$ лет, с метаболическим синдромом (артериальной гипертензией, абдоминальным ожирением, дислипотеинемией, нарушением толерантности к глюкозе), проходящие реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда в ЦР, получающие терапию: аспирин 75 мг/сут, бисопролол $7,8 \pm 1,1$ мг/сут, аторвастатин $17,8 \pm 2,3$ мг/сут, эналаприл $26,7 \pm 2,0$ мг/сут. Исходно всем пациентам определена толерантность к физической нагрузке: мощность выполненной работы при достижении целевой ЧСС (за целевую ЧСС принята 70% субмаксимальной ЧСС, т.к. все пациенты получали бета-блокаторы). При этом оценивались показатели гемодинамики. После 21 занятия по программе «СПРИНТ» пациенты повторно проходили этот тест.

Полученные результаты: отмечено, что достижение той же мощности давалось пациентам легче, т.е. прирост АД уменьшился на 16% ($p < 0,05$), ЧСС на пике нагрузки снизилось на 14% ($p < 0,05$). Кроме того, сократилось время восстановления после нагрузки на 8% ($p < 0,05$). Подобные изменения объясняются тренирующим влиянием программы СПРИНТ на пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и оптимизацией коронарного кровотока.

У больных с метаболическим синдромом также отмечены положительные



сдвиги в показателях углеводного обмена: уровень глюкозы крови с нагрузкой снизился на 11% ($p < 0,05$). Выявлена тенденция к нормализации дислипидемии. Этот факт может быть связан с влиянием статинов, хотя по результатам крупномасштабных исследований столь интенсивные изменения показателей липидного профиля не зарегистрированы.

Таким образом, реабилитация больных с метаболическим синдромом, перенесших инфаркт миокарда, по интенсивной программе СПРИНТ приводит не только к росту толерантности к физической нагрузке, но и сопровождается улучшением их метаболического статуса.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ

Кононова Е.С., Колбасников С.В

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь

Цель: оценить выраженность психовегетативных нарушений у больных с избыточной массой тела и ожирением, страдающих артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от тяжести цереброваскулярных расстройств.

Методы исследования: обследованы 100 больных с избыточной массой тела и ожирением, страдающих АГ (женщин – 69, мужчин – 31) в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст $55,6 \pm 0,9$ лет). АГ I стадии была у 4 (4,0%), II – у 58 (58,0%), III – у 38 (38,0%). В зависимости от характера церебральных нарушений обследованные были разделены на три группы: первую составили 12 (12,0%) больных (ИК – $30,0 \pm 3,8$ кг/м²) без признаков сосудисто-мозговой недостаточности, вторую – 10 (10,0%) пациентов (ИК – $30,6 \pm 4,7$ кг/м²) с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), третью – 78 (78,0%) больных (ИК – $31,8 \pm 0,6$ кг/м²) с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) I, II стадии. При этом ДЭП I стадии регистрировалась у 20 (25,6%), ДЭП II стадии у 58 (74,3%) обследованных. Состояние вегетативной регуляции определялось с помощью кардиоинтервалографии с оценкой следующих характеристик: мода (Мо,с), амплитуда моды (АМо, %), вариационный размах (ΔX ,с), индекс напряжения (ИН, усл. ед.). Психический статус оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Полученные результаты: в 1-ой группе средний уровень АД был $125,5/81,0 \pm 4,0/2,5$ мм рт. ст. При изучении показателей вариационной пульсометрии у больных этой группы регистрировалось вегетативное равновесие (Мо составила $0,93 \pm 0,07$ с, АМо – $47,0 \pm 4,8\%$, ΔX – $0,30 \pm 0,04$ с, ИН – $107,0 \pm 26,4$ усл. ед.). Уровень тревоги по шкале HADS соответствовал $4,6 \pm 0,9$, а депрессии – $2,3 \pm 0,5$ баллов, что характеризовало отсутствие тревожно-депрессивных расстройств. Во 2-ой группе АД было $129,6/81,5 \pm 2,6/3,7$ мм рт. ст. Вегетативная регуляция сердечного ритма характеризовалась наличием умеренной симпатикотонии (Мо – $0,96 \pm 0,05$ с, АМо – $63,2 \pm 5,3\%$, ΔX – $0,20 \pm 0,07$ с, ИН –

$219,5 \pm 88,1$ усл. ед.). Уровень тревоги и депрессии соответственно составил: $7,1 \pm 1,1$ и $7,4 \pm 1,0$ баллов. В третьей группе уровень АД был $129,6/79,7 \pm 2,1/1,3$ мм рт. ст. Показатели вариационной пульсометрии отражали дальнейшее преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции сердечным ритмом (Мо – $0,98 \pm 0,02$ с, АМо – $60,6 \pm 2,0\%$, ΔX – $0,24 \pm 0,03$ с, ИН – $279,4 \pm 21,2$ усл. ед.). В психоэмоциональном статусе отмечалась субклинически выраженная тревога ($9,3 \pm 0,5$ баллов) и депрессия ($8,3 \pm 0,5$ баллов).

Заключение: таким образом, у больных АГ с избыточной массой тела и ожирением по мере ухудшения церебро-васкулярной недостаточности в вегетативной регуляции доминирует симпатикотония с централизацией в управлении сердечным ритмом, которая сочетается с субклинически выраженной тревогой и депрессией, что необходимо учитывать при планировании лечебных и профилактических мероприятий.

ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ – СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА

Концевая А.В., Калинина А.М., Белоносова С.В., Еганян Р.А., Поздняков Ю.М.

ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологии, Москва

Цель работы: изучить клиническую и экономическую целесообразность оценки риска развития ССЗ на рабочем месте на примере организованного коллектива сотрудников технического научно-исследовательского института.

Материалы и методы: на базе технического НИИ проведен комплексный профилактический скрининг с оценкой распространенности АГ, определением уровня сердечно-сосудистого риска и потребности в коррекции факторов риска. Второй этап исследования заключался в оценке экономической целесообразности профилактического скрининга с оценкой общих затрат, затрат на одного обследованного и затрат на выявления 1 работника НИИ, которому требуются профилактические вмешательства (с АГ, высоким риском или желающего снизить имеющийся фактор риска).

Результаты: на период проведения исследования численность сотрудников НИИ «Агат» составила 558 человек. В исследовании приняло участие 468 человек (отклик 89,5%, средний возраст – $51,2 \pm 12,9$ лет, 52,8% мужчин). Распространенность АГ среди обследованных превышала 50%, среди мужчин частота АГ оказалась достоверно выше по сравнению с женщинами (65,6% и 56,6%, $p < 0,05$). Профилактический скрининг позволили выявить 57 случаев ранее не диагностированной АГ (12,2% от всех обследованных). Организованный коллектив характеризовался высоким риском ССЗ, так доля лиц с высоким риском составила 45,1% от общего числа обследованных, а доля лиц с очень высоким риском – 13,5%. Профилактический скрининг в организованном коллективе позволяет выявить. Из числа обследованных 61 человек (13,0%) хотел бы бросить курить, 276 (59,0%) – увеличить физические нагрузки, 267 (57,1%) снизить массу тела, а 241 (51,5%) – научиться корректировать стресс.



Общая сумма затрат на проведение профилактического скрининга 468 человек составила 174 413 рублей за 3,5 месяца, а затраты на одного обследованного работника НИИ 561,7 рублей. Затраты на выявление 1 человека с ранее не диагностированной АГ составили 3077,4 рублей, на выявление 1 случая высокого риска – 831,3 рублей, на выявление 1 человека, готового к коррекции массы тела – 635,6 рублей, а на выявление 1 человека, готового к повышению уровня физической активности – 657 рублей.

Заключение: проведенный скрининг позволил выявить не диагностированную ранее АГ у каждого 10 обследованного, высокий риск ССЗ у каждого второго, готовность к коррекции того или иного фактора риска более, чем у половины обследованных. Проведенное исследование позволяет сделать вывод об экономической целесообразности сплошного скрининга АГ, риска ССЗ и готовности к коррекции факторов риска на рабочем месте.

НЕИЗВЕСТНЫЕ ИЗДЕРЖКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Коричкина Л.Н.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия

Цель: оценить интенсивность эндогенного ауторозеткообразования (АРО) в периферической крови при медикаментозной терапии (МТ) у кардиологических больных в процессе их реабилитации и вторичной профилактики.

Материалы и методы: обследованы 600 больных с кардиальной патологией получающих лекарства периодически или постоянно длительно, (мужчин – 310, женщин – 270, средний возраст 57,0 лет) в условиях стационара. Артериальная гипертония (АГ) имела у 250 больных, длительность заболевания – $6,2 \pm 1,6$ года; постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – у 140 с длительностью заболевания $7,2 \pm 0,9$ года и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – у 210 длительность которой составила $6,0 \pm 1,3$ года. Всем больным в стационаре была назначена показанная медикаментозная терапия. У них утром натощак проводили забор капиллярной крови по стандартной методике дважды – до лечения и в процессе реабилитации. В мазках крови (окраска по Романовскому–Гимзе) подсчитывали общее число ауторозеток (АР) и АР с лизисом эритроцитов. При статистической обработке использовали t-критерий Стьюдента, 95% доверительный интервал (ДИ).

Результаты: при поступлении в стационар у больных АГ в периферической крови число АР было $9,45 \pm 0,5$ (на 100 лейкоцитов), АР с лизисом 10% от числа всех АР, при выписке из стационара число АР – $14,1 \pm 0,9$ (95% ДИ от – 6,673 до 2,627, $p < 0,001$), АР с лизисом – 15%. Содержание Э было $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 138 г/л.

У больных с ПИКС при поступлении число АР в периферической крови составило $7,2 \pm 0,7$, АР с лизисом 28%, при выписке из стационара – $12,7 \pm 0,1$ (95% ДИ от 6,992 до 4,206, $p < 0,001$), АР с лизисом 40%. Содержание Э было $3,86 \times 10^{12}/л$, Нв – 126 г/л.

У больных ХСН при поступлении число АР в периферической крови было $10,2 \pm 0,6$, с лизисом – 34%, при выписке из стационара их число составило $13,8 \pm 0,8$ (95% ДИ от – 5,566 до – 1,635, $p < 0,001$), АР с лизисом 43%. Содержание Э было $3,7 \times 10^{12}/л$, Нв – 116 г/л.

Таким образом, у кардиологических больных под влиянием медикаментозной терапии в периферической крови наблюдается увеличение числа АР и АР с лизисом. При этом у них отмечено снижение эритроцитов в крови, что необходимо учитывать при проведении реабилитации и вторичной профилактики. В этом направлении необходимы дальнейшие исследования.

ВЛИЯНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА НА ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ АДРЕНАЛИНА В ОПЫТАХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ МИОКАРДОМ ЧЕЛОВЕКА

Коротаева К.Н., Циркин В.И., Вязников В.А., Костяев А.А.

Вятский государственный гуманитарный университет;
Кировская областная клиническая больница;
Кировский НИИ гематологии и переливания крови

Цель: оценить способность сыворотки крови человека как источника эндогенного сенситизатора и эндогенного блокатора бета-адренорецепторов (ЭС-БАР и ЭББАР) оказывать модулирующее влияние на положительный инотропный эффект адреналина в опытах с миокардом ушка человека.

Методика: исследованы 25 полосок правого ушка сердца 25 пациентов, подвергнутых коронарошунтированию по поводу ишемической болезни сердца (ИБС). Полоски помещали в рабочую камеру «Миоцитографа», далее осуществлялась их перфузия азириванным раствором Кребса ($pH = 7,4$) при $37,5^\circ C$, в том числе содержащим адреналин (Адр, 1 мкг/мл) и одно из разведений сыворотки крови (СК) по схеме: раствор Кребса (РК, 40 мин) → Адр → РК → СК → СК + Адр → РК → Адр → РК (длительность всех этапов после встраивания – 5 мин). На всех этапах опытов вызывали сокращение полоски от электростимулятора ИЭС-01 (1Гц, 5 мс, 25 В). Регистрацию сокращений проводили по методике В.И. Циркина и соавт. (1997, 2007) с помощью датчика силы FSL05N2C фирмы Honeywell (США), аналого-цифрового преобразователя (ЛА-70) и компьютера. Исследовались 10-, 50-, 100-, 500-, 1 000-, 10 000-кратные разведения сыворотки крови 25 небеременных здоровых женщин и доноров крови. Предварительные исследования показали, что величина инотропного эффекта адреналина зависит от его концентрации в среде – пороговая концентрация адреналина составила 0,1 мкг/мл (рост амплитуды сокращений с $1,5 \pm 0,3$ мН до $2,2 \pm 0,3$ мН, или 177 $\pm$ 35%), а максимальный эффект отмечен для концентраций 1 мкг/мл ($2,8 \pm 0,4$ мН), 10 мкг/мл ($3,0 \pm 0,5$ мН) и 100 мкг/мл ($3,2 \pm 0,4$ мН).

В основной серии показано, что от 10 – по 10000-кратные разведения сыворотки сами по себе не влияют на амплитуду вызванных сокращений. В то же время наличие в среде 500-кратных разведений приводило к достоверному ($p < 0,05$, по критерию Стьюдента) снижению положительного инотропного эффекта адреналина (с $4,0 \pm 0,5$ мН при первом тестировании до $3,2 \pm 0,2$ мН при втором



тестировании (т.е. до $85 \pm 6\%$ от первого тестирования). Это указывает на наличие в среде эндогенного блокатора бета-адренорецепторов (ЭБАР). Наличие в среде 10-кратного разведения сыворотки, наоборот, повышала положительный инотропный эффект адреналина (с $2,8 \pm 0,7$ мН до $3,5 \pm 0,7$ мН, т.е. до $133 \pm 14\%$ от 1-го тестирования ($p < 0,05$). Эти данные указывают на наличие в сыворотке крови эндогенного сенсibilизатора бета-адренорецепторов (ЭСБАР). Остальные разведения (1:50, 1:100, 1:1000 и 1:10000) не оказывали аденомодулирующего влияния.

Таким образом, результаты исследования впервые демонстрируют способность эндогенных модуляторов бета-адренореактивности (ЭСБАР и ЭБАР) изменять положительный инотропный эффект адреналина и указывают на перспективность разработки представлений об этих модуляторах при изучении вопросов патогенеза, лечения и профилактики заболеваний сердца.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Косов В.А., Пирогов В.А., Пирогова В.В., Зайцев А.В.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов) ГИУВ МО РФ, Москва

Цель: сравнительный анализ результатов реабилитации ангиологических больных после консервативного лечения и реконструктивных операций на магистральных артериях нижних конечностях в условиях кардиологического санатория.

Методы исследования: в течение 5 лет в специализированных отделениях ангиологическом и восстановительного лечения находились соответственно 158 (1-я гр.) и 130 (2-я гр.) больных с атеросклеротическим поражением аорты и магистральных артерий нижних конечностей. Все больные – мужчины, средний возраст которых составил $53,9 \pm 5,8$ лет. Исследования магистрального кровотока и микроциркуляции осуществляли с помощью ультразвуковой доплеросфигмоманометрии, ультразвуковой доплерографии со спектральным анализом, лазерной доплеровской флоуметрии, чрескожной полярографии. Консервативное лечение включало комплексное воздействие медикаментозных средств, методов физиотерапии, гипербарической оксигенации. Хирургическое лечение включало: бифуркационное шунтирование и протезирование у 84 (64,6%), линейное аортоподвздошно-бедренное шунтирование проведено у 46 (35,4%) больных, аортоподвздошно-бедренное шунтирование сочеталось с дополнительными вмешательствами на глубокой артерии бедра и бедренно-подколенным сегменте у 32 (24,6%) пациентов.

Полученные результаты: при проведении только консервативного лечения у 158 больных (1-я гр.), улучшение качества жизни наблюдалось в течение 1-го года у 101 (64%) больных и этот эффект был кратковременным, требовал повторных курсов лечения до 2–3 раз в год и не влиял на дальнейший прогноз. К концу 5-го года наблюдения удовлетворительное качество жизни отмечали 67

(42,4%) пациентов. За этот период наблюдения из этой группы: ампутация конечностей потребовалась 19 (12,5%) больным и летальность составила 7 (5,5%) человек. Результаты наблюдения за 130 больными (2-я гр.) после реконструктивных операций свидетельствовали, что улучшение качества жизни к концу 1-го года наблюдалась у 107 (82,3%) человек и сохранялось к концу 5 года наблюдения у 97 (74,6%) больных. Госпитализации за период наблюдения составили 5–7% в год. Необходимо отметить, что ампутаций конечностей в течение 5 лет не было, а летальность снизилась до 4 (3%) человек, что указывает на эффективность своевременного оперативного лечения.

Заключение: данное исследование подтверждает преимущество адекватных оперативных пособий в сравнении с только консервативными методами лечения у этой категории больных и позволяют определить основные принципы современного подхода к лечению облитерирующего атеросклероза аорты и магистральных артерий нижних конечностей.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТОДОВ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ИБС С ХСН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Косов В.А., Пирогов Ю.С., Пирогова В.В.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов) ГИУВ МО РФ, Москва

Цель: оценить влияние методов немедикаментозного лечения на течение заболевания и прогноз больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью с позиции «доказательной медицины».

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ клинко-функциональных, лабораторных и морфологических показателей 159 умерших больных ИБС с ХСН, разбитых на три группы, две из которых перенесли операцию АКШ. Все группы принимали обычную базовую медикаментозную терапию (БМТ), включающую ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) – пресартриум, бета-блокатор (ББ) – атенолол, диуретики (Д) – фуросемид, сердечные гликозиды (СГ) – дигоксин, статины (СТ) – закор (иАПФ + атенолол + диуретики + сердечные гликозиды + статины), одной из этих групп в период реабилитации в санатории проводилось активное лечение с применением методов немедикаментозной терапии (МНТ), включающие: лечебную физкультуру (ЛФК), физиотерапию (Магнито-, лазерную, бальнеотерапию) и обучающие программы (ОП) в «Школе коронарных больных». Функциональное состояние оценивалось по шкале клинического состояния В.Ю.Мареева, 2001 г. Ретроспективно интегрирующую оценку морфологического состояния умершего больного с ХСН оценивали по шкале оценки морфологического состояния (ШОМС), Пирогов Ю.С., 2007г.

Полученные результаты: данные сравнения между группами по показателям шкалы оценки клинического состояния, показали, что показатели были достоверны, $p < 0,05$, в течение 5 лет наблюдения как внутри групп, так и между



первой и второй, третьей группами. Особенно характерно, между второй и третьей группами, что может свидетельствовать об эффективности немедикаментозных методов лечения. Различия по шкале оценки морфологического состояния (ШОМС) достоверно отмечались как внутри третьей группы, так и между 1-й и 2-й, 3-й группами, $p < 0,05$, что могло свидетельствовать об улучшении реваскуляризации миокарда, метаболических процессов в миокарде, снижения влияния экстракардиальных причин декомпенсации ХСН и в целом подтверждает эффективность используемых методов немедикаментозной терапии.

Заключение: применение методов немедикаментозной терапии (МНТ) у больных ИБС с ХСН, перенесших АКШ способствует регрессу или стабилизации синдрома ремоделирования миокарда, что подтверждается данными клинико-функциональных и морфологических методов исследования.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ СРЕДИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Косов В.А., Пирогов Ю.С., Пирогова В.В., Зайцев А.В.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения
(с курсом традиционных методов) ГИУВ МО РФ, Москва

Цель: оценить место поражения органов мишеней среди факторов риска неблагоприятного исхода прогноза у больных ИБС с ХСН, в том числе и для определения показаний к раннему хирургическому лечению заболеваний как одного из реальных путей повышения выживаемости больных ИБС с ХСН.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ 72 больных ИБС с ХСН в возрасте 40–80 лет, наблюдавшихся в течение 10 лет. Диагноз ХСН у больных ИБС устанавливали на основании стандартизированных критериев. Всем больным проводились мониторинг АД, ЧСС, ЧД, ЭКГ-мониторирование, ЭхоКГ, лабораторные и биохимические исследования. Все больные получали стандартизированную медикаментозную и реабилитационную терапию. Анализ выживаемости проводили по методу Каплана–Майера, 1958 г. Достоверность различий между группами пациентов по показателю выживаемости оценивали с помощью критерия Гехана–Вилкоксона, в котором за конечную точку расчета принимали смерть больного или хирургическое вмешательство по жизненным показаниям.

Полученные результаты: среди включенных в исследование 72 больных ХСН почти половину 53% составили лица в возрасте 40–60 лет и 30% старше 70 лет, что соответствует временной тенденции к увеличению среди больных ИБС после АКШ доли лиц старшего и пожилого возраста. Среди больных преобладали больные перенесшие инфаркт миокарда. При анализе результатов эхокардиографического исследования наиболее характерный для ХСН признак снижение ФВ и ИМЛЖ, КСО и КДО и показатели характеризующие синдром ремоделирования миокарда. Анализ выживаемости по методу Каплана–Майера с использованием критерия Гехана–Вилкоксона показал, что среди системных про-

явлений прогностически значимыми ($p < 0,05$) являются тромбоэмболический синдром, ДВС – синдром, мочевого синдром, мозговая и печеночная недостаточность, эндотелиальная дисфункция, иммунологический синдром. Сравнение частоты различных клинических и лабораторных признаков у больных ИБС с поражением органов мишеней и без них показало, что в группе больных с поражением почек достоверно чаще выявляются такие системные проявления, как тромбоэмболия в сосуды головного мозга ($X_2 = 5,34$; $p = 0,06$), ДВС – синдром ($X_2 = 3,41$; $p = 0,05$), а также лабораторные изменения – тромбоцитопения ($X_2 = 3,56$; $p = 0,05$), в группе больных при поражении легких застойная пневмония ($X_2 = 6,3$; $p = 0,05$), в группе больных при поражении печени желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) ($X_2 = 3,1$; $p = 0,05$), в группе больных при поражении головного мозга острое нарушение мозгового кровообращения ($X_2 = 3,2$; $p = 0,05$).

Заключение: по результатам многофакторного анализа тяжелое поражение органов мишеней и сочетающиеся с ними системные проявления оказывают неблагоприятное влияние на исход больных ИБС с ХСН, перенесших АКШ.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Косов В.А., Зайцев А.В., Пирогов Ю.С., Пирогова В.В.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения
(с курсом традиционных методов) ГИУВ МО РФ, Москва

Цель: изучение типичных врачебных ошибок при оказании качественной медицинской помощи (КМП) пациентам ИБС с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в поликлинике, стационаре и санатории для разработки предложений по определению критериев тяжести состояния и индикаторов КМП.

Методы исследования: для проведения тематической экспертизы КМП были выбраны три однотипных стационара, в которые, согласно статистическим данным, экстренно госпитализируется около 40% всех больных с ХСН. В стратифицированную рандомизированную выборку было отобрано 129 случаев оказания помощи больным с ХСН (12,9% от генеральной совокупности), 102 случая из которых было с летальным исходом. Методическую основу исследования составляли протокол ведения больных и методические рекомендации по организации и оказанию помощи данной группе пациентов. Для предупреждения случайных и систематических ошибок исследования применялись стандартные методические приемы (рандомизация, стратификация, стандартизация, метаэкспертиза).

Полученные результаты: анализ ошибок сбора информации о пациенте с диагнозом ХСН показал, что наиболее часто замечания экспертов касались не проведения или несвоевременного проведения коронароангиографии (КАГ) и вентрикулографии, необходимой для верификации характера и распространенности поражения коронарных сосудов (41% случаев) и постинфарктного кардиосклероза. Данная ошибка затрудняла экспертную оценку характера ХСН, в от-



дельных случаях приводила к ошибкам верификации характера ХСН и назначению недифференцированной терапии. В 19% случаев пациентам не проводились показанные консультации специалистов: кардиолога (6,7% случаев), кардиохирурга (17,5% случаев). Ошибки постановки диагноза при оказании помощи пациентам с ХСН зарегистрированы в 36,8% случаев оказания медицинской помощи, включенных в выборку. В 36,9% случаев в результате отсутствия данных нагрузочных проб (ВЭМП, тест 6 мин ходьбы и др.) и ЭКГ-мониторирования эксперты затруднились оценить ФК ХСН по толерантности к физической нагрузке. В 12,9% случаев с опозданием был верифицирован нарушение ритма и проводимости, что привело к несвоевременному проведению дифференцированного лечения. Ошибки лечения при оказании медицинской помощи пациентам ИБС с ХСН зарегистрированы в 23,9% случаев и чаще всего (17% всех замечаний) касались ошибок фармакотерапии.

Заключение: для улучшения КМП пациентам ИБС с ХСН после АКШ требуются меры системного характера, включая утверждение стандартов ведения данной группы больных и использование индикаторов качества лечебно-диагностического процесса, разработанные на основе результатов экспертизы

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК УМЕРЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, ГЕМОДИНАМИКУ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Красницкий В.Б., Аронов Д.М.

ГНИЦ профилактической медицины «Росмедтехнологий», Москва

В исследование было включено 206 больных: основная группа «О» – 102 (мужчин 94,1%) и контрольная «К» – 104 (мужчин 91%). Срок включения больных – 3–8 недель от начала ИМ, срок наблюдения – 1 год. В группе «О» проводились ФТ с нагрузками средней интенсивности (50–60%) по методике, разработанной в ГНИЦ ПМ. Всем больным проводилась медикаментозная терапия (по показаниям): бета-блокатор, аспирин, ингибитор АПФ, липидснижающий препарат и нитрат. Эффективность воздействия оценивали по результатам клинического наблюдения, инструментального (ВЭМ-проба, ЭхоКГ), лабораторного исследований, и по данным опросов. Факультативно проводилось суточное мониторирование АД (в группе «О» – у 29 больных и «К» – у 22 больных) и ЭКГ (соответственно – у 29 и 28 больных).

Результаты исследования: По результатам ВЭМ-пробы через 1 год в группе «О» увеличилось время нагрузки на 38% ($p < 0,001$) и суммарный объем работы – на 89,7% ($p < 0,001$). В группе «К» эти показатели не изменились, и при межгрупповом сравнении разница в их динамике была высоко достоверной ($p < 0,001$). По результатам анализа реакции АД, ЧСС и ДП на нагрузку и скорости их восстановления в период отдыха в целом можно отметить, что все эти показатели, в особенности на уровне 75 Вт, в группе «О» достоверно уменьшились в пределах до

10%, в группе «К» они не изменились или, наоборот, увеличились. При межгрупповом сравнении разница в их динамике также оказалась достоверной. По данным ЭхоКГ уже через полгода тренировок диастолический и систолический объемы ЛЖ в группе «О» достоверно уменьшились, соответственно, на 2,4% ($p < 0,05$) и 6,8% ($p < 0,001$), и через 1 год от начала исследования сохранились на достигнутом уровне. При этом ФВ через 1 год увеличилась на 7,6% ($p < 0,001$), а периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) уменьшилось на 6,4% ($p < 0,05$). При межгрупповом сравнении динамики этих показателей зафиксированы достоверные отличия в пользу группы «О» поскольку в группе «К» динамики как таковой не наблюдалось. Изучение данных суточного мониторирования АД в целом позволяет сделать вывод, что антигипертензивная терапия, подобранная в самом начале и скорректированная по ходу исследования в обеих группах, была достаточно эффективной. Назначение ингибиторов АПФ к концу исследования возросло в обеих группах приблизительно одинаково: в группе «О» – на 14,3% ($p < 0,01$) и в группе «К» – на 9,5% ($p < 0,05$). С другой стороны, прирост этого показателя в группе «О» в определенной мере может быть связан с увеличением у больных этой группы двигательной активности (на 13,1% при $p < 0,01$).

По результатам мониторирования экг в группе «О» через 6 мес. наблюдалось уменьшение числа эпизодов болевой ишемии миокарда на 63,6% ($p < 0,05$) и ишемической депрессии сегмента st на 27,6% ($p < 0,05$), а также числа наджелудочковых экстрасистол на 32,2% ($p < 0,05$). Через 1 год в группе «О» число эпизодов болевой ишемии миокарда сохранилось на достигнутом уровне, а безболевой ишемии и депрессии сегмента st уменьшилось, соответственно на 46,8 ($p < 0,01$) и 52% ($p < 0,01$), и при межгрупповом сравнении разница в динамике этих показателей также оказалась достоверной ($p < 0,02$ и $p < 0,05$). В группе «К» подобных изменений не наблюдалось. Эти данные подтверждаются динамикой клинических показателей. Частота приступов стенокардии и число приема таблеток нитроглицерина в неделю в группе «О» достоверно уменьшились, соответственно, на 47,6% ($p < 0,001$) и 53,8% ($p < 0,01$), а качество жизни возросло на 30,8% ($p < 0,05$). В группе «К» таких изменений не было, и различия при сравнении с группой «О» были достоверными. Статистически значимые различия между группами также были зафиксированы по следующим итоговыми показателям: общее число кардиоваскулярных событий (включая коронарные события, осложнения и госпитализации) – 12 в группе «О» против 24 в группе «К» ($p < 0,05$) и число дней нетрудоспособности в связи с обострением ИБС в пересчете на одного человека в год, соответственно – 1,9 против 4,9 ($p < 0,05$).

Выводы: применение длительных (в течение 1 года) физических тренировок умеренной интенсивности на фоне стандартной медикаментозной терапии у больных АГ после перенесенного острого ИМ привело к существенному и достоверному (в том числе при сравнении с контрольной группой): 1) увеличению физической работоспособности, 2) снижению гемодинамической нагрузки (САД, ДАД, ДП и ОПСС) при физической нагрузке, 3) увеличению ФВ и изменениям характерным для процесса адаптивного ремоделирования ЛЖ по данным ЭхоКГ, 4) уменьшению числа приступов стенокардии, потребности в нитратах и эпизодов ишемической депрессии сегмента ST, 5) улучшению качества жизни. В итоге, в основной группе было зафиксировано положительное влияние ФТ на клиническое течение и суррогатные промежуточные точки заболевания (АГ и ИБС) по сравнению с контрольной группой.



СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кудайбергенова Н.Т., Молдоташев И.К., Кулов Б.Б.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования: изучить изменения артериального давления (АД) у больных острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) на санаторном этапе реабилитации.

Материал и методы исследования: обследованы 65 больных с первичным ОНМК. Больные в зависимости от сроков начала реабилитационных мероприятий (РМ) были разделены на 2 группы: 1 группа ($n = 38$), средний возраст $54,8 \pm 2,35$ лет – до 3 месяцев, 2 группа ($n = 27$), $56,6 \pm 1,94$ лет – от 3–6 месяцев от момента наступления инсульта. До и после РМ проводилось суточное мониторирование АД и анализировались среднеедневное и ночное систолическое (срСАД), диастолическое (срДАД), индекс времени (ИВ) САД и ДАД.

Полученные результаты: У больных 1й группы срСАД (день) был ниже чем во 2й группе – $135,3 \pm 2,5$ мм.рт.ст. против $151,7 \pm 2,5$ мм.рт.ст. ($p < 0,001$), ИВ САД был 48,5% в 1й группе и 90,8% во 2й группе ($p < 0,001$). ИВ ДАД составил 57,4% в 1й группе и 88,8% во 2й группе ($p < 0,005$). В течение 1 года только у больных 2-й группы развились повторные эпизоды ОНМК в 7,4% случаев.

Заключение: У больных с ОНМК раннее начало реабилитационных мероприятий позволяет своевременно корректировать уровень АД, что оказывает положительное влияние на прогноз болезни.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кузнецова А.В., Тепляков А.Т.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: оценить влияние гипергомоцистеинемии в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: в процессе проспективного наблюдения было обследовано 33 пациента, которые распределены в 2 группы: 1-я группа ($n = 18$) выявлялась умеренная гипергомоцистеинемия в пределах 10–15 мкмоль/л. 2-я группа ($n = 15$) имели нормальный уровень гомоцистеина (< 10 мкмоль/л). У всех больных имел место СД типа 2 длительностью в среднем $63,2 \pm 2,3$ мес. Диагноз ИБС верифицирован на основании данных коронароангиографии.

фии, перенесенного инфаркта миокарда давностью 6 и более мес., наличия клинических проявлений коронарной недостаточности. Гомоцистеин сыворотки крови определялся методом иммуноферментного анализа. Физическая толерантность оценивалась велоэргометрически (ВЭМ). Оценивали частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, необходимость проведения повторной реваскуляризации миокарда).

Результаты: в процессе наблюдения установлена на 14% повышенная частота развития повторных ИМ, эпизодов нестабильной стенокардии, а также тромбоэмболических осложнений, формирования хронической аневризмы после перенесенного ИМ, более тяжелых нарушений ритма, а также увеличенная на 11,2% ($p < 0,05$) потребность в коронарном стентировании у больных с гипергомоцистеинемией по сравнению с больными второй группы с нормальным уровнем гомоцистеина в крови.

Выводы: у 53% больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения или перенесших крупноочаговый ИМ, давностью 6 мес. и более диагностируется гипергомоцистеинемия в пределах 10–15 мкмоль/л. Клиническое течение ИБС с гипергомоцистеинемией ассоциируется с повышенной на 14% частотой развития повторных ИМ, острого коронарного синдрома и повышенной на 11,2% потребностью в коронарной реваскуляризации.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ (ДАННЫЕ ОДНОЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Кузнецова А.В., Тепляков А.Т.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: оценить по результатам однолетнего проспективного наблюдения антиишемическую и ангиографическую эффективность эндоваскулярной реваскуляризации после имплантации стентов с лекарственным покрытием (Cypher) у больных ИБС с сахарным диабетом (СД) типа 2.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 99 больных ИБС обоего пола, со стенокардией и сопутствующим сахарным диабетом типа 2. У 61 (62%) пациента компенсация углеводного обмена осуществлялась с помощью медикаментозной терапии, из них 7 больных находилось на инсулинотерапии. 53 пациентам были имплантированы 78 стентов, покрытых рапамицином, 46 больным – 57 стентов без лекарственного покрытия. Сравнивали частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, необходимость проведения повторной реваскуляризации миокарда), а также возобновление стенокардии в последующие 12 мес. после эндоваскулярного вмешательства в обеих группах пациентов.

Результаты: среди больных, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, стенокардия, по данным однолетнего наблюдения, возобновилась у 9 (17%) больных, 2 (3,8%) пациента подверглись коронарному шунтированию, 3 (5,7%) больных – повторному эндоваскулярному вмеша-



тельству. Среди пациентов, которым были имплантированы голометаллические стенты, стенокардия возобновилась у 17 (37,8%) больных, 2 (4,4%) пациента перенесли инфаркт миокарда, 1 (2,2%) больной подвергся коронарному шунтированию, 10 (22,2%) пациентов – повторному эндоваскулярному вмешательству.

Заключение: таким образом, использование стентов с лекарственным покрытием (Cypher) у больных ИБС с СД позволяет снизить частоту развития серьезных сердечно-сосудистых событий в последующие 12 мес. после эндоваскулярного вмешательства с 28,9% до 9,4%, а также частоты рецидивов стенокардии с 37,8% до 17%.

РЕЛАКСИРУЮЩИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ — ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кузнецова Т.В., Пономаренко С.В., Аверко Н.Н.

Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. академика Е.Н.Мешалкина

Цель: оценить эффективность релаксирующих дыхательных тренировок (РДТ) в комплексной реабилитации больных ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию.

Материалы и методы: обследованы 112 мужчин с ИБС, которым выполнялась хирургическая реваскуляризация миокарда посредством коронарного шунтирования. Исследование психоэмоционального состояния (тест Спилбергера-Ханина) и функции внешнего дыхания (спирография) проводили при поступлении, за сутки до операции, через 5–7 и 10–12 дней после операции. Предоперационную подготовку (3–5 дней) и послеоперационную реабилитацию (10–12 дней) проводили по традиционной (47 больных, средний возраст $54,1 \pm 4,6$ года – контрольная группа) и специальной программе (65 пациентов, средний возраст $54,5 \pm 6,4$ года – основная группа), включающей метод РДТ, направленный на обучение больного основам психосоматической саморегуляции и реализующийся через психотерапевтический компонент и специальную дыхательную гимнастику.

Результаты: при поступлении у всех больных выявлены высокие показатели реактивной и личностной тревожности (РТ, ЛТ). В дальнейшем изменения этих параметров были различными. В основной группе на этапе предоперационной подготовки произошло снижение РТ и ЛТ, а у пациентов контрольной группы эти показатели продолжали увеличиваться. В послеоперационном периоде у мужчин основной группы уровень РТ и ЛТ был существенно ($p < 0,001$) ниже по сравнению с контрольной группой. При анализе показателей внешнего дыхания установлено, что у пациентов основной группы на дооперационном этапе наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение дыхательных объемов, увеличение ($p < 0,01$) показателей пробы Сообразе и индекса Тиффно. После операции у больных обеих групп увеличился МОД по сравнению с дооперационными данными, но в контрольной группе увеличение этого показателя в 3,9 раза превос-

ходило аналогичный основной группы. Дыхательный объем у пациентов основной группы снизился на 6,3%; а у больных контрольной группы возрос на 1,7%. У последних были достоверно снижены дыхательные резервы: МВЛ до $50 \pm 4\%$ ($p < 0,01$), резерв вдоха до $54 \pm 6\%$ ($p < 0,001$), резерв выдоха до $32 \pm 4\%$ ($p < 0,05$). Индекс Тиффно снизился в контрольной группе в 6,6 раз больше, чем в основной. У пациентов основной группы наблюдалась нормализация коэффициента вариации дыхательных циклов, тогда как у больных контрольной группы этот показатель не изменился и был высоким, различия между группами достоверны ($p < 0,001$).

Выводы: результаты исследования показали существенное положительное влияние релаксирующих дыхательных тренировок на психоэмоциональное состояние и функцию внешнего дыхания больных ИБС в период как предоперационной подготовки, так и послеоперационной реабилитации, что свидетельствует о высокой эффективности метода релаксирующих дыхательных тренировок в комплексной реабилитации кардиохирургических больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СЕМЕЙНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Куимов А.Д., Намakanов Б.А.

Новосибирская медицинская академия

Цель исследования: идентификация семейной артериальной гипертензии как самостоятельной нозологической формы.

Методы исследования: в исследование включались более 300 больных семейной АГ и их ближайшие родственники. Изучались клинко-диагностические признаки обследуемых, а также изучался суточный ритм колебаний уровня АД, методом суточного мониторирования АД (СМАД), а для оценки диастолической функции миокарда левого желудочка, использовался доплер-эхокардиографический метод.

Результаты исследования: семейная артериальная гипертензия – самостоятельный вариант артериальной гипертензии со специфическими механизмами развития и клиническим течением, неблагоприятным прогнозом и резистентностью к антигипертензивной терапии. Клинко-диагностическими критериями семейной АГ являются: – преимущественно мужской пол, – высокие цифры АД в начале заболевания, – высокая ночная артериальная гипертензия, патологические типы суточного ритма АД, – наличие частых гипертонических кризов начало в молодом возрасте; – быстрое прогрессирование заболевания; – раннее развитие сердечно-сосудистых осложнений, – нарушение диастолической функции левого желудочка с ее быстрым прогрессированием и раннее развитие концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка. Для родственников первой линии родства больных семейной АГ характерно: высокое среднесуточное АД, высокие цифры АД после физической нагрузки, высокое АД в утренние часы, патологические типы суточного ритма АД, раннее развитие гипертрофии миокарда левого желудочка, формирование диастолической дисфункции, что требует их дополнительного доклинического обследования для ранней ди-



агностики данного заболевания. Комбинированная медикаментозная коррекция уровня АД при семейной АГ должна включать ингибиторы АПФ.

Заключение: в настоящее время накоплены многочисленные клинико-экспериментальные данные по изучению природы сердечно-сосудистого ремоделирования и результаты исследований привели к формированию концепции существенной роли генетических факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Семейная АГ – самостоятельное заболевание и характеризуется специфическими клинико-диагностическими особенностями. Знание клинических детерминант семейной АГ поможет практическому врачу в диагностике и коррекции этой патологии.

О ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Куимов А.Д., Намаканов Б.А.,

Новосибирская медицинская академия

Цель исследования: обосновать существование доклинической стадии артериальной гипертензии.

Методы исследования: в исследование включались ближайшие родственники больных АГ. Обследованы 66 родственников больных семейной АГ и 65 практически здоровых лиц, составивших контрольную группу. Изучался суточный ритм колебаний уровня АД, методом суточного мониторирования АД (СМАД), а для оценки диастолической функции миокарда левого желудочка, использовался доплер-эхокардиографический метод.

Результаты исследования: задолго до появления клинических признаков АГ выявляются признаки ремоделирования сердечно-сосудистой системы, что подтверждается изучением диастолической функции сердца у родственников больных АГ. Изучение диастолической функции ЛЖ у родственников больных АГ выявило существенные изменения, свидетельствующие о наличии признаков диастолической дисфункции миокарда ЛЖ. Обнаружены изменения максимальной скорости раннего наполнения в 49,8% случаев ($p < 0,05$), максимальной скорости позднего наполнения в 19,2% случаев ($p < 0,05$), фракции позднего наполнения в 33,3% случаев ($p < 0,05$), времени изоволюмического расслабления в 8,2% случаев ($p < 0,05$). Изучение показателей суточного мониторирования АД у родственников больных АГ выявило специфические признаки, свойственные только этой группе. Наблюдались исходно высокие цифры диастолического АД, патологические типы суточного ритма АД. Средний уровень САД в течение суток был выше на 6,28 мм рт. ст. ($p < 0,05$), средний уровень САД в дневное время был выше на 6,9 мм рт. ст. ($p < 0,01$), средний уровень САД в ночное время был выше на 5,12 мм рт. ст. ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Средний уровень ДАД в течение суток был выше на 4,79 мм рт. ст. ($p < 0,01$), средний уровень ДАД в дневное время был выше 5,19 мм рт. ст. ($p < 0,01$), средний уровень ДАД в ночное время был выше на 3,05 мм рт. ст. ($p < 0,05$) по сравнению с контролем.

Заключение: результаты исследований суточного мониторирования уровня АД и диастолической функции сердца у родственников больных АГ подтвержда-

ют гипотезу о существовании доклинической стадии эссенциальной АГ, основными проявлениями которой являются начальные морфофункциональные нарушения миокарда и признаки ремоделирования сердечно – сосудистой системы. Убедительные доказательства нарушения функции сердца, нарушения параметров суточного мониторирования уровня АД у родственников больных АГ, делают необходимым оценку прогноза заболевания у родственников больных, особенно детей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС: ДИНАМИКА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кукушкин С.К., Маношкина Е.М.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития», Москва

Цель: изучить динамику психологического статуса мужчин – ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (МЛ), страдающих артериальной гипертензией, на фоне длительной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы: открытое, сравнительное, рандомизированное исследование проводилось в течение 12 месяцев. Основную группу (ОГ) составили 28 больных, контрольную (КГ) – 29 (средний возраст $52,2 \pm 1,3$ и $51,5 \pm 1,1$ лет, средняя длительность АГ 10 ± 1 и $9,6 \pm 1$ год соответственно). ОГ получала ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сут., при необходимости добавляли гипотиазид (12,5–25 мг/сут), затем атенолол (12,5–100 мг/сут). В КГ АГТ и ее коррекция проводились врачом поликлиники. Исследование предусматривало сбор анамнеза, физикальный осмотр, измерение артериального давления (АД) трижды. Для изучения психологического статуса использовался тест СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности).

Результаты: исходный усредненный профиль СМОЛ в ОГ имел наибольшие значения по первой (60 ± 2 Т-балла), третьей ($53,7 \pm 2,2$ Т-балла) и наименьшие по 6-й ($43,9 \pm 1,4$ Т-балла), 9-й ($45 \pm 2,1$ Т-балла) шкалам, свидетельствуя об ипохондрии, конвенциональности, недостаточной активности и неудовлетворенности. Индексы «7–9» ($4 \pm 2,9$ Т-балла) и «2–9» ($5,5 \pm 3,1$ Т-балла) указывали на наличие легких тревожных и депрессивных изменений у МЛ. К концу исследования профиль СМОЛ ОГ достоверно не изменился, однако выявлена тенденция к нормализации по 6-й ($+2,7 \pm 2,3$ Т-балла), 9-й ($+3,3 \pm 1,9$ Т-балла) шкалам и уменьшение тревоги «7–9» ($-3,4 \pm 1,7$ Т-балла) и депрессии «2–9» ($-2,7 \pm 2$ Т-балла).

В КГ усредненный профиль СМОЛ исходно имел максимальный уровень по первой (59 ± 2 Т-балла), второй ($52,3 \pm 2,5$ Т-балла), третьей ($53,2 \pm 2$ Т-балла) и минимальный по 4-й ($46,2 \pm 1,8$ Т-балла) шкалам, отражая конвенциональность, некоторую ипохондрическую и эгоистическую направленность, недостаточную активность и неудовлетворенность. Повышение показателей «7–9» и «2–9» ($0,7 \pm 2$ и $3,7 \pm 2,4$ Т-балла соответственно) выявляло легкие тревожно-депрессивные изменения. Финальный профиль СМОЛ КГ достоверно не изме-



нился, однако отмечено снижение показателей по первой ($-2,4 \pm 1,3$ Т-балла), «7–9» и «2–9» ($-1 \pm 2,7$ и $-2,4 \pm 2,9$ Т-балла соответственно) и увеличение по 9-й ($+2,6 \pm 2,6$ Т-балла) шкалам.

При сравнительном анализе данных ОГ и КГ их исходные усредненные профили СМОЛ достоверно отличались лишь по оценочной шкале К ($54,4 \pm 1,4$ и $50 \pm 1,5$ Т-баллов соответственно, $p < 0,05$). Психологические профили ОГ и КГ, полученные при завершении исследования, и динамика показателей СМОЛ достоверных различий не имели.

Заключение: длительная АГТ, как контролируемая, так и рутинная способствует нормализации психологического профиля МЛ, страдающих АГ, уменьшает выраженность депрессивных и тревожных нарушений.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Курбанов Р.Д., Камилова У.К.*, Муллабаева Г.У., Рашидова Г.Б.*, Сайфиддинова Н.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкентская медицинская академия*, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение взаимосвязи между уровнем натрийуретического пептида, определяемого на ранних сроках с Q-волновым инфарктом миокарда (Q-ИМ) и поздним постинфарктным ремоделированием.

Материалы и методы исследования: нами обследованы 60 больных мужского пола, средний возраст которых составил $51,56 \pm 8,62$ лет, с диагнозом Q – волновой ОИМ. Диагноз подтверждался на основании критериев ВОЗ. Уровень натрийуретического пептида (НУП) определялся на 10–14 сутки заболевания на иммуноферментном анализаторе ELISA с использованием реактивов фирмы «Biomedica» (Австрия). Всем больным на 10–14 сутки и 6 месяц наблюдения проводилось и ЭхоКС. Контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев мужского пола, сопоставимого возраста. Полученные результаты обрабатывались с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты: при анализе уровня НУП на 10–14 сутки ОИМ, нами выявлено, что его концентрация в 2,3 раза превышала показатели здоровых лиц. Так, уровень НУП у больных с ИМ составил $765,20 \pm 82,9$ фмоль/мл.

Для изучения взаимосвязи уровня НУП, определяемым на 10–14 сутки ОИМ и постинфарктным ремоделированием (ПИР), развивающимся к 6 месяцу от начала заболевания все больные по данным ЭхоКС, проведенного к 6 месяцу наблюдения были разделены на 2 группы в зависимости от уровня КДО. Больные с $\Delta КДО \leq 10\%$ ($n = 33$) составили группу I с адаптивным ПИР, а группу II составили пациенты с дезадаптивным ПИР ($n = 27$), у которых $\Delta КДО$ составила более 10%.

При изучении взаимосвязи ПИР и уровня НУП на ранних сроках Q-ИМ нами выявлено, что группы исходно различались по концентрации НУП. Так, в группе

больных с дезадаптивным ПИР она достигала $901,7 \pm 79,6$ фмоль/мл, а в группе больных с адаптивным ПИР она составила $642,2 \pm 87,4$ фмоль/мл ($p < 0,05$). При детальном сравнении этих двух групп пациентов нами выявлено, что в группе больных с дезадаптивным ПИР преобладало количество пациентов с передней локализацией ИМ (70% против 36%, $\chi^2 = 1,75$, $p = 0,18$), развитием постинфарктной аневризмы (29% против 9% $\chi^2 = 5,22$, $p = 0,02$). Кроме этого, у 6 больных II группы острейший период ИМ осложнился развитием острой сердечной недостаточности (22,2% против 9% $\chi^2 = 4,18$, $p = 0,04$).

Заключение: определение НУП на 10–14 сутки Q-ИМ позволяет уже на ранних стадиях заболевания дифференцировать группы пациентов с последующим дезадаптивным ПИР.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Куртина Т.Д., Волкова Т.А., Говоркова Е.П.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород

Цель исследования: выявление факторов риска, профессиональных особенностей, эффективности физической реабилитации в условиях санатория.

Методы исследования: анализ историй заболевания, клинко-биохимические, функциональные методы исследования.

За последние 5 лет количество лиц молодого возраста, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и поступивших на санаторный этап реабилитации увеличилось на 23%. В связи с этим была разработана схема анализа историй заболевания с учетом клинко-функциональных показателей, факторов риска, эффективности физической реабилитации. Проведен анализ 100 историй заболеваний лиц, перенесших достоверный инфаркт миокарда.

Результаты исследования: все пациенты были мужского пола, возраст от 27 до 40 лет, среди профессий четко прослеживается преобладание одной профессии – водитель автотранспорта (2005 г. – 28%, 2006 г. – 36%, 2007 – 2008 гг. – 58%), вторую группу составляют рабочие профессии: слесари, наладчики, сантехники (21%), третью группу составляют организаторы производства среднего звена: мастера, бригадиры, механики, начальники цехов (11%), служащие составляют 8%, работники бизнеса и торговли 2%.

Из факторов риска отягощенная наследственность отмечена у 46%, артериальная гипертензия (АГ) 76%, избыточная масса тела 82%, курение 96%, дислипидемии (87%), сахарный диабет (СД) 6%.

Клиническая оценка: по локализации преобладали инфаркты переднеперегородочных отделов миокарда левого желудочка (ЛЖ) (с зубцом Q) и составили 52%. Осложнения острого периода отмечено у 28% (нарушение ритма, блокады, аневризмы), ранняя постинфарктная стенокардия сохранялась у 11%.

Особенности физической реабилитации: выполнили всю программу реабилитации 92%, эффективность лечения составила 96,8%. Предполагалось восстановление трудоспособности у 94% пациентов. Более 1/3 пациентов отлича-



лись низкой комплаентностью, низкой мотивацией обязательного лечения, трудно поддавались убеждению соблюдения двигательного режима, прекращения курения, соблюдения гипохолестериновой диеты.

Вывод:

1. по сравнению с данными пятилетней давности у этого контингента четко прослеживается увеличение факторов риска: наличие АГ увеличилась в 2,4 раза, избыточной масса тела в 2,7 раза; дислипидемии увеличились на 47%. Другие факторы риска, такие как гиподинамия, курение остались на прежнем высоком уровне.

2. Высокий уровень лиц несвоевременно обратившихся за медицинской помощью – 23% (более двух суток от начала заболевания), обращение к другим специалистам и несвоевременная госпитализация – 8%, всего эта группа составляет 31%.

3. Пропаганда здорового образа жизни, своевременное лечение АГ, контроль массы тела, рациональное питание, контроль уровня холестерина и глюкозы крови, активная работа «Школ здоровья» еще более актуальны для лиц молодого работоспособного возраста.

ЗАМЕДЛЕНИЕ ТЕМПА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА: ВОЗМОЖНЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ

Кутузова А.Э., Гаевская А.И., Бобровская Е.Е., Дидур М.Д.

ФГУ ФЦСКИЭ им. В.А.Алмазова Росмедтехнологий, СПб ГМУ им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Известно, что темп и характер физической реабилитации больного с острым инфарктом миокарда (ОИМ), определяется тяжестью состояния пациента, а именно, обширностью поражения мышцы сердца и выраженностью нарушений ее перфузии, наличием и тяжестью осложнений заболевания. Однако, возможны и иные причины изменения скорости физической активизации данной группы больных.

Цель исследования: выявить дополнительные факторы, модифицирующие темпы физической реабилитации больных с острым ИМ.

Материалы и методы: обследованы 54 пациента возрасте 58 ± 2 года с острым ИМ (Q-ИМ в 78% случаев, не Q-ИМ – в 22% случаев). Функциональный статус больных соответствовал I : II : III : IV классам тяжести ИМ по классификации Д.М.Аронова и Л.Ф.Николаевой в 10% : 10% : 22% : 58% случаев, соответственно. Психический статус пациентов исследовался с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и опросника депрессии Гамильтона. После стабилизации состояния все больные вовлекались в стандартную программу больничной фазы физической реабилитации пациентов с ИМ.

Результаты: находясь в отделении реанимации и интенсивной терапии, больные осваивали 1 двигательный режим и комплексы упражнений № 1–2 (в исходном положении лежа и сидя). В зависимости от тяжести состояния, в среднем, стандартный курс лечебной гимнастики начинался на $4 \pm 0,3$ сутки ИМ,

а отсрочка физической активизации пациентов IV:III:II-I классов тяжести составила 10 : 5 : 3 суток, соответственно. Ожидаемыми причинами замедления темпа физической активизации у больных ИМ стали: нарушения ритма, острая сердечная недостаточность, тромбоэмболии (38% случаев), рецидивирующее течение ИМ (24% случаев). Отсрочка физической активизации у больных ИМ также ассоциировалась с гипергликемией ($p < 0,05$). У 24% пациентов физическое реабилитационное вмешательство осуществлялось не ранее 7 суток заболевания вследствие появления лихорадки ($37,1^{\circ}\text{C}$ – 38°C). В подтверждение того, что тревога и депрессия ассоциируются с неблагоприятным прогнозом и тяжелым течением сердечно-сосудистой патологии и острого ИМ, в частности, аффективные расстройства регистрировались у большинства пациентов, темпы физической активизации которых оказались замедлены. Клинически выраженная депрессия (по шкалам Гамильтона и HADS) отмечалась у 26% больных, малый депрессивный эпизод (по шкале Гамильтона) и субклинически выраженные аффективные расстройства (по шкале HADS) – в 58% случаев. Следует отметить, что дополнение стандартного лечения специфическим психокорректирующим вмешательством, предположительно, могло бы способствовать уменьшению выраженности дистресса и дезадаптации пациентов с ИМ, а также комплексным позитивным изменениям как психического статуса, так и результатов физической реабилитации у данного контингента больных.

Выводы: метаболические нарушения и аффективные расстройства ассоциированы с замедлением физической активизации больных с острым инфарктом миокарда.

ОДИННАЦИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ

Лазебник Л.Б., Назаренко И.В.

Департамент здравоохранения города Москвы

Постоянная динамика роста числа больных с АГ в Москве потребовала проведения комплекса организационно-методических мероприятий, которые включали в себя мероприятия по профилактике АГ. Реализация мероприятий началась в 1998 году, когда была принята городская подпрограмма «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний» в рамках городской программы «Целевая диспансеризация населения г. Москвы», которая пролонгировалась на все последующие года, вплоть до 2010 года.

Итогом проведенной работы явилось открытие 251 кабинетов доврачебного контроля, где работают 407 медицинских сестер. Кабинеты оснащены компьютерной техникой, экспресс-методами определения глюкозы и холестерина и др. необходимым оборудованием для обнаружения факторов риска заболеваниями ССС и выявления уже сформировавшейся патологии.

За 11 лет обследованы около 8 миллионов человек трудоспособного возраста и только около 49,7% из них не имели ФР. Пациентов с повышенным АД в 1998 году было 27,7% от обследованных, в 2008 году 12,6%; с гипергликеми-



ей – 9,9% и 1,9%; с гиперхолестеринемией – 7,5% и 4,9% (соответственно). Отмечен рост таких факторов риска как табакокурение (21,9% в 1998 г. и 24,1%, в 2008 г.) и повышенный ИМТ (17,9% и 37,7%, соответственно). Более 3 миллионов (48,2%) с выявленными ФР были осмотрены врачами и у 12,3% из них (2,1% от числа обследованных в КДК) выявлена патология. Из числа взятых на «Д» учет больных у большинства (75,0%) диагностирована гипертоническая болезнь, у 10,4% – ИБС, у 8,9% – сахарный диабет, у 5,7% – ожирение. У 10,1% выявлены такие заболевания как язвенная болезнь, бронхиальная астма, артриты, заболевания почек и др.

Введение целевой диспансеризации по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний позволило стабилизировать некоторые показатели распространенности данной патологии в Москве. Снизилась распространенность болезней системы кровообращения (33869 в 2003 г. и 32057 в 2008 г. на 100000 населения). Снизилось и число впервые выявленных болезней системы кровообращения (с 2025 случаев в 2003 г. до 1859 в 2007 г. и 1807 в 2008 г. на 100000 населения). Снизился тем роста распространенности и количества зарегистрированных случаев АГ. Если за 5 лет (1992–1998 гг.) распространенность АГ увеличилась на 20%, то за последующие 5 лет (2001–2007 гг.) – только на 0,14%. За 5 лет (1992–1998 гг.) увеличение числа случаев АГ (на 100000 населения) произошло на 192,6%, то за 2001–2007 гг. – только на 4,9%. Количество вызовов СМП по поводу гипертонической болезни снижалось из года в год, так если в 2004 году зарегистрировано 333 917, то в 2008 году только 294 357 вызовов.

ПРИМЕНЕНИЕ НОЛИПРЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Латфуллин И.А., Ахмерова Р.И., Подольская А.А., Ким З.Ф., Гайфуллина Р.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2

Первой стратегической целью лечения артериальной гипертензии (АГ) является снижение числа сердечно-сосудистых осложнений. Однако в клинической практике основная тактическая задача состоит в достижении целевых значений артериального давления (АД) у конкретного пациента.

Цель исследования: изучение применения комбинированного препарата периндоприла индапамида (нолипрел и нолипрел форте, Servier) в дозе 2 мг + 0,625 мг и 4 мг + 1,2 мг для вторичной профилактики и возможных осложнений артериальной гипертензии I и II степени.

Методы исследования: изучалась эффективность нолипрела в дозе 2 мг, 0,625 мг и нолипрела форте в дозе 4 мг + 1,2 мг у 32 пациентов (17 мужчин и 15 женщин) в возрасте $32 \pm 2,06$ в течение 3 месяцев лечения. Нолипрел получали 14 пациентов (1-я группа), нолипрел форте – 18 пациентов (2-я группа). Диагноз АГ верифицирован в соответствии с общепринятыми требованиями ВНОК (2004). Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-инструментальное исследование (ЭКГ, эхокардиография, лабораторные и биохимические тесты). Мониторинг АД проводился согласно требованиям стандартов по АГ.

Результаты исследования: к концу первой недели в первой группе АД снизилось у 12 пациентов – систолическое АД (САД) в среднем на 10,2%, диастолическое АД (ДАД) на 8,4%, в данной группе пациентов доза нолипрела не менялась в течение трех месяцев. В 20 случаях значительного снижения АД к концу первой недели на фоне нолипрела не наблюдалось, в связи с чем пациенты были переведены на нолипрел форте. К концу второй недели на данной дозировке удалось добиться снижения АД у 16 пациентов (снижения САД в среднем на 12,8%, ДАД – на 10,2%). В 4 случаях доза нолипрела форте на третьей неделе была увеличена до двух приемов в сутки, что к концу четвертой недели позволило достигнуть целевого уровня АД.

Выводы: пациентам АГ II степени в 60% случаев необходимо начинать терапию нолипрелом форте, что позволяет добиваться своевременно достижения целевых уровней АД и избегать в последующем церебральных осложнений; нолипрел эффективен лишь в случаях АГ II степени I степени. При применении нолипрела форте 2 раза в сутки (4 пациента) наблюдался незначительный кашель (отмены препарата не понадобилось), который все же отражался на качестве жизни.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Лебедева О.Д., Мухарлямов Ф.Ю., Кобельков С.Н., Усмонзода Д.У.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России, Москва

Цель: изучение и научное обоснование применения рефлексотерапии (РТ) и физических тренировок в виде дозированной ходьбы (ДХ) как в форме монотерапии, так и при комбинированном их использовании, для восстановительной коррекции функциональных кардиальных нарушений и вторичной профилактики пароксизмов идиопатической фибрилляции предсердий (ИФП) на основе комплексного использования клиничко-инструментальных, лабораторных и специальных функциональных методов исследования.

Методы: проведено обследование и лечение 90 больных с пароксизмальной ИФП (56 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 40 до 55 лет. Из них 45 пациентов имели адренергическую форму (АФФП) и 45-вагусную форму (ВФФП). Все больные были разделены на 3 группы по 30 человек: 1-я группа получала РТ, у второй группы проводилось сочетанное лечение РТ и ДХ. 3-я группа, контрольная, получала только медикаментозную антиаритмическую терапию, сравнимую с таковой у больных первой и второй групп. Каждая из групп подразделялась на 2 подгруппы по 15 больных в каждой – с АФФП или ВФФП. Использовалась аурикуло-паравертебральная РТ с применением электростимуляции. При АФФП использовался тормозный вариант РТ, при ВФФП – стимулирующий вариант. Лечение состояло из двух курсов РТ, на курс 12 процедур с перерывом в 3 месяца. Для определения темпа ходьбы использовали данные велоэргометрии, применяя формулу Аронова Д.М. (1998). Использовались шагомеры фирмы «Омрон».



Результаты: во всех трех группах после лечения получен клинический эффект, выражавшийся в уменьшении частоты возникновения пароксизмов ИФП. В 1 гр. количество приступов в месяц сократилось в 2,4 раза с $8,1 \pm 0,9$ до $3,3 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), во 2 гр. – в 5,2 раза с $7,8 \pm 0,8$ до $1,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и в 3 гр. – в 1,7 раза с $7,7 \pm 0,8$ до $4,6 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Через 1 год в 1 и 3 гр. наметилась тенденция к увеличению числа приступов на 6,2% и 5,0%, во 2 гр. сохранялся достигнутый ранее эффект. Сократилась длительность пароксизма в часах в 1 гр. в 2,0 раза с $3,0 \pm 0,3$ до $1,5 \pm 0,1$ ($p < 0,05$), во 2 гр. в 4,4 раза с $3,1 \pm 0,3$ до $0,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) и в 3 гр. в 1,2 раза с $3,2 \pm 0,4$ до $2,6 \pm 0,1$ часа ($p < 0,05$). ЧСС во время пароксизмов достоверно снизилась лишь у больных с АФП 2 гр. со $130,2 \pm 2,6$ до $100,1 \pm 0,8$ уд/мин ($p < 0,05$), то есть на 23,1%, что свидетельствовало о «пульсурежающем» эффекте. Наибольший положительный хронотропный эффект достигнут при ВФП во второй гр.: прирост ЧСС составил 13,8% – с $52,9 \pm 0,6$ уд/мин до $60,2 \pm 0,8$ уд/мин ($p < 0,05$) по сравнению с 1 гр. – 9,7% и 3 гр. – 5,8%. Парасимпатический индекс и циркадный индекс также уменьшились с $+17,2 \pm 1,13$ исходно до $+3,0 \pm 0,2$ ($p < 0,01$) и с $1,33 \pm 0,018$ до $1,25 \pm 0,015$ ($p < 0,01$), что свидетельствовало о снижении холинергических влияний на ритм сердца.

Выводы: проведенное исследование показало, что разработанный метод сочетанного применения РТ и ДХ на фоне базисной медикаментозной терапии является наиболее эффективным в лечении и профилактике ИФП и может быть использован в кардиореабилитации в качестве функциональной коррекции симпатно-парасимпатического влияния на ритм сердца.

ВЛИЯНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Лебедева О.Д., Мухарлямов Ф.Ю.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России, Москва

Цель: изучить влияние корригирующих технологий восстановительной медицины на функциональное состояние у больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Методы: для оценки состояния сердца и центральной гемодинамики при функциональных пробах в процессе немедикаментозного лечения было проведено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) при физической нагрузке (велозерометрия по непрерывной ступенчато-возрастающей методике) у 20 больных и психоэмоциональной нагрузке по разработанной в лаборатории методике (компьютеризированный вариант корректурной пробы) у 16 больных НЦД. При корректурной пробе проводились ЭхоКГ и ежеминутные измерения АД (сист., диаст. и среднединамич.) и ЧСС в покое, во время нагрузки и в периоде восстановления. В качестве группы сравнения при психоэмоциональной нагрузке изучена группа из 31 спортсмена высокой квалификации, для контроля физи-

ческой нагрузки исследовано 26 здоровых лиц. С целью коррекции выявленных стрессорных нарушений применялись программы, включавшие сочетание низкочастотного переменного магнитного поля, электросна, хлоридных натриевых, радоновых, йодобромных, углекислых ванн, интервальных гипоксических тренировок, а также рефлексотерапию.

Результаты исследования показали, что увеличение сердечного индекса (СИ) при функциональных пробах вызвано в большей степени увеличением частоты сердечных сокращений (ЧСС) при сохраненном или несколько увеличенном уровне ударного объема (УО). Степень повышения АД под влиянием эмоциональной и, особенно, физической нагрузки была больше у лиц с гипертоническими состояниями и уменьшалась после окончания немедикаментозного лечения ($p < 0,01$), достоверно увеличился объем выполненной работы. Величина показателя функционального реагирования (ПФР), представляющего собой произведение АД среднединамического на ЧСС, определяемого при проведении психоэмоциональной нагрузки и исходно повышенного, достоверно снижалась в результате проведенного немедикаментозного лечения. Показатели, характеризующие сократимость миокарда, увеличивались в большей степени у лиц с гипотоническими типами центральной гемодинамики. По количеству правильных ответов, пропущенных букв и лишним ответам группа спортсменов показала наилучшие результаты, а у больных, исходно сниженные по сравнению с контролем, указанные показатели после немедикаментозного лечения достоверно повышались ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении у них функции внимания и работоспособности.

Выводы: изученные корригирующие технологии обладают возможностью целенаправленного регулирующего влияния на значимые звенья генеза стрессорных нарушений и повышают адаптационный потенциал, оказывая стресс-лимитирующее действие у больных НЦД и способствуют улучшению переносимости физических и психоэмоциональных нагрузок.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ИБС С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н.

НИИ психического здоровья СО РАМН;
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Опыт показывает, что осуществление реабилитации пациентов, страдающих ИБС и депрессивным расстройством, затруднено. Наиболее эффективной в мировой практике признана биопсихосоциальная модель реабилитации. Реабилитация – это система мер, направленных на восстановление сниженных или утраченных в результате заболевания функций. Биологическая сторона реабилитации обычно подразумевает избавление от симптомов (боли, одышки, отеков, подавленности или тревоги и пр.). Ей посвящено множество исследований, касающихся эффективности и безопасности фармакотерапии, оперативных, в том числе, реконструктивных вмешательств и т.д.



Психосоциальная реабилитация – это система вмешательств, направленных на восстановление нарушенного вследствие заболевания психосоциального функционирования. ИБС и депрессия отражаются не только на ощущениях здоровья, энергичности, они влияют на отношения в семье, профессиональные отношения и возможности, на отдых и другие стороны человековеческой жизни. Исходя из клинического опыта, нами выделены основные этапы психосоциальной реабилитации пациентов с ИБС и депрессивным расстройством, реализуемые на фоне биологической реабилитации.

1. Информирование о сути расстройства, факторах риска с акцентом на управляемые факторы риска развития ИБС и депрессии.

2. Работа над принятием факта заболевания. Как и другие люди, пациенты переживают жизненные события. Помимо этого они должны примириться с наличием заболевания, которое часто воспринимается ими как крах жизни. Они изо всех сил стремятся восстановить свою жизнь, но это происходит не так быстро. Меняется оценка собственной личности. Важно помочь им интегрировать прошлое, настоящее и будущее, чтобы достичь чувства непрерывности и последовательности жизни. Надежда, перспектива на будущее и жизненные планы, чрезвычайно важны в этом процессе.

3. Помощь в осознании и расширении возможностей, принятии ответственности за свои поступки, здоровье.

4. Обучение контролю над симптомами. Приближение к исходному уровню функционирования.

5. Планирование жизни. Люди нуждаются в участии в жизни общества и исполнении ведущих ролей. Чувство принадлежности важно для благополучия и развития.

6. Работа над личностным ростом (вера в себя, полная решимость и упорная работа, наличие мужества riskнуть, терпеливое отношение к себе).

7. Улучшение качества жизни.

Таким образом, при осуществлении реабилитации пациентов, страдающих ИБС и депрессией, нами используется биопсихосоциальная модель, отражающая три направления вмешательств: устранение болезненных симптомов, восстановление эмоционального состояния и повышение социального функционирования.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ НАЗНАЧЕНИЯ СЕРТРАЛИНА

Лебедева Н.Б., Овчинникова В.В., Васильева В.В., Барбараш О.Л.

ГУ ВПО Кемеровская медицинская академия НИИ КПССЗ СО РАМН

Исследования последних лет связывают отрицательное влияние депрессии на прогноз при ИБС с изменениями уровня воспалительных цитокинов, которым отводится особая роль как в индукции сосудистого повреждения, так и в развитии депрессии.

Цель исследования: изучение динамики среднего балла депрессии и концентрации маркеров воспаления у больных инфарктом миокарда на фоне назначения сертралина.

Материал и методы: 106 пациентов с Q-образующим ИМ, средний возраст – $61,4 \pm 1,6$ года. Уровень депрессии оценивался по шкале Цунга, уровни воспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО, ИНФ изучались методом твердофазного ИФА. Пациенты обследовались в остром периоде ИМ и через месяц. Из них 44 пациента с баллом депрессии более 40 были рандомизированы на две группы: 20 пациентов, которые получали с начала госпитализации сертралин 50 мг, и 24 пациента, сертралин не получавших. Исходно группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ИМ, средним баллам депрессии и сопутствующей терапии.

Результаты: уровни воспалительных маркеров среди обследованных были достоверно выше у больных с более высоким баллом депрессии, независимо от клинической тяжести ИМ, что свидетельствует о большей напряженности воспалительных процессов в этой группе при наличии симптомов депрессии. Так, в группе больных ИМ III класса тяжести уровни воспалительных маркеров для пациентов с баллом депрессии > 40 и < 40 составили: СРБ $13,86 \pm 8,6$ и $6,4 \pm 4,4$, $p = 0,001$; ИЛ-1β $72,23 \pm 3,3$ и $49,46 \pm 7,7$, $p = 0,09$; ИЛ-8 $104,54 \pm 14,9$ и $43,83 \pm 12,2$, $p = 0,009$; ИНФ – γ $52,76 \pm 7,5$ и $23,75 \pm 7,1$, $p = 0,02$ соответственно.

В группе больных со средним баллом депрессии выше 40 исходно различий в концентрациях воспалительных факторов не было. Однако на фоне месячного приема сертралина в группе воздействия произошло достоверное снижение уровней воспалительных маркеров как по сравнению с исходным, так и группой контроля. Так, уровень СРБ в два раза ($p = 0,013$), ИЛ-1β с $99,6 \pm 3,4$ до $59,5 \pm 3,8$ ($p = 0,001$), ИЛ-8 с $81,8 \pm 3,8$ до $62,4 \pm 3,2$ ($p = 0,06$), ИНФ – γ с $55,68 \pm 1,2$ до $43,5 \pm 3,4$, ($p = 0,002$), средний балл депрессии уменьшился с $46,8 \pm 1,4$ до $32,3 \pm 1,6$, ($p < 0,001$). В группе сравнения позитивной динамики в средних концентрациях воспалительных маркеров и балле депрессии не произошло.

Заключение: в основе благоприятного действия сертралина может лежать не только антидепрессивный эффект, но и снижение уровня воспалительных цитокинов на фоне его приема.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Лихачева В.А., Новосельцева Г.Н., Каргаев В.А.

ОАО «Санаторий им. Орджоникидзе», Сочи

Применение ряда препаратов, входящих в стандарт лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ингибиторы АПФ, антиагреганты, диуретики), в некоторых случаях могут ухудшать течение урологической симптоматики, тем самым снижать качество жизни больного.

Цель: оценка эффективности немедикаментозного лечения симптомов нижних мочевых путей у больных, перенесших инфаркт миокарда и оперативную реваскуляризацию миокарда.

В 2007–2008 годах в специализированном кардиологическом отделении про-



ходили долечивание 395 мужчин в возрасте от 30 до 75 лет. Все они получали медикаментозное лечение бета-адреноблокаторами, статинами, ингибиторами АПФ, антиагрегантами, диуретиками и нитратами. На фоне проводимого лечения у 147 пациентов (что составило 37%) развились симптомы нижних мочевых путей (ноктурия, поллакиурия), что стало основанием для урологического обследования, включающего общее клиническое исследование, ПСА, анализы секрета простаты, УЗИ мочевого пузыря и оценку предстательной железы по международной шкале IPSS. Наблюдаемые больные разделены на две группы:

- в первую группу вошли 75 больных с гиперплазией предстательной железы, осложненной хроническим простатитом (что составило 51 %), получавших медикаментозное лечение, блокатор 5 α -редуктазы и альфа-адреноблокаторы.

- во 2 группу вошли 72 больных с гиперплазией предстательной железы осложненной хроническим простатитом (что составило 49%), получавших комплексное лечение в урологическом кабинете: магнитно-лазерную терапию, внутриорганный электрофорез с протеолитическими ферментами, санацией предстательной железы и теми же медикаментами (альфа-адреноблокаторами).

В 1 группе результаты по шкале IPSS до лечения составили 24,2 балла, после 19,4 балла, показатели УЗИ – без динамики. Во 2 группе до лечения 14,8 баллов по шкале IPSS, после лечения 3 балла; данные УЗИ – с положительной динамикой в 95% (иллюстрировало эффективность лечения).

Выводы: физические методы лечения значительно повышают эффективность медикаментозной терапии симптомов нижних мочевых путей у больных ИБС. Рекомендованное комплексное лечение не вызывает ухудшения течения заболеваний сердечно-сосудистой системы у больных, проходящих долечивание после инфаркта миокарда и операций на сердце. На этапе долечивания больных, перенесших инфаркт миокарда и оперативную реваскуляризацию миокарда с симптомами нижних мочевых путей, необходимо совместное лечение пациентов кардиологом и урологом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ У ЛИЦ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Либензон Р.Т.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

Цель: изучить эффективность монотерапии гипотиазидом у лиц с мягкой артериальной гипертензией (АГ), где артериальное давление (АД) 140–179 миллиметров ртутного столба систолическое (САД) и 95–104 миллиметров ртутного столба диастолическое (ДАД).

Методы исследования: длительное контролируемое лечение получали 164 мужчин в возрасте от 30 до 54 лет без признаков ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности.

Эффективность оценивали по стабилизации АД ниже 140 и 90 миллиметров

ртутного столба, отсутствию гипертонических кризов и мозговых инсультов, снижению временной утраты трудоспособности в связи с АГ и ее осложнениями. Контроль за уровнем АД осуществлялся на каждом визите к врачу (1 раз в 2 недели, а после достижения оптимального уровня через 4–6 недель 1 раз в месяц).

Контролем служили больные АГ (208 человек), отказавшиеся от длительного приема гипотензивных средств.

Результаты: на фоне лечения гипотензивный эффект наблюдался у 93,2% больных. Побочные действия от длительного применения препарата были выражены в легкой степени, легко устранялись при уменьшении дозы, в трех случаях – назначением верошпирона. Прослеживается четкая связь между регулярностью лечения и заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. В группе наблюдения показатели числа случаев и дней нетрудоспособности в связи с АГ уменьшились в среднем в 2–2,5 раза, а в контрольной – эти показатели выросли почти в 6 раз с развитием мозгового инсульта у 4 больных, у одного больного завершился летальным исходом.

Выводы: наши результаты показывают, что эффективность монотерапии (диуретики) гипотиазидом определяется ее регулярностью, что позволяет сохранить качество жизни больных АГ и предотвратить у них развитие такого грозного осложнения АГ как мозговой инсульт. Наши данные согласуются с результатами как отечественных, так и зарубежных авторов, выделяющие группу диуретиков, как препараты выбора в лечении мягкой АГ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИНАМИЧЕСКИХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Липчанская Т.П., Котельникова Е.В., Полякова Н.В.*, Соколова М.А., Лямина Н.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий;
*МУЗ Клиническая больница № 2, Саратов

Задачами восстановительного лечения при ишемической болезни сердца являются улучшение системной и регионарной гемодинамики, повышение резервных возможностей миокарда, улучшение прогноза заболевания и повышение качества жизни больных.

Целью нашего исследования явилось изучение качества жизни (КЖ) на амбулаторном этапе реабилитации больных ИБС после реваскуляризации миокарда, получавших динамические физические тренировки (ДФТ) умеренной интенсивности.

Нами было обследовано 26 мужчин, средний возраст 48,3 $\pm$ 6,2 года. Больные получали медикаментозную терапию (бета-блокаторы, антиагреганты, статины) в сочетании с динамическими дозированными физическими тренировками умеренной интенсивности (50–60% от толерантности к физической нагрузке). Параметры качества жизни оценивались по опроснику ВОЗКЖ-100 трижды: перед реваскуляризацией миокарда, через месяц после нее и через три месяца проведения ДФТ.

Суммарный показатель КЖ перед проведением реваскуляризации миокар-



да составил $79 \pm 2,6$ балла, при этом у больных отмечались низкие показатели физической сферы до $11,33 \pm 2,5$ баллов, что указывало на физическую боль, дискомфорт, снижение жизненной активности. Также регистрировались низкие показатели духовной сферы, определяющей значимость собственность жизненных установок.

После проведения реваскуляризации миокарда суммарный показатель КЖ возрос до $84 \pm 2,7$ баллов. Пациентами были отмечены уменьшение физической боли, повышение жизненной активности и способности выполнять повседневные дела, улучшение личных отношений и сексуальной активности, при этом сохранялась необходимость приема лекарств.

После курса физической реабилитации суммарный показатель качества жизни повысился до $98 \pm 2,8$ баллов и в большей степени зависел от динамики показателей физической, психологической и духовной сфер. Повышение показателя психологической сферы обусловлено увеличением положительных эмоций, повышением самооценки, улучшением когнитивных функций. В сфере социальных взаимоотношений положительные изменения в большей степени касались субсфер личных отношений и сексуальной активности на протяжении всего периода наблюдения. По результатам исследования показателей сферы независимости прослеживается стойкая тенденция к повышению удовлетворенностью повседневной активностью, подвижностью, работой, снижением зависимости от приема лекарств.

В динамике показателей сферы окружающей среды по завершению курса физических тренировок, отмечено достоверное увеличение на 15% показателя, характеризующего удовлетворенность и доступность медицинской и социальной помощью, и на 20% показателя, характеризующего удовлетворенность финансами, а также рост на 20% показателя, отражающего удовлетворенность возможностью отдыха и развлечений. Значительно (на 30%) увеличился показатель духовной сферы.

Таким образом, применение методики КЖ ВОЗ-100, отражающей показатели качества жизни основных сфер функционирования человека, а также конкретных аспектов жизни, связанных с состоянием здоровья и медицинским вмешательством, дает основание оценивать эффективность кардиологической реабилитации.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ГЕМОДИНАМИКУ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ломакина Н.А., Ефремушкин Г.Г.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул

Цель исследования: изучить влияние физических нагрузок на гемодинамику у пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ) и ИБС.

Материалы и методы: обследованы 20 больных с АГ и ИБС в возрасте от 60 до 89 лет ($73 \pm 8,8$) из них 17 мужчин. У всех пациентов отмечена ХСН, со

средним функциональным классом $1,6 \pm 0,5$. Больные получали фармакотерапию с велотренировками (ВТ) 8–10 занятий на курс лечения (на велоэргометре G X1 фирмы KETTLER). Пациентам проводилась ЭХО-кардиография на аппарате «Vivid 7» (США), дуплексное сканирование плечевой артерии, общей сонной артерии, бедренной артерии справа, в начале и конце курса лечения.

Результаты: после курса лечения с ВТ конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка снизился на 4%, правого желудочка на 5%. Конечный систолический размер (КСР) левого желудочка уменьшился на 5,4%, а правого желудочка 2,4%. Толщина задней стенке левого желудочка уменьшилась на 4%. Размеры левого и правого предсердий не изменились. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка возросла на 8,5%, фракция выброса правого желудочка на 5%. Систолический объем (СО) левого желудочка не изменился, правого желудочка увеличился на 8%. Регистрация трансмитрального потока показателя соотношения пика Е к пику А левого желудочка не изменился, правого желудочка увеличился на 9%. Время изоволюмического расслабления (IVRT) левого желудочка снизилось на 6,3%, правого на 2%. Давление в легочной артерии уменьшилось почти на 4%.

Максимальная скорость (V_{max}) потока крови после лечения на плечевой артерии увеличилась на 7,8%, на общей сонной на 17%, на бедренной на 2%. Минимальная скорость (V_{min}) потока крови увеличилась на плечевой артерии на 20%, на общей сонной 34%, на бедренной 21%. Индекс сопротивления (P_i) потоку крови уменьшился на плечевой артерии на 3%, на общей сонной артерии на 5,4%, на бедренной на 5,2%. Скорость распространения пульсовой волны возросла на плечевой артерии на 16,5%, на общей сонной артерии на 5%, на бедренной 4%. Удельная кинетическая энергия (h_v) крови при V_{max} на плечевой артерии увеличилась на 14%, а при V_{min} на 47%. На общей сонной артерии h_v при V_{max} возросла на 59%, при V_{min} 80%. На бедренной артерии h_v при V_{max} увеличилась на 17,5%, при V_{min} на 46%. Объем притекающей крови (Q_v) при V_{max} на плечевой артерии увеличился на 12%, а при V_{min} на 32,5%. На общей сонной артерии Q_v при V_{max} возрос на 14,6%, при V_{min} на 38%. На бедренной артерии Q_v при V_{max} увеличился на 8,8%, а при V_{min} на 2%.

Таким образом, включение физических нагрузок в комплекс терапии больных пожилого возраста с кардиологической патологией способствует улучшению функционального состояния сердечнососудистой системы, ремоделированию миокарда, улучшению кровотока в магистральных артериях.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н.П., Котельникова Е.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий

Широкое использование чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) предъявляет новые требования к ведению пациентов с ИБС, основанные на до-



казательных знаниях в этой области. Внедрение медицинских информационных систем должно обеспечить врача оперативной высококачественной информацией для принятия правильных лечебно-диагностических решений в определении тактики ведения пациента.

Цель исследования: оценить эффективность реабилитационно-профилактических мероприятий с использованием компьютеризированной системы поддержки врачебных решений (СПВР) у пациентов с ИБС после ЧКВ.

В исследование включено 42 больных (39 мужчин и 3 женщины, средний возраст $52,3 \pm 5,6$ лет) после ЧКВ (коронарной ангиопластики, стентирования). В группе исследования ($n = 20$, использовались контролируемые физические тренировки – КФТ) выделено 2 подгруппы, в одной из которых тактика выбора режима КФТ определялась с использованием разработанной в Сар НИИ кардиологии компьютеризированной СПВР ($n = 10$). Система принятия решений использовала клинические показатели (число приступов стенокардии, признаки сердечной недостаточности), результаты стресс-теста с физической нагрузкой (расчетной индекс Дюка), ангиографические результаты (число устраненных при ЧКВ стенозов, число и выраженность неустраненных стенозов). В подгруппе с использованием СПВР проводилось промежуточное (ежемесячное) тестирование пациентов на тредмиле.

После 6 мес. КФТ в группе КФТ по сравнению с контрольной отмечено снижение числа рестенозов (3,5% и 11,8% соответственно) при достоверном увеличении толерантности к физической нагрузке (ТФН; $8,8 \pm 2,4$ МЕ и $6,4 \pm 0,2$ МЕ) и суммарного показателя качества жизни ($97,1 \pm 2,8$ и $86,4 \pm 7,6$ баллов). При анализе эффективности реабилитации в подгруппе использования СПВР отмечено лишь достоверное увеличение ТФН по сравнению с подгруппой, где выбор режима физических тренировок определялся традиционно. Существуют объективные сложности, связанные с количественной оценкой эффективности применения СПВР. Поэтому результатами исследования мы также считаем увеличение приверженности пациента к реабилитационно-профилактическим мероприятиям в подгруппе СПВР (91% против 84%). Кроме этого, в этой подгруппе СПВР отмечено снижение числа врачебных ошибок при выборе режима физических тренировок на 30%. Анализ врачебных ошибок выявил наиболее частые из них:

- 1) недооценка ангиографических данных пациента, перенесшего ЧКВ
- 2) недооценка количественных показателей прогноза сердечно-сосудистых осложнений у пациента с ИБС. Использование включенной в компьютеризированную СПВР функции автоматического расчета показателей позволило существенно сократить ошибки подобного рода и значительно сократило время консультации, посвященной подбору режима КФТ, при этом снизив временные затраты на оформление документации для истории болезни.

Таким образом, применение компьютеризированной СПВР на этапе реабилитации пациентов с ИБС после ЧКВ позволяет увеличить эффективность реабилитационно-профилактических мероприятий у пациентов с ИБС после ЧКВ.

ВСЕ ЛИ ПАЦИЕНТЫ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ИМЕЮТ ВЫСОКИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК?

Мамедов М.Н., Поддубская Е.А., Токарева З.Н., Евдокимова А.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины

В проспективных исследованиях было продемонстрировано, что у лиц с метаболическим синдромом сердечно-сосудистый риск выше по сравнению с общей популяцией. Однако в новых европейских рекомендациях по сахарному диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям подчеркивается, что по информативности он может не иметь преимуществ перед таблицами оценки риска составленных на основании сердечно-сосудистых факторов риска (класс рекомендаций II, уровень доказательства B).

Целью исследования являлась определение преимуществ и ограничения оценки сердечно-сосудистого риска по европейской шкалы SCORE у лиц с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: в исследование были включены 288 мужчин и женщин в возрасте 40–59 лет с АГ I–II степени (ESH, 2007). Всем пациентам проводилась анкетирование, определение роста, массы тела, окружности талии, АД, ЧСС, липидный спектр, уровень сахара натощак и через 2 часа после приема 75 г глюкозы. Метаболический синдром был диагностирован по критериям NCEP ATP III (2001). Суммарный сердечно-сосудистый риск определялся по европейской шкале SCORE (пол, возраст, статус курения, систолическое АД и уровень общего ХС).

Результаты: среди пациентов с АГ I–II степени у 30,8% выявлен высокий суммарный риск развития сердечно-сосудистых событий по таблице SCORE. Метаболический синдром выявлен у 32% пациентов. Среди лиц с высоким сердечно-сосудистым риском отмечено 6% пациентов с АГ без наличия других факторов риска, 21% с сочетанием двух факторов риска (АГ и ожирение или гиперлипидемия), 30% с наличием трех факторов риска (АГ, гиперХС и ожирение) и 43% пациентов с метаболическим синдромом.

У лиц с различными вариантами метаболического синдрома высокий сердечно-сосудистый риск выявлен только у каждого второго пациента. Так, среди лиц с абдоминальным ожирением, дислипидемией и НТГ (IGT) у 46,2%, среди лиц с АГ, абдоминальным ожирением и НТГ у 32,2%, среди лиц с АГ, абдоминальным ожирением, дислипидемией и НТГ у 51,9% выявлен высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск. С другой стороны, на момент скрининга у 60% лиц с метаболическим синдромом выявлены различные сердечно-сосудистые события (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и стенокардия напряжения).

Заключение: только у 45% лиц с метаболическим синдромом выявляется высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (европейская таблица SCORE), что определяется наличием 5 факторов риска. У лиц с метаболическим синдромом для разработки стратегии профилактики сердечно-сосудистых событий наряду с определением суммарного сердечно-сосудистого риска также



необходимо учитывать другие его компоненты (абдоминальное ожирение, НТГ, низкий ХС ЛВП, гипертриглицеридемию), которые имеют высокую прогностическую значимость.

РАССТРОЙСТВА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Маркин С.П., Маркина В.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Введение: частота развития патологии головного мозга после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) варьирует от 2 до 8% (в среднем составляя 5%). Согласно классификации Roach G.W. et al. (1996) неврологические осложнения операций на сердце подразделяют на осложнения со стороны центральной нервной системы (инсульт, когнитивные расстройства) и осложнения со стороны периферической нервной системы (повреждения плечевого сплетения и др.). При этом наиболее часто встречаются нарушения когнитивных функций (по данным различных авторов от 12 до 79%).

В настоящее время считается, что основными механизмами повреждения головного мозга у больных, перенесших АКШ в условиях искусственного кровообращения, являются: эмболия (микро/макроэмболия); снижение мозговой перфузии; контактная активация клеток крови в ходе искусственного кровообращения; метаболические нарушения (Ю.Л. Шевченко и др., 1997). Кроме того, необходимо отметить, что само действие наркоза негативно влияет на когнитивные функции (Н.А. Шнайдер, 2005).

Цель: определить степень влияния АКШ на когнитивные функции пациентов в раннем послеоперационном периоде и возможность их коррекции с помощью препарата танакан.

Методы исследования: в исследовании приняли участие 27 больных (25 мужчин и 2 женщины) после АКШ, давностью 2 недели, средний возраст составил 56,5 лет. Степень нарушения когнитивных функций определялась с помощью теста «5» слов, пробы Шульте и теста «рисования» часов.

Полученные результаты: как показали наши наблюдения, нормальные результаты тестов имели только 2 человека (7,4%), а 25 человек (92,6%) – нарушения когнитивных функций различной степени выраженности. Так, результаты теста «5» слов: непосредственное воспроизведение $4,2 \pm 0,1$, отсроченное воспроизведение $3,3 \pm 0,2$ слов, пробы Шульте $53,3 \pm 2,8$ сек. и теста «рисования часов» $7,8 \pm 1,3$ баллов. Всем пациентам с нарушением когнитивных функций в последующем назначался препарат танакан в суточной дозе 120 мг (по 40 мг 3 раза в день) на протяжении 2,5 месяцев.

Повторное тестирование показало значительное улучшение нарушенных когнитивных функций. Так, результаты теста «5» слов: непосредственное воспроизведение $4,9 \pm 0,1$ ($p < 0,001$), отсроченное воспроизведение $4,2 \pm 0,2$ слов ($p < 0,01$), пробы Шульте $38,6 \pm 2,5$ сек. ($p < 0,001$) и теста «рисования часов» $8,6 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,01$).

Заключение: у больных после АКШ более чем в 90% случаев выявляются расстройства когнитивных функций. Однако применение препарата танакан способствовало улучшению нарушенных когнитивных функций. При этом представляется перспективным применение данного препарата до оперативного вмешательства с целью уменьшения негативного влияния операции на когнитивные функции пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ БЕТА-АДРЕНО-БЛОКАТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

Марченко Е.Н., Козиопова Н.А., Смирнова Е.Н.

МУЗ КМСЧ № 1, Медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера, Пермь

Цель исследования: оценить в сравнительном плане влияние селективных и неселективных бета-адреноблокаторов на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных тиреотоксической миокардиодистрофией.

Материалы и методы: проведено клиническое сравнительное проспективное исследование. Выделены 2 группы больных ХСН на фоне тиреотоксической миокардиодистрофии. Первая группа ($n = 25$) больных получала селективный бета-адреноблокатор – бисопролол методом титрации до достижения средней дозы $8,2 + 1,6$ мг – 1 раз в сутки в комплексной терапии ХСН и тиреотоксикоза, вторая группа ($n = 24$) – неселективный бета-адреноблокатор – пропранолол без титрации дозы, рекомендованный эндокринологом, в комплексной терапии ХСН и тиреотоксикоза. Для лечения ХСН в обеих группах из ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента использовался эналаприл методом титрации до достижения средней суточной дозы $15,8 + 6,3$ мг в 2 приема в первой группе и $13,7 + 8,0$ мг во второй группе. Длительность лечения составила 6 месяцев. Всем больным до и после лечения проводились оценка клинического состояния по шкале ШОКС (В.Ю. Мареев, 2000), оценка качества жизни согласно опроснику MLHFQ (T.Rector and J.Cohn), эхокардиография с оценкой систолической функции сердца. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ХСН и тиреотоксикоза, сопутствующей патологии, в том числе кардиальной, структуре дополнительной лекарственной терапии.

Результаты: в ходе лечения средний балл по шкале ШОКС в первой группе снизился достоверно на $43,4 + 9,7$ %, как в сравнении с исходом ($p < 0,001$), так и в сравнении со второй группой, динамика среднего балла по шкале ШОКС в которой составила $24,5 + 6,8$ % ($p < 0,001$). Средний ФК ХСН после лечения в первой группе был достоверно ниже, чем во второй группе и составил соответственно $2,0 + 0,3$ и $2,3 + 0,5$ ($p = 0,014$). На фоне терапии бета-адреноблокаторами в комплексном лечении качество жизни достоверно улучшилось в обеих группах. Динамика баллов, отражающих качество жизни по Миннесотскому опроснику, была достоверно более значимой в первой группе, чем во второй: $41,2 + 10,8$ % против $28,9 + 9,2$ % ($p < 0,001$). За 6 месяцев комбинированной терапии отмечено достоверно более значимое улучшение систолической функции сердца в



первой группе, чем во второй группе. Фракция выброса левого желудочка в первой группе увеличилась на $9,6 \pm 3,6\%$, во второй группе – $7,1 \pm 3,4\%$ ($p = 0,014$); конечный диастолический объем левого желудочка уменьшился соответственно на $18,2 \pm 8,2\%$ и $12,5 \pm 8,8\%$ ($p = 0,023$); конечный систолический объем левого желудочка – на $12,8 \pm 6,7\%$ и $8,3 \pm 6,5\%$ соответственно ($p = 0,021$). До лечения 80,0% пациентов в первой группе и 83,3% во второй группе имели относительную недостаточность митрального клапана. Через 6 месяцев терапии 84,0% больных в первой группе не имели регургитации, у 75,0% больных второй группы митральная регургитация сохранялась ($p = 0,041$).

Выводы: в ходе 6-месячной терапии селективным бета-адреноблокатором бисопрололом в комплексном лечении больных ХСН на фоне тиреотоксической миокардиодистрофии динамика клинической симптоматики ХСН, качества жизни, систолической функции сердца была достоверно лучше, чем при назначении неселективного бета-адреноблокатора – пропранолола, назначаемого рутинно эндокринологами при развитии тиреотоксикоза без оценки наличия ХСН.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвиенко Е.Е.

ГУЗ «ВОКБ № 2», Воронеж

С наступлением менопаузы увеличивается частота артериальной гипертензии (АГ), а также психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у женщин. Наличие психосоматических расстройств ухудшает течение и прогноз АГ, снижает качество жизни и приверженность лечению.

Цель: оценить распространенность психовегетативных нарушений у пациенток с АГ в постменопаузе на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: в условиях поликлиники № 1 ГУЗ «ВОКБ № 2» обследованы 103 женщины от 51 до 72 лет в состоянии постменопаузы с эссенциальной АГ. Средний возраст составил $60,7 \pm 0,5$ года; длительность заболевания – $10,7 \pm 0,7$ года; менопаузы – $10,0 \pm 0,6$ лет. 60% пациенток работали. Наличие психопатологических расстройств выявлялось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы астенического состояния (ШАС); вегетативных нарушений – опросника А.М. Вейна. Для оценки психосоциального стресса и стрессоустойчивости использовался тест Холмса-Рея.

Результаты: у большинства пациенток были выявлены психопатологические нарушения, чаще всего – тревожные расстройства, проявлявшиеся беспокойством, страхом, напряженностью, чувством неспособности справиться с текущей ситуацией и т.п. При тестировании по шкале HADS у 88 (85,4%) женщин диагностировано повышение уровня тревоги; из них у 28 (31,7%) человек – субклинические, у 60 (68,3%) – клинически значимые проявления тревоги. Депрессивная симптоматика была выявлена у 70 (67,9%) больных; из них у 33 (47,4%) человек – субклинические, у 37 (52,6%) – клинически значимые проявления депрессии. Средний уровень тревоги составил – $9,8 \pm 0,5$ балла; депрессии –

$8,1 \pm 0,6$ балла (в норме – до 7 баллов). У 71 (68,9%) женщины обнаружено сочетание симптомов тревоги и депрессии. Диссомнические расстройства отмечались у 86 (83,5%) пациенток. У 65 (63,1%) женщин выявлялся астенический синдром (общая и психическая слабость, повышенная истощаемость, раздражительность и т.п.). Средний индекс астении составил $62,8 \pm 5,6$ балла (в норме – до 50 баллов). 82 (79,6%) пациентки отметили длительные стрессовые ситуации, конфликты в семье и на работе. Оценка уровня психосоциального стресса показала повышение стрессодоступности у данной категории больных. Средний балл по шкале Холмса-Рея составил – $220,9 \pm 14,5$ балла (при норме – до 60 баллов). У 101 (98,1%) пациентки отмечались вегетативные расстройства: потливость, головные боли, головокружение, сердцебиение, кардиалгии, ощущение затруднения дыхания, проявления феномена Рейно и др. Средний балл по опроснику А.М. Вейна составил $43,5 \pm 1,5$ балла (в норме – до 15 баллов).

Заключение: у большинства женщин в постменопаузе с АГ отмечаются смешанные тревожно-депрессивные расстройства, астенический синдром, пониженная стрессоустойчивость, а также вегетативные нарушения. Изменения психовегетативного статуса необходимо учитывать для повышения эффективности лечения АГ у данной категории больных и проведения психологической реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Медведева В.Н., Ярков А.М., Медведев В.Н., Кулибаба Е.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Городская больница № 3, Владимир

Цель: определить эффективность лечения больных острым неосложненным инфарктом миокарда (ОИМ) с зубцом Q с включением в комплексную терапию лизиноприла в зависимости от тромболитической терапии.

Материалы и методы: проведено лечение 2 групп больных ОИМ с локализацией в переднеперегородочной области левого желудочка. 1 группа – 45 больных ОИМ с включением в комплексную терапию больных лизиноприла (диротона) в дозе от 2,5 до 10 мг/с, в возрасте $56,4 \pm 5,8$ лет, преобладали мужчины (30), которым проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ) с использованием актилизе, 2 группа больных ОИМ без ТЛТ: 35 больных (25 мужчин) с лизиноприлом в дозе 2,5–10 мг/с в возрасте $58,2 \pm 6,2$ лет и 19 больных (12 мужчин) без лизиноприла (имелись противопоказания) в возрасте $59,4 \pm 7,1$ года.

Результаты: в 1 группе больных с ТЛТ на 1–2 дня раньше исчезал болевой синдром в области сердца, на 1–4 дня быстрее снижался сегмент ST по сравнению со 2 группой больных без ТЛТ. Конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка через 2–2,5 недели лечения лизиноприлом достоверно снизились ($p < 0,05$, $p < 0,0002$), фракция выброса (ФВ) левого желудочка оставалась одинаковой.

Во 2 группе больных без ТЛТ как с лизиноприлом, так и без него через 2–2,5 недели лечения КСО, ФВ левого желудочка достоверно не изменились, од-



нако КДО левого желудочка в группе больных, получавших лизиноприл достоверно уменьшился ($p < 0,05$), что свидетельствует об уменьшении преднагрузки.

Выводы:

1. Клинический эффект и показатели центральной гемодинамики у больных ОИМ с ТЛТ (актилизе) был более выражен по сравнению с группой больных без ТЛТ с включением в комплексную терапию лизиноприла.

2. Через 2–2,5 недели от начала терапии лизиноприл в комплексной терапии с ТЛТ достоверно снижал КСО и КДО.

3. У больных ОИМ без ТЛТ через 2–2,5 недели в группе больных с лизиноприлом достоверно уменьшался КДО; КСО и ФВ значительно не изменялись. У больных без ТЛТ и без лизиноприла отмечалась тенденция к увеличению КСО и КДО; ФВ левого желудочка не изменялась.

АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ДИЕТА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ

Медведева В.Н., Курицына С.И., Медведев В.Н., Закаряя М.Г.

Ивановская государственная медицинская академия, ОКБ г. Владимира, Иваново

Цель: определить в динамике выраженность атеросклероза общих сонных артерий (ОСА) и брюшной аорты (БА) и изменения показателей липидного спектра крови под влиянием антиатеросклеротической диеты.

Материалы и методы: обследованы в динамике 42 больных ЖКБ. Средний возраст больных был $52,5 \pm 2,5$ лет, преобладали женщины – 24 человека. Проводилось общеклиническое обследование больных, комплекс ультразвуковых, рентгенологических и лабораторных методов обследования. Антиатеросклеротическая диета назначалась в среднем в течение $11 \pm 1,1$ мес. (от 8 мес. до 1,5 лет). Контрольную группу составляли 167 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

Результаты: у больных ЖКБ атеросклеротические изменения в БА (уплотнение и утолщение стенок, атеросклеротические бляшки) выявлены у 72,3% больных. У 58,4% пациентов наблюдались признаки атеросклероза ОСА (уплотнение и утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) у 66,7%, у 50% больных – атеросклеротические фиброзные бляшки, у 27,7% – извитость внутренней СА, у 33,3% – снижение скорости кровотока по позвоночным артериям. По сравнению с контролем атеросклероз БА и ОСА был значительно выражен ($p < 0,001$).

Средний уровень общего холестерина (ОХ) сыворотки крови был $6,78 \pm 0,14$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – $3,76 \pm 0,14$ ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – $0,9 \pm 0,05$ ммоль/л, коэффициент атерогенности был повышен у 50% больных ($p < 0,01$ по сравнению с контролем).

При динамическом ультразвуковом исследовании БА через 1,5 года не выявлено прогрессирования атеросклероза; в ОСА у 2 пациентов (5,6%) отмеча-

лось частичное регрессирование атеросклеротического процесса (уменьшение локального утолщения КИМ в области бифуркации сонных артерий на 0,01 мм); у остальных больных атеросклеротические изменения были прежние.

После лечения достоверно снизились уровни ОХ сыворотки крови на 16,8% ($p < 0,01$), ТГ – на 26,8% ($p < 0,01$), ХС ЛПНП – на 17,9% ($p < 0,01$); увеличился ХС ЛПВП – на 13,9% ($p < 0,05$); в 33,4% случаев снизился коэффициент атерогенности.

Выводы:

1. При ЖКБ имеется достоверное по сравнению с контролем повышение атерогенных липидов и снижение ХС ЛПВП сыворотки крови.

2. Антиатеросклеротическая диета в течение $11 \pm 1,1$ месяцев достоверно улучшала показатели липидов сыворотки крови.

3. По данным ультразвукового исследования под влиянием антиатеросклеротической диеты через 1,5 года наблюдалась стабилизация атеросклеротических изменений в брюшной аорте и некоторая регрессия толщины КИМ в сонных артериях (5,6%).

ОПЫТ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Медынцева Ю.В., Кузнецов А.Н., Мазалов К.В., Советская Е.В., Григорьева Н.Ю.

ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, МЛПУ «Городская клиническая больница № 5», Нижний Новгород

Цель исследования: изучение гемодинамических и метаболических эффектов физической реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Методы: в группу наблюдения вошло 24 человека со стенокардией напряжения II – III функционального класса в сочетании с СД-2, средний возраст $58,6 \pm 5,34$ лет, длительность СД-2 составила от 1 до 25 лет, длительность ИБС составила 3–15 лет. Все пациенты выполняли комплекс упражнений лечебной физкультуры с последующей тренировкой на велотренажере со средней тренирующей нагрузкой $37,5 \pm 13,7$ Вт, количество занятий составило $25 \pm 7,83$ (кратность занятий 3 раза в неделю в течение 2–3 месяцев). В покое, на пике нагрузки и в восстановительном периоде проводился контроль гемодинамических параметров (АД, ЧСС) и контроль глюкозы крови глюкометром Accu-Chek Go (Roche), Германия. Коррекции медикаментозной терапии не проводилось.

Результаты: через 3 месяца физической реабилитации выявлено снижение систолического артериального давления (САД) в покое с $143,8 \pm 12,2$ мм рт. ст. до $130 \pm 14,3$ мм рт. ст. ($p = 0,009$), диастолического артериального давления (ДАД) покоя с $86,9 \pm 5,9$ мм рт. ст. до $77,3 \pm 8,1$ мм рт. ст. ($p = 0,0398$). На пике нагрузки САД снизилось с $165 \pm 19,5$ мм рт. ст. до $148,5 \pm 15,1$ мм рт. ст. ($p = 0,01$), ДАД снизилось с $90,6 \pm 8,6$ мм рт. ст. до $84,6 \pm 10,1$ мм рт. ст. ($p = 0,19$). Произошло снижение ЧСС в покое с $64,5 \pm 7,7$ в минуту до $61,37 \pm 6,137$ в минуту и на нагрузку с $91,6 \pm 11,5$ в минуту до $86,5 \pm 6,5$ в минуту.



В гликемическом профиле через 3 месяца отмечено снижение глюкозы с $7,5 \pm 2,0$ ммоль/л до $6,3 \pm 1,2$ ммоль/л и на пике физической нагрузки с $6,3 \pm 1,2$ ммоль/л до $5,3 \pm 1,3$ ммоль/л.

Заключение: дозированные физические нагрузки оказывают благоприятный гемодинамический и метаболический эффект у больных ИБС в сочетании с СД-2: достоверно снизилось САД и ДАД покоя, САД на пике физической нагрузки, отмечалась тенденция к снижению ЧСС покоя, ДАД и ЧСС на пике физической нагрузки и к снижению уровня глюкозы в покое и на пике физической нагрузки. Режим дозирования физических нагрузок требует дальнейшего изучения.

ДИНАМИКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИОФОРОМ

Мельчинская Е.Н., Громнацкий Н.И., Сошникова Н.М.

ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, Курск

Цель: исследовать динамику риска развития ИБС у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с артериальной гипертонией (АГ) при лечении сиофором.

Методы исследования: обследованы 26 больных (21 женщин / 5 мужчин) в возрасте 41–65 лет с СД 2 типа легкой и средней тяжести и АГ II ст. Стаж диабета составил $7,28 \pm 2,36$ лет, АГ – $8,56 \pm 2,73$ года. Сиофор назначен в дозе 500–1700 мг в сутки в 1–2 приема. Гипотензивная терапия не менялась. Оценивали состояние углеводного обмена по уровню Тошчаковой и постпрандиальной гликемии и риск развития ИБС по индексу атерогенности (ИА), отношению общего холестерина к липопротеидам высокой плотности (ОХС/ЛПВП) и отношению липопротеидов низкой плотности к ЛПВП (ЛПНП/ЛПВП). Наблюдение – 12 нед.

Полученные результаты: к завершению курса терапии выявлено снижение гликемии натощак (13,2%) и через 120 мин. Теста с пищевой нагрузкой (16,4%), $p < 0,05$. Отмечена Положительная динамика всех факторов риска: ИА (27,1%), отношения ОХС/ЛПВП (16,0%) и ЛПНП/ЛПВП (25,0%), $p < 0,01$ во всех случаях.

Заключение: у больных сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертонией сиофор, наряду с улучшением состояния углеводного обмена, снижает риск развития ИБС, что является еще одним аргументом его назначения пациентам данной категории.

ОЦЕНКА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Микашинович З.И., Суроедова Р.А., Олемпиева Е.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Ведущее место в структуре смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых катастроф принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС). Однако в последнее время возросло количество больных с повторными коронарными катастрофами, в частности постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и повторным острым инфарктом миокарда (ПОИМ). Известно, что заболевания сердечно-сосудистой системы сопровождаются изменениями не только со стороны насосной функции сердца, но и функционирования системы крови в целом. В этой связи целью исследования явилась оценка кислородтранспортной функции крови у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и повторным острым инфарктом миокарда.

На основании данных анамнеза, ультразвукового и электрокардиографического исследования сердца выделены следующие группы обследуемых. Группа сравнения представлена 22 пациентами обоих полов с ИБС, возраст которых составил в среднем $38 \pm 3,7$ лет. Клиническая группа №1 представлена 118 пациентами обоих полов с ПИКС, возраст которых в среднем составил $46,3 \pm 2,7$ лет. Клиническая группа №2 представлена 126 пациентами с повторным острым инфарктом миокарда, развившимся на фоне постинфарктного кардиосклероза. Материалом для исследования выбраны эритроциты, где определяли концентрации 2,3 – дифосфоглицерата (2,3 – ДФГ), пировиноградной (ПВК) и молочной (лактат) кислот.

Установлено, что у пациентов клинической группы №1 отмечается уменьшение концентрации 2,3 – ДФГ на 8,5%, что свидетельствует о снижении кислородной емкости крови и может служить защитной реакцией организма, направленной на снижение оксидативных процессов. Необходимо подчеркнуть, что у этой группы пациентов отмечается активация аэробного пути катаболизма глюкозы. Концентрация ПВК превышает показатели группы сравнения на 30,2% на фоне менее значимого роста концентрации лактата на 10,0%. Это свидетельствует об активации энергопродуцирующих циклов и может говорить о формировании адаптации кардиомиоцитов и эритроцитов в условиях повреждения сердечной мышцы. По-видимому, сохранение адаптивного потенциала эритроцитов и кардиомиоцитов является благоприятным прогностическим признаком и может служить биохимическим критерием эффективности проводимой терапии. Развитие ПОИМ характеризуется иными изменениями газотранспортной функции крови. Так, установлено снижение концентрации 2,3 – ДФГ на 44,5%. Очевидно, что снижается функциональная активность красных клеток крови. Данное предположение документируется снижением интенсивности гликолитических процессов – уменьшается концентрация лактата на 8,5% при отсутствии изменений концентрации ПВК. По-видимому, гиподинамия эритроцитов является общей реакцией организма, направленной на снижение оксидативных процессов в поврежденных кардиомиоцитах. Такие изменения способствуют запуску липидной перокси-



дации и апоптозу в ишемизированной зоне. Можно полагать, что снижение кислородтранспортной функции крови в острый период повторного инфаркта миокарда является физиологически обоснованной, так как активируются процессы апоптотической гибели поврежденных кардиомиоцитов, что способствует уменьшению зоны некроза.

ФИЗИЧЕСКОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Миллер О.Н., Скурихина О.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет

Физическое функционирование (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок, является одним из основных показателей качества жизни (КЖ) пациентов с любыми заболеваниями, в том числе, сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования являлась оценка показателей ФФ у пациентов, перенесших Q-позитивный инфаркт миокарда (ИМ), при отсутствии или наличии у таковых пароксизмальной или постоянной форм фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: в исследование включены 177 больных (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ года), с Q-позитивным ИМ и в зависимости от отсутствия или наличия пароксизмальной или постоянной форм ФП, эти пациенты разделены на три группы. В 1-ую группу вошел 61 больной без эпизодов ФП, 2-ая группа представлена 59 пациентами, у которых имела место пароксизмальная форма ФП (длительность ≤ 7 -ми дням) и 3-я группа включала 57 больных с постоянной формой ФП. Оценка показателей ФФ оценивалась с помощью анкеты-опросника SF-36.

Результаты исследования: по разделу ФФ, средний показатель в 1-ой группе составил $53,55 \pm 0,65$ балла, во 2-ой группе $35,75 \pm 0,29$ ($p < 0,05$) и в 3-ей – $32,25 \pm 0,19$ балла ($p < 0,01$), что свидетельствует о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья, не только в связи перенесенным ИМ, но за счет имеющихся нарушений сердечного ритма. Выявлена корреляционная зависимость показателей ФФ от ФК ХСН. Средний показатель КЖ в 1-ой группе составил по ФФ $57,35 \pm 0,38$ баллов против $39,45 \pm 0,17$ ($p < 0,05$) и $35,13 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,05$) во 2-ой и 3-ей группах. При II ФК ХСН средний балл составил $49,75 \pm 0,27$ в 1-ой группе против $31,75 \pm 0,12$ и $35,13 \pm 0,1$ баллов во 2-ой и 3-ей ($p < 0,05$). Таким образом, КЖ больных со II ФК ХСН, но без нарушений ритма было статистически достоверно выше, чем в группах пациентов с пароксизмальной и постоянной ФП на 31,2% и 38,7% соответственно. При III ФК ХСН КЖ было достоверно выше в 1-ой группе по сравнению со 2-ой и 3-ей – на 36,2% и 41% соответственно. Отмечено, что достоверной разницы в показателях ФФ у пациентов, имеющих либо пароксизмальную, либо постоянную формы ФП нет, независимо от ФК ХСН.

Выводы: КЖ пациентов при отсутствии нарушений сердечного ритма по всем составляющим ФФ достоверно выше КЖ пациентов, у которых перенесен-

ный Q-ИМ осложнился пароксизмальной (на 33,2%) или постоянной формой ФП (на 39,8%). Показатели ФФ у пациентов, имеющих пароксизмальную или постоянную формы ФП достоверно не различаются (9,8%). Увеличение ФК ХСН ухудшает показатели КЖ по разделу физического функционирования независимо от наличия пароксизмальной или постоянной ФП, что еще раз подчеркивает значимость приверженности пациентов к традиционной терапии основного заболевания, приведшему к нарушению сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий.

ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Миллер О.Н., Скурихина О.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет

ИБС, в том числе инфаркт миокарда (ИМ), могут стать психотравмирующими факторами, провоцирующими депрессию, а тревожное состояние и депрессия, в свою очередь, ассоциируются с рецидивирующими, продолжительными приступами стенокардии, нарушениями сердечного ритма, высокой частотой коронарных событий.

Цель: изучение частоты тревожной и депрессивной симптоматики у больных с постоянной и пароксизмальной форм фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: в исследование включено 177 больных (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ года), перенесших Q-позитивный ИМ. В зависимости от отсутствия или наличия пароксизмальной/постоянной форм ФП, пациенты были разделены на три группы. первую группу составили 61 пациент, у которых отсутствовали эпизоды ФП, 2-ая группа представлена 59 пациентами, имеющими пароксизмальную форму ФП (длительность ≤ 7 -ми дням) и 3-я группа включала 57 больных с постоянной ФП. Для оценки психического функционирования использовалась субъективная шкала HDRS, разработанная Zigmond A.S. и Snait R.P. (1983).

Результаты: клинический уровень тревоги был выявлен у 15 пациентов (36,6%) 2-ой группы (средний балл составил $13,2 \pm 1,33$), у 26 больных (63,4%) в 3-ей группе ($12,9 \pm 1,24$ балла), что было достоверно выше, чем у 14 пациентов 1-ой группы (36,8%), не имеющих нарушений сердечного ритма ($12,4 \pm 1,23$ балла) ($p < 0,05$). Субклинический вариант тревоги имел место у 26 (63,4%) пациентов 2-ой группы ($9,1 \pm 1,15$ балла), у 17 (34,7%) больных 3-ей группы ($9,21 \pm 1,13$ балла), что также было достоверно выше ($p < 0,05$), чем у 24 больных (39,3%) 1-ой группы ($8,5 \pm 1,12$ балла).

Уровень клинической депрессии в 1-ой группе наблюдался у 16 (37,2%) из 43 пациентов ($12,5 \pm 1,24$ балла), субклинической депрессии – у 27 (62,8%) больных ($8,1 \pm 1,15$ балла), тогда как во 2-ой группе симптомы клинической депрессии отмечены у 18 (37,5%) из 48 больных ($13,7 \pm 1,31$ балла), субклинической депрессии у 30 (62,5%) (9,0 $\pm 1,15$ балла). В 3-ей группе клиническая депрессия выявлена у 32 (62,7%) из 51 пациента ($13,9 \pm 1,32$ балла), субклиническая – у



19 (37,3%) пациентов (9,5 + 1,13 балла), что было достоверно выше, чем у больных не имеющих нарушений сердечного ритма ($p < 0,05$).

Выводы: больные, перенесшие Q-позитивный ИМ, имеют клинически значимую тревожную симптоматику в 31,1% случаев, депрессивную – в 48%, причем уровень тревоги и депрессии более выражен у больных, имеющих нарушения сердечного ритма в виде пароксизмальной или постоянной форм ФП. У 23,3% больных с наличием пароксизмальной и у 28,4% больных с постоянной формами ФИ имеет место усиление уровня клинической тревоги на 8,3%, депрессии на 9,7% по сравнению с больными, не имеющими нарушений сердечного ритма.

ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЦЕНТРЕ СЕРДЕЧНОЙ МЕДИЦИНЫ «ЧЕРНАЯ РЕЧКА»

Мисюра О.Ф., Зобенко И.А., Шестаков В.Н.

Центр сердечной медицины «Черная речка», Санкт-Петербург

Кардиологическая реабилитация – сложная медико-социальная система, включающая медицинский, физический, психологический и социально-экономический аспекты. Достижение основных целей реабилитации – восстановление физической активности, психологического статуса, улучшение качества жизни и прогноза – требует выработки единой методологии построения индивидуальных реабилитационных программ.

В Центре сердечной медицины «Черная речка» ежегодно реабилитируется около 2500 кардиологических больных. Очевидно, что для организации реабилитационного процесса столь большого количества пациентов с разной патологией необходима стратификация с формированием однородных групп.

В качестве стратификационных критериев используются клинические признаки и данные инструментального исследования, позволяющие оценить объем инфаркта миокарда, состояние коронарного кровотока, выявить признаки электрической нестабильности миокарда и миокардиальной дисфункции. Наиболее разработана риск-стратификация больных, перенесших инфаркт миокарда. Эту же методологию, но с дополненным алгоритмом стратификации, можно использовать для характеристики других групп пациентов – после АКШ, протезирования клапанов сердца, хирургического лечения аритмий.

Реабилитационные мероприятия должны проводиться в четкой последовательности с соблюдением стандартов обследования и лечения. Последовательность санаторного этапа реабилитации: стратификация с определением класса тяжести и реабилитационного потенциала – оценка длительности периода адаптации и выбор степени физической активности на период адаптации – проведение функциональных (нагрузочных) проб для оценки уровня физической активности в основном (тренирующем) периоде реабилитации – коррекция медикаментозной терапии и физиотерапевтические методы лечения с достижением целевых уровней основных гемодинамических и биохимических показателей – урегулирование психологического статуса – диета – оценка достигнутых результа-

тов на санаторном этапе реабилитации и формулирование рекомендаций на амбулаторно-поликлинический этап.

Поступающие в санаторий больные имеют разную степень готовности к физическим нагрузкам. Большинство больных (от 55% до 70%) осваивают в стационаре лишь III степень физической активности и от 30% до 45% больных достигают степени IV. После периода адаптации и проведения нагрузочных проб проводятся тренирующий этап физической реабилитации с использованием нагрузок малой и средней интенсивности, эффективность и безопасность которых имеет доказательную базу. Более половины больных к окончанию санаторного этапа реабилитации повышают физическую активность как минимум на одну ступень. Около 20% больных достигают VI степени физической активности, около 10% восстанавливают способность к бытовым нагрузкам и самообслуживанию и лишь в отдельных случаях отмечается ограничение физической активности в связи с ухудшением состояния.

В целом технология реабилитации повышает ее эффективность.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АКШ В ЦЕНТРЕ СЕРДЕЧНОЙ МЕДИЦИНЫ «ЧЕРНАЯ РЕЧКА»

Мисюра О.Ф., Зобенко И.А., Кириллова А.В., Шестаков В.Н.

Центр сердечной медицины «Черная речка», Санкт-Петербург

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения коронарной патологии во многом зависят от своевременно начатого и правильно организованного восстановительного лечения. Реабилитационные мероприятия после аортокоронарного шунтирования (АКШ) имеют ряд особенностей, связанных с наличием нескольких синдромов: посттравматического, кардиального (сердечная и коронарная недостаточность, нарушения ритма), бронхолегочного, нейровегетативного, психопатологического, иммунодефицитного и некоторых других. Стратификация больных после АКШ должна учитывать большое количество критериев, связанных с последствиями оперативного вмешательства.

В Центре сердечной медицины «Черная речка» в 2008 году прошел реабилитацию 231 пациент после АКШ. Методом случайной выборки проведен анализ 70 историй болезни. В этой группе было 59 мужчин (84,3%) и 11 женщин (15,7%). Возраст оперированных пациентов колебался от 37 до 78 лет, в среднем 59,2 года. Количество шунтов у одного пациента от 1 до 4 (в среднем – 2,8). Маммарокоронарное шунтирование проведено у 61 пациента, аутовенозное у 60 пациентов, аутоартериальное у 5 пациентов. У 3 пациентов шунтирование проведено на работающем сердце, у остальных – в условиях кардиopleгии и экстракорпорального кровообращения.

Практически у всех больных в анамнезе была артериальная гипертензия, 43 больных в прошлом перенесли один или несколько инфарктов миокарда, у 2 (2,8%) больных был диагностирован инфаркт миокарда, связанный с операцией АКШ (тип 5 инфаркта миокарда).

Проявления посттравматического синдрома были очень разнообразны



ми и их выраженность варьировала в широких пределах. Болевой синдром после стернотомии отмечался у 40,9% больных, обострение остеохондроза – у 15,7%. воспалительные изменения в ранах – у 20,0%, постторакальный синдром (гидроторакс) – у 31,4%, постперикардиальный синдром (гидроперикард) – у 22,9%, поствензотомический синдром (лимфатический отек конечности) – у 31,4% больных. У 50% больных в послеоперационном периоде развилась гипохромная анемия или довольно существенное снижение гемоглобина по сравнению с исходным уровнем, но не достигавшее степени анемии. Во многих случаях эти осложнения требовали назначения корректирующей терапии и сказывались на объеме и темпах реабилитационных мероприятий.

Практически у всех больных на момент перевода в санаторий имели место признаки сердечной недостаточности, а физической активность, достигнутая в стационаре, соответствовала IIIБ – IVБ ступени.

Между тем, физическая реабилитация этой категории пациентов была высокоэффективна. В итоге, 7,1% пациентов достигли VI ступени физической активности, 50,0% – V ступени, 38,6% – IVБ ступени. Трое больных (4,3%) не выполнили программу физической реабилитации.

Следует отметить высокую приверженность к лечению и мотивацию к продолжению реабилитационных мероприятий у больных после АКШ.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИСФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Михин В.П., Григорьева Т.А., Цуканова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Развитие эндотелиальной дисфункции является одной из кардинальных причин прогрессирования атеросклероза и снижения эффективности гипотензивной терапии у больных артериальной гипертензией в сочетании с атеросклерозом и сахарным диабетом. Особенностью течения гипертензии в этих случаях является высокая частота негативного суточного профиля АД у таких больных, во многом обусловленная выраженными нарушениями как центральной, так и локальной регуляции сосудистого тонуса. Применение в этой ситуации цитопротекторных препаратов, способных восстанавливать функцию эндотелия, представляется перспективным.

Цель: изучить возможность применения кардиоцитопротекторов мексикора и триметазидина у больных гипертонической болезнью на фоне сахарного диабета II типа с целью коррекции параметров суточного профиля АД и степени дисфункции сосудистого эндотелия.

Материалы и методы: проведено открытое рандомизированное исследование в трех параллельных группах (контрольная и две основных по 30 человек) больных ГБ (II стадия, II степень тяжести) в сочетании с сахарным диабетом II типа, до включения в исследование применявших манинил (7–10 мг/сутки) не менее 3-х мес. и продолжающих его прием на протяжении всего исследования. Три группы с момента включения в исследование начали прием эналаприла

10–20 мг/сутки, в первой основной группе лечение дополнялось мексикором 0,3 г/сутки в течение двух месяцев, во второй – триметазидином 70 мг/сутки в течение двух месяцев. До включения в исследование систематической гипотензивной терапии больные не получали, постоянной систематической гипотензивной терапии больным не проводилось. Пациентам выполнялась ежемесячно суточное мониторирование АД и манжеточная проба на плечевой артерии для оценки эндотелийзависимой вазодилатации с расчетом коэффициента эндотелиальной дисфункции К.

Результаты и их обсуждение: у больных, получавших комбинированное лечение мексикором, уровень среднесуточного систолического и диастолического АД был ниже, чем в группе сравнения уже через один мес. терапии, в большей степени сократилось число больных с наипикер типом суточной кривой АД. Прием эналаприла и мексикора сопровождался более существенным снижением индекса площади САД и ДАД. В группах, где проводилось комбинированное лечение, отмечалось улучшение эндотелийзависимой вазодилатации: увеличился прирост диаметра плечевой артерии. В группе больных, принимавших триметазидин достоверных отличий от контрольной группы больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом по динамике суточного профиля, степени снижения АД не получено, значения К изменялось менее выражено, диаметр плечевой артерии при манжеточной пробе увеличился незначительно.

Выводы: применение у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа мексикора повышает гипотензивную эффективность иАПФ, улучшает суточный профиль АД, и способствуют восстановлению функции сосудистого эндотелия, улучшая степень эндотелийзависимой вазодилатации сосудистого русла.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МЕКСИКОРОМ И МИЛДРОНАТОМ НА ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФИЗИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Михин В.П., Савельева В.В., Зуева О.Н., Прокопова Т.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель работы: провести сравнительную оценку эффективности кардиоцитопротекторов мексикора и милдроната у больных ИБС с ХСН.

Материалы и методы: в открытом рандомизированном исследовании, проведенном в трех параллельных группах (группа сравнения и две основных по 25 человек), включающих больных ИБС в возрасте 45–60 лет с ХСН IIA стадии II–III ф.к., длительно, в течение не менее 4 мес., получающих традиционную терапию ХСН, включающую иАПФ, селективные бета-адреноблокаторы, аспирин, диуретики. В исследование включались больные с I и II типом диастолической дисфункции. Первая основная группа, наряду с традиционной терапией указанными средствами, в течение двух мес. принимала мексикор (300 мг/сутки), вторая основная – милдронат (750 мг/сутки). Физическая толерантность оценивалась методом ТШХ, а также при изометрической нагрузке в положении лежа. Методом доплерэхокардиографии оценивались показатели внутрисердечной гемо-



динамики (фракция выброса – ФВ, скоростные характеристики трансмитрального потока, конечное диастолическое давление в левом предсердии – КДД) как в покое, так и через 1 и 3 мин после изометрической физической нагрузки. В крови определялось содержание мозгового пронатрийуретического пептида (Nt-proBNP) до лечения и через 2 мес. терапии мексикором.

Результаты и их обсуждение: применение мексикора в дозе 300 мг/сутки в течение 2 месяцев у больных ИБС с ХСН IIA ст., II–III ФК с I и II типом диастолической дисфункции на фоне традиционной терапии (иАПФ, селективными β_1 -адреноблокаторами, диуретиками) приводило к повышению физической толерантности (на 17,8 и 12,0%, соответственно) и улучшало субъективную переносимость физической нагрузки и клиническое течение заболевания. Милдронат оказывал одностороннее, но менее выраженное действие, в отличие от мексикора, достоверный прирост физической толерантности наблюдался лишь у лиц с I типом диастолической дисфункции и составлял, соответственно, 10,7 и 5,7%. Терапия мексикором сопровождалась снижением концентрации Nt-proBNP в крови как у больных как с I типом, так и со II типом диастолической дисфункции (на 27,5 и 14,6%). Терапия милдронатом приводила в достоверному снижению уровня гормона лишь при I типе диастолической дисфункции (на 19,2 и 3,1%), изменения уровня Nt-proBNP находилось в тесной корреляционной взаимосвязи с основными параметрами внутрисердечной гемодинамики (Е/А, КДД). Включение мексикора в состав традиционной терапии больных ХСН улучшало систоло – диастолическую функцию миокарда левого желудочка как в покое, так и при изометрической и динамической физических нагрузках, что подтверждалось увеличением Е/А, уменьшением IVRT, DTE, снижением КДД, повышением ФВ при I типе ДД. Милдронат инициировал аналогичные, но менее выраженные изменения. У больных со II типом диастолической дисфункции при лечении мексикором наблюдались иные изменения: уменьшение отношения Е/А, снижение IVRT и DTE, снижение КДД, при этом ФВ повышалась. Указанные изменения при II типе диастолической дисфункции являются позитивными и сочетаются с увеличением физической толерантности по данным ТШХ. Милдронат существенно влиял на параметры внутрисердечной гемодинамики у больных со II типом диастолической дисфункции не оказал.

Таким образом мексикор и милдронат оказывают позитивное влияние на физическую толерантность и состояние внутрисердечной гемодинамики у больных ХСН. Их эффективность определяется исходным типом диастолической дисфункции.

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА СОСУДАХ В ПРОЦЕССЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Молчанов А.В., Петренко Т.А., Ефремушкин Г.Г., Березенко Е.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить влияние длительных велотренировок (ВТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на физическую работоспособность больных инфар-

ктом миокарда (ИМ) с оперативным вмешательством на сосудах и без оперативного вмешательства на сосудах (ОВ).

В исследование включено 125 пациентов, средний возраст $51,4 \pm 1,3$ лет, спустя $8,11 \pm 0,7$ недель после ИМ. Пациентов разделили на две репрезентативные группы: основная – 90 больных, которым 2 раза в неделю проводились ВТ в режиме СВН, а также назначалась дозированная ходьба и физические упражнения; группа сравнения – 35 пациента, которые самостоятельно занимались дозированной ходьбой и физическими упражнениями. Все пациенты основной группы и сравнения были разделены на 2 подгруппы: с ИМ + ОВ и ИМ без ОВ. Велоэргометрическую пробу проводили в начале исследования, после 3-х, 6 и 12 месяцев наблюдения; оценивались: пороговая мощность (ПМ), толерантность к физической нагрузке (ТФН), объем выполненной работы (Vp), хронотропный (ХР) и инотропный (ИР) резервы, двойное произведение (ДП), индекс экономичности (ИЭ).

В начале исследования показатели ВЭМ у пациентов обеих подгрупп не различались. В группе сравнения у пациентов с ИМ без ОВ до конца наблюдения изучаемые показатели не изменились, кроме ДП, которое увеличилось по сравнению с исходным уровнем к 12-му месяцу на 14,9% ($p < 0,05$), а у больных ИМ + ОВ показатели ВЭМ-пробы не изменились до 12 месяца, что свидетельствует о стабилизации функционирования сердечно-сосудистой системы. У пациентов основной группы с ИМ без ОВ через 3 месяца тренировок увеличились по сравнению с исходным уровнем ПМ, ТФН, Vp, ДП, ХР и ИР ($p < 0,05$). К 6 месяцу поликлинической реабилитации возросли по сравнению с их значением к 3-му месяцу ПМ, Vp и ТФН ($p < 0,05$) и уменьшился ИЭ ($p < 0,05$). К 12-му месяцу наблюдения показатели ВЭМ оставались на уровне 6-го месяца реабилитационных мероприятий. У больных ИМ + ОВ через 3 месяца велотренировок в режиме свободного выбора нагрузки увеличились по сравнению с исходным уровнем ПМ, ТФН, Vp, ХР и ДП ($p < 0,05$) с одновременным снижением ИЭ на 21,7% ($p < 0,05$). К 6-му месяцу наблюдения увеличились по сравнению с их значением через 3 месяца ПМ, Vp, ТФН и ХР ($p < 0,05$) и сохранились на этом уровне до 12 месяца велотренировок.

Таким образом, длительная поликлиническая реабилитация с применением велотренировок в режиме СВН у больных ИМ как с ОВ на сосудах, так и без ОВ сопровождается увеличением показателей физической работоспособности уже к 3 месяцу наблюдения с последующим нарастанием ее к 6-му месяцу и сохранением достигнутого уровня до 12-го месяца реабилитации. У пациентов с ИМ + ОВ уменьшение ИЭ происходит к 3-му месяцу наблюдения, а у больных ИМ без ОВ ИЭ снижается только к 6-му месяцу. По-видимому, восстановление коронарного кровотока создает выгодные условия для работы сердечно-сосудистой системы в более экономном режиме.



МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК

Молчанова А.А., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить влияние велотренировок (ВТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на состояние микроциркуляторного русла (МЦР), у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: в исследование включено 62 больных (средний возраст $77,4 \pm 8,0$ лет), в возрасте ≥ 80 лет было 61,3% пациента. Мужчин было 50, женщин – 12 человек. Артериальная гипертензия II ст. была у 6,5%; ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 93,5%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ст. – у 43,5%; ХСН IIa ст. – у 56,5% пациентов. Больные рандомизированы на две группы: основная включала 39 человек, которым медикаментозная терапия дополнялась ежедневными ВТ (10–12 на курс) и сравнения – 23 человека, получавших только медикаментозную терапию. Длительность лечения составила в среднем 21 ± 3 дня. Состояние МЦР оценивалось методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы наружного угла обоих глаз при помощи щелевой лампы (ЩП2Б, Россия). Исследование проводилось в начале и конце лечения.

Результаты и обсуждение: в начале исследования у больных с ХСН I ст. отмечался распространенный периваскулярный отек у 75%, единичные зоны отека – у 25%, соответственно у больных с ХСН IIa ст. – у 71,4 и у 28,5% пациентов. Кровоток характеризовался резким замедлением во всех сосудах, с преобладанием в венах, у больных с ХСН I ст. в 12,5% случаев и с ХСН IIa стадией – в 42,8%. Сладж-феномен зарегистрирован у больных с ХСН IIa ст. как в артериолах так и в венах в 42,8% и 38% случаев соответственно. У больных ХСН I ст. сладж-феномен отмечался только в венах, в 12,5% случаев. У больных в возрасте до 79 лет, распространенный периваскулярный отек обнаружен в 57,1%; единичные зоны отека – в 42,8% случаев. В возрасте старше 80 лет распространенный отек был у 84% и единичные зоны отека – у 16% больных. Состояние МЦР характеризовалось неравномерностью калибра сосудов (у 77,4%) и их извитостью (у 69%). После лечения в основной группе распространенный периваскулярный отек исчез у всех больных, сохранялись единичные зоны отека у больных с ХСН I ст. в 12,5%, у больных с ХСН IIa – в 33,3% случаев. У больных с ХСН I ст. замедление кровотока не отмечалось, а с ХСН IIa ст. определялось в 32,8% случаев. Количество больных с наличием сладж-феномена в артериолах и венах сократилось до 14,3% и 9,5% соответственно. Сосудистые изменения существенных изменений не претерпевали. В группе сравнения несмотря на уменьшение периваскулярных изменений, распространенный отек сохранялся у 9% больных. Остальные показатели не претерпели существенных изменений.

Выводы: таким образом, у всех больных пожилого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией имеются выраженные изменения всех компонентов МЦР. Комплексное лечение с включением ВТ в режиме СВН у данной категории больных приводит к уменьшению внутри – и внесосудистых проявлений МЦ нарушений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мураталиев Т.М., Кутлу Р., Махмутаходжаев С.А.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить эффективность коррекции основных факторов риска (ФР) коронарной болезни сердца (КБС) и медикаментозного ведения больных со стабильной стенокардией (СС), находящихся на диспансерном наблюдении в

Материалы и методы: методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 1043 амбулаторных карт пациентов (АКП) со СС, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины. Анализировалась частота выявления ФР КБС: артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, курение, сахарный диабет (СД), избыточная масса тела (ИМТ) и частота использования рекомендаций для достижения целевых уровней, а также оценивалось

Результаты: в 1023(98,08%) АКП отсутствовали сведения об отношении пациентов к курению. Данный ФР был указан только у 5 (0,48%) пациентов бывших курильщиков и у 15 (1,44%) – курящих. АГ отмечена в диагнозе у 900 (86,29%) пациентов. Указания на нарушение липидного обмена отмечено у 439 (42,10%) пациентов, лишь у 28 (2,68%) определялся полный спектр липидов крови. СД отмечен у 141 (13,52%) больного, данные об уровне сахара крови отсутствовали у 432 (41,42%) больных. Указания на ИМТ имелись в 109 (10,44%) АКП. Индекс Кеттел рассчитан у 22 (2,11%) пациентов. Рекомендации по соблюдению гипопиридемии диеты даны у 466(44,68%), отказ от курения – 9 (0,86%), снижению массы тела – 18 (1,73%), физические тренировки – 87 (8,34%), контроль уровня артериального давления – 101 (9,68%) больных.

При анализе частоты назначений антиангинальных препаратов (ААП) было выявлено, что чаще назначали β -адреноблокаторы (БАБ) – 43,0% случаев, затем нитраты – 28,6%, антагонисты кальция (АК) – 27,9%, реже использовали миокардиальные цитопротекторы (МЦП) – 0,5%.

Частота использования различных типов традиционных ААП у больных со СС показали, что врачи первичного звена чаще использовали комбинированную терапию БАБ (53,09%), затем нитратов (30,86%) и АКК (29,44%), реже использовали МЦП (0,62%). Антиагреганты были назначены 86,8% пациентов.

Следует отметить, что врачи ЦСМ в своей практике очень редко применяли препараты, корригирующие дислипидемию. При этом гипопиридемии препараты (ГЛП) были назначены лишь 8,4% пациентам со СС.

Заключение: ретроспективный анализ показал, что врачами ЦСМ уделяется недостаточное внимание основным ФР и их коррекции. Выявлена низкая приверженность к контролю ФР, а также низкий процент достижения их целевых уровней. Врачи первичного звена очень редко применяли ГЛП (8,4%), в том числе статины. Среднесуточные дозы большинства ААП были ниже целевых доз, обеспечивающих полный антиангинальный эффект.



ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕНАЖЕРНЫХ ТРЕНИРОВОК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Мухарлямов Ф.Ю., Иванова Е.С., Разумов А.Н., Литвякова И.В.*

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России», Москва;

*Ассоциация специалистов восстановительной медицины, Москва

Цель: изучить возможность и эффективность применения тренировок на циклических и силовых тренажерах у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: проведено обследование 113 пациентов, страдавших гипертонической болезнью (ГБ) I–II стадией (48 мужчин, средний возраст $52 \pm 2,3$ года, 65 женщин, средний возраст $56 \pm 3,4$ лет). 38 пациентам проводилась физическая реабилитация (ФР), состоявшая из тренажерных тренировок (ТТ) на циклических и силовых тренажерах с телеметрическим мониторингом состояния кардиореспираторной системы (группа I); у 37 пациентов в качестве ФР применялась классическая ЛФК по стандартным методикам при ГБ (группа II). 38 больных, составивших контрольную группу III, получали изолированную медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с МТ в группах I и II. Всем пациентам до ФР, на высоте физических нагрузок и после занятий проводилось измерение артериального давления (АД) методом Короткова. Каждому больному был проведен курс ФР из 10 занятий, ТТ проводились в ступенчато возрастающем режиме до достижения субмаксимальной нагрузки, оцениваемой по клиническому состоянию пациента, уровню артериального давления и значению мониторируемых параметров.

Результаты: полученные результаты показали высокую эффективность ТТ как метода ФР при ГБ. После первой тренировки отмечалось понижение изначально повышенного артериального давления в среднем на $23\% \pm 3,2$ в I группе, в группе II – на $13 \pm 2,8\%$; прирост частоты сердечных сокращений составил в среднем на $35 \pm 3,6\%$ от исходного уровня в группе I, в группе II – на $21 \pm 2,7\%$. Переносимость ФР у всех больных была удовлетворительной, начиная с 6–7-го занятия отмечалась стабилизация АД на целевом уровне в группе I, к 9–10-му занятию – в группе II. После курса ФР отмечалось повышение двигательной активности и толерантности к физической нагрузке на $28,3\%$ и $21,3\%$ у больных I и II групп соответственно, дозы базисной МТ были снижены у $64,3\%$ больных группы I и у $27,6\%$ пациентов группы II. В контрольной группе III положительной динамики по указанным показателям не наблюдалось.

Выводы: классическая ЛФК остается эффективным и необходимым методом комплексного лечения ГБ. Применение методики ТТ с использованием кардиомониторинга у больных ГБ является более эффективным методом ФР, позволяющим достоверно стабилизировать уровень АД, уменьшить дозы МТ и повысить толерантность к физической нагрузке, что позволяет рекомендовать ТТ в качестве предпочтительного метода ФР при ГБ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мухарлямов Ф.Ю., Иванова Е.С., Разумов А.Н., Литвякова И.В.*

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития России», Москва;

*Ассоциация специалистов восстановительной медицины, Москва

Цель: создание и обоснование программ восстановительного лечения (ВЛ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: проведено комплексное обследование 132 больных, страдавших ГБ (59 больных – I ст., 73 – II ст.), средний возраст – 52 года. Все пациенты получали базисную медикаментозную терапию, включавшую диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-блокаторы, антагонисты кальция. Всем больным была проведена спирометрия (СЭМ), выявившая умеренную толерантность к физической нагрузке (ФН) – в среднем 95 Ватт. Средний уровень артериального давления (АД) при госпитализации составил: АД систолического – 168 мм рт. ст., АД диастолического – 107 мм рт. ст. 63 больным помимо базисной терапии был проведен курс ВЛ в течение 10 дней, 24 больных получали только медикаментозную терапию. ВЛ включало в себя: кардиотренировки (КТ) в режиме дозированных ступенчатонарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тренажерах с мониторингом состояния кардиореспираторной системы, сухие углекислые ванны через день, чередуясь с ваннами по А.С.Залманову, внутривенная лазеротерапия, биоэлектромагнитная энерго-регуляционная терапия, галотерапия, интервальные гипоксические тренировки с содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе $14\text{--}10\%$, продолжительность тренировки – от 30 до 60 минут, массаж в электростатическом поле системой Hivamat на шейно-воротниковую зону. Все процедуры проводились ежедневно с перерывом на выходные дни с интервалом 10–15 минут. По окончании курса ВЛ всем больным была проведена повторная СЭМ с целью оценки эффективности влияния проведенного лечения на толерантность к ФН, состояние кислородтранспортной системы и лабильность АД при ФН.

Результаты: после первых 4–5 дней ВЛ у 89% больных отмечалась тенденция к нормализации АД на привычном для каждого пациента уровне, после полного курса ВЛ у 93% больных АД достигло стабильных нормальных цифр, при этом дозы поддерживающих медикаментозных препаратов удалось снизить у 86% больных. По результатам СЭМ толерантность к ФН возросла до 159 ватт у 78% больных, до 125 ватт – у 20% , до 105 ватт – у 2% пациентов. Переносимость всех процедур была удовлетворительной, в частности, у всех больных во время КТ не отмечалось патологических изменений сегмента ST, нарушений ритма и проводимости, ЧСС достигала допустимых значений для конкретного пациента. У больных, получавших только медикаментозную терапию, повышение толерантности к ФН было статистически незначимым по сравнению с исходным уровнем за 10 дней лечения.

Заключение: курс ВЛ является важным и высокоэффективным компонентом



в комплексном лечении ГБ. Применение ВЛ позволяет снизить дозы медикаментозных средств, стабилизировать АД, значительно улучшить качество жизни и адаптационные возможности пациента. Рекомендуется проходить курс ВЛ при ГБ каждые 6 месяцев.

КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ВЛИЯНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕГРЕССА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА ОТЯГОЩЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Нижегородцев М.Ю., Тепляков А.Т., Лукинов А.В., Кузнецова А.В.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: изучить кардиопротективные влияния и возможности регресса нарушений углеводного обмена у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда в ассоциации с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: в исследование включено 20 больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа в возрасте $59,2 \pm 5,8$ лет. В среднем стаж ИБС составил $6,4 \pm 4,8$ года, стаж СД 2 типа $10,5 \pm 5,6$ лет. В исследование не включались больные с СД 2 типа в стадии декомпенсации и с потребностью в инсулине. Использовалась 3-месячная курсовая терапия телмисартаном в дозе $65 \pm 2,4$ мг/сутки и ГХТЗ в дозе $20 \pm 6,1$ мг/сутки. Дозы подбирались индивидуально для каждого больного, методом титрования. Больные обследовались исходно и через 3 месяца после начала терапии. Органопротективное действие оценивали с помощью эхокардиографии (Эхо-КГ), следующих показателей: масса миокарда (ММ) ЛЖ г, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ. г/м², толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) мм. Определяли уровень базальной и постпрандиальной (через 2 часа после еды) гликемии. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ Statistika 6.0. Для средних величин приведены значения средней арифметической (М) и ошибки стандартного отклонения (m). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: на фоне 3-месячной курсовой терапии блокатором АТ1-рецепторов АII по данным Эхо-КГ установлено статистически значимое ($p < 0,01$) улучшение следующих показателей: снижение ММЛЖ и ИММЛЖ на 4,2% с $262,0 \pm 6,1$ г, до $251,0 \pm 6,4$ г, и 6,3% со $123,7 \pm 2,7$ г/м², до $115,8 \pm 2,3$ г/м², соответственно ($p < 0,01$). Толщина МЖП уменьшилась в среднем по группе на 7,4% от исходной ($p < 0,01$). При этом базальная гликемия уменьшилась ($p < 0,01$) на 13,3%, этому сопутствовало статистически значимое снижение постпрандиальной гликемии на 11% ($p < 0,01$).

Заключение: длительная (3 мес) блокада АТ1-рецепторов АII оказывает протективное действие на сердце вызывая обратное развитие гипертрофии ЛЖ, тем самым предотвращая ухудшение инотропной функции у данной категории больных. Это вероятно связано с ослаблением сердечно – сосудистых и ци-

тотоксических эффектов ангиотензина II. Наряду с этим установлен достоверный регресс нарушений углеводного обмена который обусловлен снижением гиперактивности тканевых компонентов РАС и уменьшением инсулинорезистентности у больных ИБС, перенесших ИМ, ассоциированной с СД 2 типа.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРОМ АТ1-РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II ТЕЛМИСАРТАНА И ТИАЗИДНОГО ДИУРЕТИКА ГИДРОХЛОРТИАЗИДА

Нижегородцев М.Ю., Тепляков А.Т., Лукинов А.В., Кузнецова А.В.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучить влияние 3-месячной комбинированной терапии телмисартаном в комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТЗ) на суточный профиль артериального давления (АД) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: в исследование включено 20 больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа в возрасте $59,2 \pm 5,8$ лет. В среднем стаж ИБС составил $6,4 \pm 4,8$ года, стаж СД 2 типа $10,5 \pm 5,6$ лет. Длительность АГ составила $7,2 \pm 2,5$ года. Использовалась 3-месячная курсовая терапия телмисартаном в дозе $65 \pm 2,4$ мг/сутки. и ГХТЗ в дозе $20 \pm 6,1$ мг/сутки. Дозы подбирались индивидуально для каждого больного, методом титрования. Антигипертензивный эффект оценивали с помощью суточного мониторинга АД (СМАД) посредством портативных мониторов Astrocord (Россия) до и после окончания терапии.

Результаты: по окончании 3-месячной комбинированной терапии телмисартаном и ГХТЗ показатели СМАД претерпели ряд существенных изменений. Так, среднесуточные показатели САД уменьшились на 15,6% со $150,6 \pm 8,5$ до $127 \pm 6,3$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$), ДАД на 13,7% с $91,7 \pm 6,8$ до $78,7 \pm 5,5$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$), достигнув нормальных величин. Среднедневные цифры САД и ДАД также снизились на 11,2% со $139,2 \pm 1,7$ до $122,3 \pm 1,2$ мм. рт. ст. и 8,1% с $80 \pm 8,0$ до $73,5 \pm 8,1$ мм. рт. ст. соответственно ($p < 0,01$). Средноночные изменения характеризовались снижением САД на 6,3% с $131,2 \pm 5,1$ до $122 \pm 7,0$ мм. рт. ст. и ДАД на 6,0% с $71,1 \pm 5,2$ до $66,8 \pm 4,0$ мм. рт. ст. ($p < 0,001$), достигнув нормы. Индекс времени гипертензии САД отреагировал своим снижением днем на 22,8% с $50,5 \pm 1,5$ до $38,9 \pm 1,3$, ночью на 49,1% с $84,0 \pm 1,4$ до $38,9 \pm 2,9$ ($p < 0,001$). Для ДАД уменьшение индекса времени составило днем 18,3% с $56,1 \pm 1,2$ до $45,8 \pm 1,2$, ночью 28,1% с $65,7 \pm 1,8$ до $47,3 \pm 8,0$ ($p < 0,01$), достигая целевых значений. Вариабельность САД днем снизилась на 10,3% с $15,8 \pm 1,7$ до $14,0 \pm 2,0$, ночью на 10,3% с $13,2 \pm 3,2$ до $11,8 \pm 2,8$ ($p < 0,001$), не превышая нормальных величин. Вариабельность ДАД днем снизилась на 11,8% с $13,9 \pm 4,0$ до $12,3 \pm 2,8$, ночью на 17,2% с $10,4 \pm 3,2$ до $8,6 \pm 2,9$ ($p < 0,01$). Степень ночного снижения (СНС) САД повысилась на 36,8% с $7,3 \pm 5,0$ до $10,0 \pm 3,6$, СНС ДАД повысилась на 40,6% с $9,4 \pm 4,4$ до $13,3 \pm 7,0$ ($p < 0,001$), достигнув нормальных значений. По индивидуальным значениям СНС произошли следующие изменения: количество пациентов dipper увеличилось на 25% с 8 (20%) до 18 (45%) па-



циентов, число non-dipper уменьшилось на 12,5 % с 12 (30%) до 7 (17,5%) больных, количество лиц night-reaker исходно 2 (5%) по окончании курсовой терапии зарегистрировано не было.

Заключение: результаты исследования свидетельствуют о хорошей антигипертензивной эффективности, безопасности блокатора АТ1–рецептора ангиотензина II телмисартана в комбинации с тиазидным диуретиком гидрохлортиазидом в дозе $65 \pm 2,4$ и $20 \pm 6,1$ мг/сутки. соответственно. Это позволяет осуществлять эффективный, безопасный и длительный медикаментозный контроль артериальной гипертензии у больных ИБС, ассоциированной с СД 2 типа.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Никифорова Т.И.

ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздрава и Соцразвития РФ, Москва

Несмотря на успехи, достигнутые на рубеже веков в лечении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в частности артериальной гипертензии, проблема поиска новых эффективных методов лечения остается актуальной задачей современной науки.

Сложный характер патогенеза артериальной гипертензии сопровождается изменениями в самых различных органах и тканях, что диктует необходимость комплексного подхода к лечебным мероприятиям с целью воздействия на основные патогенетические звенья реализации гипертензии, а именно симпато-адреналовую и ренин-ангиотензиновую системы, водно-электролитного обмена, в чем существенна роль почечной гемодинамики и вазодилатацию.

Цель работы: изучить в сравнительном аспекте эффективность впервые сформированных комплексов физических факторов, воздействующих на основные патогенетические звенья гипертензии. 1 комплекс состоял из «сухих» углекислых ванн, оказывающих гипоксическое тренирующее воздействие благодаря снижению чувствительности β -адренорецепторов к прессорным агентам за счет снижения внутрисосудистого объема жидкости; электрофореза анаприлина синусоидальными модулированными токами, при котором бета-блокирующий эффект достигается малыми дозами препарата при отсутствии отрицательного инотропного эффекта и воздействия низкочастотного переменного магнитного поля на область проекции почек с целью улучшения почечного кровообращения. 2 комплекс включал факторы, оказывающие воздействие на высшие вазомоторные центры головного мозга и генерализованный вазодилатирующий эффект и состоял из электросна по седативной методике с учетом его центрального симпатолитического действия за счет влияния на высшие вазомоторные центры регуляции АД, общих хлоридных натриевых ванн, обладающих тренирующим действием и надвенозной лазерной терапии, оказывающих генерализованное вазодилатирующее действие.

Обследование и лечение проведено у 90 больных с артериальной гипертензией I – II степени, с уровнем артериального давления 140–179/90–109 мм. рт. ст. Средний возраст больных $51,2 \pm 1,2$ года, 30% составляли мужчины, 70% – женщины, длительность заболевания $12,5 \pm 0,7$ лет. Показатели артериального давления оценивали методом суточного мониторирования при помощи автоматического программируемого амбулаторного монитора АВРМ-02 (Meditech, Венгрия), биоэлектрическому активности сердца определяли методом ЭКГ-мониторирования с использованием кардиорегалятора «Медиком – ИН 21» (Москва). Также оценивали динамику тетраполярной грудной реографии, экскрецию катехоламинов (адреналин и норадреналин) с суточной мочой, уровней ренина, альдостерона и кортизола, натрия и калия в сыворотке крови, суточного диуреза и процессов перекисного окисления липидов в сыворотке крови. Полученные результаты обрабатывали статистически с помощью программы Statistica.

В результате проведенного лечения 83% больных 1 группы и только 63% больных 2 группы достигли целевого уровня артериального давления как по данным разовых измерений, так и по данным суточного мониторирования артериального давления.

Установлена наибольшая эффективность 1 комплекса, непосредственно воздействующего на основные звенья патогенеза артериальной гипертензии (симпато-адреналовую, ренин-ангиотензиновую системы, глюко-, минералокортикоидную функцию коры надпочечников и водно-электролитный баланс по сравнению со 2 комплексом, оказывающим опосредованное воздействие через высшие регуляторные центры (систему гипоталамус-гипофиз), рассматриваемые как звенья, вторично вовлекаемые в патогенез артериальной гипертензии.

РОЛЬ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Нилова С.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава

Цель исследования: изучить роль ограничения потребления поваренной соли (ПС) с пищей как фактора реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследованы 260 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин – 148 и женщин – 112, средний возраст 57 ± 4 г.). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), определялся индекс массы тела (ИМТ), вычислялось соотношение объема талии/объем бедер (ОТ/ОБ). Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 22% (57) больных, средний (0,16%) у 24% (63), высокий (более 0,16%) у 54% (140). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я – лица с низким ПВЧПС, 2-я – с высоким.

Результаты: СЭИНМ была достоверно больше у больных ПИКС с АГ с высо-



ким ПВЧПС, чем с низким. При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ ($r = 0,4$; $p < 0,01$). Головные боли беспокоили 19% больных с низким ПВЧПС и 56% – с высоким ($p < 0,01$). У больных первой группы боли в области сердца и за грудной встретились в 31%, а у второй в 86% ($p < 0,01$) случаев, стенокардия напряжения I – III функциональных классов соответственно в 21% и 73% случаев ($p < 0,01$). Курящих среди лиц первой группы было 25%, а второй – 72% ($p < 0,01$), уровень холестерина в крови у пациентов первой группы был существенно ниже, чем у второй ($p < 0,05$). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 27% и 62%; $p < 0,01$. У больных второй группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у первой. Так же у пациентов с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким. У больных ПИКС с АГ в среднем ИМТ свидетельствовал о наличии избыточного ожирения, но статистически не различался, в зависимости от ПВЧПС. Не выявлено корреляционной связи между ИМТ и ПВЧПС. Однако в целом, у мужчин ИМТ был ниже, чем у женщин. Для определения типа нарушения ожирения вычислялось соотношение ОТ/ОБ. Так, при анализе указанного показателя оказалось, что у больных первой и второй групп он составил $0,90 \pm 0,03$ и $0,98 \pm 0,01$ ($p < 0,01$). Таким образом, в среднем у лиц с высоким ПВЧПС соотношение ОТ/ОБ было достоверно выше, чем с низким. При первом измерении АД оказалось, что у больных первой группы систолическое АД составило $146 \pm 5,0$ мм рт. ст., диастолическое – $86 \pm 4,0$ мм рт. ст., тогда как у второй – $168 \pm 4,4$ и $98 \pm 5,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Выводы: полученные данные фактически свидетельствуют, что повышенное потребление ПС больными ПИКС с АГ способствует поддержанию и прогрессированию коморбидной патологии, и по существу показывают, что ограничение потребления ПС с пищей является важнейшим фактором реабилитации этих больных.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В БАССЕЙНЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Нилова О.В., Колбасников С.В.

Тверская государственная медицинская академия

Цель: изучить особенности кровотока в бассейне общих сонных артерий у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от уровня общего холестерина плазмы крови (ОХС).

Материалы и методы: обследовали 130 больных АГ I–III стадии, которые в зависимости от уровня ОХС были разделены на 3 группы: 1-я ($n = 46$) – с желательным ($4,5 \pm 0,7$ ммоль/л); 2-я ($n = 40$) – с пограничным ($5,9 \pm 1,2$ ммоль/л); 3-я ($n = 44$) – с высоким ($7,2 \pm 0,8$ ммоль/л). Выполнялась ультразвуковая доплерография общих (ОСА) сонных артерий (аппарат «Ангиодин») с оценкой пиковой систолической скорости (V_s , см/с), диастолической скорости (V_d , см/с),

средней ($V_{ср.}$, см/сек) скорости кровотока, индекса сопротивления (RI), индекса подъема пульсовой волны (PWI), индекса спектрального расширения (SB , %). Учитывалась степень асимметрии линейной скорости кровотока (KA , %). Кровоток считался симметричным, если в ОСА KA был до 20%. Умеренной асимметрии соответствовал KA от 20% до 30%, выраженной – выше 40%. Полученные результаты: в первой группе кровотока в бассейне ОСА ($V_s = 94,4 \pm 0,6$; $V_d = 20,6 \pm 0,5$; $V_{ср.} = 35,2 \pm 1,2$; $RI = 0,70 \pm 0,09$; $PWI = 0,11 \pm 0,05$; $SB = 39,1 \pm 3,5$; $KA = 6,8 \pm 1,6$) существенно не изменялся, однако имелось некоторое повышение линейной скорости кровотока при неизменном сосудистом тоне. Во второй группе гемодинамика в бассейне ОСА характеризовалась достоверным ($p = 0,02$) снижением V_s ($73,7 \pm 2,5$), $V_{ср.}$ ($29,7 \pm 1,1$) и увеличением RI ($0,76 \pm 0,08$), PWI ($0,14 \pm 0,05$) и SB ($46,5 \pm 3,4$), что отражало снижение эластичности и повышения тонуса сосудистой стенки. У 12,5% больных выявлялась умеренная ($KA = 20,1 \pm 1,8$) асимметрия кровотока. В третьей группе в бассейне ОСА регистрировалось еще большее ($p = 0,02$) снижение V_s ($54,3 \pm 1,8$), V_d ($13,8 \pm 0,5$), $V_{ср.}$ ($21,0 \pm 0,6$) и увеличение RI ($0,80 \pm 0,09$; $p = 0,001$), PWI ($0,16 \pm 0,05$; $p = 0,01$) и SB ($47,6 \pm 4,1$; $p = 0,004$), что свидетельствовало о нарушении эласто-тонических свойств сосудистой стенки и наличии турбулентного кровотока в месте локализации. У 9,5% обследованных отмечалось увеличение умеренной ($KA = 27,6 \pm 2,1$; $p \leq 0,05$) асимметрии кровотока.

Заключение: у больных АГ с увеличением уровня ОХС плазмы крови от желательного к высокому кровотока в бассейне ОСА характеризуется изменением эласто-тонических свойств сосудистой стенки, увеличением асимметрии кровотока и наличием признаков стенозирования, что необходимо учитывать при решении экспертных вопросов и проведении лечебных и реабилитационных мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЯ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Новосельцева Г.Н., Лихачева В.А., Каргаев В.А.

ОАО «Санаторий им. Орджоникидзе», Сочи

В течение многих лет в Сочи успешно проходят лечение больные ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, вегетативной дисфункцией. В 2003 году в санатории им. Орджоникидзе было открыто специализированное отделение по долечиванию больных, перенесших острый инфаркт миокарда и операция на сердце.

Цель: анализ результатов обследований и лечения в 2005–2006 годах мужчин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в сочетании с эректильной дисфункцией.

У пациентов разных возрастных групп были изучены: анамнез болезни, урологический, сексуальный статус, УЗИ, ПСА, данные общих клинических методов исследования, ЭКГ: РЭГ, ЭхоКГ и холтеровское суточное мониторирование. Было подтверждено документально сочетание патологии сердечно-



сосудистой системы и васкулогенной эректильной дисфункции, возрастающее после 40 лет. У пациентов, в возрастных группах старше 50 лет наряду с нарушением половой функции, были выявлены урологические заболевания: хронический простатит – 58 человек, ДГПЖ – 47 человек, болезнь Пейрони – 5 человек. У 50 из этих пациентов было сочетание 2 или 3 сопутствующих заболеваний. Комплексное лечение больных с васкулогенной эректильной дисфункцией включало: климатолечение, диетотерапию, ЛФК, бальнеолечение, физиотерапию. Пациенты с урологическим диагнозом (хронический простатит и ЭД) составили 48% (58 человек), были пролечены с использованием физических факторов, включая ЛОД-терапию. В целях повышения эффективности лечения всем пациентам в этой группе назначался актовегин по 2 мл.в/м за 15 минут до процедуры. Также комплекс включал бальнеолечение. Пациентам с ДГПЖ без клинических проявлений при нормальном ПСА составили 42% от общего количества больных, проведено лечение, включающее магнитотерапию, лечебные микроклизмы. Вид бальнеолечения во всех возрастных группах определялся с учетом тяжести заболевания сердечно-сосудистой системы. При гипертонической болезни в сочетании васкулогенной ЭД назначены общие сероводородные ванны (10% больных), общие йодо-бромные ванны (11%) и бишофитные ванны (5%). При ИБС в сочетании васкулогенной ЭД назначены общие сероводородные ванны – 3,7% больных, йодо-бромные – 11%, сухие углекислые – 7,8% и бишофитные – 2%. При других заболеваниях сердечно-сосудистой системы и ЭД: общие сероводородные ванны – 18% больных, общие йодо-бромные ванны – 11%, бишофитные ванны – 11%, сухие углекислые – 0,9%. При этом общие сероводородные ванны назначались преимущественно в возрастных группах до 60 лет. Больным специализированного кардиологического отделения данный вид лечения не назначался. Восстановление половой активности и пролонгация фиксированного периода регистрировалось на фоне улучшения общей гемодинамики (по данным ЭКГ, РЭГ, ЭхоКГ), стабилизации АД, повышение толерантности к физическим нагрузкам.

Выводы: наибольшая эффективность комплексного лечения васкулогенной ЭД наблюдается при использовании сероводородной бальнеотерапии в возрастной группе от 40 до 59 лет. Бишофитные ванны не оказывают влияния на урологическую патологию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Новосельцева Г.Н., Истратова О.В., Татевосов С.Э.

ОАО «Санаторий им. Орджоникидзе», Сочи

Основными задачами реабилитации в постинфарктном периоде являются увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больного. На санаторном этапе долечивания мы осуществляем медицинскую, психологическую и,

частично, профессиональную реабилитацию пациентов.

Цель: оценка эффективности санаторного этапа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и операции коронарной реваскуляризации, в зависимости от возраста и распространенности поражения миокарда.

Методы и материалы исследования: нами оценена эффективность санаторного этапа долечивания 224 больных, перенесших инфаркт миокарда, а также 220 больных, перенесших АКШ, МКШ и ЧТКА с имплантацией стентов. Для составления индивидуальных программ реабилитации после первичного приема больные проходили клинические анализы, биохимическое обследование, включающее 30 показателей, отражающих жировой и углеводный обмен, ферментативную активность, коагулографию, электрокардиографию, ЭХОкардиографию, данные 6-минутного теста. Программы лечения включали: дозированные физические нагрузки – 100%, медикаментозное лечение – 100%, бальнеолечение сухими углекислыми или 4-х камерными йодо-бромными ваннами – 79%, аппаратную физиотерапию – 94%, ингаляции лекарственных сборов – 24%, массаж ручной – 98,4%.

Показателями оценки эффективности являлись:

1. Урежение или прекращение приступов стенокардии.
2. Динамика ЭхоКГ, ЭКГ; показания липидного спектра.
3. Динамика 6-минутного теста.
4. Повышение ступени физических тренировок. Оценка толерантности по результатам ВЭМ или холтеровского суточного мониторирования.

Результаты: 98% больных, перенесших инфаркт миокарда, выписаны с улучшением. Клиническое улучшение в сочетании с положительной динамикой результатов дополнительного обследования, достижение 6 ступени физической реабилитации получено в 100% в группе 30–39 лет, 85% – в группе 40–49 лет, 80% – в группе 50–59 лет и 62% у лиц старше 60 лет. При этом улучшение качества жизни отмечали 100% больных во всех возрастных группах. В группу больных, выписавшихся без перемен, вошли только больные, перенесшие Q-позитивный инфаркт миокарда.

Выводы: эффективность санаторного этапа долечивания зависит от распространенности инфаркта миокарда и значительно снижается у больных старше 60 лет, несмотря на индивидуализацию программы. Наиболее объективно динамику состояния больного отражали не субъективные данные, а результаты клинико-лабораторного и инструментального методов исследования. Разработки и введение единой для всех специализированных кардиологических отделений системы оценки результатов лечения необходимо для рационального построения высокоэффективного комплекса санаторного этапа реабилитации.



СОСТОЯНИЕ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПЕНИЛЬНОГО КРОВОТОКА И ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МОНОТЕРАПИИ СОВРЕМЕННЫМИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Нурмамедова Г.С., Мустафаев И.И.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней II, Азербайджан, Баку

Цель: изучение влияния монотерапии бисопрололом (Б), небивололом (Н) и карведилолом (К) на половую функцию мужчин с артериальной гипертонией (АГ) с учетом показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) и гемодинамики пенильного кровотока.

Методы исследования: 45 мужчинам с АГ I и II степени (по класс. ВОЗ) в возрасте 35–55 лет ($48 \pm 3,5$) была проведена монотерапия изучаемыми препаратами. Больным в конце 4-х недельного периода плацебо и двух месячной монотерапии проводили доплерографию пенильных артерий, анкетирование по Васильченко, определяли показатели ВРС, включающие статические показатели – триангулярный индекс и индекс Баевского, высоко – (high frequency, HF) и низкочастотные волны (low frequency, LF).

Результаты: монотерапия изучаемыми препаратами наряду с достоверным снижением артериального давления и частоты сердечных сокращений на фоне приема Б приводит к увеличению систолического кровотока (S) в дорсальной и в правой кавернозной артериях (соотв. с $12,4 \pm 3,5$ до $14,6 \pm 5,4$ см/сек; $p < 0,01$ и $6,9 \pm 1,7$ до $9,3 \pm 1,95$ см/сек; $p < 0,05$), а в левой кавернозной артерии увеличение данного показателя не достигает статистической значимости. В условиях терапии Н отмечается увеличение S в ДА – с $9,87 \pm 2,89$ до $13,7 \pm 2,6$ см/сек; $p < 0,01$; в КАП – с $6,8 \pm 1,5$ до $10 \pm 2,27$ см/сек; $p < 0,05$ и индекса резистентности с $0,98 \pm 0,03$ до $0,99 \pm 0,002$; $p < 0,05$. Монотерапия К не сопряжена статистически значимыми изменениями сосудистых показателей. На фоне монотерапии исследуемыми бета-блокаторами (ББ) было установлено, что в контрольном периоде у больных повышается мощность LF волн и снижается ВРС и мощность HF волн, что показывает преобладание симпатической нервной системы и снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Монотерапия Б и Н приводит к статистически значимому повышению амплитуды LF волн (соотв. с $201,8 \pm 145$ до $467,8 \pm 223$ мс²; с $195,4 \pm 128,5$ до $467,9 \pm 241,9$ мс²; $p < 0,01$) и HF волн (соот. с $163,2 \pm 121,8$ до $461,8 \pm 201,8$ мс²; с 114 ± 52 до $350,8 \pm 168$ мс²; $p < 0,001$), а при терапии К повышается мощность HF волн ($161,4 \pm 100,8$ до $171 \pm 82,1$ мс²; $p < 0,001$) и снижается мощность LF волн ($176,1 \pm 111,7$ до $155,4 \pm 71,6$ мс²; $p < 0,01$). Согласно данным анкетирования обследованных больных за двух месячный период монотерапии изучаемыми ББ существенных изменений со стороны психической, эякуляторной и других составляющих половой функции не отмечалось.

Заключение: таким образом, монотерапия Б и Н приводит к статистически значимому улучшению пенильного кровотока у мужчин с АГ и улучшению спектральных показателей ритма сердца. Терапия К оказывает коррегирующее влия-

ние на параметры ВРС. При этом у пациентов не наблюдалось ухудшения половой функции. Следовательно, современные ББ, бисопролол, небиволол и карведилол, являются эффективными и безопасными для лечения мужчин с АГ.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Нуртдинова Э.Г., Закирова А.Н., Карамова И.М., Берг А.Г., Закирова Н.Э., Мусина Ф.С.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа

Цель: установить влияние оротата магния и бетаксолола при моно – и комбинированной терапии на функциональное состояние эндотелия, внутрисердечную гемодинамику, толерантность к физической нагрузке и выраженность аритмического синдрома у больных первичным пролапсом митрального клапана (ППМК) с нарушениями ритма сердца (НРС).

Методы: реабилитацию в течение 24 недель проходили 78 пациентов ППМК с НРС, которые разделены на 2 группы. В первую группу вошли 40 больных, получавших монотерапию оротатом магния, вторую группу составили 38 пациентов, находившихся на комбинированной терапии оротатом магния (магнерот «Верваг Фарма ГмбХ» Германия) и бетаксололом (Локрен «Санофи Авен-тис», Франция). В процессе реабилитации оценивались линейные и объемные параметры, индекс массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), объем левого предсердия, анализировали показатели толерантности к физической нагрузке (ТФН), по данным мониторингирования ЭКГ определяли количество наджелудочковых и желудочковых экстрасистол, вариабельность ритма сердца. Об эндотелиальной функции судили по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии.

Результаты: установлено, что течение ППМК взаимосвязано с нарушениями вазодилатирующей функции эндотелия, наиболее значимые проявления эндотелиальной дисфункций, характеризующиеся снижением ЭЗВД, определены при наличии больных ППМК с НРС и миксоматозной дегенерации створок. При длительной реабилитации с использованием комбинированной терапии (бетаксолол и оротат магния) выявлено значимое повышение ЭЗВД у пациентов с исходно нарушенной функцией эндотелия, а изменения ЭЗВД у пациентов, получавших монотерапию, носили характер тенденции. Применение комбинированной терапии позитивно влияло на состояние внутрисердечной гемодинамики, что проявлялось в значимом уменьшении глубины пролабирования створок митрального клапана, снижении объема левого предсердия и объема митральной регургитации. Совместное применение бетаксолола и оротата магния способствовало повышению параметров ТФН, уменьшению частоты синусовой тахикардии, наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии (23,7; 26,3; 21%).



Заключение: длительная реабилитация больных ППМК с НРС восстанавливает функцию эндотелия, оказывает существенные эндотелийпротективные и гемодинамические эффекты, повышает ТФН, оказывает антиаритмическое действие.

СТРАТЕГИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А.

Отделение амбулаторной и профилактической кардиологии ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск

Цель исследования: проанализировать динамические изменения в возрастной структуре догоспитальной летальности больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в Томске за 1984–2007 гг.

Материал и методы: исследование проведено на основе данных программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». В 1984 году было зарегистрировано 739 случаев заболевания ОИМ («определенным» и «возможным»), в 2007–852. На догоспитальном этапе погибло соответственно 158 и 165 больных.

Результаты: за анализируемый период времени уровень догоспитальной летальности больных ОИМ не изменился и составил соответственно 21,4% и 20% (у мужчин 24% и 22,2%, у женщин – 17,4% и 15%). В течение всего периода наблюдения данный показатель был достоверно выше у лиц моложе 60 лет, чем у больных старше 60 лет (в 1984 году 20% и 14%; $p < 0,05$, в 2007 году – 26,9% и 15,6%; $p < 0,05$, соответственно). Однако, если в 1984 году в структуре умерших преобладали лица моложе 60 лет – 53,1%, то в 2007 году ситуация изменилась и более половины умерших (52,3%) составили уже больные старше 60 лет. Отмечено утяжеление анамнестических данных умерших. Среди них стало больше лиц страдавших стенокардией напряжения (50% и 54,7%), артериальной гипертонией (41,2% и 58,9%; $p < 0,05$), перенесших ранее ОИМ (30,4% и 40,1%; $p < 0,05$, соответственно). Выявлено также существенное увеличение доли «определенного» ОИМ среди погибших на догоспитальном этапе с 18,3% до 56,4% ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что за анализируемый период почти в два раза возросло число случаев гибели больных от «повторного» (т.е. возникшего в первые 12 месяцев после предыдущего) ОИМ – с 9,5% до 17,6% ($p < 0,05$). В 28,4% случаев смерть была внезапной. Из числа всех погибших только половина получала адекватную амбулаторную терапию, а регулярно наблюдалось в поликлинике только 17% умерших.

Выводы: таким образом, за 24-летний период уровень догоспитальной летальности больных ОИМ в Томске остался неизменным. Однако, в возрастной структуре больных отмечена явная тенденция к их постарению. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости восстановления в полном объеме диспансеризации лиц с сердечнососудистыми заболеваниями, особенно перенесших ОИМ, а также разработки целевой системы реабили-

литации подобных больных на амбулаторном этапе, с учетом возрастных особенностей контингента.

ПСИХИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ополонский Д.В., Максимов Н.И.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Стабильная стенокардия напряжения (ССН) – наиболее распространенная форма ишемической болезни сердца (ИБС), которая часто сочетается с метаболическим синдромом (МС). В последние годы доказано негативное влияние депрессии (ДП) на прогноз больных ИБС. По результатам эпидемиологической части программы КОМПАС ДП имеют 56% больных ИБС, а исследование SADHART и ENRICHD продемонстрировали отсутствие влияния на прогноз больных ИБС современных антидепрессантов. В рамках метаболического направления лечения больных ИБС мы предлагаем использовать препарат нейротропного действия бенфотиамин (БТ) с целью повышения эффективности психической реабилитации больных ССН с МС.

Цель: повышение эффективности психической реабилитации больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом.

Методы исследования: в исследовании приняли участие 162 больных ССН (ФК $2,74 \pm 0,03$, возраст $52,1 \pm 0,4$ года, ИМТ $40,1 \pm 0,43$ кг/м², мужчин – 82 и женщин – 80) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС IDF-2005. Первично больных распределили на 4 группы по ИМТ: 30,0–34,99 кг/м² – ИМТ1 ($n = 39$), 35,0–39,99 кг/м² – ИМТ2 ($n = 42$), 40,0–44,99 кг/м² – ИМТ3 ($n = 40$) и $> 45,0$ кг/м² – ИМТ4 ($n = 41$). Вторично больных разделили на 2 группы: группу наблюдения ($n = 99$) и группу сравнения ($n = 63$); больные группы сравнения получали стандартную терапию, больные группы наблюдения в дополнение к стандартной терапии получали БТ 300 мг/сутки; продолжительность исследования – 6 месяцев. В начале, через 2 и 6 месяцев наблюдения больные заполняли шкалу депрессий CESD, визуальную аналоговую шкалу VAS, степень выраженности вегетативных нарушений оценивали с помощью опросника Вейна.

Полученные результаты: мужчины и женщины были сопоставимы по ФК ССН ($2,8 \pm 0,05$ vs $2,7 \pm 0,05$) и длительности заболевания ССН ($5,3 \pm 0,3$ vs $4,8 \pm 0,3$ лет), ИМТ ($40,1 \pm 0,6$ vs $40,1 \pm 0,6$ кг/м²); женщины имели большие CESD ($29,1 \pm 0,66$ vs $35,5 \pm 0,72$, $p < 0,001$), VAS ($58,7 \pm 1,24$ vs $65,3 \pm 1,17$, $p < 0,001$) и Вейн ($33,8 \pm 0,73$ vs $41,5 \pm 0,9$, $p < 0,001$). Рост ИМТ сопровождался увеличением CESD (от $27,5 \pm 0,88$ до $37,8 \pm 0,95$, $p < 0,001$), VAS (от $56,0 \pm 1,74$ до $68,3 \pm 1,63$, $p < 0,001$) и Вейн (от $30,8 \pm 0,88$ до $44,9 \pm 1,12$, $p < 0,001$). На промежуточном (2 мес.) и конечном (6 мес.) этапах исследования в обеих группах получены достоверные положительные результаты, более выраженные в группе наблюдения (достоверность различий с показателем группы сравнения: нд – недостоверно, * – $p < 0,05$, ** –



$p < 0,01$, *** – $p < 0,001$). В группе сравнения: CESD ($32,5 \pm 0,9$, $30,8 \pm 0,9$, $27,9 \pm 0,9$); VAS ($61,7 \pm 1,5$, $58,9 \pm 1,5$, $53,7 \pm 1,5$); Вейн ($37,9 \pm 1,05$, $36,0 \pm 1,05$, $31,9 \pm 1,04$). В группе наблюдения: CESD ($32,3 \pm 0,7$ нд, $29,0 \pm 0,7$ нд, $23,7 \pm 0,7$ нд); VAS ($62,3 \pm 1,1$ нд, $57,0 \pm 1,1$ нд, $48,3 \pm 1,1$ нд); Вейн ($37,6 \pm 0,8$ нд, $33,5 \pm 0,8$ нд, $26,6 \pm 0,8$ нд***).

Выводы: для больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом характерны высокий уровень депрессии, низкая самооценка здоровья и выраженные вегетативные нарушения. Включение метаболически нейтрального бенфотиамин в стандартную схему лечения данной категории больных позволяет повысить эффективность психической реабилитации.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Орлова Н.В., Ситников В.Ф., Ярцева И.М., Прохин А.В.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: изучение полиморфизмов генов IL 10–627 A/C и TNF- α – 308 TNF1/TNF2 у больных ИБС с дислипидемией.

Методы исследования: было обследовано 40 больных ИБС, стабильная стенокардия, в возрасте от 40 до 60 лет. Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. Контрольную группу составили 40 больных без наличия признаков ишемической болезни сердца по данным обследования. У всех пациентов определялся липидный спектр. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) был использован пара синтезированных праймеров (фирма «Синтол»), специфичных для данного полиморфного варианта. Для вариантов IL 10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, вычисляли доверительный интервал (ДИ) программа STATISTICA.

Полученные результаты: при оценке отношений шансов полиморфизмов иммунных генов выявляется ассоциация генотипа A/C гена IL-10–627 A/C с развитием ИБС, OR составило $3,1 \pm 0,46$ (ДИ = 1,24; 7,71) ($p < 0,05$). Была выявлена ассоциация генотипа TNF2/TNF2 гена TNF- α –308 TNF1/TNF2 с развитием ИБС, OR составило $4,75 \pm 0,83$ (ДИ = 1,04; 23,99) ($p < 0,05$). При оценке отношений шансов по полиморфизмам иммунных генов, выявляются значительное превышение показателя OR для генотипа A/C гена IL-10–627 A/C у больных с гиперхолестеринемией, которое составило $4,72 \pm 0,58$ (ДИ = 1,53; 14,6) при сравнении с показателями больных с нормальным уровнем холестерина равное 1,88 $\pm 0,59$ (ДИ = 0,59; 5,9) ($p < 0,05$). Взаимосвязи гиперхолестеринемии с полиморфизмами гена TNF- α –308 TNF1/TNF2 выявлено не было. При сопоставлении OR

генотипов изучаемых генов воспаления IL-10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 с уровнями ЛПНП достоверно значимых отличий получено не было.

Заключение: выявлена ассоциация ИБС с генотипами генов воспаления IL-10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2. Ассоциация генотипа A/C гена IL-10–627 A/C с гиперхолестеринемией у больных ишемической болезнью сердца может свидетельствовать о генетической обусловленности воспаления при атеросклеротическом процессе.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМИ ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Орлова Н.В., Ситников В.Ф., Ярцева И.М., Прохин А.В.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: изучить полиморфизмы генов APOA – 75 G/A, ACE I/D, IRS1 Gly972Arg, IL 10–627 A/C и TNF- α – 308 TNF1/TNF2 у больных ИБС с сопутствующими сахарным диабетом 2 типа и ожирением.

Методы исследования: обследовано 40 больных с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) в возрасте от 40 до 60 лет, которые составили основную группу. У больных имели место сопутствующие ожирение и сахарный диабет 2 типа. Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. Контрольную группу составили 40 больных без наличия признаков ишемической болезни сердца по данным обследования. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) был использован пара синтезированных праймеров (фирма «Синтол»), специфичных для данного полиморфного варианта. Для вариантов APOA – 75 G/A, IRS1 Gly972Arg, IL 10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Для варианта ACE I/D использовался метод электрофореза амплифицированных фрагментов на агарозном геле. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, вычисляли доверительный интервал (ДИ) программа STATISTICA.

Полученные результаты: при оценке отношений шансов полиморфизмов изучаемых генов выявляется ассоциация генотипа A/A гена APOA – 75 G/A с развитием ИБС у больных с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, OR составило $15,42 \pm 0,9$ (ДИ = 2,64; 90,0) ($p < 0,05$). Была выявлена ассоциация генотипа A/A гена APOA – 75 G/A с развитием ИБС у больных с сопутствующим ожирением, OR составило $4,11 \pm 1,01$ (1,06; 29,96) ($p < 0,05$). С ожирением у больных ИБС так же выявлена ассоциация генотипа A/A гена IL-10–627 A/C, OR составило $3,0 \pm 0,97$ (ДИ = 0,45; 20,15) ($p < 0,05$) и генотипа TNF2/TNF2 гена TNF- α –308 TNF1/TNF2, OR составило $6,33 \pm 1,09$ (ДИ = 1,04; 53,87) ($p < 0,05$). Ассоциации ожирения и сахарного диабета у больных ИБС с генотипами гена IRS1 Gly972Arg и гена ACE I/D выявлено не было.



Заключение: выявленные ассоциации развития ИБС у больных с сахарным диабетом 2 типа и ожирением с генами APOA – 75 G/A, IL 10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 свидетельствуют о значимости генетической предрасположенности к липидным и воспалительным нарушениям у больных с метаболическими нарушениями в развитии атеросклероза.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осипов Д.А., Рождественская Т.А., Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов

Последние десятилетия отмечены ростом инвалидизации населения России. Отечественная практика профилактики инвалидности при болезнях системы кровообращения и других хронических неинфекционных заболеваниях заключается в коррекции модифицируемых соматических предикторов вследствие идентификации инвалидности с болезнью. Несомненно, что недостаточная эффективность проводимой в стране профилактики инвалидности связана с попыткой решения проблем в медицинском дискурсе. Состояние общественного здоровья в современной России, рост инвалидизации населения, отсутствие национальной интегративной программы профилактики инвалидности предполагают конструирование новых подходов и преодоление медиализации в объяснении феномена инвалидности.

Цель: построение интегративной междисциплинарной концепции профилактики инвалидности трудоспособного населения при болезнях системы кровообращения.

Не вызывает сомнений, что у инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в терминальном состоянии, существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничение способности к трудовой деятельности. В результате возникает смена социальной идентичности, потребность в предписанном статусе инвалида. Однако, в инвалидизации лиц в нетерминальной стадии болезни соматические предикторы не являются облигатными. На большом фактическом материале (в проведенное исследование включено более 1,5 тыс. инвалидов вследствие болезней системы кровообращения трудоспособного возраста, которым при проведении медико-социальной экспертизы установлена II и III группа инвалидности, были даны трудовые рекомендации) было установлено отсутствие корреляции ($p = 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации инвалидов.

Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больных соматических, психологических и социальных ресурсов. Способствуя инвалидизации больных, соматические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют социальные и личностные характери-

ки больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни» (М.М. Орлова) и ресурсы, представляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией.

Определение инвалидности как социального процесса, результата взаимодействия субъекта, страдающего соматической патологией, и социальной среды, дефиниция социальных предикторов инвалидности позволяет разработать в России современную интегративную концепцию профилактики инвалидности и создать комплексные программы реабилитации инвалидов.

СОПОСТАВЛЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА И РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОАРИТМИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ С ПОЗИЦИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ QTc ИНТЕРВАЛА ЭКГ И ВЕЛИЧИНЫ СКОРОСТИ Na⁺-Li⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Ослопова Ю.В., Ослопов В.Н.

Казанский государственный медицинский университет

Цель: изучить эффективность и безопасность применения антиаритмического препарата III класса амиодарона (А) у больных с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) с позиций исследования интервала QTc ЭКГ и в зависимости от структурно-функционального состояния клеточных мембран, определяемого по величине скорости Na⁺ -Li⁺ -противотранспорта (Na⁺ -Li⁺ -ПТ) в мембране эритроцита (МЭ).

Материалы и методы: обследованы 19 больных (Б) 15 мужчин и 4 женщины от 35 до 73 лет с ЖЭ, возникшей на фоне ГБ, ИБС и их сочетания. До назначения А и через 10 дней терапии в дозе 600 мг/сутки регистрировали ЭКГ, изучали интервал QTc, проводили ХМТ, определяли Na⁺ -Li⁺ -ПТ в МЭ по М. Canessa (1980). Результаты оценивали в квартилях (КВ) популяционного распределения величин Na⁺ -Li⁺ -ПТ, границы которых: I КВ 38–203, II КВ 204–271, III КВ 272–345, IV КВ 346–730 мкмоль Li⁺ на 1 л клеток в час (В.Н. Ослопов, 2006). Эффективность антиаритмической терапии (ААТ) оценивали путем подсчета количества ЖЭ, приходящихся на 1 Б за сутки (ЖЭ/сутки), до и на фоне терапии. Критерием эффективности ААТ, согласно М.С. Кушаковскому, являлось уменьшение ЖЭ на 60–70%. По механизму действия А относится к препаратам, удлиняющим реполяризацию, поэтому удлинение QTc не более чем на 20% от исходного является свидетельством фактического действия А, так называемая «зона безопасности». Работа выполнена с позиций мембранной теории ГБ Ю.В. Постнова, согласно которой мембранные нарушения, маркируемые по Na⁺ -Li⁺ -ПТ в эритроците, имеются и в кардиомиоцитах. Предполагается, что гены (Г) кодирующие белки мембраны клетки, куда встроены переносчик Na⁺ -Li⁺ -ПТ, сцеплены с Г, формирующими фенотипы человека.

Результаты: уменьшение количества ЖЭ/сутки в КВ Na⁺ -Li⁺ -ПТ под влиянием А таково: I КВ – 4,4%, $p < 0,05$; II КВ – 54,9%, $p < 0,05$; III КВ – 85,2%, $p = 0,05$; IV КВ – 77,6%, $p < 0,05$. На фоне приема А наибольшее удлинение QTc наблюдалось у Б I и IV КВ – на 15,3% и 13,9%, во II КВ QTc удлинился лишь на 4,7%, в III КВ на 6,8%. Обнаружена особенность в антиаритмической активности А в зави-



симости от состояния клеточной мембраны, тестируемого по скорости $\text{Na} + -\text{Li} + -\text{ПТ}$ в МЭ: при общей высокой антиаритмической эффективности А наименее эффективен у Б с ЖЭ, имеющих скорость $\text{Na} + -\text{Li} + -\text{ПТ}$ II KB, при этом и минимально удлинились QTс.

Выводы: а эффективно подавляет ЖЭ у большинства Б, обнаруживая при этом закономерное удлинение QTс в пределах «зоны безопасности». У Б II KB скорости $\text{Na} + -\text{Li} + -\text{ПТ}$ критерий эффективности не достигается и при этом происходит лишь незначительное удлинение QTс. Исследование скорости $\text{Na} + -\text{Li} + -\text{ПТ}$ при назначении А больным с ЖЭ позволяет оптимизировать ААТ.

СТЕПЕНЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНО-БЛОКАТОРАМИ И ДИУРЕТИКАМИ

Павлова И.А., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Выраженность диастолической дисфункции левого желудочка (ДФЛЖ) у больных артериальной болезнью (ГБ) тесно взаимосвязана с величиной перегрузки левого предсердия и, соответственно, способностью левого предсердия генерировать мозговой натрийуретический пептид (Nt-pro BNP), регулирующий объем циркулирующей крови. Гипотензивная терапия способствует восстановлению ДФЛЖ, что во многом определяет вторичную профилактику поражения сердца при ГБ как органа мишени. Но не изученным остается вопрос об изменении концентрации Nt-pro BNP как биохимического маркера степени скрытой сердечной недостаточности при гипотензивной терапии.

Цель: определить изменение концентрации Nt-pro BNP в крови у больных с гипертонической болезнью на фоне постоянной гипотензивной терапии бета-адреноблокаторами и тиазидными диуретиками в зависимости от выраженности диастолической дисфункции левого желудочка.

Материалы и методы: проведено исследование рандомизированной группы больных с гипертонической болезнью (2 стадия, 2–3 степень, 20 человек), не получавших до начала исследования систематической гипотензивной терапии. После включения в исследование пациенты начинали прием бетаксолола 20 мг и индапамида 1,5 мг в течение 6 мес., указанные дозовые режимы приводили к снижению АД до целевого уровня. Больным проводилось суточное мониторирование АД, определялся характер диастолической дисфункции левого желудочка по параметрам трансмитрального потока методом кардиосонографии, в крови оценивали содержание мозгового натрийуретического пептида Nt-pro BNP.

Результаты: исходно уровень Nt-pro BNP в крови больных ГБ был выше, чем у здоровых лиц и составлял $176,13 \pm 0,62$ пкг/мл. У всех наблюдалась ДФЛЖ I типа, характеризующаяся низким значением отношения скоростных параметров фракций трансмитрального потока Е/А. Отмечалась достоверная обратная кор-

реляция между концентрацией Nt-pro BNP в крови и величиной Е/А. Проводимая терапия сопровождалась увеличением уровня Е/А и снижением концентрации Nt-pro BNP к шестому месяцу лечения. Обратная корреляционная зависимость между концентрацией Nt-pro BNP и величиной Е/А сохранялась. Наиболее значимые изменения концентрации Nt-pro BNP в крови наблюдались у лиц с более выраженной степенью диастолической дисфункции левого желудочка. Обнаружено более высокое содержание в крови Nt-pro BNP у больных с пайтпикер типом суточной кривой АД, при этом выраженность ночной гипертензии находилась в тесной корреляционной связи с величиной Nt-pro BNP, не зависимо от выраженности диастолической дисфункции левого желудочка.

Выводы: терапия бетаксололом (локрен) и индапамидом (арифон ретард) при ГБ приводит к улучшению ДФЛЖ, что подтверждалось снижением уровня Nt-pro BNP в крови и свидетельствовало о высокой прогностической значимости этого показателя. Больные с патологическим типом суточной кривой (найтпикер) имеют более высокий уровень Nt-pro BNP в крови.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Парникова Л.А., Суховершин А.В., Куликов В.П.

ОАО «Санаторий «Россия», Белокуриха

Артериальная гипертензия (АГ), как правило, начинается как функциональное расстройство-болезнь регуляции – и при определенных условиях перерастает в болезнь. Нарушения вегетативного и психоэмоционального статуса, сопровождающие хронический стресс, являются первичным проявлением патологии, в том числе и при АГ.

Разработка методов психоэмоциональной реабилитации, способов профилактики и лечения АГ на ранних стадиях развития, оптимизация санаторно-курортного краткосрочного лечения в настоящее время является актуальной задачей.

В ОАО «Санаторий «Россия» на курорте Белокуриха в лечении пациентов с АГ используется инновационный метод антистрессовой психофизической аудиовизуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) «Сенсориум», разработанный в ГУ НИИ Физиологии СО РАМН. Стимуляция синхронными зрительными, слуховыми и вибротактильными импульсами в частотах биоэлектрической активности коры головного мозга позволяет получить переупорядочивание корковых нейронных сетей и ликвидацию обусловленных стрессом очагов «застойного» возбуждения в мозге.

Целью исследований является сравнительный анализ эффективности применения АВВС с традиционными лечебными факторами курорта. Были выделены 2 группы больных в возрасте 27–49 лет с эссенциальной гипертензией: основная группа (41 человек) и группа сравнения (37 человек).

Все пациенты принимали комплексное санаторно-курортное лечение: азотокремнистые радонсодержащие ванны, лечебную гимнастику, массаж, гидротерапию, длительность лечения составила в среднем 14 дней.



Больные основной группы дополнительно принимали ежедневные сеансы АВВС «Сенсориум» по 30 минут, на курс 10–12 процедур.

Эффективность воздействия оценивалось по клиническим и электрофизиологическим методам: контроль артериального давления, реактивность сердечно-сосудистой системы (функциональные пробы: Мартине, клиноортостатическая), электроэнцефалография, электрокардиография и вариабельность сердечного ритма (BCP) с анализом реакции в ортостазе.

Сравнивая результаты двух групп в динамике отмечено, что у пациентов, получавших сеансы АВВС «Сенсориум», достоверно снизилось АД, при проведении функциональных проб отмечалась нормализация ответной реакции.

По результатам BCP в основной группе пациентов, увеличилась общая мощность спектра за счет высокочастотного компонента (повышение парасимпатической активности), снизилась амплитуда низкочастотных и очень низкочастотных колебаний в покое и существенно уменьшилась, в ряде случаев, нормализовалась симпатно-адреналовая активность.

Таким образом, применение инновационных подходов – антистрессовой психофизической аудио-визуально-вибротактильной стимуляции имеет обоснованные перспективы в профилактике и курортном лечении больных с артериальной гипертензией.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ДИЕТЕ И ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Перчаткин В.А., Репин А.Н.

НИИ кардиологии РАМН, Томск

Питание является неотъемлемой составляющей жизнедеятельности человека и одним из важнейших факторов, оказывающих влияние на здоровье. Нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, увеличивают риск развития осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, ухудшают показатели летальности. Клинический опыт показал, что диетические рационы, даже разработанные в соответствии с современными требованиями, не всегда достаточно эффективны в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель: определение приверженности к гипохолестеринемической диете и частоты нарушений пищевого поведения у пациентов с ССЗ на стационарном этапе реабилитации.

Методы исследования: обследованы 75 пациентов поступивших на стационарное лечение (из них 70% мужчин) в возрасте 61 ± 10 лет с ССЗ (95% с ИБС) и дислипидемией. Стаж ИБС – 5 ± 2 лет. Часть больных (15 человек или 20%) отказалась по тем или иным причинам от опроса. Пациенты тестировались по анкетам правильности питания (Д.М.Аронов, М.Г.Бубнова.2008) и определения пищевого поведения (Т.Г.Вознесенская.2004).

Результаты: обнаружено, что только 5% опрошенных соблюдают в полном

объеме гипохолестеринемическую диету и 17% – совсем не придерживаются ограничений в питании. Остальные пациенты (78%) частично придерживаются диетических рекомендаций. Выявлено, что у 35% больных имеются те или иные нарушения пищевого поведения. Чаще всего встречается ограничительный тип – 20%. Экстернальный и эмоциональный типы пищевого поведения обнаружены у 7% и 8% пациентов соответственно.

Заключение: соблюдение диетических рекомендаций у больных ИБС позволяет снизить содержание холестерина в крови на 6–20%. В свою очередь, более низкий уровень холестерина в крови, потребует в некоторых случаях меньших доз статинов, что экономически обосновано. Кроме того, требуется не только скрупулезная работа над рационом у всех пациентов с сердечно-сосудистой патологией, но и психотерапевтическая помощь у трети больных. С этими задачами успешно можно справиться только в школах здоровья.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРОЦЕССЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК В РЕЖИМЕ СВОБОДНОГО ВЫБОРА НАГРУЗКИ

Петренко Т.А., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния длительных велотренировок (ВТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на ремоделирование левого желудочка у больных инфарктом миокарда (ИМ) с гипертонической болезнью (ГБ).

В исследование включено 125 пациентов, спустя $8,11 \pm 0,7$ недель после ИМ. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основная – 90 больных, которым 2 раза в неделю проводились ВТ в режиме СВН, а также назначалась дозированная ходьба и физические упражнения; группа сравнения – 35 пациентов, которые самостоятельно занимались дозированной ходьбой и физическими упражнениями. Все пациенты основной группы и сравнения были разделены на 2 подгруппы: с ИМ + ГБ и ИМ без ГБ. Пациенты с ГБ получили адекватную гипотензивную терапию. ЭхоКГ проводилась больным в начале исследования, через 3,6 и 12 месяцев. Определяли конечно-систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры и объемы (КДО, КСО), индексы (иКДО; иКСО), массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Среднее САД в основной и группе сравнения составило $128,3 \pm 1,9$ и $134,5 \pm 1,3$ мм рт. ст. соответственно, а ДАД $78,7 \pm 0,9$ и $80,1 \pm 1,1$. В начале исследования показатели Эхо-КГ у больных всех групп не различались. В группе сравнения в течение 12 месяцев наблюдения показатели Эхо-КГ у больных ИМ без ГБ не изменились, а у пациентов с ИМ + ГБ к 6 месяцу увеличились ММЛЖ и ИММЛЖ ($p < 0,05$). В основной группе у больных ИМ без ГБ через 3 месяца



ВТ уменьшились по сравнению с исходным уровнем КДР и иКДО ($p < 0,05$), другие показатели не изменились до 12 месяца реабилитации, что свидетельствует о сдерживающем влиянии ВТ по методике СВН на ремоделирование ЛЖ. У пациентов основной группы с ИМ + ГБ к 3 месяцу реабилитации уменьшились по сравнению с исходным уровнем КДР на 5,4% ($p < 0,05$), иКДО на 12,7% ($p < 0,05$), КСР на 9,5% ($p < 0,05$), ИКСО на 18,3% и ИММЛЖ на 10,7% ($p < 0,05$), а через 6 месяцев ВТ уменьшилась по сравнению с исходным уровнем ММЛЖ на 12,8% ($p < 0,05$). К 12 месяцу реабилитации у больных ИМ + ГБ значимо уменьшились по сравнению с 3-х месячным значением иКДО, другие показатели сохранялись на уровне 6-го месяца реабилитационных мероприятий.

Таким образом, ВТ в режиме СВН оказывают положительное влияние на процесс ремоделирования ЛЖ у больных ИМ без ГБ и с сопутствующей ГБ. Анализ Эхо-КГ показал, что у больных ИМ без ГБ процесс ремоделирования не отличался на протяжении всего периода реабилитации. А у пациентов с ИМ + ГБ к 3 месяцу ВТ по методике СВН наблюдается статистически значимое уменьшение размеров и объемов сердца и ИММЛЖ с сохранением значений на достигнутом уровне до 12 месяца реабилитации, что свидетельствует о задержке процесса ремоделирования ЛЖ.

ДЛИТЕЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ВЕЛОТРЕНИРОВКИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Петренко Т.А., Молчанов А.В., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Целью исследования явилось изучение и оценка эффективности длительных физических тренировок в режиме свободного выбора на поликлиническом этапе реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

В исследование включено 125 больных спустя $8,3 \pm 2,1$ недели от перенесенного инфаркта миокарда. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основная – 90 больных, и сравнения – 35 человек, средний возраст больных $53,4 \pm 4,7$ лет.

В основной группе тренировки проводились в режиме свободного выбора нагрузки, частоты педалирования, длительности занятия, и включали в себя контролируемые физические тренировки два раза в неделю с использованием велотренажера. В группе сравнения – самостоятельные занятия с использованием дозированной ходьбы и физических упражнений.

Велоэргометрическая проба (ВЭМ) проводилась больным в начале исследования, после 3-х месяцев и 6 месяцев тренировок в режиме свободного выбора. При исследовании оценивались: пороговая мощность (ПМ), хронотропный резерв (ХР), инотропный резерв (ИР), двойное произведение (ДП), индекс экономичности (ИЭ), объем выполненной работы (Vp), толерантность к физической нагрузке (ТФН).

При проведении велотренировок по методике свободного выбора через 3 месяца занятий увеличились параметры, выбираемые пациентами по срав-

нению с исходными: мощность нагрузки на 62% ($p < 0,001$), время на 50,6% ($p < 0,001$), частота педалирования на 6,1 ($p < 0,01$). Через 6 месяцев велотренировок в сравнении с 3 месяцами, выбираемая мощность возросла на 23% ($p < 0,05$), время не изменилось, частота педалирования увеличилась на 10,4% ($p < 0,05$).

Контроль эффективности велотренировок оценивался с помощью ВЭМ-пробы. В начале исследования показатели ВЭМ у пациентов обеих групп не различались. У пациентов группы сравнения до конца наблюдения изучаемые показатели не изменились, кроме ДП, которое увеличилось по сравнению с исходным уровнем к 6 месяцу на 11,7% ($p < 0,05$), а ИР увеличился к 12 месяцу ($p < 0,05$). У пациентов основной группы через 3 месяца тренировок увеличились по сравнению с исходным уровнем ПМ, ТФН, Vp, ДП, ХР ($p < 0,001$). К 6 месяцу поликлинической реабилитации возросли по сравнению с их значением к 3 месяцу ПМ, Vp, ТФН, ИР ($p < 0,05$) и уменьшился ИЭ ($p < 0,01$). К 12 месяцу наблюдения показатели ВЭМ оставались на уровне 6 месяца реабилитационных мероприятий.

Таким образом, выбор параметров тренирующей нагрузки при длительных велотренировках способствует увеличению физической работоспособности у больных перенесших инфаркт миокарда, повышает экономичность работы сердца, оказывает благоприятное влияние на функциональную полноценность сердечно-сосудистой системы.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРОФЕССИЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, БРОСИВШИХ КУРИТЬ

Петров Д.В.

Ярославская государственная медицинская академия

Отказ от курения является одним из важнейших элементов первичной и вторичной профилактики гипертонической болезни (ГБ). С другой стороны, у лиц с ГБ водительских профессий отказ от курения при всей своей прогностической важности и необходимости таит в себе опасность нарушения адаптации, что может непосредственно повлиять на безопасность движения.

Целью исследования явилось изучение динамики некоторых физиологических и психологических показателей здоровья у лиц водительских профессий с гипертонической болезнью в течение двух лет наблюдения после отказа от курения.

Материал и методы: с 2002 года в работе кабинета медицинской профилактики всем пациентам после прохождения комплекса первичного обследования проводилось индивидуальное консультативное собеседование, конечной целью которого являлось формирование высокого уровня мотивационной готовности на заинтересованность в здоровье, укрепление здоровья и коррекцию основных поведенческих факторов риска, в том числе и отказ от курения. Среди лиц, бросивших курить, особый интерес для наблюдения составили 73 мужчины с гипертонической болезнью, работающие водителями в системе транспорта. В даль-



нейшем, контрольные обследования у них проводились через 1 и 2 года. Оценивались следующие показатели: индекс массы тела ИМТ), уровень АД, ЧСС, проба с физической нагрузкой, самооценка здоровья (СЗ), уровень дистресса (УД), индивидуальный резерв здоровья (ИРЗ), показатели шкалы субъективного благополучия (ШСБ).

Полученные результаты: в течение двух лет у наблюдаемых пациентов отмечалась тенденция повышения ИМТ от 28,7 до 28,8 и до 29,2 (через один и два года соответственно). Средние показатели АД и ЧСС имели тенденцию к снижению. Количество лиц имеющих хорошую и отличную пробу с физической нагрузкой повысилось через 1 и 2 года на 6,6% и 6,8% соответственно. Показатель СЗ улучшился на 5,7% и 5,8% соответственно. УД снизился на 2,6% и 2,7%. ИРЗ повысился с – 0,63 до 0,49 и 0,53 единиц. Общий средний показатель ШСБ практически не изменился при некоторой положительной динамике (34,5, 32,3 и 34,3). Но, при изучении отдельных кластеров внутри ШСБ были выявлены разнонаправленные тенденции. Так, по кластерам настроение, значимость социального окружения и удовлетворенность повседневной деятельностью отмечалась недостоверная отрицательная динамика. При этом средний показатель кластера напряженность и чувственность улучшился на 4,5% и 4,3% соответственно, а средний показатель по кластеру психиатрической симптоматики (депрессивность, сонливость, рассеянность) достоверно улучшился на 17,1% и 12,8% соответственно через один и два года.

Заключение: результаты исследования свидетельствуют, что отказ от курения у обследованных лиц водительских профессий с гипертонической болезнью сопровождается положительной динамикой большинства изучаемых показателей здоровья и не приводит к нарушениям психологической адаптации в течение двух лет наблюдения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г., Максимов Д.Б.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель работы: разработка методов оптимизации клинической эффективности имплантируемых мультипрограммируемых искусственных водителей ритма сердца (ИВР) в условиях диспансерного наблюдения больных.

Материалы и методы: в течение 20-ти лет (1989–2008 гг.) на диспансерном учете находились 836 больных после имплантации ИВР (439 мужчин и 397 женщин). Возраст больных составил от 27 до 75 лет и в среднем – $62,5 \pm 3,2$ года. Длительность электрокардиостимуляции (ЭКС) колебалась от 1 года до 17 лет и в среднем составила $14,3 \pm 0,5$ года. В 95% случаев проводилась одноканальная ЭКС, из них в 74,9% случаев была VVI-стимуляция и в 25,1% случаев – AAI-стимуляция. Двухканальная предсердно-желудочковая ЭКС применялась у 5% больных. Частотно-адаптивные ИВР имплантировались в 2% случаев. У 72,0% больных причиной нарушений сердечного ритма была ИБС. У 60% боль-

ных диагностировалась артериальная гипертензия (АГ), признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-IV ФК имели 78,7% больных.

Результаты: на основании комплексного клинико-инструментального обследования и психологического анкетирования выделили 5 диспансерных групп больных, определили объем и кратность профилактических осмотров, включая технический контроль электростимуляционной системы.

Задачами медицинской реабилитации больных с ИВР являются:

1) проведение рекомендуемой общепринятой медикаментозной терапии основного и сопутствующих заболеваний;

2) повышение кумулятивного эффекта лечения за счет выбора индивидуально оптимального режима ЭКС, а также коррекция специфических нарушений электростимуляционной системы;

3) экспертиза трудоспособности, физическая и психологическая реабилитация больных с ИВР.

Кроме медикаментозной терапии кардиальных синдромов (стенокардия, ХСН, АГ, аритмии), нами использовалась электростимуляционная (немедикаментозная) их коррекция путем перепрограммирования параметров ЭКС. В частности, для оптимизации лечения ХСН застойного типа рекомендуется увеличение частоты искусственного ритма до 80–85 уд./мин. При стенокардии напряжения с низким коронарным резервом предпочтительно уменьшение частоты искусственного ритма до 55 уд./мин (эффект бета-адренергической блокады). У больных АГ урежение частоты искусственного ритма на 10–15 уд./мин (до 55–60 уд./мин) дает «частотно-зависимый гипотензивный эффект». При наличии изолированной систолической АГ, наоборот, учащение искусственного ритма на 10 уд./мин (до 70–80 уд./мин) вызывает достоверное снижение систолического АД и тем самым, уменьшается пульсовое АД. У больных со спонтанными и/или пейсмерными аритмиями, программируемое уменьшение или увеличение частоты импульсов приводит к устранению таких нарушений ритма как пейсмерная аллоритмия, желудочковая экстрасистолия, ретроградная депрессия предсердий и т.д.

Заключение: показана терапевтическая эффективность оптимизации функционирования ИВР в лечении кардиальных синдромов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей

Цель работы: оценить эффективность циталопрама (Опры) у больных с искусственным водителем ритма (ИВР) и тревожно-депрессивными расстройствами.

Материалы и методы: обследованы 63 больных (35 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 22 до 65 лет ($53,5 \pm 2,6$ года). Применяли следующие режимы электрокардиостимуляции (ЭКС): VVI – у 40 больных, AAI – у 17 больных и DDD – у 8 больных. В исследование включались больные с субклинической и клинически



выраженной тревогой и/или депрессией, по данным психологического анкетирования. Психологическое анкетирование больных проводили до и после назначения Опыры с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Показатель шкалы 8–10 баллов соответствовал субклинической тревоге/депрессии, выше 10 баллов – клинически выраженной тревоге/депрессии. У больных с субклинической тревогой/депрессией курс лечения составил 3 месяца и у больных с клинически выраженной тревогой/депрессией – 6 месяцев. Лечение начинали с дозы препарата 20 мг/сутки и при необходимости увеличивали до 40 мг/сутки. У большинства больных с субклинической тревогой/депрессией суточная доза Опыры составила 20 мг (в среднем $27,1 \pm 1,8$ мг/сутки) и у больных с клинически выраженной тревогой/депрессией – 40 мг (в среднем $37,6 \pm 2,5$ мг/сутки). При отсутствии улучшения настроения – снижения суммы баллов через 4 недели менее 25% от исходных дозу препарата увеличивали до 40 мг/сут.

Результаты: в группе больных с субклинической тревогой и депрессией исходные баллы составили $9,0 \pm 0,5$ и $8,9 \pm 0,4$ соответственно и у больных с клинически выраженной тревогой и депрессией – $13,7 \pm 0,6$ и $14,2 \pm 0,5$ соответственно. У всех больных с субклинической тревогой/депрессией, начиная со второй недели лечения, отмечено улучшение настроения, что подтвердилось по результатам повторного анкетирования: суммарные баллы тревоги и депрессии составили $6,3 \pm 0,3$ и $5,9 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,01$). В группе больных с клинически выраженной тревогой и депрессией снижение суммарных баллов наиболее выражено: $7,9 \pm 0,4$ и $7,7 \pm 0,3$ соответственно ($p < 0,001$).

Важно отметить, что стабильное улучшение психоэмоционального статуса больных способствовало также повышению кумулятивного эффекта лечения коморбидных соматических состояний, уровня физического функционирования и снижению лекарственной «нагрузки» и соответственно уменьшению фармакоэкономических затрат. В частности, благодаря назначению Опыры увеличилась дистанция во время пробы с 6-минутной ходьбой с $310,5 \pm 11,4$ до $375,0 \pm 12,0$ м ($p < 0,05$) и показатель самооценки собственного состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале уменьшился с $7,5 \pm 0,3$ до $5,8 \pm 0,3$ ($p < 0,01$).

Заключение: показана высокая психофармакотерапевтическая эффективность и переносимость Опыры – анксиолитика с умеренным антидепрессантным действием, у больных с ИБВР и тревожно-депрессивными расстройствами.

САНАТОРНЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ

Полякова Н.В.

МУЗ Клиническая больница № 2 им. В.И.Разумовского, Саратов

Целью исследования явилось сравнение результатов годового этапа наблюдения клинического течения ИБС у больных, перенесших острый коронарный синдром с различным постстационарным реабилитационным периодом.

Материал и методы: в исследование включено 644 больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром, в возрасте от 32 лет до 60 лет (средний воз-

раст $52,4 \pm 7,1$ лет). У 433 (68,7%) больных ИБС острый коронарный синдром завершился острым инфарктом миокарда и у остальных 211 (32,3%) больных нестабильной стенокардией. Лечение больных в стационаре проводилось согласно существующим стандартам по данной патологии. После острого коронарного синдрома санаторный этап лечения в отделении реабилитации в течение 24 дней прошли 389 (60,4%) больных ИБС: 291 (69,5%) больных после острого инфаркта миокарда и 98 (46,9%) после нестабильной стенокардии. Проведен детальный анализ течения заболеваний у больных ИБС включенных в исследование за 12 месяцев наблюдения по медицинским документам, отражающим клинический статус больного, результаты инструментально-лабораторного обследования после перенесенного острого коронарного синдрома (инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии).

Результаты: за период наблюдения (12 месяцев) повторные госпитализации в связи с развитием повторного острого коронарного синдрома, осложнений и/или прогрессирования основного заболевания (ИБС) имели 97 (15%) больных, из которых 72 больных, не прошли этап санаторного лечения в отделении реабилитации. У 34 (5,2%) больных ИБС за период наблюдения 12 месяцев отмечалось две и более госпитализаций, из которых 32 не имели санаторный этап реабилитации. Частота повторных госпитализаций была выше у пациентов, у которых первичная госпитализация была обусловлена нестабильной стенокардией и которые не прошли после стационарного лечения санаторный этап в отделении реабилитации.

Таким образом, у больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром в трудоспособном возрасте после стационарного лечения санаторный этап лечения в отделении реабилитации значительно улучшает прогноз и уменьшает число повторных госпитализаций.

ГИПЕРВОЛЕМИЯ – ФАКТОР, ТРЕБУЮЩИЙ УЧЕТА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Поселюгина О.Б.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия

Цель: изучить клинико-функциональные проявления синдрома гиперволемии у больных артериальной гипертонией (АГ) и его значение в их реабилитации.

Методы: обследованы 230 больных эссенциальной АГ. У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), определялась суточная экскреция натрия с мочой, изучался психологический статус (методика СМОЛ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Все обследованные в зависимости от ПВЧПС были разделены на 3 группы: с низким ПВЧПС (0,08% раствора NaCl), средним (0,16%) и высоким (более 0,16%).

Результаты: высокий ПВЧПС имелся у половины больных АГ (52%), тогда, как средний у 26% ($p > 0,05$), низкий у 22%, ($p < 0,01$). Досаливали готовую пищу всегда 15% лиц с высоким ПВЧПС, тогда как среди больных с низким порогом –



таковых не было. Суточная экскреция Na + у больных с высоким ПВЧПС была достоверно выше, чем с низким порогом ($p < 0,01$), увеличивалась с возрастом (все $p < 0,05$) и коррелировала с ПВЧПС ($r = 0,4$; $p < 0,01$).

В клиническом плане больные АГ с высоким ПВЧПС отличались наличием невротических жалоб, более отягощенной наследственностью, заболевание у них развивалось на 7 лет раньше, течение болезни в 4 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами (все $p < 0,05$), у них был выше психологический профиль личности (повышение профиля по первой, третьей и 9-й шкалам, $p < 0,05-0,02$). При поступлении в стационар у больных АГ с высоким ПВЧПС цифры артериального давления (АД) были выше, причем с нарастанием ПВЧПС увеличивалось АД ($r = 0,2$; $p < 0,05$). У женщин с высоким ПВЧПС имелся абдоминальный тип ожирения ($p < 0,01$). Имелось повышение уровня холестерина в крови ($p < 0,02$). Для достижения у них гипотензивного эффекта им требовалось в 2 раза больше лекарственных средств ($p < 0,05$). Представленные данные могут рассматриваться как проявление гиперволемии, индуцированной большим потреблением ПС. Однако, наиболее точным методом, подтверждающим наличие гиперволемии является СМАД. Так, по его данным у больных АГ с высоким ПВЧПС АД на протяжении суток было выше. Циркадный ритм АД (не достаточная степень снижения АД ночью) у них был нарушен в 30% случаев ($p < 0,05$). Показатели Эхо-КГ свидетельствовали, что наибольшие изменения миокарда наблюдались у больных с высоким ПВЧПС. В частности, у них был увеличен конечный диастолический объем, имелась более выраженная гипертрофия левого желудочка и диастолическая дисфункция, снижена ФВ (все $p < 0,05-0,01$).

Заключение: представленные данные позволяют сделать предположение, что у 50% больных АГ, потребляющих повышенное количество ПС, имеются признаки гиперволемии, что требует учета при их реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В АРТЕРИОЛАХ — НОВЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Поселюгина О.Б., Виноградова Т.С., Руденко Е.В.

Тверская медицинская академия

Цель: изучить влияние гипотензивной терапии на линейные скорости кровотока у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

Методы: обследованы 320 больных эссенциальной АГ. Из них у 90 больных была впервые выявленная АГ. Все больные получали гипотензивную терапию. У всех больных определялся порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) до назначения гипотензивной терапии и через месяц после нее. Оценивалось функциональное состояние артериол методом ультразвуковой непрерывноволновой доплерографии микроциркуляторного русла до и через месяц после лечения. Контрольную группу (КГ) составили 102 практически здоровых лиц.

Результаты: значения линейных скоростей в КГ составили $13,2 \pm 0,94$ см/с

в систолу (V_s); $7,3 \pm 0,38$ см/с в среднем (V_m) и $4,3 \pm 0,04$ см/с в диастолу (V_d), у больных АГ соответственно составили $18,5 \pm 0,33$, $10,31 \pm 0,79$ и $6,85 \pm 0,47$ см/с ($p < 0,05$). При этом, у больных с низким ПВЧПС V_s в среднем составила $15,8 \pm 1,24$, со средним — $17,4 \pm 0,58$; с высоким — $18,6 \pm 0,28$ см/с (по отношению к низкому ПВЧПС $p < 0,01$). В тех же группах V_d составила соответственно $5,64 \pm 0,7$; $5,9 \pm 0,89$ и $6,7 \pm 1,27$ (по отношению к низкому ПВЧПС $p < 0,01$). На фоне гипотензивной терапии линейные показатели как V_s , так и V_d уменьшались. Так, при низком ПВЧПС на фоне лечения V_s составила $11,73 \pm 2,77$, при среднем $13,19 \pm 0,84$; при высоком — $14,47 \pm 0,31$ (по отношению к низкому ПВЧПС $p < 0,01$). Соответственно V_d $3,65 \pm 0,2$, $3,71 \pm 0,43$ и $3,73 \pm 0,51$ (по отношению к низкому ПВЧПС $p < 0,01$). На фоне лечения снижение показателей линейной скорости кровотока в артериолах в систолу составило 25%, в среднем на 30%, в диастолу на 24% ($p < 0,05-0,01$). Оказалось, что с увеличением индекса массы тела статистически значимо возрастает максимальная систолическая скорость кровотока в артериолах у больных АГ. Так, при ИМТ < 25 , V_s составила $16,4$ см/с, при ИМТ > 25 , V_s — $18,7$ см/с; $p < 0,01$).

Заключение: таким образом, у больных АГ с высоким ПВЧПС выше значения линейных скоростей, как в систолу, так в диастолу, которые возрастают с увеличением ПВЧПС и снижаются под влиянием гипотензивной терапии. Поэтому, контроль за скоростью кровотока может быть использован, как метод оценки эффективности реабилитации больных АГ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Праскурничий Е.А.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Принимая во внимание прогностическое значение уровня артериального давления (АД) во время физической нагрузки, а также возможность его значительного повышения в данных условиях при нормальных значениях АД в покое и при его стандартной оценке методом Н.С. Короткова, выявление гипертензивной реакции АД в ходе проведения стресс-тестирования следует рассматривать в качестве актуальной задачи диагностики и мониторинга артериальной гипертензии (АГ), а ее устранение — важной тактической задачей антигипертензивной терапии.

В качестве цели исследования рассматривалась сравнительная характеристика эффективности основных групп антигипертензивных препаратов в отношении снижения стресс-индуцированного повышения АД, возникающего в условиях динамической физической нагрузки.

В рамках исследования 138 человек в возрасте от 44 до 65 лет с 1–2 степенью АГ были рандомизированы в группы антигипертензивной терапии. Представители первой группы ($n = 36$) получали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл в дозе 10–40 мг в сутки, больные второй группы



($n = 42$) – антагонист кальция амлодипин в суточной дозе 5–10 мг, пациенты третьей группы – агонист I_1 -имидазолиновых рецепторов моксонидин ($n = 32$) в дозе 0,2 – 0,4 мг в сутки и лица четвертой группы ($n = 28$) – бета-адреноблокатор метопролол в дозе 100–150 мг в сутки.

Исходно и в конце 12 недели пациенты проходили обследование, которое включало сбор анамнестических данных, объективное обследование, измерение АД методом Н.С.Короткова, суточное мониторирование АД (СМАД), велоэргометрическую пробу.

Применение изучаемых препаратов характеризовалось сопоставимой антигипертензивной эффективностью. Доля пациентов, у которых удалось достигнуть снижения АД менее 140 / 90 мм рт. ст. в группах лизиноприла, амлодипина, моксонидина и метопролола существенно не различалась и составила 76%, 78%, 59% и 64% соответственно. На этом фоне лизиноприл и амлодипин вызывали достоверное снижение только максимального систолического АД, регистрируемого при достижении мощности нагрузки 100 Вт, соответственно с $215,0 \pm 13,3$ до $200,0 \pm 24,0$ мм рт. ст. и с $200,0 \pm 17,1$ до $186,7 \pm 17,8$ мм рт. ст. Терапия моксонидином не вызвала существенного изменения параметров данного варианта стресс-тестирования. Метопролол обеспечивал снижение как уровня максимального систолического АД, регистрируемого при достижении мощности нагрузки 100 Вт, так и степени его прироста на данном уровне нагрузки соответственно с $200,0 \pm 7,2$ до $190,0 \pm 5,2$ мм рт. ст. и с $60,0 \pm 4,5$ до $55,0 \pm 2,6$ мм рт. ст.

Таким образом, при сопоставимой антигипертензивной эффективности антигипертензивные препараты разных фармакологических групп характеризуются различной способностью подавления гипертензивной реакции, возникающей во время нагрузочного тестирования динамического типа.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН С ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Провоторов В.М., Терновых И.А.

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Воронеж

Цель: изучить связь сывороточной концентрации тестостерона с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств у мужчин с инфарктом миокарда и возможностью их медикаментозной коррекции.

Методы: обследованы 96 мужчин (средний возраст $47,9 \pm 6,5$ лет) на госпитальном этапе лечения острого инфаркта миокарда (ИМ). Диагноз ИМ устанавливался на основании клинической картины, ЭКГ-данных, повышения активности МВ-фракции КФК. С помощью госпитальной шкалы HADS оценивали наличие и выраженность тревожно-депрессивных расстройств. По шкале AMS определяли клиническую симптоматику андрогендефицита. Уровень тестостерона в крови определяли иммуноферментным методом на анализаторе ПИКОН (Россия) с использованием набора реактивов ИммуноФА-ТС (НВО «Иммунотех»). Корреляционный анализ проводили с применением непараметрического критерия Spearman.

Результаты: клинические характеристики обследованной группы больных были следующими. ИМ с зубцом Q был у 84 пациентов (87,5%), пол-Q – у 12 (12,5%). ИМ развивался на фоне гипертонической болезни у 72 человек (75%). Стенокардия в анамнезе отмечена в 48 случаях (50%). Сахарный диабет 2-го типа отмечен у 13 пациентов (13,5%). Клинические проявления недостаточности андрогенов различной степени выраженности были выявлены у 62 пациентов (64,6%). По биохимическим критериям (уровень тестостерона менее 12 нмоль/л) андрогендефицит определен у 55 пациентов (57,3%). При психологическом тестировании установлено, что средний уровень депрессии составил $10,3 \pm 2,2$ балла, тревоги – $8,9 \pm 2,3$ балла. Данные показатели соответствуют субклинической выраженности психологических нарушений. При статистическом анализе установлено наличие обратной корреляционной связи сывороточной концентрации тестостерона с выраженностью депрессии ($R = -0,61$) и тревоги ($R = -0,52$). Отдельно была проанализирована выраженность тревожно-депрессивных расстройств у больных со сниженным уровнем тестостерона, получавших заместительную гормональную терапию (ЗГТ). У пациентов с некорректируемым андрогендефицитом уровень депрессии ($11,5 \pm 2,1$ балла) оказался достоверно выше, чем у мужчин, получавших ЗГТ ($6,2 \pm 1,7$ балла, $p = 0,001$). Аналогичные данные получены и в отношении тревоги ($9,6 \pm 2,5$ балла против $5,8 \pm 2,3$ балла, $p = 0,006$). Больные, получавшие ЗГТ отмечали улучшение качества жизни.

Заключение:

1. У мужчин в возрасте до 55 лет с инфарктом миокарда с высокой частотой (57,3%) выявляется приобретенный андрогенный дефицит.
2. Снижение сывороточного уровня тестостерона ассоциируется с развитием тревожно-депрессивных расстройств.
3. С целью повышения эффективности лечения больных инфарктом миокарда целесообразно использовать в дополнении к стандартному лечению препараты тестостерона.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ХОДЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ

Прокофьева Я.А., Бредихина М.Н., Прокофьев А.Б.

ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург

Цель: изучение особенностей показателей вариабельности сердечного ритма, дисперсии QT интервала (QTd) и поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) в период рубцевания и их динамики в ходе реабилитации методом барокамерной гипоксии.

Методы исследования: обследованы 54 мужчины с инфарктом миокарда (2–4 месяца с момента развития), средний возраст которых составил $51,8 \pm 7,7$ лет. В первую группу вошли 38 пациентов, которым проводился курс периодической барокамерной гипоксии (ПБГ), состоящий из 22 трех часовых сеансов на «высоте» 3500 м (460 мм рт. ст.), проводимых ежедневно в барокамере понижен-



ного давления «Урал-1». Контрольную группу составили 16 больных проходивших курс реабилитации согласно Методическим рекомендациям МЗ РСФСР по физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. У всех пациентов, помимо стандартного клинико-лабораторного обследования выполнялось ритмокардиография, ЭКГ высокого разрешения, оценка дисперсии интервала Q-T, суточное мониторирование ЭКГ. Оценка показателей проводилась до и сразу после завершения курса реабилитации (4–5 недель).

Полученные результаты: показатели ритмокардиографии, полученные непосредственно перед началом курса у больных первой группы, практически не отличались от таковых у лиц, входивших в группу контроля, и характеризовались преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции сердечного ритма и избыточной ее централизацией. После курса ПБГ отмечался достоверный рост показателей характеризующих парасимпатическую активность (ARA, HF, HF%) и снижение симпатических влияний (LF, LF%, VLF%). У лиц контрольной группы, за аналогичный период времени существенных изменений в изучаемых параметрах не происходило.

ППЖ выявлялись у 12 (22,2%) обследованных больных. 8 человек в основной группе и 4 – в контрольной. После завершения курса реабилитации в основной группе ППЖ не найдены. В контрольной группе ППЖ выявлены у одного больного. Отмечалось достоверное уменьшение QRS tot и Las-40 у больных после ПБГ, что не зарегистрировано после физической реабилитации.

QTd более 80 мс выявлена у 19,6% больных. После завершения курса ПБГ пациентов с такими значениями QTd уменьшилось на 83%. В контрольной группе их число уменьшалось на 33%. По данным суточного мониторирования ЭКГ было установлено, что после ПБГ количество желудочковых экстрасистол (ЖЭ) статистически значимо сократилось на 61%, а ЖЭ высоких градаций в 3 раза. В группе контроля достоверно снизилось только количество ЖЭ.

Заключение: метод ПБГ, по сравнению с использованием курсового комплекса лечебной физкультуры, в большей степени снижает выраженность электрической нестабильности миокарда, у больных ИМ на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ НА СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Прониченко Л.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет

Цель: исследовать клиническую эффективность терапии блокаторами кальциевых каналов группы дигидропиридина (фелодип) и фенилалкиламина (веро-галид EP240) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I–II степени I–II стадии и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) II стадии.

Материалы и методы: в исследование были включены 48 пациентов с АГ I–II степени I – II стадии в возрасте от 40 до 55 лет. Критериями включения явля-

лись среднетяжелая ХОБЛ – 2 стадия, базисная терапия ХОБЛ согласно GOLD (2006), АГ I–II стадии I–II степени, согласие пациента на участие в исследовании и способность адекватно оценивать свое состояние. Критерии исключения типичны для аналогичного рода исследований. Пациенты, включенные в исследование были разделены на две группы: первая ($n = 23$) получала фелодипин (фелодип) в дозе 5–10 мг/сутки; вторая ($n = 25$) веро-галид (веро-галид EP240) – 120–240 мг/сутки, помимо гипотензивной, получали базисную терапию ХОБЛ в соответствии с рекомендациями GOLD (2006). Контрольную группу составили 20 пациентов без АГ и ХОБЛ.

Результаты: при анализе исходных показателей в исследуемых группах не было зафиксировано достоверно значимых различий. В течение 3 месяцев гипотензивной терапии фелодипом 10 мг/сутки целевого уровня АД достигли 95,5% (20), веро-галидом EP240–92% (22) пациентов. Выявлены изменения морфофункциональных показателей миокарда. На фоне лечения фелодипом отмечено достоверное снижение систолического давления в легочной артерии на 19,5%, при использовании веро-галида на 9,3%, среднее давление в легочной артерии уменьшилось на 33,2% и 21,5% соответственно. Конечный диастолический размер правого желудочка, при лечении фелодипином достоверно уменьшился на 15,1%, веро-галидом – на 22,2%, изменился и конечный систолический размер на 22,1% и 19,8% соответственно, наметился регресс гипертрофии миокарда и объемной перегрузки левых отделов сердца. При исследовании функции внешнего дыхания (ФВД), у всех пациентов, принимавших фелодип 10 мг/сутки, наблюдалось статистически значимое увеличение большинства показателей: форсированная жизненная емкость легких выросла на 13,2%, объем форсированного выдоха за секунду – на 30,4%, улучшилась проходимость сегментарных бронхов, что позволяет предположить бронходилатирующий эффект. При терапии веро-галидом EP240 достоверных изменений показателей ФВД зарегистрировано не было.

Заключение: монотерапия блокаторами кальциевых каналов (фелодипин 5–10 мг/сутки и веро-галид EP240 120–240 мг/сутки) в течение 12 недель позволяет проводить фармакотерапию АГ в малом и большом кругах кровообращения у пациентов с АГ I – II стадии I – II степени и ХОБЛ II стадии; в результате лечения исследуемыми препаратами выявлены статистически значимые изменения эхокардиографических параметров, свидетельствующие в пользу регресса ремоделирования миокарда; а также увеличение большинства показателей функции внешнего дыхания.



ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИПИДНОМ ОБМЕНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (тХПН), ПОЛУЧАЮЩИХ ГЕМОДИАЛИЗ

Пушкина А.В., Мордик А.И., Вавилова Т.П.*

Центр экстракорпоральной терапии ООО «Компания Фесфарм», Москва;
*Московский государственный медико-стоматологический университет

Количество пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии гемодиализом (ГД) в России возрастает, в среднем, на 12% ежегодно. Известно, что ведущей причиной смерти больных на ГД являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на долю которых приходится 36,0–48,0% смертей. Нарушение метаболизма липидов относится к традиционным корригируемым факторам риска развития и прогрессирования ССЗ.

Цель исследования: изучение изменения липидного спектра плазмы крови пациентов, получающих лечение ГД по поводу тХПН.

Методы исследования: исследованы 52 пациента среднего возраста 53 ± 11 лет, в том числе 19 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1), 13 с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), и 20 пациентов, не имевших нарушения углеводного обмена (КГ), получающие амбулаторный ГД по стандартной программе. Определены уровни общего холестерина (Хол), триацилглицеролов (ТГ), липопротеинов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП), а также вычислялся индекс атерогенности (ИА).

Полученные результаты: у пациентов с СД 1 уровни Хол, ТГ, ЛПВП, ЛПНП и ИА составили $5,4 \pm 1,0$ ммоль/л, $2,0 \pm 1,1$ ммоль/л, $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л, $2,9 \pm 0,9$ ммоль/л и $3,2 \pm 1,1^*$ соответственно. У пациентов с СД 2 уровни Хол, ТГ, ЛПВП, ЛПНП и ИА составили $5,6 \pm 2,4$ ммоль/л, $2,8 \pm 1,5$ ммоль/л, $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л, $3,1 \pm 0,7$ ммоль/л и $4,1 \pm 1,5$ соответственно. И у пациентов КГ уровни Хол, ТГ, ЛПВП, ЛПНП и ИА составили $5,3 \pm 1,4$ ммоль/л, $2,8 \pm 2,8$ ммоль/л, $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л, $2,9 \pm 0,8$ ммоль/л и $4,2 \pm 1,0$ соответственно. Уровни ЛПВП были статистически достоверно выше у пациентов с СД 1 ($p < 0,05$) по сравнению с больными СД 2 и КГ, а индекс атерогенности статистически достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с лицами СД 2 и КГ.

Заключение: согласно полученным данным, пациенты, получающие ГД, имеют выраженные изменения в липидном составе плазмы, выражающиеся в повышенном уровне Хол, ТГ, ЛПНП и индекса атерогенности и сниженном содержании ЛПВП. Исключение составили, как не парадоксально, пациенты с СД 1 типа: они имели практически нормальные показатели липидного спектра, абсолютное количество ЛПВП статистически достоверно было выше по сравнению с остальными пациентами. Вместе с тем, согласно собственным наблюдениям, именно в этой группе пациентов выявлялась при ЭКГ-контроле безболевая ишемия миокарда, имелась изолированная систолическая артериальная гипертензия и наблюдалось наибольшее количество макро- и микрососудистых осложнений.

Таким образом, у пациентов с тХПН имеются выраженные проатерогенные сдвиги в метаболизме липидов. В комплексном лечении этих пациентов в меж-

диализный период необходимо применять гиполипидемические препараты, поскольку возможности нелекарственной коррекции обмена липидов у этих пациентов резко ограничены. Коррекция нарушений липидного спектра позволит снизить показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Репин А.Н., Сергиенко Т.Н., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В.*, Розин А.И.*

НИИ кардиологии СО РАМН;

*НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск

Цель: оценить и сравнить частоту и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у мужчин и женщин, страдающих хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), а также оценить эффективность медикаментозной коррекции ТДР антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Материалы и методы: обследован всего 301 пациент, поступивший в отделение реабилитации больных ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН, страдающих хронической ИБС. Из них 73% ($n = 220$) составили мужчины и 27% ($n = 81$) – женщины. Средний возраст женщин составил $64,1 \pm 9,9$ лет; обследованные мужчины оказались достоверно моложе: $57,5 \pm 9,9$ лет ($p = 0,0000001$). При поступлении всем больным проводилось скрининговое тестирование госпитальной шкалой самооценки тревоги и депрессии (HADS), оценивалось качество жизни пациентов шкалой социального функционирования Шихана, а также проводился анализ липидного спектра крови. При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии (более 8 баллов по HADS), пациентам проводилось консультирование психиатра для уточнения диагноза и определения способа коррекции ТДР. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: у женщин диагностировано значимо больше ТДР, чем у мужчин: 40% ($n = 32$) vs 22% ($n = 49$) ($p < 0,05$). При скрининговом обследовании больных степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств оказалась достоверно более высокой у женщин, чем у мужчин: уровень тревоги по шкале HADS составил $9,3 \pm 4,1$ и $6,9 \pm 3,6$ баллов соответственно ($p = 0,00005$), а уровень депрессии – $8,4 \pm 3,4$ и $6,6 \pm 3,2$ баллов ($p = 0,00009$) соответственно. Однако, уровень социальной адаптации в исследуемых группах был практически одинаковым: $37,1 \pm 7,8$ баллов у женщин и $37,5 \pm 7,2$ у мужчин ($p = 0,85$). Причем у женщин наряду с более высоким уровнем тревоги и депрессии также выявлен более высокий уровень общего холестерина, чем у мужчин: $6,4 \pm 1,28$ ммоль/л и $5,4 \pm 1,3$ ммоль/л соответственно ($p = 0,0000013$) и более высокий уровень липопротеинов низкой плотности: $4,4 \pm 1,11$ ммоль/л и $3,4 \pm 1,1$ ммоль/л соответственно ($p = 0,0007$). У 42,6% ($n = 130$) больных имелись показания к медикаментозной коррекции ТДР, однако, 9,2% ($n = 12$) из них отказались от лечения. Больным по показаниям назначались антидепрессанты из группы СИОЗС, преимущественно феварин. Через 3 месяца значительное улучшение отмечали 72% паци-



ентов, принимавших антидепрессанты. У 97% пациентов с хронической ИБС при терапии основного заболевания и ТДР не отмечалось прогрессирования коронарной болезни.

Закключение: хроническая ИБС чаще сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами у женщин, чем у мужчин (40% vs 22%). Женщины, страдающие ИБС и ТДР, имеют более высокий уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности, что, несомненно, предполагает более неблагоприятное течение ИБС. Больные ИБС нуждаются как в физической, так и психологической реабилитации.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Рождественская Т.В., Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов

Данное исследование посвящено анализу причин безработицы инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, занимающих первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения в Саратовской области. Выборочная совокупность составила 1,5 тыс. единиц, что обеспечило ее репрезентативность. Исследование проводилось в категориальном поле социологии медицины. Высшее образование – у 19% инвалидов, 81% респондентов, имеющих среднее и неполное среднее образование, обладают наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом. Для большинства респондентов, занятых физическим трудом, возникновение ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнями системы кровообращения, предполагает потерю профессии, безработицу, отсутствие многовариантности профессионального выбора.

Как известно, трудовые рекомендации инвалидам устанавливают при проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с определяемой группой инвалидности. Необъективная экспертная оценка (недооценка) тяжести состояния инвалидов, несоответствие группы инвалидности соматическим и психосоциальным ресурсам, имеющимся у инвалидов, является одной из причин их нерационального трудоустройства, либо отказа от трудоустройства, снижают эффективность возрастной социализации, медико-социальной реабилитации и качества жизни инвалидов.

При трудоустройстве инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, наряду с соматическими барьерами – нестабильностью соматического состояния, прогрессированием основного заболевания и возникновением осложнений, существуют социальные: отсутствие равных возможностей престижных и высокооплачиваемых рабочих мест, сокращение рабочих мест для инвалидов. Предоставляемые трудовым законодательством льготы и ограничения, связанные с рекомендациями медико-социальной экспертизы, запреты на профессию при установлении группы инвалидности, значительно снижают шансы на трудоустройство инвалидов, страдающих болезнями системы кровообращения.

Современные достижения в лечении больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, определяют перспективность медико-социальной реабилитации и возможность смягчения для общества социально-экономических последствий инвалидизации наиболее многочисленной категории инвалидов при условии создания безбарьерной среды: обеспечение доступности квалифицированного медицинского обслуживания, государственной поддержки при трудоустройстве инвалидов в соответствии с состоянием здоровья, профессиональной подготовкой и образованием, предоставление многовариантности профессионального выбора, равных шансов в получении рабочих мест.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЮНОШЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Романова Н.П.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава

Цель: изучить порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у юношей с артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: обследованы 126 юношей (средний возраст 17,2 года) с АГ. У них исследовались ПВЧПС (как косвенный показатель потребления поваренной соли с пищей), показатели артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), центральная гемодинамика, реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс. Контрольную группу составили 90 юношей (16,9 года) с нормальным АД.

Полученные результаты: у юношей контроля средний ПВЧПС составил $0,14 \pm 0,01\%$ раствора хлорида натрия, тогда как у больных АГ – $0,21 \pm 0,013\%$ ($p < 0,001$). В контроле высокий и средний ПВЧПС выявлялся в 58,9%, тогда как низкий – в 41,1% ($p > 0,05$). У больных АГ низкий ПВЧПС реже выявлялся, чем средний и высокий (соответственно 13,5%, 86,6%, $p < 0,001$). Уровень диастолического АД у больных с АГ и высоким и средним ПВЧПС был выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС (соответственно $82,7 \pm 1,4$; $82,9 \pm 1,2$ и $73,2 \pm 2,5$ мм рт. ст.; $p < 0,01$ – $0,001$). Самая высокая ЧСС была отмечена у юношей с АГ и низким ПВЧПС, по сравнению с ЧСС у лиц со средним и низким ПВЧПС (соответственно $79,1 \pm 4,6$ в мин и $70,5 \pm 1,9$ в мин; $P=0,01$). Между минутным объемом сердца и ПВЧПС выявлена положительная корреляционная связь – $r = 0,14$ ($p < 0,01$). У лиц с нормальным АД и высоким ПВЧПС наблюдалась «предстартовая» реакция – уровень диастолического АД перед пробой превышал аналогичный показатель у юношей с низким ПВЧПС (соответственно $76,1 \pm 1,6$ и $71,6 \pm 1,4$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). У лиц с АГ абсолютные значения диастолического АД на 5-й и 10-й минутах стресс-нагрузки были достоверно больше у юношей с высоким ПВЧПС, чем с низким (соответственно $88,0 \pm 1,2$ и $81,7 \pm 2,6$ мм рт. ст.; $89,2 \pm 1,5$ и $80,2 \pm 5,4$ мм рт. ст.; все $p < 0,01$). Однако у первых прирост диастолического АД был в 2 раза меньше, чем у вторых (соответственно $12,73 \pm 1,40\%$ и $22,59 \pm 4,62\%$; $p < 0,01$). Выявлена обратная зависимость прироста ЧСС и ПВЧПС ($r = -0,33$; $p < 0,01$).

Закключение: у юношей с АГ повышение ПВЧПС как косвенного показателя более высокого потребления поваренной соли с пищей наблюдается в 2,3 раза чаще,



чем у здоровых лиц. Реакция сердечно-сосудистой системы на стресс у юношей с АГ связана с уровнем ПВЧПС. Повышение ПВЧПС коррелирует с увеличением минутного объема сердца. Основным путем реабилитации больных с юношеской АГ представляется ограничение у них потребления поваренной соли с пищей.

МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Романчук П.И., Крюков Н.Н., Никитин О.Л., Волобуев А.Н.

Гериатрический научно-практический центр ГУЗ Самарской области, Центр артериальной гипертензии, Самарский государственный медицинский университет

Демографическая ситуация в Самарской области имеет отрицательную динамику. Коэффициент старости за последние пять лет уменьшился на 0,94%, а индекс долгожительства на 0,25%. Эти показатели во многом определяются уровнем распространения артериальной гипертензии (АГ). Ежегодно регистрируется более 1 млн. посещений к врачам в связи этим заболеванием. Эпидемиологическая ситуация в Самарской области, а также рост осложнений инфарктом миокарда и мозговыми инсультами определяет не только высокую смертность, но и ведет к преждевременному биологическому старению, особенно в работоспособном возрасте старше 45 лет.

Материалы и методы: для контроля и профилактики преждевременного старения на кафедре медицинской и биологической физики СамГМУ создана авторская методика определения биологического возраста на основе спектрального анализа тонов Короткова. В ГУЗ СО «ГНПЦ» используется также стандартная методика определения биологического возраста на основе измерения скорости пульсовой волны.

После определения показателей биологического возраста разрабатывается индивидуальная стратегия лечения пациента с АГ. Эта стратегия включает в себя прежде всего рекомендации по организации индивидуальных хронобиоритмов сна и бодрствования, а также индивидуальный подбор наиболее адекватной лекарственной терапии.

Организация индивидуальных хронобиоритмов определяется условиями нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы больного с первичной АГ. Максимальные негативные явления у больных с первичной АГ наблюдаются в моменты смены сна и бодрствования. Это связано с тем, что сердце и регуляторно связанные с ним артерии начинают функционировать не одновременно. Сначала происходит интенсификация работы миокарда и только через некоторое время начинает адекватно реагировать нейрорефлекторная система регуляции кровообращения, обеспечивающая прохождение крови через микроциркуляторный гемодинамический барьер с минимальным гидродинамическим сопротивлением. Чем больше промежутков времени между этими двумя процессами, тем больший уровень артериального давления (АД) устанавливается в артериях. Поэтому хронобиоритмы пациента должны вырабатывать соответствующие условные рефлексы в системе регуляции кровообращения, направленные на увеличение синхронизации начала работы сердца и сосудов. В свете этого, информационно-пропагандистская и образовательно-профилактическая работа с пациентом приобретает первостепенное значение в терапии АГ.

При этом индивидуальная медикаментозная антигипертензивная терапия подбирается таким образом, чтобы уровень АД не превышал соответствующей возрастной нормы, но и не был ниже целевого АД (ВНОК, 2008), которое обеспечивает устойчивый кровоток в артериальной части сосудистой системы.

ВЛИЯНИЕ РЕНИТЕКА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Рухаткина Л.А., Цыганкова О.В., Бондарева З.Г., Арутюнян И.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

Цель: изучить влияние ренитека на кардинальные характеристики кардиоваскулярного метаболического синдрома у мужчин.

Методы исследования: Обследованы 20 мужчин в возрасте $47,0 \pm 1,2$ лет с абдоминальным ожирением и АГ в рамках метаболического кардио-васкулярного синдрома (ИМТ $32,2 \pm 3,4$ кг/м², окружность талии $103,1 \pm 3,4$ см). Уровни малонового диальдегида (МДА) в гепарин-осажденных ЛПНП оценивали путем флуориметрии на спектрофлуориметре «Hitachi F-300» при длине волны 533 нм. Инсулинемию определяли радиоиммунным методом, уровни гликемии исследовались в плазме венозной крови глюкозооксидазным методом.

Полученные результаты: на фоне терапии ренитеком в дозе 10–20 мг в сутки в течение 4 недель и более наблюдалось снижение уровней АД с $162,9 \pm 5,6/109,7 \pm 2,9$ до $141,1 \pm 3,1/97,6 \pm 2,3$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Уровни общего холестерина ($5,5 \pm 0,2$ и $5,5 \pm 0,2$ ммоль/л) и триглицеридов ($1,9 \pm 0,1$ и $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л) в динамике лечения ренитеком не изменились. Выявлено достоверное снижение базальной инсулинемии с $20,9 \pm 2,5$ до $13,5 \pm 1,6$ мкЕД/мл, ($p < 0,01$), тенденция к снижению базальной гликемии с $5,4 \pm 0,5$ до $4,7 \pm 0,3$ ммоль/л ($p > 0,05$). Индекс глюкоза/базальный инсулин (индекс Саго) достоверно увеличился с $3,1 \pm 0,8$ до $7,6 \pm 1,8$ усл. единиц, свидетельствуя о снижении инсулинорезистентности.

Обращает на себя внимание высоко достоверное ($p < 0,01$) снижение концентрации МДА в ЛПНП, как базального, так и уровней, зафиксированных в процессе инкубации с ионами меди. Базальный уровень снизился с $6,8 \pm 2,8$ до $2,9 \pm 0,7$; через 0,5 часа после инкубации: с $14,2 \pm 2,2$ до $9,9 \pm 1,9$; через 2 часа после инкубации с $29,2 \pm 2,3$ до $15,5 \pm 1,9$ нмоль/мг белка ЛПНП.

Заключение: у мужчин с АГ и абдоминальным ожирением установлена эффективность ингибитора АПФ ренитека как гипотензивного препарата с метаболически благоприятными аддитивными эффектами. К последним относятся коррекция инсулинорезистентности/ гиперинсулинемии, снижение исходных показателей пероксидации ЛПНП и повышение их устойчивости к окислительной модификации. Эти влияния обусловлены, вероятно, нейро-гуморальной модуляцией со снижением концентрации циркулирующего и тканевого ангиотензина II, в т.ч. в островковом аппарате поджелудочной железы.



ВЛИЯНИЕ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РЕСТЕНОЗИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Рыбальченко Е.В., Тепляков А.Т.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН

Цель: оценка прогностической значимости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на рестенозирование коронарных стентов и прогрессирование атеросклероза через 12–18 месяцев после имплантации стентов в КА при многососудистом атеросклерозе.

Материалы и методы: в исследование всего включено 72 больных: в первую группу – 34 пациента без нарушений обмена углеводов и признаков ГБ (в ср. возрасте $50,7 \pm 1,1$ лет) и во вторую – ($n = 38$) больные с сочетанием сахарного диабета легкой степени и ГБ 1–2 стадии ($54,1 \pm 1,9$ лет). Число пациентов с двухсосудистым поражением составило в первой и второй группах 52,9 и 57,8% соответственно. Большинству пациентов (80,6 и 94,7%) через 18 мес. проспективного наблюдения проводили контрольную коронарографию (КГ).

Результаты: исходно в первой группе нестабильная стенокардия имела место у 8,3%, стенокардия напряжения тяжелых ФК – у 19 (55,8%) больных; во второй группе – у 26,3 и 60,5% соответственно. Постинфарктный кардиосклероз диагностировался у 15 (44,1%) и 24 (63,2%) больных, гиперхолестеринемия ($> 5,2$ ммоль/л) – в 59% и 76,3% случаев. ТФН исходно по группам достоверно не различалась и была на уровне $71,6 \pm 9,7$ Вт и $64,3 \pm 9,7$ Вт.

Через 18 месяцев после вмешательства у 64,8% и 36,8% пациентов имела место стенокардия напряжения легких ФК или симптомы ИБС отсутствовали. Клинически рецидив стенокардии зарегистрировали 12 (35,2%) и 24 (63,2%) больных при этом частота ангиографически подтвержденного рестеноза составила 17,6% (1 гр.) и 57,8% (2 гр.) соответственно ($p < 0,05$). Среднее количество ангинозных приступов снизилось в 3 раза у больных первой группы и на 65,7% во второй группе на фоне прироста ТФН на 70,0% ($p < 0,05$) и 44,1%. ИМ после вмешательства перенесли 8,8 и 13,2% больных соответственно. Летальных исходов среди больных первой группы зарегистрировано не было, тогда как во второй группе по сердечным причинам погибло 2 пациента.

В анализ включены 7 факторов риска (ФР) из 20, оказавших достоверное влияние на прогрессирование атеросклероза в среднем через 14 мес. после стентирования КА: курение до вмешательства; прием статинов до вмешательства; исходный уровень ХС ЛПНП; исходный уровень ТГ; исходный уровень ХС ЛПВП; повышение препроцедурального уровня ИЛ1, ИЛ6 и ФНО; наличие сахарного диабета. Среди пациентов, имеющих менее 2 ФР прогрессирования атеросклероза к концу срока наблюдения не было отмечено ни одного случая рестенозирования стентов, тогда как среди больных, у которых отмечались 3 и более ФР фактически у каждого третьего пациента (30%) при контрольной ангиографии диагностировали гемодинамически значимое сужение стентов.

Выводы: таким образом, воздействие на модифицируемые факторы риска прогрессирования коронарного атеросклероза позволяет достоверно снизить частоту развития основных неблагоприятных коронарных событий у больных, подвергшихся эндоваскулярной реваскуляризации ишемизированного миокарда.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Рыбчинская И.И., Иванов К.М.

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО «РЖД», медицинская академия, Оренбург

Цель исследования: изучить эффективность препарата диротон у больных с артериальной гипертензией при послеоперационном гипотиреозе.

Материалы и методы: в открытом длительном (6 месяцев) рандомизированном исследовании были обследованы 10 женщин с эссенциальной гипертензией II ст (рекомендации ВНОК, 2007) в возрасте $52,8 \pm 3,5$ лет, подвергшихся оперативному лечению узлового зоба. Средняя длительность артериальной гипертензии составила 5,5 (3–8) лет. На фоне заместительной гормональной терапии у всех больных была достигнута медикаментозная компенсация послеоперационного гипотиреоза. Среднесуточная доза диротона составила 7,5 (5–10) мг. Контрольную группу составили 15 женщин без артериальной гипертензии, прооперированных по поводу узлового зоба.

У всех больных оценивался тиреоидный статус, рассчитывалась величина «двойного» произведения (ДП, усл. ед), среднее и пульсовое АД, величина общего периферического сопротивления (ОПСС, дин. с. см-5). Регистрировалась ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Проводилось суточное мониторирование АД с использованием аппарата «Дон» (Россия). Эхокардиографическое исследование сердца выполнялось на аппарате Phillips En Visor в М-, В- и доплеровском режиме. Оценивалась вариабельность сердечного ритма на аппаратно-программном комплексе «Валента». Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов.

Результаты: антигипертензивный эффект диротона отмечался в снижении среднего АД на 6% и пульсового АД на 15%, уменьшении величины «двойного» произведения на 10% по сравнению с исходными данными. Анализ вариабельности сердечного ритма свидетельствовал о достоверном ($p < 0,01$) снижении симпатического влияния и активации парасимпатического звена в регуляции сердечного ритма, что проявлялось в уменьшении индекса напряжения с $157,5$ до $87,8$ усл. ед., уменьшении соотношения LF/HF на 22%, увеличении rNN50 с $0,14$ до 2 усл. ед. и спектра HF на 29%. Через 6 месяцев лечения отмечалось повышение общей вариабельности сердечного ритма, в виде достоверного ($p < 0,01$) повышения триангулярного индекса и средне-квадратического отклонения. Кардиопротективная эффективность препарата проявлялась в снижении массы миокарда левого желудочка с 205 ($159-240$) г до лечения против 193 ($140-236$) г, $p < 0,05$ на фоне терапии диротонем.



Заключение: особенностями терапии дилатационной кардиомиопатии, ассоциированной с послеоперационным гипотиреозом, являются антигипертензивный и кардиопротективный эффекты, повышение общей вариабельности сердечного ритма и усиление парасимпатического влияния на регуляцию сердечного ритма.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рямзина И.Н., Аронов Д.М., Красницкий В.Б., Суханов С.Г., Наумов С.А., Воронина Н.В., Жданова А.И.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва; ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава, ГУЗ ПККБ № 2 «Институт сердца», городской диагностический центр, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить динамику психологического состояния больных, подвергшихся операции коронарного шунтирования (КШ), в процессе амбулаторной реабилитации.

Методы: обследованы 25 пациентов, средний возраст $47,5 \pm 4,2$ лет, 50% из них перенесли инфаркт миокарда. До операции функциональный класс стенокардии – $2,3 \pm 0,48$. КШ произведено с наложением от 1 до 6 шунтов. На амбулаторном этапе реабилитации пациенты приняли участие в программе физических тренировок с использованием велотренажеров, разработанной в ГНИЦ ПМ (Д.М.Аронов, В.Б.Красницкий). Больные получали стандартное лечение β -блокаторами, ИАПФ, статинами, аспирином. Медикаментозная терапия для психологической коррекции не назначалась.

Результаты: программа обследования включала велоэргометрию (ВЭМ), ЭхоКГ, анкетирование больных с целью оценки психологического статуса, качества жизни. Оценка тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS выявила исходные тревожно-депрессивные расстройства: субклинические проявления тревоги у 8%, клинические проявления тревоги у 8%, клинические проявления депрессии у 4% пациентов. Через 1 месяц после КШ – субклинические проявления тревоги у 16%, клинические проявления тревоги у 12% больных. Через 6 мес. после КШ – субклинические проявления тревоги у 12%. Через 12 мес. признаков тревоги и депрессии не наблюдалось.

Исследование депрессии по шкале Бека выявило на старте исследования начальные проявления депрессии у 8%, депрессию легкой степени тяжести у 4%.

Через 1 мес. после КШ начальные проявления депрессии – у 12%, депрессия легкой степени тяжести у 4%, через 6 мес. после КШ депрессия легкой степени тяжести – у 4%, через 12 мес. начальные проявления депрессии – у 4%.

Психологическое состояние пациентов было сопряжено с улучшением клинико-функционального статуса больных после адекватной хирургической коррекции. В процессе реабилитации отмечено повышение физической активности пациентов: пороговая мощность нагрузки по данным ВЭМ составила $101,1 \pm 1$ Вт и $113,0 \pm 2,3$ Вт.

Выводы: психологическое состояние пациентов, подвергшихся операции коронарного шунтирования, главным образом зависит от общего клинико-функционального статуса. Адекватная хирургическая коррекция сопряжена с улучшением психологического статуса больных после КШ.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ СЕРДЕЧНОЙ МЕДИЦИНЫ «ЧЕРНАЯ РЕЧКА»

Самулевич Т.В., Шестаков В.Н., Перепеч Н.Б.

Центр сердечной медицины «Черная речка»;
ГОУВПО СПбГМА им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Центр сердечной медицины «Черная речка» может разместить до 400 пациентов и включает в себя отделение реабилитации (до 160 пациентов), диагностический центр (до 10 пациентов), курортную кардиологическую клинику (до 40 пациентов) и отделение санаторно-курортного лечения (до 100 пациентов). В 2008 году в отделении реабилитации было пролечено 1325 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), 463 пациента, перенесших эпизод нестабильной стенокардии, 354 пациентов, перенесших операции (процедуры) реваскуляризации миокарда, 106 пациентов, перенесших операции протезирования клапанов сердца. В течение последних двух лет в связи с сокращением длительности стационарного лечения больных и снижением качества проводимых в стационаре реабилитационных мероприятий отмечается рост числа пациентов, поступающих в загородный санаторий неподготовленными к проведению реабилитационных мероприятий по стандартной программе. В этих условиях существенно увеличилось число случаев оказания экстренной помощи.

Цель работы состояла в обосновании организации круглосуточной палаты интенсивной терапии (ПИТ) в загородном кардиологическом санатории.

Материалы и методы. Проведен анализ 300 историй болезни (случайная выборка), пациентов, перенесших ОИМ и направленных из стационаров на санаторный этап реабилитации в 2007-2008 гг. и всех случаев оказания медицинской помощи больным в условиях ПИТ за 2008 г.

Результаты: каждый 8-й больной, перенесший ОИМ, переводится в санаторий в сроки до 15 дней от начала заболевания. 56% больных к концу стационарной фазы лечения достигают лишь третьей ступени двигательной активности, т.е. не готовы к проведению физической реабилитации по стандартной программе. 20,5% поступающих в санаторий больных, по совокупности клинических признаков, относятся к 4-му классу тяжести, т.е. не подлежат реабилитации и нуждаются в активном долечивании. Ранняя постинфарктная стенокардия в стационаре имела место у 16% направленных в санаторий больных, стабильная стенокардия на этапе санаторной реабилитации сохранялась у 8,5% пациентов. Клинические признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) на санаторном этапе реабилитации выявлялись у 56,5% пациентов, в том числе ХСН 3 функционального класса – у 10,5%, ХСН 2 функционального класса – у 39,5% больных.



В 2008 г. из санатория было направлено в стационар 95 больных, в том числе с острым коронарным синдромом (ОКС) – 44 (46%), нарушениями ритма – 5, острой сердечной недостаточностью – 3, острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) – 6, для проведения срочной коронарографии – 8, в связи с интеркуррентными заболеваниями – 25. Из числа пациентов, госпитализированных по поводу ОКС, 31 поступал в санаторий с диагнозом ОИМ, 6 – с диагнозом нестабильной стенокардии, 5 – после операций реваскуляризации.

С целью повышения качества медицинской помощи больным с острыми сердечно-сосудистыми синдромами в санатории была организована ПИТ с соответствующим кадровым и материально-техническим обеспечением. За 2008 г. общее количество случаев оказания интенсивной терапевтической помощи составило 358, из них по поводу острой сердечной недостаточности – 14, затянувшегося приступа стенокардии – 42, нарушений ритма сердца – 145, гипертонического криза – 5, симптомной гипотензии – 19, аллергических реакций – 7, ОНМК – 6, других причин – 120. Средняя длительность пребывания больного в ПИТ составила около 3 часов.

Вывод: с учетом наблюдаемого в последние годы прогрессивного ухудшения клинического статуса больных, направляемых для реабилитации в загородный кардиологический санаторий, организация круглосуточной экстренной службы в учреждениях, соответствующих по количеству и профилю коек Центру сердечной медицины «Черная речка», представляется необходимой и обоснованной.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Самулевич Т. В., Перелеч Н.Б.

Центр сердечной медицины «Черная речка»;
ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург

Цель работы: препаратами, достоверно улучшающими прогноз больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), являются антиагреганты, статины, бета-блокаторы (БАБ) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Цель работы состояла в изучении особенностей применения этих групп препаратов у больных с крупноочаговым ИМ на этапе реабилитации в условиях кардиологического санатория.

Материалы и методы: был выполнен анализ 100 историй болезни пациентов, перенесших трансмуральный ИМ и лечившихся в кардиологическом санатории «Черная речка» в период с января по июнь 2008 г. (случайная выборка). Полученные данные сопоставлялись с результатами выполненного в 2004 г. анализа 107 историй болезни пациентов с аналогичным диагнозом, лечившихся в многопрофильной больнице, а также с результатами анализа 200 историй болезни пациентов, перенесших ИМ и лечившихся в санатории в 2007 г.

Результаты: в 2008 году в санатории БАБ назначались в 98%, ИАПФ – в 92%, статины в 73%, аспирин – в 83%, плавикс – в 3%, комбинация аспирина и плавикса – в 6% случаев. Антиагрегантная терапия в том или ином виде получа-

ли 96% пациентов. В 2007 году в санатории частота использования БАБ составляла 86%, ИАПФ – 84,5%, статинов – 74%, аспирина – 87%, плавикса – 7,5%. В 2004 году при выписке из стационара БАБ были назначены в 82%, ИАПФ в 88%, статины в 9%, аспирин – в 82%, комбинация аспирина и плавикса в 2% случаев. В 2008 году при выписке из стационара частота назначения БАБ больным ИМ составляла 97%. Абсолютный прирост применения БАБ в стационаре с 2004 по 2008 год составил 15%.

В 2008 году при поступлении в санаторий частота сердечных сокращений (ЧСС) 50–60 в мин регистрировалась у 23% пациентов. В санатории путем коррекции пульс-урежающей терапии целевая ЧСС была достигнута у 81% больных, причем в 68% случаев желаемый результат был получен менее чем за 7 дней. На этапе реабилитации в 66% случаев применения БАБ использовался бисопролол. Метопролол короткого действия применялся в 32% случаев. Метопролол пролонгированного действия (беталок ЗОК) назначался 2% больных. Гидрофильные бета-блокаторы не использовались. Средняя доза метопролола короткого действия составляла 43,9 мг/сутки, ретардного метопролола – 43,7 мг/сутки, бисопролола – 5,0 мг/сутки. За период пребывания в санатории на 11% увеличилось количество пациентов, принимающих бисопролол. Средняя доза бисопролола возросла с 4,8 мг до 5,3 мг/сутки, средняя доза метопролола короткого действия и беталока-ЗОК – не изменилась. Четырём пациентам был назначен ивабрадин (кораксан) (из них 3-м – в сочетании с БАБ). Средняя доза ивабрадина составила 11,25 мг/сутки. 32% больных, получавших БАБ, имели относительные противопоказания к их применению.

Выводы: в течение последних 4-х лет прогрессивно увеличивается доля больных ИМ, которым назначается фармакотерапия, направленная на улучшение прогноза и соответствующая современным рекомендациям. На этапе санаторной реабилитации антиагреганты и ИАПФ назначаются более чем в 90% случаев, статины в 73% случаев, частота назначения БАБ приближается к 100%. Наличие относительных противопоказаний не рассматривается врачами как основание для отказа от применения БАБ в составе комплексной терапии больных ИМ. Вместе с тем используемые дозы БАБ остаются значительно ниже рекомендованных. Целевая ЧСС при выписке из стационара достигается только у каждого четвертого больного. Путем коррекции дозы БАБ и применения кораксана удается более чем втрое увеличить долю больных с целевой ЧСС. Наиболее популярным БАБ на этапах стационарного и санаторного лечения больных ИМ является бисопролол.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Селезнева С.В., Козиолова Н.А.

МУЗ МСЧ №3, Медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера, Пермь

Цель: оценить в сравнительном плане динамику когнитивных нарушений у больных гипертонической болезнью в восстановительном периоде ишемического



го инсульта на фоне антигипертензивных препаратов – антагониста рецепторов ангиотензина II эпросартана и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента – эналаприла в комплексной терапии.

Материалы и методы: выделены 2 группы больных гипертонической болезнью, которым назначались и оценивались эпросартан и эналаприл в комплексной терапии от начала развития ишемического инсульта (острой период – первые 36–72 часа при АД $\geq 180 / 105$ мм рт. ст.) и на протяжении 6 месяцев реабилитационного периода. Первая группа ($n = 15$) больных получала эпросартан 600 мг в сутки, вторая группа ($n = 15$) – эналаприл 20 мг в сутки. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ишемического инсульта, степени повышения АД в острый период ишемического инсульта, сопутствующим заболеваниям и проводимой терапии. Всем больным проводились суточное мониторирование АД, заполнялся опросник Mini-Mental State Examination (MMSE) для оценки когнитивных функций, батарея тестов для оценки лобной дисфункции, тест 12 слов в модификации Гробера–Бушке–Дюбуа как в острый период ишемического инсульта, так и через 30 дней и 6 месяцев лечения.

Результаты: через 30 дней и 6 месяцев от начала ишемического инсульта уровень АД не имел достоверных различий между группами. Через 6 месяцев лечения оптимизация суточного профиля отмечена у 14 больных первой группы и больных 4 больных второй группы ($p = 0,031$). На фоне лечения и эпросартаном и эналаприлом в течение 6 месяцев отмечено достоверное улучшение когнитивных функций по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$) по результатам MMSE, теста 12 слов и батареи тестов для оценки лобной дисфункции. При оценке когнитивных функций через 30 дней и 6 месяцев от начала ишемического инсульта не выявлено достоверных различий между группами по среднему баллу MMSE ($p = 0,526$), по результатам теста 12 слов ($p = 0,839$) и батареи тестов лобной дисфункции ($p = 0,839$).

Выводы: применение эпросартана в комплексной терапии у больных гипертонической болезнью в раннем и позднем реабилитационных периодах ишемического инсульта более эффективно в плане коррекции суточного профиля АД, чем использование эналаприла. Включение эпросартана и эналаприла в реабилитационную программу больных гипертонической болезнью, перенесших ишемический инсульт, составе комплексной терапии, начиная с острого периода, обеспечивает равнозначное улучшение когнитивных функций.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДВУХКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А., Шпак И.И.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель: оценить возможность реабилитации больных после коррекции приобретенных пороков с поражением двух клапанов сердца на основе ретроспективного анализа отдаленных результатов.

Материалы и методы: исследование проведено у 47 больных в возрасте от 34 до 64 лет. Протезирование митрального и аортального клапанов выполнено у 8 больных, из них у 5 больных выполнена пластика трикуспидального клапана. Протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана у 39 больных. У 45 больных был сохранен подклапанный аппарат одной или двух створок, а у 14 выполнена пластика левого предсердия.

Результаты: период наблюдения составляет от 2 до 6 лет (средний срок наблюдения 4,4 года). Оценка эффективности хирургической коррекции клапанного аппарата сердца производилась на основании объективных методов исследования (рентгенологических, ЭхоКГ, функциональных и нагрузочных проб), а также с помощью опросника SF-36. В группе больных с сохраненным подклапанным аппаратом сердца достоверно наблюдается наибольшее снижение объемных и размерных показателей левого желудочка. Пластические операции левого предсердия способствуют восстановлению синусового ритма сердца, а также повышают эффективность антиаритмической терапии в послеоперационном периоде. Особое внимание необходимо уделять состоянию трикуспидального клапана и выполнять его пластику в случае недостаточной кооптации створок. Анализ функционального статуса исследуемых больных показал, что в отдаленном периоде большинство больных (67%) находится в I–II ФК NYHA. Учитывая, что исходно 87% больных относились к III ФК NYHA, функциональный статус пациентов значительно улучшился. Данные опросника подтверждают лучшую функциональную адаптацию больных с сохраненным подклапанным аппаратом дополненных пластическими операциями левого предсердия и трикуспидального клапана у больных с двухклапанным пороком сердца.

Выводы: коррекция двухклапанного порока сердца дополненная пластикой левого предсердия и трикуспидального клапана повышает сократительную функцию миокарда и достоверно способствует улучшению качества жизни и реабилитации больных в отдаленном послеоперационном периоде.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КЛАПАННОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель: оценить возможность реабилитации больных после коррекции приобретенных пороков сердца на основе ретроспективного анализа отдаленных результатов имплантации искусственных клапанов сердца с сохранением подклапанного аппарата и пластикой левого предсердия.

Материалы и методы: исследование проведено у 292 больных в возрасте от 24 до 63 лет. Протезирование митрального и аортального клапанов выполнено у 8 больных, протезирование митрального клапана у 197 больных, аортального – у 87 больных. Из 197 больных, перенесших протезирование митрального клапана, у 182 сохранен подклапанный аппарат одной или двух створок, а у 102 выполнена пластика левого предсердия.

Результаты: период наблюдения составляет от 2 до 6 лет (средний срок на-



блюдения 4,2 года). Оценка эффективности хирургической коррекции клапанного аппарата сердца производилась на основании объективных методов исследования (рентгенологических, ЭхоКГ, функциональных и нагрузочных проб), а также с помощью опросника SF-36. В группе больных с сохраненным подклапанным аппаратом сердца достоверно наблюдается наибольшее снижение объемных и размерных показателей левого желудочка. Пластические операции левого предсердия способствуют восстановлению синусового ритма сердца, а также повышают эффективность антиаритмической терапии в послеоперационном периоде. Анализ функционального статуса исследуемых больных показал, что в отдаленном периоде большинство больных (87%) находится в I–II ФК NYHA. Учитывая, что исходно 37% больных относились к III ФК NYHA, функциональный статус пациентов значительно улучшился. Данные опросника подтверждают лучшую функциональную адаптацию больных с сохраненным подклапанным аппаратом в сравнении с больными у которых сохранить подклапанные структуры не представлялось возможным.

Выводы: охранение подклапанного аппарата сердца повышает сократительную функцию миокарда и достоверно улучшает реабилитационные возможности больных в отдаленном послеоперационном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А.

А.А. МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель исследования: оценка реабилитационных возможностей больных на основании сопоставления отдаленных результатов оперативного лечения митрального порока сердца и определения качества жизни больных перенесших пластику или протезирование митрального клапана.

Материалы и методы: 78 больных в возрасте от 29 до 63 лет перенесли оперативное вмешательство на митральном клапане. Из них у 47 больных выполнена пластическая операция, у 31 больного – протезирование митрального клапана.

Результаты: результаты клинического исследования оценивались на протяжении всего периода наблюдения и основывались как на объективных, так и на субъективных параметрах – качестве жизни пациента в отдаленном послеоперационном периоде. Средняя продолжительность отдаленного послеоперационного периода составила 6,2 года ($\pm 1,3$). В группе больных перенесших пластику митрального клапана пятилетняя выживаемость составила 85,7%, что обусловлено отсутствием таких серьезных осложнений как тромбоз искусственного клапана и тромбоземболия в группе пациентов после протезирования. В тоже время, в обеих группах больных, достоверно значимых отличий в частоте повторных оперативных вмешательств не отмечено. Проводя оценку качества жизни пациентов одной возрастной категории, такие показатели как физическая и социальная активность оказались выше у больных после пластики митрального клапана.

Выводы: реабилитационные возможности у больных после пластики митрального клапана выше, чем в группе больных перенесших протезирование митрального клапана. Пластические операции на митральном клапане обеспечивают наибольшую пятилетнюю выживаемость и более высокое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А., Прохоров А.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Под наблюдением кардиоревматологов находилось 1368 детей с врожденными пороками сердца (ВПС), из них 1128 перенесли различные виды хирургической коррекции ВПС.

Цель исследования: оптимизировать диспансерное наблюдение и медикаментозную терапию сердечной недостаточности, представить клинко-функциональное обоснование рекомендаций физической активности после хирургической коррекции ВПС.

Материалы и методы: у 40 детей после коррекции ВПС в сроки от 10 дней до двух лет явления сердечной недостаточности требовали коррекции: 1. снижение нагрузки на сердце (физический и эмоциональный покой, терапия вазодилататорами и ингибиторами АПФ); 2. повышение сократимости миокарда (сердечные гликозиды); 3. контроль задержки избыточного содержания ионов натрия, хлора и воды (диуретики, диета с ограничением соли). С целью оценки физической работоспособности 48 пациента оперированных по поводу дефекта межпредсердной перегородки, 12 – тетрада Фалло, 32 – по поводу дефектов межжелудочковой перегородки, 18 – после чрезкожной баллонной вальвулопластики изолированного клапанного стеноза легочной артерии в сроки от 1 года до 5 лет, была проведена велоэргометрическая проба (ВЭП) с изучением показателей сократительной функции миокарда методом тетраполярной реоплетизмографии в покое, в ходе ВЭП, на высоте физической нагрузки и в восстановительном периоде. Возраст обследованных от 8 до 15 лет ($11,2 \pm 1,1$).

Физическая работоспособность пациентов достоверно выросла в процессе проведенной реабилитационной программы на 47% (с $424,4 \pm 17,8$ до $628,1 \pm 21,5$ кгм/мин), увеличившись в среднем с 1 Вт/кг до 1,5 Вт/кг веса пациента. Эффективность программы реабилитации отражалась в качественном и количественном выражении переносимости выполняемых нагрузок к третьему исследованию (через 2 года после операции), отмечено достоверное увеличение числа пациентов с высоким уровнем предельно переносимых нагрузок (1,5–2 Вт/кг).

Пациенты, оперированные в возрасте до 12 лет (1 группа) способны выполнять более высокие ступени физической нагрузки и характеризовались лучшими показателями насосной функции сердца и комплексными фазовыми показателями по сравнению с оперированными в более старшем возрасте.



Заключение: адекватная медикаментозная терапия сердечной недостаточности позволяет оптимизировать реабилитацию больных на поликлиническом этапе реабилитации. Дозированная физическая нагрузка с определением параметров гемодинамики является объективным методом оценки функционального состояния пациентов с врожденными аномалиями после коррекции порока, позволяет улучшить качество жизни оперированных больных в отдаленном периоде.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ БРАДИАРИТМИЯХ

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А., Прохоров А.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель исследования: на основании оценки ближайших и отдаленных результатов имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) у детей разработать определенные диагностические критерии и определить показания к имплантации ЭКС, программу реабилитации и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 58 детей в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст $10,5 \pm 3,4$ года), среди них мальчиков 20 (56%), девочек 16 (44%). Колебания частоты сердечных сокращений в состоянии покоя составляли от 36 до 86 ударов в 1 минуту. Инфекционно-аллергический миокардит диагностирован у 8 человек. 5 детей наблюдались после коррекции врожденных пороков сердца: коррекции дефекта межпредсердной перегородки – 1 больной, с корригированной формой открытого атриовентрикулярного канала – 1, после пластики дефекта межжелудочковой перегородки – 3 (у последних четырех больных синдром слабости синусового узла (СССУ) сочетался с различными формами атриовентрикулярной блокады. 1 больная страдала брадикахисистолической формой СССУ с частыми приступами пароксизмальных тахикардий. У 44 пациентов установлена идиопатическая форма синдрома слабости синусового узла.

Выбор типа ЭКС и режима его работы зависит от: 1. функции синусового узла в покое и при нагрузке; 2. состояния атриовентрикулярной проводимости; 3. наличия сопутствующих аритмий.

При сочетании СССУ с атриовентрикулярными блокада различных степеней (бинодальная болезнь) показана имплантация двухкамерного (секвенциального) частотоадаптивного кардиостимулятора или, что менее предпочтительно, однокамерного желудочкового стимулятора с частото-адаптивной функцией.

Нерешенной проблемой при имплантации электрокардиостимуляторов, связанной с ростом детей, является способ фиксации электрода. Несмотря на очевидные преимущества при использовании эндокардиальных электродов, с ростом ребенка увеличивается риск натяжения эндокардиального электрода и, как следствие этого, возможной дислокации электрода. Высокая активность кальциевого обмена у детей может привести к локальной кальцинации в зоне контакта электрод-эндокард и увеличить порог стимуляции. Использование ми-

окардиальной электрокардиостимуляции остается актуальной не только при сочетанных операциях при коррекции врожденных пороков сердца, но и при первичных манипуляциях. Использование миниинвазивных доступов значительно снижает травматизм операции.

Заключение: для достижения максимального клинического эффекта детям целесообразно имплантировать современные физиологические ЭКС, преимущественно двухкамерные, обеспечивающие адекватную гемодинамику в ответ на физическую нагрузку. Следует учитывать возможную динамику основного заболевания у детей после выписки из стационара. В связи с этим контроль за состоянием ЭКС мы рекомендуем проводить через 1, 3, 6 месяцев после имплантации пейсмекера, а затем не менее одного раза в полгода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И АНОМАЛЬНЫМ ДРЕНАЖЕМ ЛЕГОЧНЫХ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

С целью оценки физической работоспособности 80 пациентам, оперированным в сроки от 1 года до 26 лет по поводу дефекта межпредсердной перегородки и частичного аномального дренажа легочных вен, была проведена велоэргометрическая (ВЭП) с изучением показателей насосной функции и сократительной функции миокарда методом тетраполярной реоплетизмографии в покое, в ходе ВЭП на высоте физической нагрузки и в восстановительном периоде. Возраст обследованных от 12 до 53 лет ($32,4 \pm 1,3$).

ВЭП проводилась пациентами в процессе выполнения ими комплексной программы реабилитации. Физическая работоспособность пациентов достоверно выросла в процессе проведенной реабилитационной программы на 47% (с $424,4 \pm 17,8$ до $628 \pm 21,5$ кгм/мин), увеличившись в среднем с 1 Вт/кг до 1,5 Вт/кг веса пациента. Наиболее значимое усиление физической работоспособности отмечено через 2 года после операции как на субмаксимальном, так и на пороговом уровне, и была достоверно выше у больных, оперированных до 12 лет и не различалась в зависимости от размера дефекта межпредсердной перегородки и форм частичного аномального дренажа легочных вен. Эффективность реабилитации отражалась в качественном и количественном выражении переносимости выполняемых нагрузок: в увеличении числа субмаксимальных нагрузок и уменьшении числа пороговых нагрузок к третьему исследованию (через 2 года после операции), отмечено достоверное увеличение числа пациентов с высоким уровнем предельно переносимых нагрузок ($1,5-2$ Вт/кг).

Пациенты, оперированные в возрасте до 12 лет (I группа), способны выполнять более высокие ступени физической нагрузки и характеризовались лучшими показателями по сравнению с оперированными в более старшем возрасте.

При анализе систолических временных интервалов и комплексных фазовых



показателей выявлено отчетливое улучшение показателей в процессе, в плане уменьшения синдрома гиподинамии миокарда в покое и на ступенях нагрузок 0,5–1,5 Вт/кг. Отмечено, что уровень нагрузки 1,5 Вт/кг является средней количественной мерой инотропной способности миокарда. Обеспечение нагрузок более высокой мощности (2 Вт/кг и выше) сопровождается синдромом острой гиподинамии миокарда, который проявляется отсутствием дальнейшего укорочения всех систолических временных интервалов, а в ряде случаев их удлинением.

Заключение: дозированная физическая нагрузка с определением параметров гемодинамики и фаз сердечного цикла является объективным методом функционального состояния пациентов с врожденными сердечными аномалиями после коррекции порока.

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Селиваненко В.Т., Юргенс Т.А., Мартаков М.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Цель исследования: определение функционального состояния и физической работоспособности больных коарктацией аорты в отдаленные сроки после оперативного лечения.

Материалы и методы: оценка физической работоспособности проведена на основе субмаксимальных и пороговых нагрузочных тестов. Перед проведением велоэргометрического нагрузочного теста все пациенты предварительно обследованы. Проведена оценка отдаленных результатов по данным общеклинического обследования. С применением нагрузочного теста обследованы 74 пациента в возрасте от 10 до 51 года. Срок после операции составил от 1 года до 23 лет. Возраст больных на момент операции составил от 2 месяцев до 48 лет. У всех обследованных был положительный гемодинамический эффект после коррекции коарктации аорты. Все обследованные разделены на две группы: 1 группа – 42 человека, оперированных по поводу изолированной коарктации аорты; 2 группа – 32 пациента, у которых коарктация аорты сочеталась с другими врожденными пороками сердца. Анализ и оценка и физической работоспособности, уровня максимального потребления кислорода при выполнении субмаксимальных и пороговых нагрузочных тестов произведена с учетом возраста, пола, произведенной пластики коарктации аорты и срока, прошедшего после операции. При оценке количественных показателей обследованных в 1 и 2 группах можно отметить, что во всех возрастных группах средние значения физической работоспособности и величина максимального потребления кислорода была выше у пациентов 1 группы.

Заключение: клиническое состояние больных после хирургической коррекции коарктации аорты вполне хорошее и количественные значения работоспособности в основном находятся на уровнях соответствующим здоровым нетренированным людям. На уровень физической работоспособности оказывает влияние сопутствующий врожденный порок сердца, как скорректированный

(в меньшей степени), так и не скорректированный (в большей степени). Кроме того, у ряда больных с хорошими отдаленными результатами по данным общеклинического обследования, низкая физическая работоспособность обусловлена детренированностью и малоподвижным образом жизни.

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ДИСПАНСЕРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОСУДАХ СЕРДЦА

Сеченова Е.В., Красницкий В.Б., Шовкун Т.В., Ярных Е.В., Бубнова М.Г., Аронов Д.М.

ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва;
НПЦИК, Москва

Цель: оценить эффективность ранней комплексной реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после эндоваскулярных вмешательств на коронарных сосудах на диспансерно-поликлиническом этапе.

Материал и методы: обследованы 100 человек обоего пола, в возрасте от 39 до 70 лет (средний возраст $55 \pm 5,7$ лет) спустя 1 неделю и не позднее 8 недель с момента эндоваскулярного вмешательства – транслюминальной баллонной ангиопластики и/или стентирования. Участники исследования были разделены на 2 группы по 50 человек: основную, которая занималась по программе «Физические тренировки + Школа для больных ИБС» (ФТ + Ш) и контрольную, которая занималась по программе «Школа для больных ИБС» (Ш). Все пациенты с учетом показаний получали базисную лекарственную терапию.

Контролируемые ФТ, продолжительностью 60 минут, проходили 3 раза в неделю на протяжении 1,5 месяцев и состояли из комплекса общеразвивающих упражнений и занятий на велотренажере. Тренировочная нагрузка составляла 50–60% от индивидуальной пороговой мощности, достигнутой при велоэргометрической пробе (ВЭМ). Занятия в «Школе для больных ИБС» были групповыми (по 6–10 человек) 1–2 раза в неделю продолжительностью 60–80 минут в течение 5 недель в обеих группах. Длительность наблюдения составила 1 год.

Результаты: по результатам ВЭМ отмечался достоверный прирост продолжительности времени нагрузки в обеих группах вмешательства. В группе «ФТ + Ш» продолжительность времени нагрузки выросла с $9,7 \pm 2,5$ мин. в начале исследования до $12,6 \pm 2,4$ мин. к году наблюдения ($38\Delta\%$, $p < 0,05$), а в группе «Ш», соответственно, с $10,1 \pm 2,4$ до $12,2 \pm 2,2$ мин. ($24,7\Delta\%$, $p < 0,05$). Однако, к году наблюдения в группе «ФТ + Ш» этот прирост был достоверно выше, чем в группе «Ш» ($p < 0,05$). При сравнении групп по динамике мощности пороговой нагрузки также отмечался ее достоверный прирост в обеих группах: с $79,5 \pm 21,2$ Вт в начале исследования до $106,1 \pm 21,5$ Вт к году наблюдения в группе «ФТ + Ш» ($44,5\Delta\%$, $p < 0,05$) и соответственно с $82,1 \pm 20,4$ Вт до $101,1 \pm 20,1$ Вт в группе «Ш» ($28,8\Delta\%$, $p < 0,05$). Однако при межгрупповом сравнении по этому показателю достоверных различий не получено.



По данным эхокардиографии в течение года показатели систолической и диастолической функции левого желудочка в обеих группах не изменились.

За год наблюдения в группе «ФТ + Ш» умер 1 человек по причине тромбоэмболии легочной артерии, госпитализировался в связи с ухудшением клинического состояния 1 человек, в группе «Ш» смертей в течение года не зарегистрировано, однако, госпитализировались в связи с нестабильной стенокардией 2 человека, повторным инфарктом миокарда – 1 человек, ухудшением клинического состояния, потребовавшим коронарного шунтирования – 1 человек, стентирования – 2 человека.

Выводы: применение программ «ФТ + Ш» или «Ш» после эндоваскулярных вмешательств приводит в обоих случаях к положительному результату: увеличивается продолжительность времени нагрузки и мощность пороговой нагрузки. Однако при межгрупповом сравнении через год отмечается более выраженное достоверное увеличение продолжительности времени нагрузки в группе комплексного применения ФТ средней интенсивности и образовательной Школы.

РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ДИСПАНСЕРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Сеченова Е.В., Красницкий В.Б., Быничкин И.Е., Алферова Е.Б., Бубнова М.Г., Аронов Д.М.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва;
НПЦИК, Москва

Цель: оценка эффективности ранней комплексной реабилитации на диспансерно-поликлиническом этапе больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Материалы и методы: в исследовании участвовали 36 пациентов обоего пола, в возрасте от 43 до 70 лет (средний возраст $57,3 \pm 7$ лет), спустя 3 и не позднее 8 недель с момента КШ. После исходного клинического и инструментального обследования, пациенты были рандомизированы в 2 группы по 18 человек: основную, которая занималась по программе «Физические тренировки + Школа для больных ИБС» (ФТ + Ш) и контрольную, которая занималась по программе «Школа для больных ИБС» (Ш). Все участники исследования с учетом показаний получали базисную лекарственную терапию.

Контролируемые ФТ, продолжительностью 50–60 минут, проходили 3 раза в неделю на протяжении 4-х месяцев и состояли из комплекса общеразвивающих упражнений и занятий на велотренажере. Тренировочная нагрузка составляла 50–60% от индивидуальной пороговой мощности, достигнутой при велоэргометрической пробе (ВЭМ). Занятия в «Школе для больных ИБС» были групповыми (по 5–6 человек), 1–2 раза в неделю, продолжительностью 60–80 минут, в течение 5 недель в обеих группах вмешательства. Длительность наблюдения составила 1 год.

Результаты: по результатам ВЭМ на начало исследования продолжительность времени нагрузки в группе «ФТ + Ш» составила $9,2 \pm 2,6$ мин. Через 4, 6 и 12 месяцев продолжительность времени нагрузки при сравнении с исходной увеличилась, соответственно, до $11,8 \pm 2,4$ мин. ($32,6\Delta\%$, $p < 0,05$); $12,7 \pm 2,4$ мин. ($47\Delta\%$, $p < 0,05$); $12,1 \pm 3,2$ мин. ($37,9\Delta\%$, $p < 0,05$). В группе «Ш» на начало исследования продолжительность времени нагрузки составила $9,1 \pm 2,4$ мин. При сравнении с исходной через 4 и 6 месяцев продолжительность времени нагрузки не изменилась, и только к году наблюдения она достоверно увеличилась до $10,3 \pm 2,8$ мин. ($9,8\Delta\%$, $p < 0,05$). Различия по данному показателю при межгрупповом сравнении были достоверны ($p < 0,05$). Мощность пороговой нагрузки в группе «ФТ + Ш» достоверно выросла с $75,0 \pm 22,7$ до $105,6 \pm 26,5$ Вт ($49,5\Delta\%$, $p < 0,05$) к году наблюдения. В группе «Ш» мощность пороговой нагрузки исходно составила $75,0 \pm 21,0$ Вт и в течение года не изменилась. При межгрупповом сравнении различия были достоверны ($p < 0,05$). Суммарный объем выполняемой физической работы в группе «ФТ + Ш» в начале исследования составлял $30,0 \pm 13,3$ кДж, в группе «Ш» – $29,6 \pm 13,0$ кДж. Через 4, 6 и 12 месяцев от начала исследования суммарный объем выполняемой работы в сравнении с исходным в группе «ФТ + Ш» увеличился соответственно до $44,7 \pm 15,2$ ($63,2\Delta\%$, $p < 0,05$); $52,5 \pm 16,3$ ($101,9\Delta\%$, $p < 0,05$); $49,3 \pm 24,3$ кДж ($85,3\Delta\%$, $p < 0,05$). В группе «Ш» суммарный объем выполняемой физической работы не изменился. При межгрупповом сравнении получены достоверные различия по данному показателю ($p < 0,05$). При межгрупповом сравнении в течение года показатели систолической и диастолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии и уровня липидов крови в обеих группах не изменились.

Выводы: у пациентов после КШ комплексное применение ФТ средней интенсивности и образовательной Школы приводит к достоверному увеличению продолжительности времени нагрузки, мощности пороговой нагрузки и суммарного объема выполняемой работы. При применении Школы получен достоверный прирост только по показателю продолжительности времени нагрузки к году наблюдения.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

Слепуха Е.Г., Булашова О.В.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней КГМУ, Казань

Цель исследования: изучить клиническое состояние, качество жизни пациентов с различной степенью функциональных нарушений хронической сердечной недостаточности (ХСН), определить толерантность к физической нагрузке.

Материалы и методы: было обследовано 130 пациентов обоего пола 57 мужчин и 73 женщины, средний возраст которых составил $59,2 \pm 9,7$ лет, страдающих ХСН I, II, III, IV функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам, помимо рутинных исследований, были проведены ряд тестов с применением шкалы



Беленкова Ю.Н. – Мареева В.Ю., определение качества жизни с использованием Миннесотского опросника, проведен тест шестиминутной ходьбы.

Результаты: у всех пациентов диагностирована ХСН с различной степенью функциональных расстройств: I ФК 12,3%, II ФК 53,1%, III ФК 30%, IV ФК 4,6%. Фоновыми заболеваниями для развития ХСН послужили артериальная гипертензия – (АГ) 21,6%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) 16,9%, их сочетание (ИБСАГ) 59,2%, кардиомиопатия 2,3%.

Клиническая оценка состояния пациентов, проводимая с применением шкалы Беленкова Ю.Н. – Мареева В.Ю. в целом составила 6,73,7 балла, по мере нарастания функциональных нарушений менялась пропорционально тяжести заболевания: I ФК 3,91 ± 3 балла, II ФК 4,11,2 балла, III ФК 6,31,3 балла, IV 11,12,1 балла ($p < 0,01$). Наиболее распространенными диагностическими признаками были одышка 100%, перебои в работе сердца 94,5%, вынужденное положение в постели 45,2%, отеки различной степени выраженности 64,8%.

Оценка социально-психического благополучия пациентов, страдающих ХСН, проводилась с применением Миннесотского опросника качества жизни среднее число баллов составило 45,4510,1 баллов. Повышение ФК было сопоставимо со снижением психологического благополучия, однако полученные данные были недостаточными.

Толерантность к физической нагрузке у больных ХСН оказалась сниженной: по результатам теста шестиминутной ходьбы составила 245,189,3 метра. По мере утяжеления функциональных нарушений толерантность снижалась: в I ФК 439,347,7 м., II ФК 319,478,6 м., III ФК 285,263,1 м., IV ФК 56,412,5 м. ($p < 0,01$).

Выводы: внедрение в алгоритм обследования пациентов дополнительных методов, таких как шкала Беленкова Ю.Н. – Мареева В.Ю., Миннесотский опросник качества жизни, шестиминутный тест ходьбы, позволило более детально изучить указанную группу пациентов. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность использования количественного метода оценки ХСН по шкале Беленкова Ю.Н. – Мареева В.Ю., выявлена достоверная корреляция со степенью тяжести заболевания. Применение данных методов исследования помогает проследить динамику состояния больного, позволит повысить комплаенс в лечении данной группы пациентов.

НЕЙРОАДАПТИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АДАПТАЦИОННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова И.Н.

ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии»

Анализ состояния системы адаптации у больных гипертонической болезнью (ГБ) показал наличие выраженного ее напряжения в весенне-осенние месяцы года, что требует дополнительной коррекции лечения. В качестве адаптогенного фактора была использована СКЭНАР-терапия (самоконтролируемая энерго-нейроадаптивная регуляция), представляющая собой разновидность низкока-

стотной электроимпульсной терапии с биологически обратной связью. Потенциал биологического действия при СКЭНАР-терапии повышается за счет формы импульса, максимально приближенной к физиологическим потенциалам действия нервных волокон, а также за счет постоянного изменения импульса в соответствии с ответной реакцией кожного импеданса по типу биологически обратной связи.

Исследования выполнены у 104 больных, в комплекс лечения включались ванны, массаж и методы биорезонансной терапии: в основной группе I (62 больных) СКЭНАР-терапия, в группе сравнения II (42 больных) – КВЧ-терапия. Критериями эффективности лечения служили: снижение АД не менее чем на 10% от исходного, нормализация адаптационных реакций и нарушений антиоксидантной защиты, улучшение показателей психологического статуса. Гипотензивное действие по данным измерения офисного АД было более выраженным в I группе: снижение САД на 18,6% ($p < 0,0001$), ДАД – на 17,8% ($p < 0,0001$); в группе сравнения – САД на 10,2% ($p < 0,01$) и ДАД на 11,2% ($p < 0,01$). Кроме того, по данным СМАД только в I группе отмечалось повышение суточного индекса САД с $7,7 \pm 2,98$ до $13,57 \pm 3,31$ мм. рт. ст. ($p = 0,03$) и ДАД с $9,9 \pm 6,38$ до $12,38 \pm 2,99$ мм. рт. ст. и нормального типа суточной кривой АД (dipper) на 36%. Лечение с использованием СКЭНАР-терапии приводило к полному купированию нестабильных реакций переактивации и стресса, при этом уровень общей неспецифической реактивности в этой группе повышался на 43% (в группе сравнения только на 23%). Более значимым было и позитивное влияние СКЭНАР-терапии на состояние системы перекисного окисления липидов: снижение избыточной активности липопероксидации, определяемой по уровню МДА, на 33,3%, тогда как в группе сравнения частота выявления повышенных значений МДА не изменялась (15,8%). Психологическое тестирование выявило повышение уровня тревожности у 68% и депрессии у 44% больных ГБ в весенне-осенние месяцы года. После лечения отмечалось снижение по шкале HADS среднего уровня тревожности в I группе на 35,4% ($p = 0,0001$), во II – на 23,7% ($p = 0,007$); депрессии – на 30,2% ($p = 0,005$) только при использовании СКЭНАР-терапии. Оценка астении по шкале MFI-20 выявила в I группе снижение выраженности показателей общей астении на 20,% ($p = 0,005$), физической астении на 23,6% ($p = 0,006$), психической астении на 28,2% ($p = 0,002$) и пониженной активности на 20,6% ($p = 0,009$), во II группе только снижение общей и физической астении.

Таким образом, включение СКЭНАР-терапии в комплекс лечения больных ГБ в весенне-осенние месяцы сезоны года является патогенетически обоснованным и способствует повышению адаптационного статуса и эффективности восстановительного лечения.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Смирнова И.Н., Шер И.И.

ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии»

Цель исследования: оценить динамику клинического статуса у больных ГБ пожилого возраста на фоне санаторного лечения с применением бальнеотерапии и пелоидотерапии.

Материалы и методы: обследованы 64 больных ГБ II стадии, средний возраст больных $66,35 \pm 1,09$ лет. Состояние гемодинамики оценивали методом доплерокардиографии, липидный спектр оценивался по содержанию триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС) и холестерина ЛПВП с расчетом индекса атерогенности (ИА) и концентрации холестерина ЛПНП и ЛПОНП. Об активности процессов перекисного окисления липидов в сыворотке крови судили по концентрации малонового диальдегида (МДА); каталазы; церулоплазмину (ЦП). В лечебный комплекс на фоне базисной медикаментозной терапии у больных I группы входили аппликации торфяной грязи на область нижних конечностей, II группы – общие хлоридно-натриевые ванны.

В результате курсового лечения у пациентов обеих групп отмечалось снижение САД (в I группе с $147,7 \pm 3,09$ до $128,2 \pm 1,92$ мм. рт. ст., $p = 0,0001$; во II – с $154,3 \pm 5,4$ до $133,3 \pm 3,01$ мм. рт. ст., $p = 0,0001$). Степень снижения ДАД была более выражена в группе с бальнеотерапией (18,2%), чем в группе с пелоидотерапией (10,6%). Позитивное влияние на диастолическую функцию ЛЖ также было более выраженным в I группе: КСО уменьшался на 9,3% только в I группе, КДО – на 6,5% в обеих группах, соотношение Е/А в I группе достигало нормативных значений ($0,78 \pm 0,027$ до $0,94 \pm 0,004$ у.е., $p = 0,0001$), во II – с $0,73 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,04$ у.е., $p = 0,021$; ВПР уменьшалось на 3,4% и 4,1%. Улучшение состояния липидного спектра было более значимым в I группе: отмечено снижение ОХС ($p = 0,026$), ХС ЛПНП ($p = 0,044$), ИА ($p = 0,04$). Динамика показателей перекисного окисления липидов у больных I группы свидетельствовала об уменьшении напряжения антиоксидантной защиты в виде снижения исходно повышенной активности сывороточной каталазы ($56,6 \pm 3,19$ до $42,9 \pm 3,16$ мккат/л, $p = 0,0001$), и повышения ее исходно сниженных значений ($10,02 \pm 0,85$ до $16,3 \pm 1,65$ мккат/л, $p = 0,018$), тогда как во II группе уровень каталазы только снижался ($60,2 \pm 4,9$ до $39,4 \pm 0,1$ мг/л, $p = 0,012$). Динамика церулоплазмину была более значимой при бальнеотерапии: снижение с $424,4 \pm 7,07$ до $374,3 \pm 10,3$ мг/л, $p = 0,001$, в I группе – с $463,4 \pm 10,2$ до $413,6 \pm 19,2$ мг/л, $p = 0,043$. Полученные результаты свидетельствуют о повышении стабильности клеточных мембран и снижении активности процессов неспецифического воспаления, в том числе и обусловленного атеросклерозом. Активность процессов липопероксидации по уровню МДА снижалась до нормы только в I группе с $3,77 \pm 0,05$ до $3,21 \pm 0,14$ ммоль/л ($p = 0,003$).

Таким образом, бальнеотерапия у больных ГБ пожилого возраста оказывает гипотензивное действие, пелоидотерапия более выражено влияет на состояние интракардиальной гемодинамики, антиоксидантную защиту и липидный спектр,

что является обоснованием ее использования в санаторно-курортном лечении, особенно в сочетании с патологией опорно-двигательного аппарата.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А.

Областной клинический кардиологический диспансер, ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань

Цель: оценка подходов к медикаментозной терапии АГ среди населения Рязанской области по данным обследования репрезентативной выборки.

Методы: проведено повторное обследование репрезентативной выборки населения Рязанской области, созданной в 2002 году в рамках российского многоцентрового исследования «ЭПОХА», отклик составил 83,9%. Обследованы 1760 человек, средний возраст $48,5 \pm 0,4$ лет. Изучались социально-демографические характеристики, анамнез, клиническое состояние на момент осмотра с измерением пульса и АД, медикаментозная терапия с уточнением доз препаратов.

Результаты: распространенность АГ в Рязанской области за последние 5 лет имеет тенденцию к увеличению (с 36,6% до 39,3%, $p=0,07$). Стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди женщин выше, чем среди мужчин (42,1% против 34,8%, $p < 0,001$). Число пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличилось с 64,7% до 84%, $p < 0,001$. Достоверно уменьшилось число пациентов, которые лечатся курсами (с 20,2% до 12,3%, $p < 0,001$), при повышении АД (с 29,8% до 16,2%, $p < 0,001$) или не лечатся совсем (с 35,3% до 16%, $p < 0,001$). Сократилось число пациентов АГ, принимающих один лекарственный препарат с 52,5% до 36,5%, $p < 0,01$, произошли сдвиги в пользу комбинированной антигипертензивной терапии с 47,5% до 63,5%, $p < 0,01$ (двумя препаратами с 35,2% до 40,3%, $p = 0,09$; тремя с 11,5% до 22,4%, $p < 0,05$). Частота назначения «устаревших» лекарственных средств снизилась с 19,3% до 4,9%. Произошли положительные изменения в структуре принимаемых препаратов. Достоверно чаще стали назначаться иАПФ, уменьшилась частота назначения короткодействующих препаратов (с 18,8% до 4,6%), появились препараты из группы блокаторов рецепторов к ангиотензину II (0,4%). Среди диуретиков увеличилась частота назначения индапамида (с 10,2% до 65,9%), уменьшилась частота назначения гипотиазида (с 52% до 23,5%) и фуросемида (с 37% до 5%). Возросла частота назначения бета-адреноблокаторов (с 17,6% до 34,2%), лидируют по частоте использования метопролол и бисопролол (49,8% и 25,7% соответственно), потеснив атенолол и пропранолол, преобладавшие в 2002г (66,7% и 28,9% соответственно). Чаще стали применяться препараты из группы антагонистов кальция (17,2%), причем наряду с короткодействующим нифедипином, частота назначения которого уменьшилась (с 75,3% до 50,4%), стал использоваться амлодипин (35,3%), который в 2002г назначался крайне редко. Частота назначения препаратов центрального действия в целом уменьшилась (с 7,6% до 2,3%), в их структуре появился современный препарат моксонидин – 18,8%.



Заключение: увеличение числа лечащихся пациентов, уменьшение количества больных, принимающих антигипертензивные препараты курсами и при повышении АД, положительные сдвиги в количестве и структуре лекарственных препаратов привели к повышению эффективности лечения АГ (с 13,4% до 21,4%, $p < 0,001$).

ИЗМЕНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Смышляева М.М., Селезнева С.В., Козилова Н.А.

Медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера, МУЗ МСЧ № 3, Пермь

Цель исследования: изучить клинические и патогенетические особенности течения гипертонической болезни (ГБ) после ишемического инсульта (ИИ) и представить информированность больных и врачей амбулаторного звена об артериальной гипертензии, осложненной ИИ.

Методы исследования: проводилось двухэтапное клинко-эпидемиологическое рандомизированное скрининговое сравнительное исследование с выделением когорты больных ГБ без ИИ (507 человек) и ГБ, осложненной ИИ (84 человека) на случайной взятой терапевтических участках Дзержинского района города Перми. Из каждой когорты выделена группа больных по 50 человек для проведения сравнительного анализа. Оценивались клинические параметры, морфофункциональные характеристики сердца, вариабельность АД в течение суток, состояние вегетативной нервной системы, выраженность когнитивных нарушений, уровень депрессии и уровень приверженности больных к антигипертензивному лечению. Методом анкетирования оценивалась информированность врачей амбулаторного звена о тактике ведения больных ГБ после ИИ.

Полученные результаты: распространенность ИИ среди больных ГБ без других ассоциированных с ИИ состояний составила 14,2% и имела тенденцию к увеличению с возрастом независимо от пола. При этом распространенность ИИ у мужчин с ГБ была достоверно выше, чем у женщин и составила 19,4% против 12,3% ($p = 0,04$). Однако в когорте больных ГБ, перенесших ИИ, женщин было достоверно больше, чем мужчин: 63,1% против 36,9% ($p = 0,04$). У больных ГБ, перенесших ИИ отмечались достоверно более высокие уровни индекса массы тела ($p < 0,05$), общего холестерина ($p = 0,04$) и триглицеридов ($p < 0,001$). Течение ГБ после ИИ характеризовалось более низким уровнем систолического АД (САД) ($p = 0,04$), повышенной вариабельностью САД в дневное и ночное время ($p < 0,05$) и измененным суточным профилем АД с его недостаточным снижением в ночные часы ($p < 0,05$), высокой встречаемостью ортостатической гипотензии ($p = 0,04$) с преобладанием парасимпатических влияний ($p < 0,05$), наличием когнитивных нарушений ($p = 0,002$), депрессии ($p = 0,01$) и концентрической гипертрофии левого желудочка ($p < 0,001$). При высоком уровне приверженности больных ГБ, перенесших ИИ, к медикаментозной терапии (88,0%), применяемое лекарственное лечение было неадекватно, так как преобладали короткодействующие антигипертензивные препараты и лекарственные средства, не используе-

мые в лечении ГБ, а также фитотерапия, гомеопатические препараты, биологически активные добавки, заведомо неэффективные для профилактики повторного ИИ, не соблюдались рекомендации по немедикаментозной коррекции АД.

Выводы: течение ГБ после ИИ приобретает особые клинко-патогенетические характеристики, выявление которых, требует проведения определенного алгоритма диагностических исследований при амбулаторном наблюдении для дифференцированного выбора эффективных антигипертензивных препаратов.

ИНТЕРВАЛЬНЫЕ ТРЕНИРОВКИ С НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДА ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Снытникова А.В., Долецкий А.А., Свет А.В., Андреев Д.А., Сыркин А.Л.

ГОУ ВПО ММА имени И.М.Сеченова

Цель: доказано, что физические тренировки уменьшают клинические проявления ХСН и благоприятно влияют на прогноз у больных ХСН. Оптимальным для начала тренировочных программ большинство авторов считает 3 месяца после эпизода декомпенсации. Цель исследования заключалась в определении безопасности и эффективности курса физических тренировок в ранние сроки (в течение 3 недель) после эпизода декомпенсации ХСН.

Методы: с ноября 2008 по март 2009 года в клинику кардиологии ММА им. И.М. Сеченова по поводу декомпенсации ХСН поступили 29 пациентов. После стабилизации состояния и подписания информированного согласия при соответствии критериям включения был начат курс тренировок. Не включали больных с острым коронарным синдромом и процедурами реваскуляризации миокарда в течение 3 предшествовавших месяцев, уровнем клубочковой фильтрации ≤ 30 мл/мин, декомпенсированным сахарным диабетом, а также при наличии других противопоказаний к нагрузочным тестам и физическим тренировкам. Методы исследования: эхокардиография, эргоспирометрия, тест с 6-минутной ходьбой (выполнялись в начале исследования и по окончании курса физических тренировок). Тренировочная программа включала интервальные тренировки 5 раз в неделю в течение 3 недель. При этом параллельно с программой кардиореабилитации продолжалась оптимизация фармакотерапии (титрование доз бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ). Интенсивность фазы нагрузки (продолжительность 20 секунд) интервальной тренировки определялась как 40% от максимальной нагрузки, достигнутой во время рамп-теста (увеличение нагрузки на 25 Вт каждые 10 секунд), который проводился перед началом тренировок и затем повторялся еженедельно. Интенсивность фазы отдыха (продолжительность 40 секунд) составляла 1 Вт. Продолжительность тренировок составляла 16 минут в течение 1-ой недели и 21 минуту в течение 2-ой и 3-ей недели.

Результаты: включено 8 больных (все мужчины; возраст 58 ± 12 лет; ФВ ЛЖ $27,5 \pm 11,5\%$, III ФК ХСН), 3 из них отказались от участия в связи с удаленностью проживания от клиники. 2 пациента завершили исследование, 3 – продолжают тренироваться. Отмечался один эпизод декомпенсации, потребовавший госпитализации больного и проведения короткого курса в/в терапии диуретиками. После стабилиза-



ции состояния физические тренировки были продолжены. Других нежелательных эффектов не выявлено. У завершивших исследование больных отмечено увеличение VO_2 peak (с $12,8 \text{ мл/кг} \cdot \text{мин}$ до $15,3 \text{ мл/кг} \cdot \text{мин}$ и с $16,1 \text{ мл/кг} \cdot \text{мин}$ до $18,8 \text{ мл/кг} \cdot \text{мин}$), дистанции теста с 6-минутной ходьбой (с 342 м до 372 м и с 629 м до 682 м). В одном случае ФВ ЛЖ не изменилась (24% vs. 25%), в другом увеличилась с 16% до 28% .

Обсуждение: первое наблюдение показывает возможность относительно безопасного проведения тренировок у больных ХСН на ранних этапах после эпизода декомпенсации при условии тщательного амбулаторного наблюдения. Необходимо продолжение исследования на большей группе больных.

РОЛЬ АНГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Соловьева А.В., Чичановская Л.В., Бахарева О.Н.

ГОУ ВПО «Тверская ГМА» Росздрава

Цель исследования: определить роль антигипертензивной терапии в профилактике прогрессирования цереброваскулярной патологии у женщин с артериальной гипертонией (АГ), находящихся в перименопаузе.

Материалы и методы: обследованы 68 пациенток перименопаузального периода с впервые выявленной АГ II стадии (средний возраст $51,1$ года). Помимо общеклинического обследования, им исходно и через 1 год наблюдения (на фоне ежедневной антигипертензивной терапии) была выполнена МРТ головного мозга.

Для оценки динамики трофического обеспечения нейронов головного мозга определялось содержание антител (АТ) к основному белку миелина (ОБМ).

Результаты. До лечения проявления дисциркуляторной энцефалопатии I стадии (ДЭ) были диагностированы у 51 ($75,0\%$) обследованной. Они были подтверждены на МРТ расширением боковых желудочков, III и IV желудочка, субарахноидальных пространств и цистерн головного мозга.

Через 12 месяцев антигипертензивной терапии у 39 ($76,5\%$) из них клинически выявлялось уменьшение ликвординамических нарушений. Это подтверждалось на МРТ снижением линейных размеров боковых (с $1,02 \pm 0,19 \text{ см}$ до $0,93 \pm 0,22$; $p < 0,05$), III (с $2,53 \pm 0,26 \text{ см}$ до $2,45 \pm 0,27$; $p < 0,05$) и IV (с $2,15 \pm 0,21 \text{ см}$ до $1,98 \pm 0,27$; $p < 0,05$) желудочков мозга. Отмечалась тенденция к уменьшению линейных размеров субарахноидальных пространств, квадригеминальной и хиазмальной цистерн головного мозга. Выявлялось достоверное снижение АТ к ОБМ (с $0,359 \pm 0,05 \text{ ед ОП}$ до $0,21 \pm 0,04 \text{ ед ОП}$; $p < 0,05$). Это свидетельствовало о процессах ремиелинизации и улучшении нейротрофического обеспечения нейронов ЦНС.

У 7 ($13,7\%$) пациенток МРТ – картина головного мозга не изменилась. Анализ этой группы больных показал, что у них, по сравнению с предыдущей груп-

пой, имелось достоверно раннее наступление менопаузы, более высокий индекс массы тела ($29,2 \pm 4,3$ против $27,6 \pm 5,6 \text{ кг/м}^2$) и более высокий уровень систолического АД (САД): $142,3 \pm 6,2 \text{ мм рт. ст.}$ против $137,8 \pm 7,6 \text{ мм рт. ст.}$. Уровень АТ к ОБМ имел недостоверную тенденцию к снижению (с $0,359 \pm 0,05 \text{ ед ОП}$ до $0,352 \pm 0,07 \text{ ед ОП}$).

У 5 пациенток с ДЭ и 4 пациенток без ДЭ, зарегистрировано нарастающие церебральные нарушения. Это были курящие пациентки с метаболическим синдромом, патологической менопаузой и более высоким уровнем САД ($148,2 \pm 7,1 \text{ мм рт. ст.}$ против $137,8 \pm 7,6 \text{ мм рт. ст.}$). У 4 из них имелся отягощенный по инсульту анамнез. Уровень АТ к ОБМ у них повысился (с $0,359 \pm 0,05 \text{ ед ОП}$ до $0,362 \pm 0,03 \text{ ед ОП}$).

Взаимосвязь с прогрессированием церебральной симптоматики установлена для уровня систолического АД, гликемии и общего холестерина через 1 год наблюдения. Вместе с тем, развитие и регресс церебральных нарушений не были связаны с классом назначаемых антигипертензивных препаратов.

Заключение: эффективная антигипертензивная терапия способна тормозить прогрессирование цереброваскулярной патологии на начальных этапах ее развития, тогда как недостаточный контроль АД, патологическая менопауза, наличие метаболического синдрома, наследственной предрасположенности ведут к прогрессированию энцефалопатии у женщин, находящихся в перименопаузе и страдающих АГ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Старичков А.А., Лаханова С.В., Прокопьева Л.Ф., Субракова Н.Г.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Росздрава, Новосибирск;
ООО «Санаторий Рассвет», Бердск

Цель: оптимизация профилактики осложнений после операций на сердце и схем лечения ИБС.

Методы исследования: в специализированном кардиологическом отделении санатория за три года пролечено 569 больных, переведенных из хирургических стационаров в ранний послеоперационный период после реваскуляризации миокарда: аорто-коронарного шунтирования (66%), в том числе в сочетании с иссечением аневризмы, чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) со стентированием (34%). 18% больных поступили с ранними послеоперационными осложнениями. Реабилитация длилась 24 дня. В динамике проводились холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, УЗИ сердца, определялись общий холестерин крови (ОХС), α -холестерин (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), КФК, МНО, С-РБ. Всем больным назначались дезагреганты (кардиомагнил), β -блокаторы (беталок-зок или конкор), ингибиторы АПФ (престариум или ренитек), предуктал, дозированные физические на-



грузки в сосновом бору, диета с пониженным содержанием животных жиров и соли, психотерапия.

Полученные результаты: дифференцированный подход к лечению заключался в назначении после ангиопластики плавикса, а на послеоперационные швы – УФО или УВЧ, лазеро- или магнитотерапии. При экстрасистолии применялся амиодарон, при повышении АД – антагонисты кальция (нормодипин), при обострении бронхита – антибиотики и ингаляции с лазолваном, экстрактом пихты, эвкалипта. При повышении ОХС более 5 ммоль/л, особенно при увеличении С-РБ, назначались статины: розувастатин (крестор) или симvastатин (симгал). Омега-3 жирные кислоты (омакор) применяли больным, у которых уровень триглицеридов в крови превышал 1,77 ммоль/л, особенно если гипертриглицеридемия сочеталась с сахарным диабетом II типа, гипотиреозом, низким уровнем ХС ЛПВП и выраженным атеросклерозом. Омакор использовался и для профилактики фибрилляции предсердий у пациентов после шунтирования коронарных артерий. Уровень ХС ЛПНП более 2,6 ммоль/л являлся показанием к назначению антиоксидантов (витаминов А, Е, С, убихинона или кудесана), т.к. ХС ЛПНП становятся атерогенными в процессе их перекисного окисления, особенно у больных с сахарным диабетом II типа.

Важным условием профилактики послеоперационных осложнений является употребление морской рыбы с высоким содержанием в жире ω -3 и ω -6 ПНЖК, а также овощей и фруктов, богатых естественными антиоксидантами и витаминами, прекращение табакокурения.

Заключение: улучшение кровотока в коронарных сосудах после оперативного вмешательства на сердце не устраняет первопричину ИБС – атеросклероз и дестабилизацию бляшек. Поэтому необходим контроль за липидами крови, критериями воспаления и системой гемостаза с их коррекцией. Большое значение имеет реабилитация больных с подбором индивидуальных схем пролонгированного лечения. Дифференцированное применение указанных схем повысило эффективность восстановительного лечения до 99,7%.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II

Столбова С.А.

ГОУ ВПО Тюменская медицинская академия

Цель: анализ действия комбинированного препарата Гизаар (лозартан 50мг/гидрохлортиазид 12,5 мг) на неврологический и психологический статус, церебральную гемодинамику и уровень АД у больных артериальной гипертонией с проявлениями недостаточности мозгового кровообращения.

Материал и методы: в исследование были включены 50 больных АГ в возрасте 28–55 лет. У всех больных присутствовали симптомы нарушения мозгового кровообращения разной степени выраженности. При оценке клинической формы заболевания использовалась классификация Е.В.Шмидта (1985). Диа-

гноз АГ выставлялся пациентам на основании рекомендаций экспертов ВОЗ и МОАГ(1999 г.). В соответствии с принятым протоколом исходно и через 8 недель исследования проводили общий осмотр, неврологический осмотр, ультразвуковая доплерография с проведением функциональных нагрузочных тестов (на аппарате Hitachi EUB – 8500); исходно – суточное мониторирование АД(СМАД) (на аппарате фирмы Space Labs, Inc., USA). В процессе обследования использовались следующие методики: оценка «качества жизни» при помощи стандартизованного опросника САН; шкала астенического состояния; шкала депрессии. По результатам психологического тестирования нарушения носили, преимущественно, эмоционально-волевой характер.

Больные получали препарат Гизаар в дозе 1 таб. 1 раз в сутки. Критерием эффективности терапии (полный эффект) было достижение целевого уровня АД < 130/85 мм рт. ст. по данным ручного измерения.

Результаты: группа пациентов, принимающих Гизаар составила 50 больных, 37 женщин и 13 мужчин. Симптомы начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) присутствовали у 68% (34 пациента), переходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) – у 20% (10 пациентов), транзиторные ишемические атаки(ТИА) – у 8% (4 пациента), малый ишемический инсульт в анамнезе в течение последних 3 месяцев – у 4% (2 пациента). По данным суточного мониторирования у пациентов, имеющих НПНМК наблюдалось повышение уровня ДАД в течение всего периода мониторинга; у пациентов, имеющих ПНМК – более высокий индекс времени гипертензии в дневные часы (46,3 ± 5,4). Чаще встречался тип dipper, как для САД, так и для ДАД, у 8 человек (у 2, перенесших малый инсульт, 4 – транзиторные ишемические атаки, 2 – переходящие нарушения мозгового кровообращения) выявлено чрезмерное падение ДАД ночью – тип over – dipper. На фоне приема препарата гизаар: снижение офисного АД по сравнению с исходными данными для САД (с 152,5 ± 4,4 мм рт. ст. до 135,7 ± 5,4 мм рт. ст.; $p < 0,05$), ДАД (с 91,7 ± 3,6 мм рт. ст. до 83,7 ± 4,9 мм рт. ст.; $p < 0,05$). По данным УЗДГ: исходно сниженная линейная скорость кровотока (ЛСК) увеличивалась с 49,8 ± 4,04 см/с до 72,2 ± 2,54 см/с ($p < 0,05$), исходно повышенная ЛСК снижалась с 156,2 ± 2,3 см/с до 82,7 ± 2,1 см/с ($p < 0,05$); индекс цереброваскулярной реактивности (ИЦВР) увеличивался с 39,6 ± 2,9 % до 56,7 ± 2,5% ($p < 0,05$). Улучшение самочувствия сопровождалось благоприятным изменением психического статуса. Количество больных с симптомами тревоги к 10 неделе наблюдения уменьшилось с 48 (96%) до 15 (30%). На фоне терапии сократилось количество больных с депрессией с 16 (32%) до 2 (4%). К концу 10 недели терапии показатели САН составили 4,8 ± 0,82 балла, активности – 5,64 ± 0,99 балла, а настроения – 5,3 ± 0,88 балла. Согласно данным обследования по шкале астении, корреляция показателей составила 76,2 ± 2,3 балла до лечения – показатель умеренно выраженного астенического состояния, и 44,3 ± 4,6 после лечения – значительное улучшение, определяющий отсутствие или слабую степень астении.

Заключение: препарат Гизаар способствовал достижению целевых уровней АД у больных мягкой и умеренной АГ в течение 10 недель, улучшил мозговую гемодинамику на 37% ($p < 0,05$).



ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ ИНСУЛИНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА — ЗНАЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ И ВЛИЯНИЕ НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ

Стронгин Л.Г., Панова Е.И., Беляева Н.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия;
Городская клиническая больница № 5

Цель: оценить влияние внутривенной длительной инфузии инсулина в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) и нормализации гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) на стационарный этап течения ИМ, частоту последующих повторных госпитализаций и прогноз (выживаемость) в течение 6 месяцев.

Методы: клиническое обследование двух групп больных СД, госпитализированных экстренно по поводу острого ИМ: I группа — основная, 30 человек. — больные, подвергшиеся длительной внутривенной капельной инфузии инсулина короткого действия с нормализацией гликемии и поддержанием ее на оптимальном уровне (5,0–7,5 ммоль/л) в течение первых суток после госпитализации, II группа — контрольная, 40 человек., больные СД и ИМ, получавшие стандартную сахароснижающую терапию. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности СД, тяжести ИМ. Методы обследования больных включили ЭКГ, ЭхоКГ, исследование углеводного обмена (гликемический профиль, гликированный гемоглобин-HbA1c); для определения функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН) в подостром периоде ИМ проводился тест 6-минутной ходьбы.

Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «Statistica 6.0» с расчетом медианы (Me) и квартилей, использованием точного метода Фишера; выживаемость оценивалась с помощью критериев Каплана-Майера и Гехана-Вилкоксона.

Результаты: выявлена разница в тяжести течения ИМ у больных СД в зависимости от характера сахароснижающей терапии. По данным теста 6-минутной ходьбы, в основной группе переносимость физических нагрузок в подостром периоде была лучше, среднее расстояние, которое больные преодолели за 6 мин., составило 301 ± 53 м, в контрольной — 250 ± 57 м; таким образом, в основной группе чаще наблюдался 2 функциональный класс ХСН, в контрольной-третьей, $p = 0,01$. Повторная ЭхоКГ, проведенная в группах больных на 2-й день госпитализации, показала разнонаправленную динамику показателей функционального состояния миокарда левого желудочка. У больных основной группы выявлено улучшение фракции выброса (ФВ, %) — 43,7 (41,9 – 46,2) и 46,3 (44,1 – 47,4), $p = 0,04$, увеличение ударного объема левого желудочка (УОЛЖ, мл) — 48,0 (47,1–51,2) и 56,1 (53,7–57,2), $p = 0,04$, снижение индекса сократимости ИС-1,25 (1,14–1,30) и 1,18 (1,11–1,21), $p = 0,01$, в контрольной группе наблюдалась обратная динамика — ФВ — 44,5 (42,8–46,4) и 39,4 (38,2–41,0)%, $p = 0,04$, УОЛЖ-46,9 (44,7–49,8) и 40,1 (39,5–42,4), $p = 0,049$, ИС — 1,31 (1,27–1,38) и 1,47 (1,39–1,53).

Последующее (после выписки из стационара) наблюдение показало, что частота повторных госпитализаций меньше в основной группе — 11 и 33%, $p = 0,035$. Кумулятивная выживаемость в течение 6 месяцев в основной группе больных составила 0,94 (0,87; 1,01), в контрольной — 0,69 (0,56; 0,82), $p = 0,04$.

Заключение: нормализация гликемии в остром периоде ИМ путем длительной внутривенной инфузии инсулина положительно влияет на стационарный этап течения ИМ, улучшая толерантность к нагрузкам, уменьшая ФК ХСН, оказывает кардиопротективное действие, улучшая показатели систолической функции левого желудочка, снижает частоту повторных госпитализаций и улучшает выживаемость больных в течение 6 месяцев.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДАХ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Суджаева С.Г., Кирковская Н.П.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ;
Городская клиническая больница № 11, Беларусь, Минск

Цель работы: оценить в динамике качество жизни и уровень депрессии больных после коронарного шунтирования (КШ), в реабилитационные мероприятия которых входят динамические физические тренировки.

Методы исследования: исследование психоэмоционального статуса в настоящем исследовании выполнено у 41 больного хронической ишемической болезнью сердца после операции КШ. Основную группу (ОГ) составили 23 больных (средний возраст $51,6 \pm 1,8$ года), КГ — 18 больных (средний возраст $52,7 \pm 1,8$ года).

Медикаментозная терапия больных обеих групп была одинаковой. Физическая реабилитация больных КГ сводилась к выполнению бытовых нагрузок, занятиям ЛФК и прогулкам. У больных ОГ, кроме того, на 12 – 14-е сутки после операции назначались индивидуализированные физические тренировки (ФТ) дозированной ходьбой и на велоэргометре. Выбор интенсивности тренирующего воздействия для каждого пациента основывался на принципе индивидуализации в зависимости от пороговой мощности нагрузки по данным велоэргометрической пробы.

Для оценки качества жизни больных использовался Миннесотский опросник качества жизни у больных с сердечной недостаточностью (MLHFQ), для оценки динамики уровня депрессии в исследуемых группах применялся психологический тест «Шкала Монтомери-Асберг» (MADRS).

Полученные результаты: в течение 6-и месяцев после КШ отмечалось улучшение качества жизни больных вне зависимости от технологии реабилитации ($p < 0,05$). Но, если через 1 год после КШ в ОГ качество жизни было наилучшим в течение изученного периода — количество баллов по данным Миннесотского опросника качества жизни стало значительно меньшим, чем до операции



($14,0 \pm 3,5$ и $37,0 \pm 2,7$ баллов, соответственно, $p < 0,05$), то у больных КГ через год после КШ качество жизни было сопоставимо с исходным ($23,5 \pm 3,7$ и $31,6 \pm 3,1$ баллов, соответственно, $p > 0,05$) и достоверно хуже, чем в ОГ ($p < 0,05$).

Подобные результаты получены и при изучении уровня депрессии больных. После КШ в обеих группах отмечалось достоверное снижение показателей ($p < 0,05$) в течение 6-и месяцев, однако, если через год после КШ в ОГ продемонстрировано практически трехкратное, по сравнению с исходными данными ($5,8 \pm 1,3$ и $15,3 \pm 1,8$, соответственно, $p < 0,05$) снижение количества баллов, то в КГ анализируемые показатели достоверно не отличались от исходных ($8,8 \pm 2,5$ и $13,3 \pm 2,1$, $p > 0,05$).

Заключение: включение в комплекс реабилитационных мероприятий ранних физических тренировок способствует как существенному качеству жизни, так и улучшению психологического статуса больных после КШ путем значительного снижения уровня депрессивных нарушений. Данный эффект сохраняется как минимум в течение года после оперативного вмешательства.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Суджаева С.Г., Кирковская Н.П.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ;
Городская клиническая больница № 11, Беларусь, Минск

Цель работы: изучить влияние индивидуализированной программы физической реабилитации на отдаленные результаты операции коронарного шунтирования (КШ).

Методы исследования: в исследование включены 90 больных хронической ишемической болезнью сердца после операции КШ, составившие основную (ОГ, $n = 48$) и контрольную группы (КГ, $n = 42$).

Медикаментозная терапия больных обеих групп была одинаковой. Физическая реабилитация больных КГ сводилась к выполнению бытовых нагрузок, занятиям ЛФК и прогулкам. У больных ОГ, кроме того, на 12–14-е сутки после операции назначались индивидуализированные физические тренировки (ФТ) дозированной ходьбой и на велоэргометре. Выбор интенсивности тренирующего воздействия для каждого пациента основывался на принципе индивидуализации в зависимости от пороговой мощности нагрузки по данным велоэргометрической пробы.

Велотренировки проводились у 100% больных ОГ, их среднее количество в течение курсового лечения – 14.

Всем больным на этапах наблюдения выполнялась велоэргометрическая проба (ВЭП), информационная проба (ИП), эхокардиография (ЭхоКГ).

Полученные результаты: через 1 год после КШ больные ОГ, по данным ВЭП, выполняли работу $5000,7 \pm 365,9$ кГм, что достоверно больше, чем до операции – $2493,0 \pm 283,2$ кГм ($p < 0,05$). Максимальная мощность нагрузки в ОГ – $113,2 \pm 5,0$ Вт – значительно превышала исходную – $75,6 \pm 4,5$ Вт ($p < 0,05$). В КГ, однако, выявлено достоверное ухудшение показателей. Так, максимально достигнутая мощность нагрузки составила $91,3 \pm 4,7$ Вт, т. е. достоверно не превышала исходную – $77,6 \pm 4,7$ Вт ($p > 0,05$).

Оценивая переносимость психоэмоциональных нагрузок по данным ИП, следует отметить, что использование индивидуализированных ФТ у лиц ОГ способствовало достоверному уменьшению случаев возникновения психогенной ишемии миокарда (от 57% до КШ до 15,3% через год после операции, $p < 0,05$), причем это касалось как психогенных ишемических реакций, развивающихся по механизму вторичной стенокардии, так и психогенных ишемических реакций вследствие коронарного вазоспазма.

В пользу более высокой эффективности реабилитации больных ОГ свидетельствуют также параметры внутрисердечной гемодинамики, отражающие более высокую степень улучшения ($p < 0,05$) локальной сократимости и нарушенной диастолической функции миокарда этих больных в сравнении с лицами КГ.

Заключение: применение в процессе восстановительного лечения больных после коронарного шунтирования индивидуализированной программы физической реабилитации способствует значимому ($p < 0,05$) повышению эффективности функционирования системы кровообращения. Данный эффект сохраняется как минимум в течение года после операции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОЦИТОПРОТЕКТОРА МЕКСИКОР В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Суроткина С.А., Котляров А.А., Селезнева Н.М., Ефремова Е.Н.

Кафедра госпитальной терапии, медицинский институт;
ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева», Саранск

Цель исследования: оценить влияние курсового введения мексикора на эффективность и безопасность терапии пациентов с хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Материалы и методы исследования: в исследование включено 36 пациентов в возрасте от 38 до 80 лет с ХЛС в стадии компенсации, развившимся на фоне хронического обструктивного бронхита, бронхиальной астмы и бронхоэктатической болезни. Пациентам I группы ($n = 16$) проводилась базисная терапия бронхо-легочной патологии. Пациентам II группы ($n = 20$) дополнительно назначали мексикор внутривенно по 300 мг/сут. в течение 10 дней. Больным проводили ежедневное измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), спирографию (изучалась функция внешнего дыхания), эхокардиографию (ЭхоКГ) при поступлении в стационар и через 10 дней лечения.

Результаты исследования: в I группе 16 человек (12 мужчин, 4 женщины), средний возраст пациентов 58 ± 12 лет. Во II группе 20 человек (13 мужчин, 7 женщин), средний возраст – 58 ± 11 лет. Давность заболеваний, приведших к развитию ХЛС, в обеих группах составила $19,5 \pm 8,5$ лет. Давность возникновения ХЛС в среднем составила $5 \pm 1,5$ лет.

У пациентов I группы отмечено недостоверное снижение систолического АД (САД) со $127,8 \pm 4,5$ до $116,3 \pm 4,9$ мм рт. ст. (9%), достоверное снижение диастолического АД (ДАД) – с $83,1 \pm 3,5$ до $72,2 \pm 3,9$ мм рт. ст. (13%), наблюдалось недостоверное увеличение ЧСС с $81,5 \pm 2,3$ до $84,3 \pm 2,6$ в мин (2%).



По данным спирографии на фоне лечения достоверно увеличилась лишь величина ЖЕЛ на 11% ($p < 0,05$), остальные показатели изменились недостоверно. По данным ЭхоКГ через 10 дней лечения показатели внутрисердечной гемодинамики не изменились.

У пациентов II группы установлено достоверное снижение уровня САД со $141,3 \pm 4,8$ до $122,4 \pm 3,2$ мм. рт. ст. (13%), уровня ДАД – с 89 ± 3 до $75,4 \pm 2,2$ мм. рт. ст. (13%), ЧСС достоверно уменьшилась с $86 \pm 1,9$ до $78,6 \pm 1,9$ уд. в мин. (8%). По данным спирографии было выявлено: ЖЕЛ увеличилась на 18% ($p < 0,05$), ФЖЕЛ на 45% ($p < 0,05$), ОФВ1 на 44% ($p < 0,05$), индекс Тиффно вырос на 16% ($p > 0,05$), МОС 25 на 31% ($p < 0,05$), МОС 50 на 50% ($p < 0,05$), МОС 75 на 30% ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ КДР ЛЖ уменьшился на 5% ($p < 0,05$), КСР ЛЖ – на 7% ($p < 0,05$), величина ФВ ЛЖ достоверно увеличилась с $62,4 \pm 1,8$ до $67,5 \pm 1,6$ % (9%), размеры ПЖ сократились на 0,18 см (5,4%, $p < 0,05$), выявлено достоверное уменьшение Ppa с $31,1 \pm 1,5$ до $26,9 \pm 1,5$ мм рт. ст. (13,6%).

Заключение: применение мексикора в дозе 300 мг/сутки у больных с ХЛС в дополнение к традиционной терапии бронхо-легочной патологии приводит к достоверному снижению САД, ДАД, ЧСС, улучшению функции внешнего дыхания, уменьшению КДР и КСР ЛЖ, размеров ПЖ, давления в легочной артерии, увеличению ФВ.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ГОМЕОСТАЗА И 5-ЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Телкова И.Л., Репин А.Н., Карпов Р.С.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель: изучить влияние интенсивных физических тренировок (ФТ) на показатели гормонального гомеостаза и связь с 5-летней выживаемостью больных инфарктом миокарда (ИМ).

Объект и методы исследования: обследованы 138 мужчин на 21–26 день и из этого числа – 59 человек через 3 месяца после развития острого ИМ. Из числа последних 31 пациент прошел курс интенсивных ФТ в местном санатории и 29 составили группу сравнения. В группу контроля вошло 34 здоровых мужчин. Возраст обследованных – 30–59 лет (в среднем $47,1 \pm 1,7$ лет). У всех обследованных определяли уровни кортизола (К), инсулина (Ин), соматотропина (СТ) в покое и на пороговой мощности нагрузки (ПМН) в условиях велоэргометрического стресс-теста. Рассчитывались среднегрупповые показатели метаболических индексов К/Ин и Ин/СТ с оценкой функциональных резервов (ФР) т.е. направленности и степени изменения их значений в условиях ПМН, а также в зависимости от возрастной декады жизни. Результаты. Установлено, что у здоровых лиц в покое индекс К/Ин имел подекадно волнообразные изменения от 49,4 до 90,7 о.е. (в среднем $63,5 \pm 40,1$ о.е.), с наибольшим возрастанием к 60 годам и на ПМН прирастал около $\pm 30\%$. Индекс Ин/СТ сохранялся на уровне $11,2 \pm 5,4$ о.е. на протяжении II-V деkad жизни. В условиях ПМН в возрасте 20–29 лет этот показатель

уменьшался в 3–5 раз. У больных ОИМ в покое индексы К/Ин и Ин/СТ во всех декадах жизни оказались повышены в $\approx 1,5$ и 3 раза соответственно, несколько снижаясь к 50–60 годам, а изменений показателей ФР обоих индексов не отмечено. Курс интенсивных ФТ приводил к уменьшению на 24% индекса К/Ин, а его исходно сниженного ФР – еще на – 21,7%. Значение индекса Ин/СТ не изменялось в покое, а на ПМН несколько прирастало за счет увеличения уровня Ин и дальнейшего понижения СТ. При контрольном обследовании спустя 3 месяца от развития ИМ уровень ТФН фактически не отличался от такового при выписке из стационара ($69,4 \pm 36,7$ и $76,0 \pm 32,5$ Вт). Неблагоприятный исход через 5 лет в группе тренировавшихся имел место у 58,3% и коррелировал с показателями индексов К/Ин и Ин/СТ в условиях ПМН. У больных, не прошедших курс интенсивных ФТ, 5-летняя смертность составила 39%. Наряду с рядом клинических и гемодинамических параметров, низкой ТФН, возрастом она оказалась взаимосвязанной со сниженным индексом Ин/СТ в покое ($r = 0,47$).

Заключение: показатели метаболического гомеостаза (индексы К/Ин и Ин/СТ) при развитии острого ИМ оказываются значительно повышены во всех возрастных группах, свидетельствуя о напряжении функционального резерва регуляторных систем организма, независимо от возраста. Ранние интенсивные ФТ приводят к истощению метаболического резерва организма. Между тем от его уровня зависит прогноз выживания больных ИМ в дальнейшем. В этой связи при выборе эффективных и безопасных программ физических тренировок необходима оценка индивидуальных возможностей каждого больного ИМ, критериями которых могут служить метаболические индексы К/Ин и Ин/СТ и их функциональные изменения, оцениваемые в условиях стресс-теста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ МОЖЕТ СНИЖАТЬСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭНДОГЕННОГО СЕНСИБИЛИЗАТОРА БЕТА-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И ЕГО КОМПОНЕНТОВ

Торопов А.Л., Циркин В.И., Костяев А.А.

Вятский государственный гуманитарный университет;
Кировская государственная медицинская академия;
Кировский НИИ гематологии и переливания крови

Ранее (Циркин В.И. и др. 1997, 2008) при биотестировании сыворотки крови человека на гладкомышечных полосках матки крысы, коронарной артерии свиньи, трахеи коровы и на полосках миокарда крысы была открыта ее способность в 10–100 раз повышать эффективность активации бета-адренорецепторов (АР); это объяснялось наличием в крови эндогенного сенсibilизатора бета-АР (ЭС-БАР). Его содержание, судя по предельному разведению сыворотки крови (титру), зависит от многих факторов (например, у женщин репродуктивного возраста оно выше, чем у мужчин) и меняется при патологии (при артериальной гипертензии и при бронхиальной астме – снижается). Активность, подобную ЭС-БАР, проявляют три свободных аминокислоты (гистидин, триптофан и тирозин) и метаболические препараты (милдронат и предуктал). Целью работы явилась



проверка гипотезы, согласно которой ЭСБАР и его аналоги могут повышать эффективность активации бета-АР и при наличии в среде бета-адреноблокаторов. Целесообразность такого исследования диктуется широким применением адреноблокаторов и метаболических препаратов при лечении и реабилитации пациентов кардиологического профиля. Для этого были проведены опыты с изолированной продольной мускулатурой рога матки небеременных крыс, обладающей подобно миокарду и гладким мышцам коронарной артерии, высокой бета-адренореактивностью. Регистрацию сократительной активности полосок проводили по методике Циркина В.И. и др. (1997, 2007) при 37,5°C. Релаксирующий эффект адреналина (100 нг/мл) оценивали на фоне тонуса, вызванного гиперкалиевым (60 мМ KCl) раствором Кребса. В целом, результаты опытов, проведенных на 59 полосках от 21 крысы с использованием 100-кратного разведения сыворотки крови 7 женщин репродуктивного возраста, а также L-гистидина (100 мкг/мл), подтверждают нашу гипотезу. Действительно, в опытах с гистидином было показано, что адреналин (1 мкг/мл) снижает KCl-вызванный тонус с $7,9 \pm 1,0$ до $2,6 \pm 0,5$ мН ($M \pm m$), т.е. до $32,8 \pm 6,3\%$ от исходного уровня. Пропранолол (1 нг/мл) частично восстанавливал его (до $62,7 \pm 5,9\%$). Введение на этом фоне гистидина (100 мкг/мл) вновь восстанавливало способность адреналина релаксировать миоциты (тонус снижался до $31,2 \pm 5,9\%$ от исходного уровня). При исследовании 100-кратного разведения сыворотки крови исходно величина KCl-вызванного тонуса составляла $13,8 \pm 1,6$ мН; адреналин (1 мкг/мл) снижал ее до $82,7 \pm 6,8\%$ от этой величины; при добавлении сыворотки крови в разведении 1:100 эффект адреналина возрастал – тонус снижался до $35,6 \pm 5,5\%$ от исходного уровня; введение пропранолола в концентрации 1 нг/мл на фоне адреналина и сыворотки крови не влияло на эффект адреналина (тонус сохранялся на уровне $32,2 \pm 4,9\%$). И лишь введение пропранолола в более высоких концентрациях (10, 100, и 1000 нг/мл) приводило к снижению эффекта адреналина – KCl-вызванный тонус достигал соответственно $57,4 \pm 4,7\%$, $68,6 \pm 9,4\%$, и $87,2 \pm 9,0\%$ от исходного уровня.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАЛИЗАЦИИ ОБЛАСТНОЙ ПРОГРАММЫ «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ» В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Филиппенко Н.Г., Гончарова О.И., Поветкин С.В., Маль Г.С., Корнеева С.И., Левашова О.И.

Курский государственный медицинский университет

Целью работы являлся анализ динамики показателей, характеризующих эффективность внедрения формулярной системы лечения заболеваний и реализации областной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии (АГ) в Курской области».

Методологической основой анализа служила статистическая обработка дан-

ных отчетов комитета здравоохранения Курской области за 2006–2008 гг.

В результате проведенного анализа было установлено, что реализуемая в Курском регионе формулярная система лечения заболеваний и федеральная программа «Профилактика и лечение АГ» привели к снижению доли болезней системы кровообращения с 61,8% в 2006 г. до 59,4% в 2008 г. в структуре смертности населения области, при этом уменьшился уровень госпитализации по всем нозологическим формам болезней системы кровообращения за исключением острого инфаркта миокарда. По болезням, характеризующимся повышенным артериальным давлением уровень госпитализации в 2008 г. уменьшился на 3,3%, а в 2007 г. на 1% по сравнению с 2006г. В целом динамика уровня госпитализации по кардиологическому профилю имела тенденцию к росту (на 2,4% 2007 г. и на 8,6% в 2008 г.), что было обусловлено приведением коечного кардиологического фонда к нормативным значениям программы государственных гарантий. В результате проводимых организационно-методических мероприятий по реализации областной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии» удалось несколько снизить нагрузку на службу скорой медицинской помощи, что выражалось в уменьшении доли вызовов бригад скорой помощи по поводу дестабилизации АГ на 20,1% в 2007 г. и на 7,9% в 2008 г. по сравнению с 2006 г. Результатом повышения эффективности коррекции АГ у целевого контингента больных явилось снижение показателя смертности населения Курской области (на 100000 человек) от цереброваскулярных заболеваний (370,6 в 2006 г., 262,8 в 2007 г., 346,8 в 2008 г.) и от ишемической болезни сердца (647,5; 460,4; 476,0 соответственно в 2006, 2007, 2008 гг.). При этом аналогичный показатель по острому инфаркту миокарда в Курской области был существенно ниже общероссийского уровня (37,0 в 2006г., 38,8 в 2007 г., 37,5 в 2008 г. против 45,4 в 2006 г.).

Таким образом, совокупность организационных, методических и лечебно-профилактических мероприятий позволила достичь в Курской области благоприятной динамики ряда показателей, характеризующих эффективность вторичной профилактики АГ и других заболеваний системы кровообращения.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Филиппова Т.В., Зубова О.А., Ефремушкин Г.Г., Халтурина И.Г., Кондакова Г.Б., Смирнова М.Д.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул

Цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на гемодинамические показатели у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

В исследование включены 154 больных с сердечно-сосудистыми заболева-



ниями в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,0 \pm 0,5$ лет), из них 18 женщин. ИБС диагностирована у 137 (89%) больных, гипертоническая болезнь – у 128 (83,1%). У всех пациентов отмечена ХСН, средний функциональный класс ХСН $2,7 \pm 0,2$.

Больные рандомизированы в группы: основная – 96 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, группа сравнения – 58 больных, получавших только фармакопрепараты. В основной группе в зависимости от методики лечения НИЛИ выделены подгруппы: А – 32 больных, получавших внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) на аппарате «АЛОК» мощностью излучения 2 мВт 5 процедур по 30 мин., В – 34 больных, получавших накожное лазерное облучение на кардиальные зоны Захарьина-Геда в красном спектре излучения с аппарата «УЛФ-01» – 10 сеансов, С – 30 больных, получавших сочетанное лазерное облучение – поэтапно 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение – 10 сеансов по указанной методике.

Исследование гемодинамики проводилось методом эходоплерокардиографии на аппарате Vivid-7 (США) с интервалом в 20 дней в начале и конце курса лечения.

У больных основной группы за период лечения возросла фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на 9,6% ($p < 0,05$), достоверно снизились конечные диастолический и систолический размеры левого желудочка (КДР ЛЖ и КСР ЛЖ), в группе сравнения показатели значимо не изменились. Более выраженные позитивные изменения гемодинамики отмечены при использовании ВЛОК: в подгруппе А ФВ ЛЖ возросла на 12,6% ($p < 0,05$), в подгруппе С на 10,6% ($p < 0,05$), в подгруппах А и С достоверно снизились КДР ЛЖ и КСР ЛЖ. При накожном облучении ФВ ЛЖ возросла на 8,9% ($p < 0,05$), геометрические параметры сердца значимо не изменились. У 64 (41,6%) больных выявлены признаки диастолической дисфункции левого желудочка. Позитивные изменения ее параметров произошли только у больных основной группы: соотношение Е/А возросло на 25,8% ($p < 0,05$), показатель IVRT снизился на 11,6% ($p < 0,05$).

Таким образом, включение НИЛИ в комплекс терапии больных пожилого возраста с ИБС и/или гипертонической болезнью сопровождалось благоприятными гемодинамическими изменениями более выраженными, чем при использовании только медикаментозной терапии. Применение ВЛОК способствовало более выраженным позитивным изменениям гемодинамики, чем при накожном облучении.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ – ФАКТОР РИСКА ИЛИ ИНДИКАТОР РИСКА? РОЛЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ГЕНЕЗЕ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Хаишева Л.А., Глова С.Е., Гончарова О. В., Линник А.С., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования: изучить особенности микроциркуляции и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Методы обследования: обследованы 22 пациента с АГ I–II стадии, – 14 женщин и 8 мужчин, средний возраст составил $52,3 \pm 4,5$ года, длительность заболевания $6,1 \pm 3,8$ лет, уровень систолического АД (САД) $158,3 \pm 5,6$ мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – $98,7 \pm 3,9$ мм рт. ст. На аппарате «Минимакс-Допплер-К» (ООО СП Минимакс, Россия) проводилась ультразвуковая непрерывно-волновая доплерография микроциркуляторного русла в области ногтевого валика III пальца кисти. Использовалась проба с реактивной гиперемией. Измерялись и сравнивались значения линейных скоростных показателей артериального кровотока: систолической максимальной скорости кровотока (V_s , см/с), диастолической максимальной скорости (V_d , см/с), средней скорости за средний цикл кровотока (V_m , см/с). Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) осуществлялось методом объемной сфигмографии, оценивалась СРПВ по сосудам эластического типа (C_e , м/с) и мышечного типа (C_m , м/с).

Результаты: линейные показатели скорости дистального кровотока у пациентов с АГ составили $V_s - 9,9 \pm 0,36$; $V_d - 3,7 \pm 0,29$; $V_m - 6,7 \pm 0,38$. После прекращения пережатия плечевой артерии прирост V_s увеличилась на 10,9% ($p > 0,05$), средняя же скорость кровотока (V_m) возросла на 21,3% ($p < 0,05$). Адекватной реакции на холодовую пробу у обследуемых получено не было: 9 пациентов имели парадоксальный ответ с приростом кровотока в среднем на 7,3%, у 11 пациентов наблюдали ареактивную ответную реакцию. При проведении тепловой пробы адекватный прирост кровотока был зарегистрирован у 20 пациентов, у 4 пациентов регистрировалась парадоксальная реакция в виде снижения кровотока (в среднем на $5,3 \pm 0,44$ см/с). СРПВ по сосудам эластического типа (C_e) в среднем по группе составила $11,4 \pm 2,1$ м/с, что достоверно выше, чем в популяции сверстников без АГ, C_m составила $8,6 \pm 1,6$ м/с. При проведении корреляционных взаимосвязей нами получена связь слабой силы между САД и $V_s = 0,3$ ($p < 0,05$), между САД и $C_e = 0,51$ ($p < 0,05$), а так же слабая, но достоверная взаимосвязь между СРПВ в сосудах эластического типа и систолической максимальной скоростью кровотока = 0,28.

Заключение: у пациентов с АГ, выявляются нарушения состояния микроциркуляторного русла, приводящие к увеличению тонуса артериол и в конечном итоге к нарастанию жесткости артерий и раннему возврату пульсовой волны из-за высокого периферического сопротивления. Учитывая то, что использование показателей сосудистой перегрузки обеспечивает более точную, чем уровень АД, оценку кардиоваскулярного риска при гипертензии представляется целесообразным учет параметров микроциркуляторного русла показателей при прогнозировании данного риска.



ГЕМОДИНАМИКА БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул

Цель исследования: изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на гемодинамику больных старше 60 лет с сердечно-сосудистой патологией.

Обследованы 84 больных с ИБС и ГБ (12 женщин и 72 мужчины) в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст – $68,4 \pm 1,1$ лет). Методом случайной выборки больные были разделены на группы: основная – 56 больных, получивших медикаментозную терапию в комплексе с ЭМИ миллиметрового диапазона; сравнения – 28 больных, получавших только медикаментозное лечение. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, риску сердечно-сосудистых осложнений и получаемой медикаментозной терапии. Воздействие миллиметровыми волнами осуществлялось аппаратом «Явь-1» на курс лечения 15 сеансов по 20 минут ежедневно длиной волны 5,6 мм или 7,1 мм на область третьего – четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины.

Исследование гемодинамики у больных проводилось методом эходоплерокардиографии на аппарате Vivid-7 (США) с интервалом в 20 дней в начале и в конце курса лечения.

У больных пожилого возраста с ИБС и ГБ до лечения выявлено снижение фракции выброса (ФВ), увеличение размеров и утолщение задней стенки левого желудочка (ЛЖ). Кроме того, отмечено увеличение показателей IVRT и снижение показателей E/A. После лечения у пациентов основной группы улучшилась сократительная способность миокарда: УО ЛЖ увеличился на 6,6% ($p < 0,05$), ФВ ЛЖ увеличилась на 7% ($p < 0,05$). В группе сравнения эти показатели не изменились. У больных, получавших миллиметровые волны, КДР и КСР ЛЖ уменьшились соответственно на 6% ($p < 0,05$) и на 7% ($p < 0,05$), толщина ЗСЛЖ уменьшилась на 8% ($p < 0,05$). В группе сравнения наметилась лишь тенденция к уменьшению этих показателей.

Статистически значимых изменений параметров диастолической дисфункции левого желудочка в обеих группах исследования не произошло.

Таким образом, включение КВЧ-терапии в комплекс лечения больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией оказывает более выраженное положительно влияние на ремоделирование миокарда и гемодинамику больных по сравнению с одной фармакотерапией.

ФИКСИРОВАННЫЕ И НЕФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНии В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Харьков Е.И., Давыдов Е.Л.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Цель исследования: оценка комплексного исследования влияния на клинические и фармакоэкономические показатели качество жизни, используемых схем антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией (АГ) средней и тяжелой степеней у больных пожилого и старческого возраста.

В программу были включены 75 больных гипертонической болезнью II–IV степени. Исследование проводилось простое открытое проспективное контролируемое сравнительное, продолжительностью 12 недель. Средний возраст участников исследования 66,5 года, средний стаж болезни 13,9 года. Все больные были рандомизированы в первую, вторую, третью, четвертую и пятую группы исследования, по 15 человек в каждой. В качестве средств комбинированной терапии использовались: ТДУ гидрохлортиазид в дозе 12,5–25 мг/сутки однократно, гидрофильный ИАПФ – лизиноприл в дозе 2,5–20 мг/сутки, ХДУ – индапамид 2,5 мг однократно утром, липофильный ИАПФ – эналаприл – от 5 до 20 мг/сутки, фиксированная комбинация липофильного ИАПФ и ТДУ – эналаприл + гипотиазид в дозе 1–2 таб/сутки, нефиксированная комбинация липофильного ИАПФ и ХДУ – эналаприл + индапамид – 1–2 таб/сутки, фиксированная комбинация гидрофильный ИАПФ и ХДУ – периндоприл + индапамид.

В результате проводимого лечения нефиксированной комбинацией «Эналаприл + Индапамид» (III группа) был достигнут самый высокий целевой уровень снижения АД среди всех пяти групп. Индекс здоровья (HI) незначимо снизился в группе больных, получавших комбинацию и резко повысился в группе третьей и 5-й группах больных, получавших нефиксированную (энзикс) и фиксированную (нолипрел) комбинацию соответственно. Показатели семейного комфорта (ISF), повысившиеся во всех группах, также снизились у больных, применивших комбинацию ИАПФ + ТДУ. Суммарный индекс качества жизни (QLI) снизился у больных, пролеченных ИАПФ + ТДУ, и существенно повысился при приеме нефиксированной комбинации (энзикс). Было проведено исследование коэффициента «затраты-полезность». Наиболее «полезными» оказались комбинации «Нолипрел» и «Энзикс» имеющие наименьший коэффициент соотношения «затраты/полезность». У больных, получавших комбинацию «Энап НЛ» расходы на лечение оказались меньше, чем расходы принимавших клинически менее эффективные комбинации. Кроме того, эта комбинация оказалась наиболее «полезной» по мнению больных, включенных в исследование. При использовании нефиксированной комбинации «Энзикс» отмечено совпадение фармакоэкономической целесообразности применения как с точки зрения субъектов предоставления медицинских услуг, так и с точки зрения потребителей услуг.

Таким образом, у больных АГ пожилого и старческого возраста, получавших лечение изученными антигипертензивными препаратами разных фарма-



кологических групп, наилучшие клинические результаты достигнуты при использовании фиксированных комбинаций («Энап НЛ», «Нолипрел») и нефиксированной комбинации – «Энзиск».

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИВАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Циркин В.И., Стрельникова А.И., Торопов А.Л., Кашин Р.Ю., Коротаева К.Н., Самоделкина Е.О.

Кировская государственная медицинская академия

Известно, что многие люди являются метеочувствительными. Особенно это явление распространено среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – даже на фоне эффективной в обычных условиях терапии изменение погодных условий вызывает обострение симптомов болезни. Вопрос о механизмах высокой метеочувствительности остается открытым. Наш опыт работы с изолированными препаратами миокарда и гладких мышц аорты и матки крысы, гладких мышц почечной артерии коровы позволяет предположить, что в период быстрых изменений метеоусловий клетки становятся ареактивными, а это, вероятно, обусловлено снижением эффективности передачи сигнала от рецепторов к внутриклеточным эффекторам. Действительно, именно в такие дни все указанные объекты исследования не отвечали на воздействия электростимулов (миокард), адреналина, ацетилхолина, гиперкалиевого раствора, у а полосок, обладающих спонтанной активностью (матка крысы), она становилась нерегулярной или вообще отсутствовала. Для доказательства нашего предположения в январе и феврале 2009 года проведено многодневное (15–45 дней) исследование 7 здоровых испытуемых (2 женщины и 5 мужчин), при котором ежедневно оценивали состояние вегетативной нервной системы (ВНС) по данным кардиоинтервалографии (система «Валента»), т.е. по параметрам вариабельности сердечного ритма (ВСР), а также исследовали адрено – и холинореактивность эритроцитов. Ее определяли по методу Циркина В.И. и др. (2008), т.е. по изменению времени начала агглютинации эритроцитов людей с II, III или IV группой крови (по системе ABO) в стандартной изогемагглютинирующей сыворотке I группы под влиянием адреналина или ацетилхолина (0,1; 1; 10; 100 и 1000 нг/мл). Было установлено, что у всех испытуемых параметры ВСР и кривые «концентрация агониста – время агглютинации» не постоянны. Это говорит об изменении состояния ВНС и адрено – и холинореактивности эритроцитов. Так как эритроциты не содержат ядра, то последнее указывает на то, что периодически у человека меняется эффективность активации адрено – и холинорецепторов. Нами показано, что часть изменений ВСР и хемореактивности эритроцитов обусловлена влиянием метеорологических факторов. Так, при резком снижении температуры воздуха у большинства испытуемых возрастала активность симпатического отдела (СО) ВНС; при выраженном повышении температуры – у одних активность СО ВНС повышалась, а у других – снижалась. При повышении атмосферного давления активность СО ВНС возрастала, а при

его снижении – падала. Изменчивость ВСР и хемореактивности эритроцитов может быть также обусловлена развитием патологического процесса. Так, за день или в первый день развития ОРВ-инфекции возрастала и активность СО ВНС, и бета-адренореактивность эритроцитов. Все это указывает на необходимость более детального изучения гипотезы об изменении эффективности активации клеточных рецепторов под влиянием факторов космического происхождения. Мы не исключаем, что важная роль в этом механизме принадлежит эндогенным модуляторам адрено- и М-холинорецепторов, выявленным нами ранее (Циркин В.И. и др., 1997 г., 2007 г.).

КАРДИОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА: ЕЕ РОЛЬ И МЕСТО В КОМПЛЕКСЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫХ ВОИНСКИХ ГАРНИЗОНАХ

Черкашин С.В., Черкашина Л.В., Бурьянова Н.П., Красненок В.Н.

ФГУ 19 Военный госпиталь РВСН, Знаменск

Цель исследования: оценка эффективности кардиохирургической реваскуляризации миокарда в комплексе вторичной профилактики ишемической болезни сердца.

Материал и методы: проанализированы результаты обследования за 2002–2008 г. у 43 военнослужащих (средний возраст 42,3 ± 5,2 лет) с ишемической болезнью сердца. Диагноз документировался результатами инструментального (неинвазивного) обследования: ЭКГ (в период болевого приступа), холтеровское суточное мониторирование, данные велоэргометрии. Сомнительные результаты уточнялись нагрузочной сцинтиграфией (отделение радионуклеидной диагностики г. Волгограда). В кардиохирургический стационар для проведения коронарографии направлялись военнослужащие по следующим показаниям: безболевого ишемия миокарда (5), вазоспастическая стенокардия в сочетании с безболевого ишемией (6), изолированная вазоспастическая стенокардия (4), стенокардия напряжения 2–3 ФК (8), стенокардия напряжения 1–2 ФК в сочетании с безболевого ишемией миокарда (5); перенесшие инфаркт миокарда и острый коронарный синдром (нестабильная и впервые возникшая стенокардия) после восстановления трудоспособности (соответственно – 7 и 12). У всех направленных военнослужащих диагноз подтвержден, из них 36 оперированы (ангиопластика, стентирование, шунтирование); у 7 военнослужащих с документированной безболевого ишемией миокарда 1 типа показаний для кардиохирургического пособия не выявлено: степень стенозирования не превышала 50%, рекомендовалась медикаментозная профилактика.

Полученные результаты: эффективность кардиохирургической реваскуляризации миокарда определялась на основании следующих критериев: отрицательные результаты контрольных нагрузочных тестов – 13 (30%), прекращение приступов стенокардии – 33 (77%), урежение приступов стенокардии – 3 (7%). Стойкое восстановление трудоспособности документировано у всех оперированных военнослужащих – 35 (100%), улучшилось качество жизни и психологи-



ческий настрой. В отдаленном послеоперационном периоде отмечалось рестенозирование у 2 военнослужащих, инфаркт миокарда развился у одного из них.

Заключение: эффективность вторичной профилактики ишемической болезни сердца напрямую зависит от своевременной диагностики, основой которой является неинвазивное инструментальное обследование. Правильная интерпретация полученных результатов обследования, определение степени риска сердечно-сосудистых осложнений помогают уточнить показания для направления на коронарографию. Кардиохирургическая помощь стала доступна для отдаленных воинских гарнизонов, подтверждена ее высокая эффективность.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Хаева Н.Н.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: изучение ремоделирования миокарда у пациентов артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом.

Методы исследования: в исследование были включены 86 человек, мужчины, имеющие признаки центрального ожирения – окружность талии более 94 см., соотношение ОТ/ОБ более 1,0; и повышение АД: САД более 139 мм. рт. ст. или ДАД более 89 мм. рт. ст. (IDF 2005 год). Все пациенты имели ожирение различной степени: от избыточной массы тела, до ожирения III степени. Проводились измерения роста, массы тела, окружности талии, бедер. Всем пациентам проводилось исследование клинического анализа крови, мочи, гликемии натощак, инсулинорезистентности (индекс Саго), биохимическое исследование сыворотки крови. ЭхоКГ проводилась на аппарате «LOGIQ TM-400» (США). Полученные данные обработаны на персональном компьютере с использованием программ «Excel» и «Biostat».

Полученные результаты: средний индекс массы тела пациентов составил $35,4 \pm 4,0$, вес пациентов – $110 \pm 16,2$ кг, глюкоза натощак – $7,1 \pm 2,3$, инсулин натощак (мкЕд/мл) – $19,63 \pm 13,8$, С-пептид (пмоль/л) – 1553 ± 502 , HbA1C (%) – $8,8$. При анализе данных ЭхоКГ была выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка у 52% пациентов: 37% – концентрическая гипертрофия, 11% – эксцентрическая гипертрофия, 3,7% – ассиметрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Нарушений систолической функции левого желудочка выявлено не было. Нарушения диастолической функции ЛЖ определялось у 39% пациентов. Дилатация левого предсердия имела у 43%. Проведенный корреляционный анализ показателей ЭХО-КГ и показателей углеводного и жирового обменов выявил следующие взаимосвязи: ММЛЖ и ИМТ ($r = 0,37, p < 0,05$), ММЛЖ и вес пациента ($r = 0,54, p < 0,01$), ММЛЖ и глюкоза натощак ($r = 0,4, p < 0,05$), ММЛЖ и гликированный гемоглобин ($r = 0,7, p < 0,1$), размер полости левого предсердия и вес пациента ($r = 0,45, p < 0,01$), размер полости левого предсердия и уровень инсулина натощак ($r = 0,56, p < 0,05$), размер полости левого предсердия и С-пептид ($r = 0,35, p < 0,05$), размер полости левого предсердия и индекс Саго ($r = -0,68, p < 0,01$).

Заключение: полученные результаты свидетельствуют об обуславливающей роли углеводных нарушений и ожирения у больных артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом на ремоделирование сердца.

МЕСТО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КЛАСТЕРЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Никулина Е.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;
Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул

Хирургические методы лечения острых и хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) признаются высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП). Тем не менее, следует признать, что ВМП – это не только хирургические методы лечения. Во-первых, необходим грамотный, технологически выверенный отбор больных, имеющих показания к проведению ВМП, в том числе из отдаленных районов края, что позволит в планомерном режиме направлять больных на хирургические методы лечения, а также формировать кратковременный лист ожидания. Во-вторых, после оказания ВМП необходима поэтапная система реабилитации больных, включая стационарный, санаторный, амбулаторный этапы. При отсутствии современной реабилитационной тактики, в том числе, современной терапии статинами, антиагрегантами и другими препаратами, ожидаемого максимального эффекта от ВМП можно не получить.

В Алтайском крае разработан кластерный подход к оказанию ВМП, который представляет собой объединение в последовательную цепь современных медицинских технологий от отбора больных на этапах участковых, центральных районных больниц и межрайонных кардиологических отделений (МРКО), поликлиники Алтайского краевого кардиологического диспансера (АККД) до оказания ВМП в АККД и последующей поэтапной реабилитации больных в санатории, в отделении и кабинетах восстановительного лечения кардиодиспансера и МРКО.

Для четкой работы медицинского кластера разработаны стандарты диагностики и оказания медицинской помощи на каждом этапе технологической цепи, в которых учтены диагностические и квалификационные возможности каждого звена кластера.

Разработана система материального стимулирования эффективной работы медицинских работников на каждом этапе, в первую очередь на этапах отбора больных для ВМП.

Особое внимание оказано разработке системы отбора больных для ВМП при остром коронарном синдроме (ОКС). Если в г. Барнауле доставка больных с ОКС в АККД осуществляется бригадами скорой помощи в минимальные сроки, то возможности оказания ВМП больным с ОКС из отдаленных районов края затруднена. Внедрение и совершенствование в течение ряда лет системы передачи электрокардиограммы и консультирования больных по телефону со специалистами АККД позволяет решить ряд вопросов и приблизить ВМП к больным из районов края.



Многолетнее существование в Алтайском крае санаторной и, в некоторой степени, амбулаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию, позволило естественно включить в эту систему и больных с хроническими формами ИБС после оказания ВМП. В настоящее время эта система совершенствуется на основе собственного, российского и международного опыта реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛЫХ ДОЗ РОЗУВАСТАТИНА ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Бобровская Л.А., Старкова Л.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул;
Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул

Аортокоронарное шунтирование (АКШ) позволяет значимо повысить качество жизни и толерантность к физической нагрузке больных с тяжелой стенокардией. Для улучшения отдаленных результатов АКШ необходимо, чтобы больные принимали адекватную профилактическую медикаментозную терапию, в том числе статинами.

Целью нашего исследования стало изучение эффективности и безопасности малых доз розувастатина (Крестор, Астра-Зенека) у больных после АКШ.

Было обследовано 64 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), все мужчины, с уровнями общего холестерина (ОХ) более 6,0 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) более 3,0 ммоль/л. Средний возраст больных $57,6 \pm 6,4$ лет. Все больные до операции АКШ принимали различные генерические препараты симvastатина в дозах 20 мг в течение в среднем от 3 до 7 месяцев. За время лечения достижения целевых уровней ОХ и ХС ЛПНП не произошло. Далее больные были разделены на 2 группы. Группе 1 (36 больных) был назначен розувастатин в дозе 10 мг за 10 дней до оперативного лечения. Группе 2 (28 больных) розувастатин был назначен в той же дозе на 3 день после АКШ. Группы были сопоставимы по возрасту, сопутствующей патологии, объему оперативного лечения исходным уровням липидов.

Через 30 дней больным, достигших уровня ОХ меньше 4,6 ммоль/л и ХС ЛПНП меньше 2,6 ммоль/л доза розувастатина была снижена до 5 мг в сутки. Контроль липидного спектра проводился ежемесячно в течение 6 мес. Оценивались уровни СРБ, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общей креатининкиназы (КФК), а также уровень креатинина.

Результаты: через месяц у 82,4% больных группы 1 был достигнут уровень ОХ меньше 4,6 ммоль/л и ХС ЛПНП меньше 2,6 ммоль/л. У больных группы 2 снижение этих показателей произошло только у 35,7% больных. Все изменения были статистически значимы. Важно отметить поразительную степень коррекции липидов за месячный срок. Так, у 24 больных (63,2%) ОХ снизился ниже 4,1 ммоль/л и у 5 человек достиг 3,7 ммоль/л, у 4 человек ХС ЛПНП достиг 1,8 ммоль/л. У всех больных Группы 1 уровень СРБ снизился с $2,5 \pm 0,1$ мг/л до $1,3 \pm 0,1$ мг/л. Больным Группы 1 доза розувастатина была снижена до 5 мг в

сутки, остальные больные продолжали принимать препарат в дозе 10 мг в сутки. Через 3 месяца приема розувастатина в дозе 5 мг целевой уровень ОХС и ХС ЛПНП сохранился у 30 больных (78,9%), а к 6 месяцу наблюдения – у 26 больных (68,4%). Уровень СРБ снизился менее 1,0 мг/л через 3 месяцев у 68,4% больных, а к концу 6 месяца наблюдения у 63,2% больных. К концу 6 месяца ни у одного больного уровни АСТ, АЛТ, общей КФК не превысили 1,5 ВГН. В группе 2 на всех этапах сопоставимые уровни липидов и СРБ достигали достоверно меньшее количество больных.

Таким образом, доза розувастатина 5 мг в сутки оказывает достаточно сильное гиполипидемическое действие, которое может обеспечить достижение целевых уровней ОХ, ХС ЛПНП, СРБ и сохранение их в течение, по крайней мере, 6 месяцев почти у 70% больных, если розувастатин был назначен до оперативного лечения. Безопасность малых доз розувастатина позволяет обеспечить длительную, эффективную, безопасную и экономичную терапию оригинальными статинами после АКШ.

ОПЫТ РАБОТЫ ХОЗРАСЧЕТНОГО АМБУЛАТОРНОГО КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Шапошник И.И., Салашенко А.О., Батаговская Т.А., Лебедев Е.В., Любавин В.О.

Челябинская государственная медицинская академия

Цель работы: проанализировать структуру, источники финансирования, рентабельность и эффективность работы хозрасчетного амбулаторного кардиореабилитационного центра.

Методы исследования: общеклиническое обследование, ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), суточное мониторирование ЭКГ и АД, вариабельность сердечного ритма, эхокардиография, определение общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности, показатели гемостаза, психологическое тестирование.

Полученные результаты: хозрасчетный амбулаторный кардиореабилитационный центр «Гарвей» функционирует с 2007 г. на базе терапевтического корпуса многопрофильной городской клинической больницы №1 на условиях льготной аренды как социально значимый объект. Общая площадь центра – 200 кв.м. Центр прошел лицензирование по следующим специальностям: кардиология, функциональная диагностика, лечебная физкультура, психотерапия. В состав центра входит административная группа (директор, бухгалтер, администраторы) и лечебная группа (кардиолог, врач функциональной диагностики, инструкторы лечебной физкультуры и психотерапевт). Научно-практическое руководство центром осуществляет профессор – главный кардиолог города.

Продолжительность реабилитационного курса – 3 месяца (40 занятий по физической реабилитации на велотренажерах, которые проходят в вечернее время 3 раза в неделю длительностью по 45–60 мин; 12 групповых занятий аутотренингом и 6 занятий в школе пациентов и их родственников). Пациенты направляются из различных поликлиник города кардиологами согласно показа-



ниям через 6 недель после перенесенного инфаркта миокарда или операций по реваскуляризации миокарда. Большинство больных к этому времени проходят санаторный этап реабилитации. Кроме того, направляются также пациенты со стенокардией, хронической сердечной недостаточностью 1–3 функциональных классов. Стоимость реабилитационного курса – 25–30 тыс. руб. Источники финансирования: средства добровольного медицинского страхования, оплата предпрятиями и фирмами, личные средства граждан.

Реабилитационный курс прошли 64 мужчин, средний возраст – 53,2 года. Структура патологии: ИБС – 56 больных, из них инфаркт миокарда перенесли 34 пациента, операции на коронарных артериях – 18; гипертоническая болезнь – 7, протезирование митрального клапана при ревматизме – 1. В результате реабилитации максимальная выполненная нагрузка при ВЭМ возросла со $118 \pm 42,2$ до $153 \pm 28,2$ вт. ($p = 0,002$), средняя мощность на основном этапе дозированной велотренировки – с $49,3 \pm 9,61$ до $67,6 \pm 8,57$ ($p < 0,001$), средняя ЧСС на основном этапе дозированной велотренировки – с $78,6 \pm 10,2$ до $83,5 \pm 10,2$ ($p = 0,043$).

Заключение: хозрасчетный амбулаторный кардиореабилитационный центр является финансово рентабельной структурой. Проведение комплексной реабилитации дает видимый прирост толерантности к физической нагрузке, увеличивает степень тренированности. Проводимые мероприятия способствуют преодолению психологических проблем, повышают образовательный уровень пациентов и их родственников.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Шимук Н.Ф., Макарова И.Н., Ускова Г.В., Моисеева И.В.

ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ, Москва

В связи с широким распространением ИБС и высокой смертностью от нее целью работы явилось изучение в условиях поликлиники возможностей реабилитации на течение ИБС у больных с различными ее формами.

Под наблюдением от 2 до 5 лет находилось 337 больных. Из них 132 человека в возрасте старше 60 лет (от 60 до 85 лет) страдали ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе, 82 больных (средний возраст 63 года) перенесли Q-зубцовый инфаркт миокарда и 123 пациента в возрасте от 43 до 73 лет перенесли острую очаговую дистрофию миокарда.

Выделено 2 группы: 1 – основную из 265 человек составили больные, выполняющие программу реабилитации, 2 – контрольную из 72 человек составили больные, нерегулярно выполняющие рекомендации по восстановительному лечению на поликлиническом этапе. Всем больным ежегодно проводилось комплексное обследование: контроль АД, ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ при нарушениях ритма, ВЭМ-проба для определения толерантности к физической нагрузке, определялась масса тела, в крови – уровень липидов.

Программа реабилитации включала в себя медикаментозную терапию, ЛФК, физиотерапию, психотерапию и при необходимости коррекцию диеты с уче-

том липидного спектра крови, уровня гликемии и массы тела. Физические нагрузки во время тренировок дозировались в соответствии с данными ВЭМ-пробы. Все больные получали назначенную кардиологом и лечащим врачом поддерживающую терапию по показаниям: ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, нитраты, дезагреганты. Всем пациентам проводилось мышечное тестирование с целью выявления мышечного дисбаланса и последующей его коррекции. В процессе тестирования выявлялись наиболее напряженные мышцы, имеющие общую сегментарную иннервацию с сердцем, а также связанные между собой общими двигательными актами.

Критерии оценки эффективности программы: частота обострений ИБС, повышение толерантности к физической нагрузке, переход больного в более высокий функциональный класс.

Анализ результатов показал, что в основной группе частота обострений ИБС в 2 раза ниже по сравнению с контрольной во всех возрастных подгруппах. Процент перехода в основной группе в более высокий ФК в возрасте от 45 до 60 лет составил от 34% до 56%, в возрасте 60–69 лет – 17%, старше 70 лет – 7%. В контрольной группе отмечался переход в более низкий ФК, что подтверждает эффективность программы.

ВЛИЯНИЕ АМБУЛАТОРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ НА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шихова Е.В.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия

Цель: провести клинко-экономический анализ эффективности различных программ реабилитации на амбулаторном этапе у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы: обследованы 162 пациента, перенесших ИМ, из них мужчин 94 (58,1%), женщин 68 (41,9%), средний возраст $58,3 \pm 3,6$ года. Наблюдение проводилось в течение 24 месяцев. Больные были представлены группой наблюдения ($n = 81$), которые проходили разработанную программу реабилитации, и группой сравнения ($n = 81$), которая велась общепринятым методом. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию с учетом показаний и противопоказаний. Реабилитация в группе наблюдения включала в себя программу длительных физических тренировок (ДФТ) умеренной интенсивности по методике ГНИЦ ПМ и занятия в Школе здоровья больных, перенесших ИМ. Экономический анализ проводился по методикам «затраты-эффективность» (CER) и «затраты-утилитарность» (CUR) с расчетом индекса QALY. При расчете затрат учитывались прямые медицинские затраты на обследования, консультации, осмотры участковыми врачами, вызовы бригад скорой медицинской помощи (СМП), госпитализации по поводу ИБС, медикаментозное лечение, занятия ФТ. Эффективность лечения оценивалась по числу предотвращенных осложнений течения



ИБС (повторных ИМ и эпизодов нестабильной стенокардии, прогрессирования ХСН, летальных исходов). Для расчета индекса QALY качество жизни (КЖ) оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы.

Результаты: исследование показало, что в группе наблюдения прямые затраты на амбулаторное лечение были ниже на 10,3% за счет снижения расходов на дополнительные осмотры участковым-терапевтом на 6,7%, вызов бригад СМП на 13,8% дополнительные исследования и консультации на 2,8%, госпитализацию на 6,1%. Затраты на организацию и проведение реабилитационной программы составили 3,6% от прямых затрат на 1 человека группы наблюдения. При расчете эффективности по трем конечным точкам выявлено, что она была выше в группе наблюдения, где достигла 96,29%, а в группе сравнения 76,54% ($p < 0,001$). Стоимость 1 случая такого благоприятного варианта течения ИБС (CER) в группе наблюдения было ниже, чем в группе сравнения на 25,56%. Индекс QALY через 24 мес. у пациентов группы наблюдения был достоверно выше и составил $1,38 \pm 0,17$, при этом в группе сравнения лишь $0,97 \pm 0,10$ баллов ($p < 0,05$). Показатель CUR был в группе наблюдения на 58,55% ниже, чем в группе сравнения.

Выводы: применение разработанной программы реабилитации снижает затраты на длительное амбулаторное лечение больных на 10,3%, перенесших ИМ, улучшает клиническую эффективность и качество жизни пациентов на 27,1%, в связи с этим показатели CER и CUR снижаются на 19,75% и 25,66% соответственно, что говорит о более низких затратах на единицу эффективности.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ЕЩЕ РАЗ О ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ

Шлык С.В., Хаишева Л.А., Быковская Т.В., Самохина Л.Ю., Линник А.С.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования: изучить частоту назначения врачами гипотензивных препаратов и реально применяемых пациентами антигипертензивных препаратов, провести сравнительный анализ стоимости и эффективности наиболее распространенных схем лечения артериальной гипертензии (АГ) в Ростовской области.

Материалы и методы: 78 больных (средний возраст – $42,3 \pm 5,7$ года) в зависимости от стадии АГ были разделены на группы: 1 группа, 38 больных с АГ I ст. (17 мужчин и 21 женщина), 2 группа – 40 человек (16 мужчин и 24 женщины), имевших II стадию АГ. В качестве антигипертензивного препарата первой линии, после двух недельного отмывочного периода, все пациенты получали иАПФ (эналаприл), через 2 недели при не достижении целевого АД добавлялся диуретик (гипотиазид), еще через 2 недели при не достижении целевого АД добавлялся антагонист кальция (аСа) (амлодипин). Фармакоэкономический анализ проводился методом «стоимость – эффективность» в течение 3-х мес. терапии. При расчете стоимости лечения учитывали не только цену медикаментозных препаратов, но и затраты на посещение врачей, вызовы скорой помощи.

Результаты: 23,1% обследованных пациентов не обращались ранее к кардиологу для назначения гипотензивной терапии, однако каждый четвертый из них самостоятельно принимал иАПФ или диуретик, объясняя свой выбор, главным образом, рекомендациями знакомых и приемлемой стоимостью препаратов. Остальным пациентам была ранее рекомендована монотерапия (32,0%) или комбинированная гипотензивная терапия (44,9%). Реально комбинированную терапию получали 21,8% пациентов, то есть более половины больных не выполняли рекомендации врача.

К 12 неделе лечения достигнуть целевого АД удалось всем пациентам: 21,1% больных первой группы в результате монотерапии, остальным (78,9%) пациентам первой группы и 30,0% из второй группы потребовалась комбинированная терапия иАПФ и диуретиком. Для достижения целевого уровня АД 28 больным второй группы потребовалась терапия тремя препаратами. Не смотря на то, что в течении 3 месяцев наблюдения пациенты неоднократно посещали кардиолога, никто из них не был госпитализирован и не вызывал скорую помощь. Средняя стоимость 4-х недельного курса лечения иАПФ составила 312,43 руб., иАПФ и диуретиками 435,41 руб., тремя препаратами – 915,95 руб.

Результаты: таким образом, можно констатировать, что наиболее популярная в нашем регионе схема комбинированной терапии, включающая: иАПФ, диуретик и аСа позволяет достичь целевого уровня АД у подавляющего большинства пациентов. При этом стоимость месячной терапии тремя дженерическими препаратами почти вдвое превышает размер денежной компенсации, выплачиваемой в случае отказа от набора социальных услуг.

3-х месячная терапия пациента с I стадией АГ, с учетом посещения врача-кардиолога составляет в среднем $20038,3 \pm 25,7$ руб., а пациентов со II стадией АГ составила в среднем $3465,7 \pm 45,8$ руб., что достоверно дороже, однако адекватно проводимая терапия позволяет сэкономить значительные средства, связанные с осложненным течением АГ.

БИОАКУСТИЧЕСКАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Щегольков А.М., Климов В.В., Юдин В.Е., Дыбов М.Д.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

Программа реабилитации больных ИБС после КШ с психопатологическим синдромом включала биоакустическую психокоррекцию (БАП) и обучение в Школе коронарного больного. Метод БАП, используемых в нашем исследовании, разработан в Институте экспериментальной медицины РАМН (г. Санкт-Петербург). В качестве параметра управления в данной процедуре используется наиболее интегральный показатель деятельности ЦНС — электроэнцефалограмма (ЭЭГ), который объективно отражает функциональное состояние головного мозга человека, как в норме, так и при различной патологии. Исследования с помощью аппарата «Синхро-С» (Россия) проводились в затемненной комнате, оборудованной звукоизоляцией. Биоэлектрические потенциалы отводились от лобной, те-



менной и затылочной областей черепа, дыхательные движения регистрировались с помощью механического датчика. Курс лечения состоял из 8 сеансов, длительностью 30 минут, через день.

Одним из путей повышения качества восстановительного лечения является разработка реабилитационной программы, которая могла бы активно вовлекать больного в лечебно-профилактический процесс, что достигается обучением в Школе коронарного больного.

Под нашим наблюдением находилось 138 оперированных больных с психопатологическим синдромом, которые поступили на поздний госпитальный этап реабилитации на 8–24 (в среднем $14,8 \pm 5,9$) сутки после КШ, в возрасте от 36 до 72 лет. Средний возраст обследованных больных составил $51,9 \pm 6,3$ лет. Методом простой рандомизации пациенты были разделены на две группы: ОГ ($n = 112$) реабилитация которых проводилась по предложенной программе и КГ ($n = 26$) в основе восстановительного лечения была обычно применяемая программа.

При первичном психодиагностическом обследовании практически у всех пациентов были выявлены различные невротические расстройства, спровоцированные болезнью и операцией, связанные с необходимостью осознания происшедших изменений и адаптацией к новым условиям жизни, однако не выходящие за пределы адекватного реагирования.

Анализ данных теста СМОЛ позволил установить снижение показателей по шкалам невротической триады (по первой – с $63,1 \pm 1,9$ до $54,2 \pm 1,4$ Т-балла, по второй – $61,2 \pm 1,7$ до $56,3 \pm 1,8$ Т-балла, по третьей – с $61,9 \pm 1,2$ до $56,7 \pm 1,5$ Т-балла) и по 7-й шкале (с $65,7 \pm 1,4$ до $52,5 \pm 1,2$ Т-балла), что подтверждает наличие невротических нарушений в психологическом статусе оперированных больных.

Целенаправленное воздействие на психоэмоциональную сферу оперированных больных с помощью предложенной методики, на общем благоприятном фоне клиникалабораторного восстановления состояния пациентов, оказали существенное положительное влияние на своевременное восстановление их психофизиологического состояния.

Установлено, что в процессе проведения процедур БАП от сеанса к сеансу у большинства пациентов происходило нарастание в структуре спектральной плотности ЭЭГ удельного веса альфа волн с $17 \pm 0,04$ до $37 \pm 0,05\%$ ($p < 0,05$). После окончания курса БАП отмечалось улучшение общего самочувствия, качество ночного сна, уменьшение утомляемости, тревожности и уровня психоэмоциональной напряженности. Субъективные ощущения эффективности воздействия подтверждаются и данными электрофизиологического обследования.

Выявленные тенденции в изменении спектральной структуры ЭЭГ свидетельствуют о повышении адаптационной пластичности ЦНС на фоне снижения явления напряжения регуляторных механизмов (снижение удельного веса дельта-волн в бодрствующем состоянии).

В ходе лечения отмечено статистически достоверное повышение показателей САН, так в ОГ самочувствие повысилось с $47,22 \pm 1,23$ до $52,84 \pm 0,76$ балла ($p < 0,01$); активность с $46,34 \pm 0,83$ до $53,81 \pm 0,68$ балла ($p < 0,01$); настроение с $46,32 \pm 1,17$ до $54,73 \pm 0,91$ балла ($p < 0,01$).

Анализ усредненных показателей теста СМОЛ свидетельствует, что до начала реабилитации, наиболее выраженные отклонения выявлялись по шкалам не-

вротической триады и по шкале психастении.

В результате лечения у больных ОГ произошло уменьшение показателей по 1, 2, 3, 7-й шкалам, что свидетельствует об улучшении психоэмоционального статуса, выражающемся в уменьшении невротических расстройств.

Повышение суммарного показателя КЖ в ходе восстановительного лечения выявлено как в основной, с $8,4 \pm 0,6$ до $4,3 \pm 0,5$ баллов, так и в контрольной группе с $-8,1 \pm 0,8$ до $-5,6 \pm 0,7$ баллов, хотя выраженность повышения этого показателя в основной группе была достоверно больше, чем в контрольной ($p < 0,01$). В целом повышение суммарного показателя ЮК за период наблюдения произошло у 69 (89,64 %) больных основной и лишь у 9 (42,8 %) больных контрольной группы.

ТФН в ходе реабилитации по предложенной программе у больных ОГ возросла с $74,7 \pm 4,2$ до $104,3 \pm 4,3$ Вт ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ данных психологического обследования больных с показателями толерантности к физической нагрузке выявил корреляционную связь между объемом выполненной работы по данным ВЭМ и показателями по первой ($r = -0,63$, $p < 0,01$), второй ($r = -0,51$, $p < 0,05$), 7-й ($r = -0,54$, $p < 0,05$) и 9-й ($r = +0,50$, $p < 0,01$) шкалам СМОЛ, а также суммарным показателем КЖ ($r = +0,59$, $p < 0,001$). Тем самым, более высокие показатели объема выполненной работы были взаимосвязаны с более низкими показателями тревожности, астении, депрессивных расстройств и более высоким уровнем качества жизни.

Комплексная реабилитация по предложенной программе была эффективной у 103 (91,9 %) пациентов ОГ.

Перераспределение больных ОГ по ФК после проведения реабилитационных мероприятий свидетельствует об увеличении удельного веса пациентов I ФК с 9 (8,0 %) до 17 (15,1 %), II ФК с 41 (36,6 %) до 52 (46,6 %), уменьшении пациентов III ФК с 62 (55,3 %) до 43 (38,4 % соответственно).

Таким образом, включение в программу реабилитации больных ИБС, перенесших КШ, имеющих психологические нарушения, сеансов БАП и образовательных программ, приводит к улучшению психологического состояния, повышению приверженности больного к лечению, что дает дополнительный реабилитационный эффект и повышает качество жизни больных.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОКОРРЕКЦИЯ КАК МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Яицкая А.Е., Крейнс В.М.

ООО «Столица», Москва

Цель: изучение клинической эффективности и безопасности метода криоплазмасорбции, используемой совместно с терапией эналаприлом, при хронической ишемии головного мозга у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: 104 больных хронической ишемией головного мозга в возрасте от 41 до 78 лет (средний возраст $57,4 \pm 9,5$), клинически проявля-



ющейся дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) смешанного (атеросклеротического и гипертензивного) генеза I–II стадии, получали лечение эналаприлом в индивидуально подобранной дозе (1 группа), а также методом криоплазмосорбции (3–5 сеансов) дополнительно к антигипертензивной терапии эналаприлом (2 группа). До и после курса (21 день) лечения у пациентов обеих групп изучали функциональное состояние головного мозга методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) картирования, эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии и цереброваскулярную реактивность (ЦВР) среднемозговой артерии (СМА). ЦВР изучали в тесте гиперкапнической гипоксии, которую создавали дыханием через дополнительное «мертвое» пространство. Все пациенты дополнительно получали внутрь пирацетам (1200 мг/сутки). Клиническую эффективность терапии оценивали по редукции суммарного балла неврологического дефицита и степени нарушений приспособительной активности.

Результаты: отмечена корреляционная связь между угнетением ЭЗВД, ЦВР при гиперкапнической гипоксии и реакции ЭЭГ при нагрузочных тестах с гипервентиляцией и фотостимуляцией по мере прогрессирования ДЭ. При ДЭ I к концу терапии у пациентов обеих групп регистрировалось увеличение ЭЗВД, нормализация ЦВР и частотных характеристик ЭЭГ, в том числе при нагрузочных тестах.

При ДЭ II изменения функциональной активности мозга и ЦВР проявляли разнонаправленный характер в обеих группах. Изменения ЭЗВД не носили достоверного характера. Нежелательных явлений в виде углубления неврологического дефицита и угнетения функциональной активности мозга в ходе лечения эналаприлом не выявлено. Лечение было высокоэффективным 19% и 29%, эффективным у 42% и 54% пациентов 1 и 2 групп соответственно. КПС усиливала гипотензивный эффект проводимой терапии. Средняя доза эналаприла, получаемая пациентами к концу лечения, составила $13,4 \pm 3,2$ мг/сутки в 1 группе и $7,5 \pm 4,5$ мг/сутки во 2 группе, что свидетельствует об адьювантных эффектах методов экстракорпоральной терапии. Более эффективная редукция неврологического дефицита может быть связана с «деблокированием» эндотелиальных рецепторов после удаления из плазмы крови холестерина и ряда других субстанций в ходе КПС, преодолением резистентности к лекарственным средствам и повышением чувствительности к проводимой фармакотерапии.

Заключение: метод КПС приводит к потенцированию клинической эффективности фармакотерапии и может быть использован в схемах комплексной реабилитации больных при хронической ишемии головного мозга смешанного (атеросклеротического и гипертензивного) генеза.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БАРОКАМЕРНОЙ ГИПОКСИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Яковлев Д.И., Прокофьев А.Б., Тиньков А.Н., Никоноров А.А., Бредихина А.А.

ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Областная клиническая больница № 2, Оренбург

Цель: изучение влияния периодической барокамерной гипоксии (ПБГ) на состояние липидного спектра сыворотки крови у больных ИМ в периоде рубцевания.

Методы исследования: обследованы 60 мужчин с ИМ (2–4 месяца с момента развития), средний возраст которых составил $51,8 \pm 2,7$ лет. В первую группу вошли 45 пациентов, которым проводился курс ПБГ, состоящий из 22 трехчасовых сеансов на «высоте» 3500 м (460 мм. рт. ст.), проводимых ежедневно в барокамере пониженного давления «Урал-1». Первые сеансы проводились с постепенным увеличением высоты, начиная с 1000 м и далее, прибавляя ежедневно по 500 м до достижения максимальной «высоты» (3500 м). Скорость «подъема» и «спуска» составляла 2–3 м/с. Контрольную группу составили 15 больных проходивших курс реабилитации согласно Методическим рекомендациям МЗ РСФСР по физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Липидный спектр изучали до, сразу после курса реабилитации, через 6 и 9 месяцев.

Полученные результаты: курс ПБГ привел к достоверному понижению ОХ на 12% и 7% повышению ЛПВП, что, в конечном итоге, снизило ИА на 20%. Кроме того, произошло достоверное снижение ТГ на четверть, а ЛПНП и ЛПОНП на 14% и 25% соответственно. У больных контрольной группы наблюдалось достоверное уменьшение ОХ и ИА, однако содержание ТГ в крови несколько увеличилось. Наблюдаемое перераспределение холестерина из «атерогенного потока» в «антиатерогенный», несомненно, является позитивным моментов АПБГ и существенно снижает вероятность избыточного отложения ХС в интима сосудов.

Курс ПБГ сопровождается снижением на 6,6% в крови группы Apo A1 и снижение Apo B на 13%. При этом, несмотря на однонаправленность сдвигов апопротеинов как атерогенных, так и антиатерогенных классов ЛП частиц, наблюдаемая тенденция к возрастанию соотношения является позитивным моментом, показывая сдвиг метаболических процессов обмена ХС в сторону его окисления и элиминации из организма. В контрольной группе, несмотря на снижение ОХ на 12%, повышение ЛПВП на 3% и снижение ИА на 15%, соотношение понизилось на 4%, что свидетельствовало об отсутствии позитивных изменений на уровне основных метаболических путей обмена ХС.

Заключение: курс периодической барокамерной гипоксии у больных ИМ способствует, с одной стороны, снижению атерогенных свойств сыворотки крови, с другой – приводит к росту антиатерогенной составляющей холестерина. Метод, по сравнению с использованием курсового комплекса лечебной физкультуры, в большей степени, улучшает показатели липидного спектра крови, параллельно улучшая соотношение аполипопротеинов A1 и B у больных ИМ. Однако следует оговориться, что данные эффекты ПБГ являются не стойкими и нивелируются через 9 месяцев после завершения курса.

[illegible][illegible]

Ренитек®†

(эналаприла малеат, MSD)



НАСТОЯЩИЙ ЭНАЛАПРИЛ¹



Литература:

1. Шашкова Г.В., Лепяхин В.К., Юргель Н.В. Справочник синонимов лекарственных средств. Изд. 9-е, перераб. и доп. - М.: РЦ "ФАРМЕДИНФО", 2005. - 496 с.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по применению

Ренитек - зарегистрированная торговая марка компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA, 2007.

Авторские права Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA, 2006. Все права защищены

121059, г. Москва, пл. Европы, 2, гостиница "Славянская - Радиссон", Южное Крыло, 2-й этаж. Тел.: (495) 941-8275. Факс: (495) 941-8276. www.msd.ru
06-2011-RNT-2007-RUCA-001-J (rev.0)

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР



ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ:



СПОНСОРЫ:



ISBN 978-5-91264-019-3

Тираж 500 экз.

Издатель: ООО «Компания Медиком»

УДК 618 (06)

ББК 75.1 Р 78