

CardioСоматика

Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика

Научно - практический рецензируемый журнал РосОКР

МАТЕРИАЛЫ

X НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
В КАРДИОЛОГИИ»**

21–22 марта 2013 г.

Москва

Главные спонсоры конференции

AstraZeneca 



Спонсоры



Участники

Abbott



ООО «Берлин-Хеми/Менарини»



Group RUSFIC



ООО «МСД Фармасьютикалс»



Novartis Pharma LLC



ЗАО «Шиллер»



ЗАО «ЛАНЦЕТ»



ЗАО «Сандоз»

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КАРДИОСОМАТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (РосОКР)
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО (РКО)
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. МОСКВЫ

X НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**«РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
В КАРДИОЛОГИИ»**

**21–22 марта 2013 г.
Москва**

Материалы конференции

X RUSSIAN CONFERENCES

**«REHABILITATION AND SECONDARY PREVENTION
IN CARDIOLOGY»**

**Mart 21–22, 2013
Moscow**

Abstract Book

CardioСоматика
(КардиоСоматика)
Приложение №1, 2013

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете
Российской Федерации по печати.
Рег. номер: ПИ № ФС77-41500
от 4 августа 2010 г.
Общий тираж 10 тыс. экз.

Авторы, присылающие статьи для публикаций,
должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов
и публичным авторским договором.
Информация на сайте www.hmp.ru.

Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов,
которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов,
опубликованных в журнале, допускается только
с письменного разрешения редакции.

Все права защищены. 2013 г.



Телефон/факс: +7 (499) 500-38-83
E-mail: or@hmp.ru

Медицинский директор:

Б.А. Филимонов

Исполнительный директор:

Э.А. Батова

Научные редакторы:

А.В. Шухова (руководитель отдела),

М.Б. Капелович, Д.А. Катаев,

А.Ю. Макарычева, Е.В. Наумова

Арт-директор:

Э.А. Шадзевский



MEDIA MEDICA

Адрес: 115054, Москва,

Жуков проезд, стр. 19

Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37

Телефон/факс: +7(495) 926-2983

E-mail: media@con-med.ru

Электронная версия: www.con-med.ru

Директор:

Т.Л. Скоробогат

Директор по рекламе:

Н.М. Сурова

Менеджеры по рекламе:

Т.А. Романовская,

Работа с подписчиками:

Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)

E-mail: subscribe@con-med.ru

Общественная общероссийская организация

All-Russian Public Organization

«Российское общество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики»

«Russian Society of Cardiosomatic Rehabilitation and Secondary Prevention»

CardioСоматика (КардиоСоматика)

Kardiosomatika (Cardiosomatics)

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал

Scientific-and-practical peer-reviewed medical journal

Главный редактор

Аронов Д.М. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,
заслуженный деятель науки РФ

Заместитель главного редактора

Бубнова М.Г. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Редакционная коллегия

Арутюнов Г.П. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Бузиашвили Ю.И. (Москва) – проф., д-р мед. наук,
акад. РАМН

Дегтярева Е.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Довгалецкий П.Я. (Саратов) – д-р мед. наук, проф.

Иоселиани Д.Г. (Москва) – д-р мед. наук, проф.;

чл.-кор. РАН

Заднионченко В.С. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Карпов Р.С. (Томск) – д-р мед. наук, проф.,

акад. РАМН

Лазебник Л.Б. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Мартынов А.И. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,

акад. РАМН

Никитин Ю.П. (Новосибирск) – д-р мед. наук, проф.,

акад. РАМН

Руда М.Я. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Переpeč Н.Б. (Санкт-Петербург) – д-р мед. наук, проф.

Шальнова С.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Шестакова М.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.;

чл.-кор. РАМН

Редакционный совет

Болдуйева С.А. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Бритов А.Н. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Волков В.С. (Тверь) – д-р мед. наук, проф.

Галевич А.С. (Казань) – д-р мед. наук, проф.

Гарганеева А.А. (Томск) – д-р мед. наук, проф.

Иванова Г.Е. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Закирова А.Н. (Уфа) – д-р мед. наук, проф.

Ефремушкин Г.Г. (Барнаул) – д-р мед. наук, проф.

Калинина А.М. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Кассирский Г.И. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Кеепан J. (США) – проф.

Кухарчук В.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,

чл.-кор. РАМН

Лямина Н.П. (Саратов) – д-р мед. наук, проф.

Мазаев В.И. (Москва) – д-р мед. наук, проф.,

Медведева И.В. (Тюмень) – д-р мед. наук, проф.,

чл.-кор. РАМН

Перова Н.В. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Репин А.Н. (Томск) – д-р мед. наук, проф.

Симонова Г.И. (Новосибирск) – д-р мед. наук, проф.

Соколов Е.И. (Москва) – д-р мед. наук,

проф., акад. РАМН

Сыркин А.Л. (Москва) – д-р мед. наук, проф.

Tenenbaum A. (Израиль) – проф.

Филиппенко Г.Н. (Курск) – д-р мед. наук, проф.

Чумакова Г.А. (Барнаул) – д-р мед. наук, проф.

Шлык С.В. (Ростов-на-Дону) – д-р мед. наук, проф.

Шульман В.А. (Красноярск) – д-р мед. наук, проф.

Editor-in-Chief

Prof. Aronov D.M., MD (Moscow)

Honored Scientist of the Russian Federation

Deputy Editor-in-Chief

Prof. Bubnova M.G., MD (Moscow)

Editorial Board

Prof. Arutyunov G.P., MD (Moscow)

Prof. Buziashvili Yu.I., MD, Academician

of Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)

Prof. Degtyareva E.A., MD (Moscow)

Prof. Dovgalevsky P.Ya., MD (Saratov)

Prof. Ioseliani D.G., MD, Associate Member

of Russian Academy (Moscow)

Prof. Zadionchenko V.S., MD (Moscow)

Prof. Karpov R.S., MD, Academician

of Russian Academy of Medical Sciences (Tomsk)

Prof. Lazebnik L.B., MD (Moscow)

Prof. Martynov A.I., MD, Academician

of Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)

Prof. Nikitin Yu.P., MD, Academician

of Russian Academy of Medical Sciences (Novosibirsk)

Prof. Ruda M.Ya., MD (Moscow)

Prof. Perepech N.B., MD (Saint Petersburg)

Prof. Shalnova S.A., MD (Moscow)

Prof. Shestakova M.V., MD, Associate Member

of Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)

Editorial Council

Prof. Bolduyeva S.A., MD (Moscow)

Prof. Britov A.N., MD (Moscow)

Prof. Volkov V.S., MD (Tver)

Prof. Galyavich A.S., MD (Kazan)

Prof. Garganeyeva A.A., MD (Tomsk)

Prof. Ivanova G.E., MD (Moscow)

Prof. Zakirova A.N., MD (Ufa)

Prof. Efremushkin G.G., MD (Barnaul)

Prof. Kalinina A.M., MD (Moscow)

Prof. Kassirsky G.I., MD (Moscow)

Prof. Keenan J. (USA)

Prof. Kukharchuk V.V., MD, Associate Member

of Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)

Prof. Lyamina N.P., MD (Saratov)

Prof. Mazaev V.I., MD (Moscow)

Prof. Medvedeva I.V., MD, Associate Member

of Russian Academy of Medical Sciences (Tyumen)

Prof. Perova N.V., MD (Moscow)

Prof. Repin A.N., MD (Tomsk)

Prof. Simonova G.I., MD (Novosibirsk)

Prof. Sokolov E.I., MD, Academician

of Russian Academy of Medical Sciences (Moscow)

Prof. Syrkin A.L., MD (Moscow)

Prof. Tenenbaum A. (Israel)

Prof. Filippenko G.N., MD (Kursk)

Prof. Chumakova G.A., MD (Barnaul)

Prof. Shlyk S.V., MD (Rostov-on-Don)

Prof. Shulman V.A., MD (Krasnoyarsk)

Журнал включен в перечень научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК РФ

Представлен в Российском индексе научного цитирования

Электронная версия: www.con-med.ru, www.rosokr.ru и на сайте научной электронной библиотеки www.elibrary.ru

Эффективность применения Неотона у больных с острым коронарным синдромом

Аббасов А.К., Салихов Б.Р.

Кафедра госпитальной терапии и пропедевтики внутренних болезней Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент

Актуальность. Традиционное лечение ишемической болезни сердца (ИБС) длительное время рассматривалось только с точки зрения улучшения гемодинамики, которое направлено в основном на снижение потребности миокарда в кислороде или на увеличение поступления кислорода в миокард. В последние годы в лечении больных с кардиоваскулярной патологией все больше внимания уделяется применению препаратов с метаболическим действием, которые могут оказать достаточную помощь в лечении острого коронарного синдрома – ОКС (А.П.Голиков, 2003; T.R.Miller, 2005). Они существенно нормализуют метаболические сдвиги в миокарде, которые непосредственно связаны с патогенезом ИБС. Особенно заметно расширились показания к проведению метаболической терапии в клинической кардиологии. Актуальным является выбор оптимального метаболического препарата, который должен влиять на клеточный метаболизм, ионный гомеостаз, обладать мембраностабилизирующим действием.

Цель. Оценить влияние терапии Неотона в составе комплексной стандартной терапии на течение ОКС.

Материал и методы. Обследованы 32 больных с ОКС, пролеченных в реанимационном отделении и отделении неотложной кардиологии ГКБ №7. Среди обследованных мужчин – 20, женщин – 12. Возраст больных – 40–69 лет. Давность заболевания у всех обследованных больных была больше 1 года. Всем больным проводили клиническое обследование, исследование липидов, показателей свертывающей и противосвертывающей систем крови, тропонинов Т и I, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ-исследование при поступлении и перед выпиской. 15 больных 1-й группы получали Неотон и 17 больных 2-й группы получали только стандартную терапию. Неотон назначали на фоне стандартной (антиишемической, антиангинальной, антиагрегантной, антикоагулянтной) терапии в дозе 50 мг/кг/сут внутривенно капельно, 5 инфузий на курс лечения.

Результаты. Среди обследованных у 15 больных (1-я группа) ОКС был с элевацией сегмента ST ($ST\uparrow$), у 17 больных (2-я группа) – без элевации ST (без $ST\uparrow$). На ЭКГ синусовая тахикардия была выявлена у 10%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 8% больных. На ЭхоКГ фракция выброса (ФВ) в 1-й группе больных была 40,9%, во 2-й группе – 49,8%. После проведенного лечения в 1-й группе больных, получавших Неотон, отмечались клиническое улучшение, положительная динамика данных ЭКГ. ФВ в 1-й группе больных после лечения была 55,1%, во 2-й группе – 48,9%. У 2 больных 1-й группы с $ST\uparrow$ ОКС трансформировался в инфаркт миокарда с зубцом Q (ИМ с зубцом Q), у 4 – в инфаркт миокарда без зубца Q (ИМ без зубца Q), у 2 – в нестабильную стенокардию (НС). У больных 2-й группы трансформация в ИМ без зубца Q отмечалась у 7, в НС – у 11 больных. В группе больных, не получавших Неотон (3 больных с $ST\uparrow$, 5 – без $ST\uparrow$), увеличение ФВ было недостоверным. У 5 больных отмечалась трансформация ОКС в ИМ с зубцом Q , у 3 – в ИМ без зубца Q , у 2 – в НС.

Выводы. Применение Неотона в составе комплексной стандартной терапии ОКС приводит к положительной клинической динамике, увеличению ФВ, более доброкачественному течению заболевания и уменьшению трансформации ОКС в ИМ.

Комбинированная антигипертензивная терапия в профилактике когнитивных нарушений

Агеевкова О.А., Зиновьева О.В., Лешкевич А.С.

ГБОУ ВПО СГМА Минздрава РФ, Смоленск

Цель. Оценить влияние комбинированной терапии на когнитивные нарушения и динамику показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 42 пациента (20 мужчин, 22 женщины) с АГ I–III ст., ассоциированной с ИБС, в возрасте от 52 до 74 лет (средний возраст $63 \pm 10,7$ года). Длительность течения АГ составила в среднем $14,8 \pm 9,4$ года, ИБС – $5,2 \pm 1,8$ года. На момент включения в исследование все пациенты имели цифры АД выше целевых: среднее систолическое АД (САД) – $162,4 \pm 13,1$ мм рт. ст., среднее диастолическое АД (ДАД) – $97,6 \pm 6,1$ мм рт. ст. К базовой терапии (ацетилсалициловая кислота, статины, β -адреноблокаторы), остававшейся неизменной в течение 4 нед до включения и в течение всего периода исследования, назначался престанс в дозе 5/5 мг пациентам с АГ I ст., 10/5 мг – с АГ II ст., 10/10 мг – с АГ III ст. Исходно и через 12 нед проводилась оценка показателей СМАД (BPLab ООО «Петр Телегин»). Психологическое тестирова-

ние выполнялось с использованием краткой шкалы оценки когнитивного дефицита (MMSE) и теста «рисования часов». Статистическая обработка – пакет программ Statistica v. 6.0.

Результаты. По результатам СМАД на фоне комбинированной терапии (базовая терапия + престанс) целевые значения АД достигнуты у 76,1% пациентов. Отмечено снижение САД на $30,1 \pm 2,6$ мм рт. ст., ДАД – на $16,2 \pm 2,4$ мм рт. ст., индекса времени САД – на $28,8 \pm 4,4\%$, индекса времени ДАД – на $31,3 \pm 2,4\%$. У 47,6% пациентов комбинированная терапия привела к нормализации суточного профиля АД. При включении в исследование у 80,9% выявлены когнитивные нарушения, средний балл по шкале MMSE – 25,9 [24, 27], 5 пациентов выполнили тест на 30 баллов. Расстройства высших корковых функций отмечались в основном за счет нарастания нарушений памяти (30; 81,0%), внимания и счета (21; 56,7%), а также восприятия (4; 10,8%) и ориентации (1; 2,7%). Расстройства письма, чтения и речи не регистрировались. Тест «рисования часов» без ошибок выполнили 35,1% больных, 64,9% совершили хотя бы одну ошибку. На фоне комбинированной терапии средний балл по шкале MMSE составил 27 [24, 29]. Регресс расстройства высших корковых функций отмечался в основном за счет снижения нарушений памяти (27; 72,9%), внимания и счета (20; 54%), восприятия (2; 5,4%). Тест «рисования часов» без ошибок был выполнен 40,5% больных, 59,5% совершили хотя бы одну ошибку. Положительная динамика в выявлении когнитивных нарушений обнаружена только у пациентов, достигших целевых цифр АД. У 3 (8,1%) пациентов не отмечено значимой динамики показателей когнитивных нарушений на фоне комбинированной терапии. Статистически значимых различий состояния когнитивных функций у больных АГ, ассоциированной с ИБС, мужского и женского пола не выявлено ($p > 0,05$). Однако отмечена прямая корреляционная взаимосвязь нарастания когнитивных нарушений и стажа АГ ($r = 0,79, p < 0,05$).

Выводы. Престанс в комбинированной терапии АГ, ассоциированной с ИБС, приводит не только к снижению АД, но и оказывает церебропротективное действие.

Оптимизация немедикаментозного подхода в лечении больных с метаболическим синдромом

Адамчик А.С.¹, Даутов Ю.Ю.², Хакунов Р.Н.¹

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар;

²ООО «Центр Здоровье», Майкоп

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, «...мы столкнулись с новой пандемией XXI в., охватившей индустриально развитые страны. Это может привести к демографической катастрофе в развивающихся странах. Распространенность метаболического синдрома в два раза превышает заболеваемость сахарным диабетом, и в ближайшие 25 лет ожидается увеличение темпов его роста на 50%». По мнению многих авторов, врачами и пациентами недооценивается роль немедикаментозных мероприятий.

Цель. Оптимизация лечения больных с метаболическим синдромом (МС) посредством комплексной немедикаментозной программы.

Материалы и методы. В исследование вовлечена группа пациентов с МС (ВНОК, 2009) в количестве 40 человек с применением комплексной немедикаментозной программы лечения (КНПЛ). В группе 20 мужчин и 20 женщин, возраст от 30 до 60 лет. КНПЛ представлена в виде редуцированной диеты – 800–1000 ккал, потребления до 1,5 л жидкости, аэробных физических нагрузок, физиотерапевтических и водных процедур (массаж, циркулярный душ, гидроколонотерапия), психокоррекции в комплексе с образовательным курсом (20 дней). Клинический статус пациентов оценивался путем проведения антропометрии, определения состояния жирового и углеводного обменов, проведения биоимпедансометрии.

Результаты. При проведении КНПЛ пациентов с МС получены следующие результаты, до и после соответственно: масса тела – $98,1 \pm 12,1$ и $88,1 \pm 11,4$ кг; индекс Кетле – $34,7 \pm 2,5$ и $31,1 \pm 2,6$ кг/м²; индекс талии/бедер – $0,9 \pm 0,1$ и $0,87 \pm 0,1$ ед; общий холестерин крови – $6,4 \pm 1,1$ и $5,5 \pm 1,4$ ммоль/л; триглицериды – $2,3 \pm 1,1$ и $1,5 \pm 1,2$ ммоль/л; липопротеиды низкой плотности – $6,8 \pm 1,8$ и $6,1 \pm 1,7$ ммоль/л; липопротеиды высокой плотности – $1,5 \pm 0,7$ и $1,4 \pm 0,6$ ммоль/л – $p > 0,05$; инсулинемия – $15,5 \pm 1,7$ и $10,8 \pm 1,1$ мкЕД/мл; индекс Саго – $6,2 \pm 0,4$ и $8,7 \pm 1,2$ ед; лептинемия – $30,1 \pm 3,7$ и $20,8 \pm 3,8$ нг/мл; содержание общего жира – $38,3 \pm 1,2$ и $35,5 \pm 1,1$ кг; висцерального жира – $13,2 \pm 0,7$ и $11,1 \pm 0,6$ кг; воды – $44,2 \pm 1,3$ и $38,5 \pm 1,2$ кг ($p < 0,05$).

Вывод. Использование КНПЛ пациентов с МС приводит к: снижению массы тела, объема талии, висцерального жира, атерогенных значений липидограммы, снижению уровня иммунореактивного инсулина, лептина крови, улучшению показателя инсулинорезистентности ($p < 0,05$).

Озонотерапия в лечении послеоперационных больных

Азнаурова О.В., Богач Е.Н., Ряполова О.А.

ГБУЗ МО «Санаторий «Пушкино», Московская область

Нарушения микроциркуляции являются важным звеном в патогенезе атеросклероза и могут быть как локальными, так и системными, связанными с нарушением центральной гемодинамики, реологических свойств крови и структурно-функциональными нарушениями эндотелия.

Цель. Определить влияние озонотерапии на тканевую перфузию при помощи аппарата «Минимакс-Допплер-К» (лоцирование сосудов микроциркуляторного русла в определенном объеме ткани датчиками с частотой 20–25 МГц).

Методы. Использование медицинского озона в лечении разных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, в настоящее время переживает второе рождение. Развитие полимерных технологий позволило использовать различные методики: внутривенное капельное введение озонированного раствора, ректальные инфузии, обкалывание послеоперационных швов и келоидных рубцов. Для получения медицинского озона использовался отечественный аппарат УОТ-1, который позволяет создавать необходимую концентрацию озона как в жидкой среде, так и озono-кислородной. Для определения качественной оценки доплерограммы, получаемой с участка микроциркуляторного русла, использовались такие качественные показатели, как линейная скорость кровотока (V , м/с), объемная скорость кровотока (Q , мл/мин), а также индексы сопротивления Пурселло (RI) и пульсационный индекс Гослинга (PI). Максимальное изменение кровотока определяли в процентах по формуле $Q_{\%увел} = (Q_{\max} - Q_{исх}) / Q_{исх} \times 100$. Для оценки вазомоторной функции эндотелия проводилась проба эндотелийзависимой вазодилатации (компрессия плечевой артерии 3 мин манжетой манометра с нагнетанием давления и определением тканевой перфузии до и после компрессии). Тканевая перфузия исследовалась в области ногтевого валика среднего пальца кисти.

Результаты. При внутривенном капельном введении озонированного раствора у всех пациентов отмечался значительный прирост объемного кровотока после процедуры (до 80–100%). У 95% при пробе эндотелийзависимой вазодилатации обнаруживали снижение индексов Пурселло и Гослинга, увеличение средней скорости кровотока, что свидетельствует о стойкой вазодилатации. Таким образом, в результате лечения на фоне улучшения общего состояния и клинических характеристик отмечались развитие устойчивой вазодилатации мелких сосудов и усиление тканевой перфузии.

Выводы. Применение озонотерапии в лечении плохо заживающих послеоперационных швов в сочетании с физиотерапевтическими методами (магнитотерапия; лазерная терапия) позволило ускорить процесс заживления на 3–5 дней быстрее, чем в контрольной группе (получавших только физиотерапевтическое лечение). Кроме того, использование медицинского озона в лечении келоидных рубцов также дало положительные результаты.

Лечение дилатационной кардиомиопатии в Российской Федерации (по данным Первого регистра дилатационной кардиомиопатии)

Алаева Е.Н.¹, Нарусов О.Ю.¹, Терещенко С.Н.², Кочетов А.Г.²

¹ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава РФ, Москва;

²НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва

Цель. Оценить состояние оказания медицинской помощи больным с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) в повседневной клинической практике (использование современных диагностических и лечебных методов).

Материалы и методы. Специальные формы были направлены в больницы – участники регистра. Включены 574 пациента с диагнозом ДКМП, средний возраст составил $47,61 \pm 11,27$ года, мужчин 82,7%, что в 4 раза больше, чем женщин (17,3%).

Результаты. Встречаемость ДКМП среди хронической сердечной недостаточности составила 2,0% (95% ДИ 1,89–2,10). Лидирующее место в лечении ДКМП занимают ингибиторы АПФ (ИАПФ) – 88,6%, блокаторы β -адренергических рецепторов (БАБ) – 84,5%, диуретики – 76,7%. Далее следуют: дигоксин (59%), антиагреганты – 59,2%, метаболическая терапия – 50,1%, антагонисты альдостерона – в 48,5%, варфарин – 33,7%, иммуносупрессивная терапия – 3,3%, глюкокортикостероиды – 3,6%, иммуномодулирующая терапия – 3%, цитостатики – 0,3%.

Выводы. 1. Рекомендованную терапию (ИАПФ/АРА, БАБ, диуретики, антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды) принимали 47,6%. 2. Среди вспомогательных препаратов использовались антиагреганты у 59,2% пациентов и метаболическая терапия (триметазидин, инозин) – у 50,1% пациентов с ДКМП.

Психологические предикторы «эффекта белого халата» у больных стабильной артериальной гипертензией

Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М., Молчанова О.В., Лерман О.В.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава РФ, Москва

Цель. Общеизвестно, что у больных артериальной гипертензией (АГ) в ответ на измерение артериального давления (АД) врачом возникает тревожная реакция, которая сопровождается повышением АД. Уровни АД в клинике у большинства больных АГ превышают амбулаторные показатели АД (так называемый «эффект белого халата» – ЭБХ). Целью представленного исследования было выявить взаимосвязи между показателями, характеризующими психологический статус больных АГ, и степенью выраженности ЭБХ у пациентов.

Материалы и методы. Была проанализирована база данных 5 исследований, включающая результаты 204 суточных мониторингов АД (СМАД). Критерии включения и дизайн исследований были сходными. Больным АГ 1–2-й ст. без серьезных сопутствующих заболеваний на фоне отмены антигипертензивной терапии проводилось СМАД прибором SpaceLabs 90207. Степень выраженности ЭБХ оценивалась как разность:

- 1) между первым клиническим измерением АД и средним дневным АД по данным СМАД;
- 2) между средним клиническим АД за 1 ч, проведенный в клинике, и средним дневным АД по данным СМАД (методики R.Owens и соавт.). После проведения СМАД пациенты заполняли психологический опросник СМОЛ (Зайцев В.П. и соавт.) (сокращенная версия «Minnesota Multiphase Personality Inventory»).

Результаты. Среднее систолическое АД (САД) составило $143,1 \pm 12,6$, диастолическое АД (ДАД) – $89,2 \pm 7,6$ мм рт. ст. ($M \pm SD$). ЭБХ для САД – $9,8 \pm 12,6$, для ДАД – $7,7 \pm 7,8$ мм рт. ст. (оценено по первому методу). Интенсивность проявления ЭБХ зависела от степени выраженности таких психологических характеристик больных АГ, как тревожность, неуверенность в себе (шкала 7 опросника СМОЛ), психоэмоциональная импульсивность (шкала 4) в сочетании с социальным самоконтролем поведения (шкала К) (достоверные, прямые корреляционные связи величины ЭБХ с показателями этих шкал, $p < 0,05$). Напротив, высокий уровень психосоциальной дезадаптации (шкала F) мог приводить к снижению степени выраженности ЭБХ (обратные корреляционные связи величины ЭБХ с показателями этой шкалы, $p < 0,05$). Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмена, с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Выводы. Показатели шкал, которые отражают поведенческую и эмоциональную импульсивность, тревожность в сочетании с высоким уровнем самоконтроля поведения и социальной конформностью, коррелировали со степенью выраженности ЭБХ. Возможно, социальная конформность снижала количество конфликтных ситуаций вне клиники, уменьшая вероятность повышения амбулаторного АД. Вместе с тем, высокая поведенческая и эмоциональная импульсивность, тревожность приводили к возникновению прессорной реакции на факт измерения АД врачом и как следствие – уровень АД в клинике был выше, чем в амбулаторных условиях (ЭБХ). Напротив, выраженная психоэмоциональная напряженность могла нивелировать проявление ЭБХ. По-видимому, это связано с тем, что психоэмоциональная дезадаптация увеличивала количество стрессовых ситуаций, которые сопровождались повышением АД в амбулаторных условиях.

Фармакоэкономические особенности реабилитационного этапа больных артериальной гипертензией

Анпилогова Н.В., Маль Г.С.
ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава РФ, Курск

Цель. Изучить особенности врачебных назначений лекарственных средств и затрат на фармакотерапию больных артериальной гипертензией – АГ (II–III стадии) на реабилитационном этапе (в течение 1 мес после выписки из стационара).

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использовались амбулаторные карты пациентов с АГ II–III стадии в возрасте 41–60 лет ($n=112$). Использовались следующие методы анализа: ретроспективный, фармакоэкономический, статистический.

Результаты. Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, что структура антигипертензивных препаратов, используемых для фармакотерапии АГ (II–III стадии), была представлена пятью классами: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (37%), β -блокаторы (22%), диуретики (16,7%), антагонисты кальция (17%), антагонисты рецепторов ангиотензина II (7,3%). При этом существенное место в структуре антигипертензивных препаратов занимали фиксированные комбинации и пролонгированные лекарственные формы. Наиболее часто используемые из них: Энап-Н, Энап-НЛ, Лозап плюс, Беталок ЗОК, Арифон ретард, Индапамид ретард, Эгилок ретард.

У пациентов, страдающих АГ II стадии, использовались преимущественно 2-компонентные схемы терапии, а у пациентов с III стадией – 3-компонентные. Стоимость 1 мес лечения с использованием 2-компонентных схем терапии составила от 268 рублей (комбинация Амлодипина 10 мг и Конкора 5 мг) до 497 рублей (комбинация Фозикарда 10 мг и Арифона ретард 1,5 мг). В среднем ценовом диапазоне оказались комбинация Конкора с Индапамидом ретард, что составило 296 рублей на месяц лечения, и Конкора 5 мг с Амлодипином 10 мг, что составило 282 рубля. Затраты на фармакотерапию препаратами в виде фиксированных комбинаций варьировали от 195 рублей в месяц (Энап Н) до 263 рублей (Лозап плюс 50 мг).

При использовании 3-компонентных схем терапии наиболее фармакоэкономически выгодной оказалась комбинация Индапамида ретард с Конкором и Диротеном, стоимость 1 мес лечения по данной схеме составила 509 рублей. А наиболее дорогостоящей оказалась комбинация Арифона ретард с Конкором и Нормодипином, что составило 1174 рубля за 1 мес терапии.

Выводы. Таким образом, реабилитация пациентов с АГ (II–III стадии) в условиях амбулаторного звена должна включать комплексную медикаментозную терапию, направленную на стабилизацию артериального давления и восстановление органов-мишеней. Стоимость лечения в значительной степени зависит от торговых наименований лекарственных препаратов, входящих в схему терапии. При этом наиболее фармакоэкономически выгодным оказалось использование в схемах препаратов в виде фиксированных комбинаций.

Влияние сахарного диабета 2 типа и депрессии на выраженность субклинического воспаления у пациентов с инфарктом миокарда

Ардашова Н.Ю., Лебедева Н.Б., Помешкина С.А., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово

Цель. Изучить влияние сахарного диабета (СД) 2 типа и депрессии (Д) на выраженность субклинического воспаления у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование методом случай–контроль включены 195 пациентов (101 мужчина, 94 женщины), с медианой (Ме) возраста 58 (54; 65) лет, поступивших в стационар по поводу ИМ с подъемом сегмента ST. Из них с СД были 99 (51%) пациентов, Ме возраста 60 (54; 64) лет, без СД – 96 (49%), Ме возраста – 58 (54; 62) лет. Различия в возрасте между группами недостоверны. Степень выраженности Д оценивалась по шкале Бека. В зависимости от уровня Д пациенты с СД делились на две подгруппы: 1-я – с признаками Д, 2-я – без признаков Д. Пациенты без СД также делились на две подгруппы: 1-я – с признаками Д, 2-я – без признаков Д. Концентрацию интерлейкинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), фактора некроза опухоли (ФНО), высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) определяли твердофазным методом иммуноферментного анализа на 3–5-е сутки от развития ИМ. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0.

Результаты. Наиболее низкую активность субклинического воспаления имели пациенты с ИМ без СД, чем пациенты с СД: ИЛ-6 – 4,4 (3,6; 5,1) и 9,4 (4,9; 11,4) пг/мл, $p=0,02$; ИЛ-8 – 3,7 (2,7; 7,3) и 6,4 (4,9; 10,9) пг/мл, $p=0,04$; ИЛ-10 – 6,5 (4,1; 7,2) и 3,5 (1,9; 4,1) пг/мл, $p=0,02$; ФНО – 6,9 (5,8; 11,2) и 11,7 (9,8; 16,5) пг/мл, $p=0,03$; СРБ – 11,4 (7,6; 14,6) и 19,9 (14,6; 23,2) мг/л, $p=0,01$. Наличие Д способствовало активизации субклинического воспаления у пациентов с ИМ независимо от наличия СД. У больных ИМ без СД и без Д определялся более низкий уровень субклинического воспаления, чем у пациентов с Д: ИЛ-6 – 3,8 (2,9; 3,8) и 1,1 (1,5; 2,5) пг/мл, $p=0,03$; ИЛ-8 – 1,9 (1,7; 4,3) и 3,6 (2,1; 5,9) пг/мл, $p=0,02$; ИЛ-10 – 5,1 (2,8; 4,5) и 2,8 (2,5; 3,3) пг/мл, $p=0,04$; ФНО – 3,8 (3,3; 6,8) и 6,2 (5,1; 8,7) пг/мл, $p=0,04$; СРБ – 6,9 (4,8; 8,5) и 9,1 (5,6; 12,2) мг/л, $p=0,03$. Аналогично, у больных ИМ на фоне СД без Д определялся более низкий уровень показателей воспаления, чем у пациентов с Д: ИЛ-6 – 4,9 (2,1; 6,5) и 6,9 (3,9; 8,1) пг/мл, $p=0,02$; ИЛ-8 – 3,4 (2,7; 6,3) и 6,1 (4,4; 9,1) пг/мл, $p=0,04$; ИЛ-10 – 2,9 (1,5; 3,5) и 1,1 (0,9; 1,3) пг/мл, $p=0,03$; ФНО – 6,7 (5,7; 9,3) и 9,9 (8,2; 14,5) пг/мл, $p=0,01$; СРБ – 12,9 (8,5; 13,9) и 14,1 (12,3; 18,6) мг/л, $p=0,04$.

Наиболее низкая активность субклинического воспаления при ИМ наблюдалась у пациентов, не имевших ни СД, ни Д, а наиболее высокая – при их сочетании.

Вывод. Таким образом, наличие у пациентов с ИМ и СД, и Д способствовало более выраженной активации субклинического воспаления, что может быть связано не только с тяжестью ИМ, но и с общностью патогенеза этих заболеваний.

Контролируемые и домашние физические тренировки как основные составляющие вторичной профилактики у больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях

Аронов Д.М., Красницкий В.Б., Бубнова М.Г., Сеченова Е.В.

**ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава РФ, Москва**

Цель. Изучить влияние домашних и контролируемых физических тренировок на двигательную активность, функциональные, лабораторные показатели и эффективность вторичной профилактики в целом у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших эндоваскулярное вмешательство (ЭВВ) на коронарных артериях (КА).

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов, которые были рандомизированы в основную – «О» (средний возраст – $54,7 \pm 6,9$ года, мужчин – 94%) и контрольную – «К» ($53,7 \pm 7,5$ года, мужчин – 92%) группы по 50 человек. По основным клиническим характеристикам, функциональным и лабораторным параметрам, а также медикаментозному лечению группы не отличались друг от друга. Все больные обучались по программе «Школа». В группе «О» проводились контролируемые физические тренировки (КФТ) в режиме нагрузок средней интенсивности (50–60% от выполненной мощности при ВЭМ-пробе), 3 раза в неделю по 45–60 мин в течение 6 нед. Домашние физические тренировки были рекомендованы больным обеих групп. Длительность наблюдения – 1 год.

Результаты. Применение короткой программы КФТ в группе «О» через 1 год привело к достоверному увеличению времени нагрузки на 38% ($p < 0,001$) и увеличению экономичности работы сердца при ВЭМ-пробе, в том числе при сравнении с группой «К» ($p < 0,05$). В группе «О» по данным ЭхоКГ систолический объем левого желудочка через полгода уменьшился на 3,1% ($p < 0,05$), а фракция выброса левого желудочка увеличилась на 2,4% ($p < 0,01$), и на фоне терапии статинами концентрация в крови атерогенных фракций липидов не изменилась. В то же время в группе «К» достоверно увеличилась концентрация холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПНП) на 18,6% ($p < 0,01$). В группе «О» при сравнении с группой «К» по итогам 1 года наблюдения было зафиксировано стабильное течение болезни с большим числом случаев улучшения клинического состояния ($p < 0,01$) и меньшим числом случаев ухудшения ($p < 0,01$).

В группе «О» постоянно тренировались дома 33 (67,3%) человека и не тренировались – 16 (32,7%). Физическая работоспособность (ФРС) увеличилась в обеих подгруппах, но у первых отмечалось достоверное увеличение экономичности работы сердца на 21,3% ($p < 0,05$) со снижением реакции частоты сердечных сокращений на нагрузку на 14,3% ($p < 0,05$). Кроме того, через 1 год у них было зафиксировано достоверное увеличение двигательной активности на 21,9% ($p < 0,001$). Изменения в липидном спектре в обеих подгруппах были недостоверными.

При анализе результатов в группе «К» выявлено, что 18 (37,5%) пациентов тренировались дома и 30 (62,5%) – нет. В 1-й подгруппе наблюдалось достоверное увеличение двигательной активности на 25,4% ($p < 0,001$) и достоверное при сравнении с нетренировавшимися ($p < 0,05$), ФРС – на 19,1% ($p < 0,001$), сравнимое с таковым во 2-й подгруппе, и отсутствие негативных изменений липидного спектра крови. В подгруппе нетренировавшихся больных наблюдалось достоверное увеличение ХС ЛПНП на 20,3% ($p < 0,05$). Госпитализации больных в связи с кардиоваскулярным событием наблюдались в обеих подгруппах поровну: в подгруппе тренировавшихся было 3 (16,7%) госпитализации в связи с повторным стентированием, в подгруппе нетренировавшихся – тоже 3 (10%) госпитализации в связи с ОКС, но без повторного ЭВВ на КА.

Выводы. Полученные результаты указывают на достаточную эффективность короткой программы КФТ в комбинации со «Школой». В то же время, как показало исследование, очень важной составляющей вторичной профилактики являются домашние физические тренировки. Сочетание КФТ с домашними тренировками и образовательной программой «Школа» является более эффективной и безопасной формой реабилитации и вторичной профилактики больных после ЭВВ на КА. Сочетанное применение только двух последних методов у данного контингента больных является достаточно эффективным и допустимым без предварительного участия пациентов в КФТ.

Пути совершенствования подготовки врачей первичного звена здравоохранения по вопросам кардиологической реабилитации

Ацель Е.А.¹, Бодрова Р.А.¹, Газизов Р.М.¹, Поздняк А.О.², Юсупова Н.З.², Абдрахманова А.И.¹, Плеханова Г.М.¹, Садыкова Р.С.¹

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ;

²ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики» Минздрава Республики Татарстан, Казань

Цель. Совершенствование подготовки врачей первичного звена здравоохранения по вопросам кардиологической реабилитации.

Основы кардиологической реабилитации в Казанской государственной медицинской академии преподаются при подготовке специалистов-кардиологов на кафедре кардиологии, рентгенэндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии и специалистов-реабилитологов на кафедре реабилитологии и спортивной медицины. На кафедре реабилитологии и спортивной медицины для врачей-кардиологов проводится цикл тематического усовершенствования «Медицинская реабилитация в кардиологии». Знание вопросов кардиологической реабилитации необходимо не только специалистам-кардиологам и реабилитологам, но и всем врачам первичного звена здравоохранения.

На кафедре терапии и семейной медицины ежегодно проходят подготовку около 250 врачей на циклах профессиональной переподготовки, общего и тематического усовершенствования по терапии, общей врачебной практике и гериатрии. В действующих типовых программах дополнительного профессионального образования врачей по этим специальностям вопросы кардиологической реабилитации занимают весьма скромное место в разделах, посвященных немедикаментозным методам лечения, ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, артериальной гипертензии, болезням миокарда, хронической сердечной недостаточности. Сотрудниками кафедры терапии и семейной медицины подготовлены учебно-методические комплексы, в которых в дополнение к действующим программам предусмотрено введение специальных занятий по кардиологической реабилитации на амбулаторном этапе с увеличением часов за счет регионального компонента. Для повышения качества преподавания вопросов кардиологической реабилитации сотрудник кафедры терапии и семейной медицины прошел профессиональную переподготовку по лечебной физкультуре, выполнив дипломную работу по теме «Лечебная физкультура и двигательный режим в реабилитации больных с инфарктом миокарда», подготовил учебное пособие для врачей и лекцию в режиме мультимедийной презентации. Практические занятия по кардиологической реабилитации проводятся преподавателями кафедры терапии и семейной медицины в кардиологическом отделении клинической базы кафедры и в отделении восстановительного лечения Республиканского центра медицинской профилактики кафедры реабилитологии и спортивной медицины.

Результаты итоговой аттестации врачей, обучавшихся на цикле общего усовершенствования по общей врачебной практике, подтвердили эффективность проведенных мероприятий для повышения уровня подготовки врачей первичного звена по вопросам кардиологической реабилитации.

Кардиоонкология и кардиологические задачи реабилитации онкологических пациентов

Баллюзек М.Ф., Ионова А.К., Чагунава О.Л.

ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница» РАН, Санкт-Петербург

Агрессивность высокодозной химио- и лучевой терапии оказывает токсический эффект на организм больного, что требует диагностики, профилактики и лечения ее осложнений между курсами и по окончании специализированного противоракового воздействия. Созданные Европейское и Американское общества кардиоонкологов свидетельствуют, что кардиотоксичность и другие сердечно-сосудистые расстройства являются одними из самых грозных побочных эффектов такой терапии. Частота их развития зависит не только от самого противоопухолевого лечения, но и от факторов риска и имеющейся сердечно-сосудистой патологии.

Цель. Определить роль и значение мероприятий по реабилитации онкологических пациентов с целью предупреждения развития и прогрессирования кардиологических осложнений противоракового лечения, а также последствий «раковой болезни».

Методы. Проведена оценка клинико-лабораторных показателей, уровня биомаркеров, а также состояния сердечно-сосудистой системы по данным ЭхоКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, теста с 6-ми-

нутной ходьбой и определения показателей качества жизни до, во время и после проведения противоопухолевой терапии у пациентов, находящихся под наблюдением в условиях многопрофильной клиники.

Результаты. На основании 10-летнего опыта реабилитации онкологических пациентов в разных отделениях многопрофильной больницы (поликлиническом, терапевтическом, кардиологическом, маммологическом и физиотерапевтическом) сформирована и реализуется программа «Реабилитация онкопациентов». В составе междисциплинарной бригады работает и кардиолог, специализирующийся на проблемах онкологических больных. На основании мониторинга состояния сердечно-сосудистой системы, уровня чувствительных биомаркеров у пациентов, получающих и завершивших противоопухолевое лечение, реализуются задачи нового направления медицины – кардиоонкологии, возникшего на стыке двух специальностей. Разрабатываются индивидуальные программы реабилитации.

Выводы. Именно условия «многопрофильности», а не «специализированности» клиники позволяют создать необходимые условия не только для психосоциальной, но и для физической адаптации пациента, проходящего противораковое лечение. Больной между курсами и после радикальной терапии не должен оставаться без врачебного внимания. Очевидно, что в реабилитации нуждаются не только инвалидизированные пациенты, но и больные с начальными стадиями заболевания. Лечение всех онкологических пациентов целесообразно проводить, в том числе, и под контролем кардиолога для проведения превентивных мероприятий с целью профилактики развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии.

Особенности нейрогуморальных нарушений и эндогенной интоксикации у больных артериальной гипертензией и результаты комбинированной антигипертензивной терапии лизиноприлом и гидрохлортиазидом

Бегдамирова А.А., Бахшалиев А.Б.

Кафедра клинической фармакологии Азербайджанского медицинского университета, Баку

Цель. Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на уровень артериального давления (АД) и показатели лабораторно-инструментальных методов исследования.

Пациенты. В исследование включены 84 больных артериальной гипертензией (АГ) II ст., из них 23 мужчины и 61 женщина от 38 до 80 лет (средний возраст 53,8). Больные получали лечение комбинированным препаратом – ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) лизиноприлом и диуретиком гидрохлортиазидом.

Методы. Проводилось определение показателей жирового обмена – индекса массы тела (ИМТ) и величины отношения обхвата талии к обхвату бедер (ОТ/ОБ) как фактора наличия абдоминального ожирения, параметров антиоксидантной системы (малонового диальдегида – МДА, каталазы и GSH), пуринового и липидного обменов, уровня ANP(1-98), изменений гормонов надпочечных желез.

Результаты. Исходно у включенных в исследование пациентов были обнаружены следующие изменения: низкий уровень холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), повышенный уровень триглицеридов и ХС липопротеидов низкой плотности. Выявлена прямая зависимость уровня триглицеридов ($r=0,4, p<0,05$) и мочевой кислоты ($r=0,4, p<0,001$) от показателя ОТ/ОБ; а также обратная зависимость уровня ХС ЛПВП от ИМТ ($r=0,4, p<0,005$). Также выявлялось повышение МДА (51%), каталазы (41%) и уменьшение уровня GSH в 1,5 раза, наряду с увеличением уровня надпочечных гормонов повышение pro-ANP(1-98). На фоне лечения обнаружено достоверное снижение систолического АД на 32,4% (от $170,3\pm 11,5$ до $131,7\pm 16,2$) и диастолического АД – на 22,6% (от $102,1\pm 8,2$ до $84,7\pm 6,8$). По данным суточного мониторирования АД в период сна эти показатели уменьшились на 24,5 и 25,8% соответственно ($p<0,001$). Динамика изменений систолического и диастолического размеров левого желудочка (ЛЖ) и увеличение фракции выброса ЛЖ на 7,8% свидетельствовали об улучшении его релаксации. Обнаружены снижение ANP(1-98) и концентрации гормонов надпочечных желез в плазме крови.

Выводы. К преимуществам комбинации ИАПФ (лизиноприла) и диуретика (гидрохлортиазид), кроме антигипертензивного эффекта и улучшения релаксации ЛЖ, следует отнести их метаболические эффекты.

Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения Рязанской области (по данным проекта «МЕРИДИАН-РО»)

Бойцов С.А.¹, Якушин С.С.², Шальнова С.А.¹, Потемкина Р.А.¹, Филиппов Е.В.²

(от имени исследовательской команды)

¹ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава РФ, Москва;

²ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава РФ, Рязань

Факторы риска играют важную роль в заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Влияние на них позволяет существенно снизить смертность в популяции.

Цель. Изучить распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Рязанской области.

Материал и методы. Исследование проводилось на случайной выборке среди населения Рязанской области и включило 1622 человека (городского населения – 1220 человек, сельского – 402) в возрасте 25–64 лет (мужчин – 46,2%, женщин – 54,8%). Исследование включало в себя: анкетирование по стандартизированному вопроснику, ЭКГ, измерение объективных показателей, оценку эндотелиальной функции, биохимическое исследование крови.

Результаты. Распространенность курения в целом среди населения составила 34,6%. Среди городского населения курящих было 35,7% (мужчин – 64,6%, женщин – 35,4%), среди сельского – 31,6% (мужчин – 65,4%, женщин – 34,6%). Отмечается достаточно высокий процент курящих, которые хотели бы отказаться от курения и уже самостоятельно пытались или пытаются бросить курить (в городе – 39,0%, в сельской местности – 38,6%).

Обращает на себя внимание высокая частота избыточной массы тела и ожирения. Доля лиц с ожирением среди городского населения составила 40,7%, среди сельского – 47,8%, с избыточной массой тела: в городе – 31,0%, на селе – 30,6%. Индекс массы тела – ИМТ > 50 кг/м² имели 7 человек из общей выборки, и у 22 человек был выявлен дефицит массы тела (ИМТ < 20 кг/м²).

Низкая физическая активность отмечалась у 5,0% населения. Физически неактивными были 3,0% населения. В течение одного рабочего дня в городе женщины в среднем проводили время, сидя 8,0 ч, мужчины – 7,5 ч; в сельской местности – 5,3 и 6,0 ч соответственно.

Как среди городского, так и среди сельского населения отмечалось недостаточное потребление фруктов и овощей – 88,9 и 95% соответственно.

Дополнительно употребляли соль в пищу 38,1% жителей города и 42,5% – сельского населения. Досаливали пищу, не пробуя, 5% обследованных в городе и 6,7% – в сельской местности.

Выводы. Выявленная высокая распространенность поведенческих факторов риска среди населения Рязанской области диктует необходимость разработки и внедрения адресных профилактических программ, которые позволили бы снизить сердечно-сосудистую смертность в регионе.

Роль физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры в раннем периоде у больных после кардиохирургических вмешательств

Бошян А.А., Маликов В.Е.

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

Цель. Улучшить эффективность комплекса физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры (ЛФК) в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных; оценить показания и противопоказания к проведению физиотерапевтического лечения и ЛФК; разработать оптимальный комплекс физиотерапевтических пособий для больных в раннем послеоперационном периоде у кардиохирургических больных, а также составить алгоритм лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, артериальное давление, ЭКГ, ЭхоКГ, оценка показателей газового состава крови (SO_{2a}, PO_{2a}, PO_{2v}, PCO_{2a}, PCO_{2v}), магнитотерапия, LASER, ДЭНС-терапия, ЛФК и массаж.

Результаты. За период с февраля 2012 г. по декабрь 2012 г. под нашим наблюдением находились 122 пациента после операций на сердце и сосудах (АКШ, МКШ, протезирование и пластика митрального, аортального и трикуспидального клапанов, а также пластика левого желудочка) в ОРИТ в течение первых 10 сут на искусственной вентиляции легких, имеющие осложнения: гиповентиляция легких, бронхит, пневмония, парез купола диафрагмы. Лечебные физиотерапевтические мероприятия с данной группой больных назначались по результатам совместной консультации врачей – реаниматолога, невропатолога и

физиотерапевта. Магнитотерапия применялась в комплексе лечебных мероприятий по поводу нарушений венозного оттока, риска тромбообразования и трофических нарушений в области нижних конечностей, лимфостаза. LASER, в том числе неинвазивное лазерное облучение крови, применялся по поводу бронхопневмоний, нарушений трофики кожных покровов и пролежней, ускорения заживления послеоперационных ран, для общесоматической биостимуляции. ДЭНС-терапия применялась для лечения обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника у больных после операций на сосудах шеи, пареза купола диафрагмы, ускорения заживления повреждений кожных покровов, для достижения иммуномодулирующего и общеукрепляющего действия. Пассивная гимнастика применялась у пациентов, находящихся без сознания либо на медикаментозной седации. Продолжительность курса зависела от состояния больного, динамики лечебного процесса, при необходимости лечение продолжалось после перевода больного из ОРИТ в клиническое отделение.

Выводы. В ходе проведенных исследований отработаны алгоритмы физиотерапевтической помощи пациентам после кардиохирургических операций с осложнениями, получены данные, свидетельствующие об эффективности комплексного использования физиотерапевтических факторов и методов ЛФК при ранней активизации больных. Это позволило сократить сроки пребывания больных в отделении реанимации, минимизировать риски возможных осложнений.

Значение психологических факторов в оценке индекса здоровья

**Бритов А.Н.¹, Елисеева Н.А.¹, Деев А.Д.¹, Мирошник Е.В.², Сибирева В.В.³, Дроздецкий С.И.⁴,
Инарокова А.М.⁵, Нечаева Г.И.⁶**

¹ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава РФ, Москва;

²ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва;

³Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород;

⁴Нижегородская медицинская академия, Нижний Новгород;

⁵Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик;

⁶Омская государственная медицинская академия

Цель. С целью разработки алгоритма интегральной оценки общественного здоровья, основанного на результатах обследования представительных выборок в 2009–2011 гг. в разных регионах России в организованных популяциях: Нижний Новгород, Великий Новгород, Вологда, Омск и Нальчик (2227 человек) с использованием специально разработанных вопросников, данных диспансеризации и простейших антропометрических (в том числе индекс массы тела – ИМТ) и функциональных методов, проводится проспективное (через 3 года) популяционное исследование.

Методы. Методами для оценки индивидуального и общественного здоровья служили опросники на выявление социально-экономического статуса, соматического и психологического состояния здоровья (индекс жизненного стиля, социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Гайзенка и нравственный потенциал развития личности, синдром эмоционального выгорания, госпитальная шкала тревоги и депрессии, международная шкала на выявление стресса – PSS). Комплексно эти методы были впервые нами применены для популяционных научных исследований. Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

Результаты. В 2012 г. был проведен скрининг в городах Нижний Новгород и Нальчик. Скрининг одной и той же организованной популяции проведен у 831 человека (359 мужчин и 472 женщины). Отклик (охват обследованием) составил в Нижнем Новгороде 96,2%, а в Нальчике – 78,2%. Такой отклик является вполне репрезентативным, однако в Нальчике для усиления эффекта значимости исследуемых параметров в 2013 г. будет сделана попытка дополнительно дообследовать 110 человек. Кроме того, в 2013 г. будут проскринированы по 500 человек в Великом Новгороде и Омске. Конечные точки (новые случаи всех заболеваний и смертей по расширенным критериям) составили 13%. Мы проанализировали частную корреляцию по Спирмену, где изучали корреляционную связь новых конечных точек в зависимости от двух типов переменных – физиологических и психологических параметров. Оказалось, даже анализируя данные на 831 человека (первично были обследованы 2227 человек), выявлено, что психологические признаки сильно опережают по значимости влияния на состояние здоровья популяции физиологические параметры ($p < 0,0078$ против $p < 0,078$). Хотя данное исследование нами еще не закончено (будет продолжаться в 2013–2014 гг.), но уже и сейчас ясно, что для реального оздоровления населения требуется разработка не только мер, корректирующих традиционные факторы риска основных хронических неинфекционных за-

болеваний, маркерами которых как раз и являются физиологические и/или биохимические параметры, но и организационных мер, могущих улучшить психологический климат, в первую очередь среди работающего населения.

Эффективность фиксированной комбинации лозартана и гидрохлоротиазида у больных артериальной гипертонией при разном типе ремоделирования левого желудочка в наблюдательной программе ПРОГНОЗ

Бубнова М.Г., Аронов Д.М. (от имени исследователей)

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

Цель. Оценить эффективность и переносимость фиксированной комбинации лозартана с гидрохлоротиазидом (препарат Гизаар®) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) в условиях практического здравоохранения в программе ПРОГНОЗ (ПРОГрамма Наблюдения по Гизаару у пациентов с АГ с дополнительными факторами мозгового инсульта).

Материал и методы. В программу были включены 513 амбулаторных пациентов из разных медицинских учреждений 8 городов России с первичной АГ – уровнем артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт. ст. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) ГЛЖ встречалась у 337 (70,2%) пациентов (из 481, у которого она выполнялась). Все пациенты получали одну или две таблетки Гизаара® (лозартан 50/100 мг + гидрохлоротиазид 12,5/25 мг); при недостижении целевого уровня АД ($< 140/90$ мм рт. ст.) рекомендовался дополнительный антигипертензивный препарат (по усмотрению лечащего врача). Общая продолжительность терапии 12 мес. В программе оценивалась динамика уровней АД, параметры ЭхоКГ, концентрация липидов, глюкозы и мочевой кислоты в четырех группах пациентов: с нормальной геометрией ЛЖ (у 4,6% пациентов), концентрическим ремоделированием ЛЖ – кРЛЖ (25,4% пациентов), концентрической ГЛЖ – кГЛЖ (41% пациентов) и эксцентрической ГЛЖ – эГЛЖ (29% пациентов).

Результаты. Годичная терапия Гизааром приводила к достоверному снижению уровня АД в одинаковой степени при любом типе геометрии ЛЖ. Размеры левого предсердия сердца на терапии уменьшались у пациентов с кРЛЖ на 4,1% ($p < 0,05$), с кГЛЖ – на 4,4% ($p < 0,0001$) и с эГЛЖ – на 2,0% ($p < 0,0001$); конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ уменьшался только при кГЛЖ на -1,2% ($p < 0,0001$) и эГЛЖ – на -4,5% ($p < 0,0001$). Фракция выброса ЛЖ повышалась в группе кРЛЖ – на 7,1% ($p < 0,05$), в группе кГЛЖ – на 1,4% ($p < 0,05$) и в группе эГЛЖ – на 5,9% ($p < 0,0001$). Уменьшение толщины стенок миокарда на терапии Гизааром определялось уже через 6 мес с возрастанием позитивного эффекта к 12 мес только в группах с нарушенной геометрией ЛЖ. В группе кГЛЖ снижение индекса массы миокарда ЛЖ составило -4,9% ($p < 0,0001$) и в группе эГЛЖ – -18,8% ($p < 0,0001$). На годичной терапии Гизааром отмечалось как снижение концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови при любом типе геометрии ЛЖ (от 5,1 до 10,9%), так и уменьшение риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Выводы. Российская клиническая программа ПРОГНОЗ показала хорошую антигипертензивную эффективность, выраженное органопротективное действие в обратном развитии ГЛЖ и уменьшение риска ССО фиксированной комбинации лозартана с гидрохлоротиазидом Гизаара у пациентов с АГ и разными типами ремоделирования миокарда в условиях обычной врачебной практики.

Влияние аторвастатина при монотерапии и в комбинации с эссенциальными фосфолипидами и метионином на показатели атерогенеза и углеводного обмена у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом 2 типа в сочетании с гиперлипидемией (исследование ОЛИМП)

Бубнова М.Г., Аронов Д.М.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва

Цель. Изучить влияние аторвастатина и его комбинации с препаратом эслидин, состоящим из эссенциальных фосфолипидов (ЭФЛ) и метионина, на показатели углеводного обмена, функции эндотелия и маркер воспаления – высокочувствительный С-реактивный белок (вчСРБ) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом (СД) 2 типа, страдающих гиперлипидемией.

Материал и методы. В исследование были включены 60 больных (средний возраст $58,1 \pm 4,5$ года), страдающих СД 2 типа и гиперлипидемией. Артериальная гипертензия встречалась у всех пациентов (100%), ишемическая болезнь сердца – у 15,3%, ожирение – у 84,8%, повышенная эхогенность печени и увеличение ее размеров по данным ультразвукового исследования отмечалась у 80%. Пациенты получали стандартную терапию, кроме препаратов, влияющих на уровень холестерина (ХС) крови. После 2 нед выполнения рекомендаций по соблюдению гиполипидемической диеты пациенты рандомизировались в две группы: 1-я группа ($n=30$) получала аторвастатин в дозе 20 мг/сут; 2-я группа ($n=30$) находилась на комбинации аторвастатина в дозе 20 мг/сут с эслидином, содержащем ЭФЛ и метионин. Продолжительность терапии – 12 нед.

Результаты. Через 12 нед в группе пациентов, получавших аторвастатин, достигалось достоверное ($p<0,05$) снижение уровня общего ХС на 42,4%, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – на 44,9% и триглицеридов – на 45,4%, а в группе аторвастатин + эслидин соответственно на 37,8, 47,9 и 26,4%. Количество пациентов с целевым уровнем ХС ЛПНП $<1,8$ ммоль/л к концу курса терапии было в 1-й группе – 26,9% и во 2-й группе – 36,4% ($p<0,05$). Это сопровождалось у пациентов, получавших комбинацию аторвастатина с эслидином, снижением (на 15,7%, $p<0,001$) уровня глюкозы крови против отсутствия ее изменения на монотерапии аторвастатином. Повышение концентрации конечных метаболитов оксида азота отмечалось как на терапии аторвастатином (на 33,4%, $p<0,01$), так и на комбинации аторвастатина с эслидином (на 38,8%, $p<0,001$). Достоверно заметнее снижение уровня вЧСРБ произошло на комбинированной терапии (на -72,7%, $p<0,01$), чем на монотерапии аторвастатином (на -42,5%, $p<0,05$).

Выводы. Терапия аторвастатином в дозе 20 мг/сут и его комбинации с эслипином (ЭФЛ + метионин) приводила к достоверному снижению уровня атерогенных липидов и липопротеидов крови, повышению конечных метаболитов оксида азота, указывающему на повышение его биодоступности и улучшения функции эндотелия. Добавление эслидина к терапии аторвастатином способствовало достоверному уменьшению гликемии и более выраженному снижению маркера воспаления – концентрации вЧСРБ.

Влияние адаптации к периодической барокамерной гипоксии на показатели суточного ЭКГ-мониторирования у больных инфарктом миокарда в процессе амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации

Булатова А.Ж.

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ, Оренбург;

Областная клиническая больница №2, Оренбург

Многочисленными исследованиями показано, что адаптация к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ) уменьшает площадь распространения инфаркта миокарда (ИМ), предупреждает ишемические, реперфузионные повреждения миокарда, улучшает клиническую картину у больных.

Цель. Изучить влияние АПБГ на показатели холтеровского мониторирования (ХМ) в ходе амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации больных ИМ в стадию рубцевания.

Методы. Обследованы 66 мужчин (41 – основная группа и 25 – контрольная) в возрасте от 30 до 65 лет, перенесших ИМ (давность ИМ от 2 до 4 мес). В исследование не включались больные с сердечной недостаточностью выше II функционального класса по классификации NYHA, с тяжелыми нарушениями ритма сердца. Основной группе больных проводился курс АПБГ, который состоял из 22 сеансов на высоте 3500 м (460 мм рт. ст). Сеансы проводились ежедневно в барокамере пониженного давления «УРАЛ-1». Больные контрольной группы проходили курс реабилитации согласно Методическим рекомендациям МЗ РСФСР по физической реабилитации больных, перенесших ИМ. Все больные получали традиционную медикаментозную терапию, назначаемую при ИМ.

Результаты. Было установлено, что под влиянием АПБГ у больных ИМ более, чем наполовину, достоверно уменьшилось количество болевых ишемий миокарда (БИМ) и на 30% – число безболевых ишемий миокарда (ББИМ), в основной группе до лечения число БИМ – $6,8 \pm 1,2$ и $3,2 \pm 1,0$ ($p<0,05$) – после лечения. В группе лечебной физкультуры (ЛФК) число БИМ в исходе составляло $7,1 \pm 1,1$ и после реабилитации – $4,3 \pm 0,8$ ($p<0,05$). Количество ББИМ в основной группе – $3,9 \pm 0,5$ до лечения и $2,6 \pm 0,4$ ($p<0,05$) – после лечения. Число ББИМ в контрольной группе $3,6 \pm 0,4$ в исходе и $2,9 \pm 0,3$ – после курса ЛФК. Также отмечалось достоверное снижение продолжительности БИМ и ББИМ в основной и контрольной группах на 47 и 36% соответственно. После курса АПБГ также статистически значимо произошло уменьшение количества наджелудочковых экстрасистол (НЭ) на 50% и числа желудочковых экстрасистол (ЖЭ) – на 61%. После проведения ЛФК число НЭ снизилось на 24% и число ЖЭ – на 9%.

Выводы. Таким образом, по результатам ХМ было установлено, что под влиянием АПБГ у больных ИМ достоверно сокращается как количество, так и продолжительность БИМ и ББИМ. Кроме того, под влиянием АПБГ достоверно снижается число ЖЭ и НЭ.

Влияние бисопролола на массу миокарда у больных артериальной гипертонией

Валеев И.Г., Закирова А.Н., Берг А.Г., Нуртдинова А.Г., Руденко В.Г., Гареева Н.Х.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель. Повышение артериального давления (АД) сопровождается изменениями ряда органов и систем, которые могут быть обусловлены как проявлением адаптации, так и повреждением. Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертонии (АГ) прежде всего характеризуются увеличением толщины стенки левого желудочка (ЛЖ) и его размеров, что приводит к увеличению массы миокарда ЛЖ. Наличие гипертрофии ЛЖ ассоциируется с повышением риска сердечно-сосудистых осложнений. Антигипертензивные препараты могут приводить к регрессии гипертрофии ЛЖ. Одной из групп лекарственных препаратов, используемых для лечения больных АГ, являются β -адреноблокаторы. Предпочтение отдается кардиоселективным препаратам с длительным антигипертензивным эффектом, одним из которых является бисопролол. Цель исследования – изучение влияния бисопролола на уровень АД и массу миокарда ЛЖ.

Методы. 30 больных (11 мужчин и 19 женщин) АГ принимали бисопролол (препарат Конкор, фирма «Никомед») в дозе 5–10 мг для достижения целевого АД. У 17 больных бисопролол назначался на фоне предшествующей терапии (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, антагонисты кальция, блокаторы рецепторов ангиотензина), которая не изменялась за все время наблюдения. Средняя длительность контроля АД составила $44,0 \pm 2,1$ дня. Производилась регистрация систолического и диастолического АД. Массу миокарда оценивали эхокардиографическим методом с расчетом индекса массы миокарда ЛЖ в начале и конце исследования.

Результаты. Назначение или добавление к предшествующей терапии бисопролола сопровождалось снижением систолического АД $11,1 \pm 2,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), диастолического АД $8,1 \pm 2,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Снижение АД сопровождалось уменьшением индекса массы миокарда ЛЖ $8,1 \pm 2,7$ г/м² ($p < 0,05$).

Выводы. Использование бисопролола в лечении больных АГ характеризуется не только снижением АД, но и уменьшением массы миокарда ЛЖ, что свидетельствует о снижении риска сердечно-сосудистых осложнений у данной группы больных.

Осложнения коронарного стентирования у пациентов с эпикардиальным ожирением

Веселовская Н.Г.^{1,3}, Чумакова Г.А.^{1,2}, Гриценко О.В.^{1,2}, Штырова Т.В.³, Ломтева Е.В.³

¹ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово;

²ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул;

³КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

Известно, что в висцеральной, в том числе эпикардиальной жировой ткани (ЭЖТ), вырабатывается ряд биологически активных веществ, участвующих в процессах воспаления и атерогенеза. Клиническое значение определения степени эпикардиального ожирения к настоящему времени изучено недостаточно.

Цель. Изучить роль эпикардиального ожирения и связанных с ним метаболических факторов в риске развития рестеноза коронарных артерий (КА) после стентирования.

Материалы и методы. В исследование были включены 68 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС): стенокардией напряжения II–III функционального класса в возрасте 38–70 лет ($54,4 \pm 9,1$ года). Все пациенты имели ожирение I–III степени, индекс массы тела $33,71 \pm 3,02$ кг/м². Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) со стентированием одной или двух КА всем больным выполнялись в плановом порядке. Показанием к эндоваскулярному лечению было наличие приступов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда при проведении нагрузочных проб, а также присутствие хотя бы одного стеноза более 70% в технически доступном сегменте КА. До стентирования всем пациентам определялись уровни лептина и адипонектина сыворотки крови методом иммуноферментного анализа. Концентрацию интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке определяли иммуноферментным методом с помощью наборов «BioSource» (Бельгия). Толщина ЭЖТ (тЭЖТ) оценивалась с помощью трансторакальной ЭхоКГ в В-режиме на аппарате Vivid 5 с механическим секторным датчиком 3,5 МГц. Оценка вклада изучаемых факторов сердечно-со-

судистого риска в развитие рестеноза была проведена с помощью пошагового дискриминантного анализа с включениями.

Результаты. Все пациенты, включенные в исследование ($n=68$), наблюдались. За этот период времени 26 больным в связи с возобновлением болевого синдрома в грудной клетке и/или появлением признаков ишемии миокарда на ЭКГ при нагрузочных тестах была проведена повторная КАГ. У 19 (28%) пациентов был выявлен рестеноз, который определялся как значимое сужение просвета сосуда более чем на 50% в месте вмешательства. Пациенты без клинических проявлений стенокардии напряжения, имевшие отрицательные результаты нагрузочных тестов за период наблюдения, были отнесены в группу без рестеноза ($n=49$).

При проведении дискриминантного анализа было выявлено, что наибольший вклад в развитие рестеноза внес показатель провоспалительной активности плазмы ИЛ-6 (Wilks Lambda 0,614; Partial Lambda 0,838). Также связь с рестенозом у пациентов с ожирением оказывали показатели нейрогуморальной активности висцерального жира: лептин (Wilks Lambda 0,524; Partial Lambda 0,939) и адипонектин (Wilks Lambda 0,519; Partial Lambda 0,949). В нашем исследовании показатель тЭЖТ наряду с провоспалительным маркером и адипокинами оказался информативной переменной при проведении дискриминации (Wilks Lambda 0,514; Partial Lambda 0,958). Кроме того, было выявлено, что у пациентов с тЭЖТ >3 мм ($n=42$) рестеноз КА определялся у 38%, при показателях тЭЖТ >5 мм ($n=27$) – уже у 52% пациентов, при тЭЖТ >7 мм ($n=15$) – уже у 66%.

Выводы. У пациентов с ожирением важное значение имеет степень нейрогуморальной активности адипоцитов висцерального жира, оказывающих паракринное воздействие на эндотелий сосудов. Повышенные показатели тЭЖТ по данным ЭхоКГ в нашем исследовании связаны с риском развития рестеноза после планового стентирования КА у пациентов с ИБС. Данное исследование открывает перспективы изучения роли эпикардального ожирения в развитии коронарного атеросклероза, в том числе как фактора риска рестенозов после ЧКВ на КА.

Особенности адаптационных механизмов у больных артериальной гипертонией и здоровых лиц в условиях вахты на Крайнем Севере по данным дозированной физической нагрузки

Ветошкин А.С.², Шуркевич Н.П.¹, Гапон Л.И.¹, Губин Д.Г.¹, Белозерова Н.В.¹, Пошинов Ф.А.², Митрофанова Т.А.¹

¹Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;

²Филиал «Медико-санитарная часть» ООО «Газпром добыча Ямбург», Тюменская область

Цель. По данным дозированной физической нагрузки изучить особенности функционирования системы кровообращения у вахтовиков в Заполярье.

Методы исследования. Обследованы 488 мужчин в возрасте 30–59 лет: 294 пациента с артериальной гипертонией (АГ) II стадии, 1, 2-й степени и 130 здоровых лиц – работников заполярной вахты; 64 пациента с АГ II стадии 1, 2-й степени – постоянных жителей средней полосы (г. Тюмень). Средний возраст обследованных северян составил $48,6 \pm 6,1$ года, северный стаж – $17,5 \pm 6,8$ года, работа вахтой – $12,5 \pm 4,7$ года. Группы были сопоставимы по возрасту, пациенты с АГ – по офисному систолическому (САД) и диастолическому артериальному давлению (ДАД). Диагноз АГ верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010 гг.). Выполнен тредмил-тест (ТМЭМ) по стандартной методике Bruce. Оценивались: двойное произведение (ДП), показатели индексов хронотропного и инотропного резерва, величина адаптационного потенциала (АП), уровень аэробной нагрузки (МЕ). Исследование вахтовиков выполнено непосредственно в условиях Крайнего Севера. Анализ результатов проведен с использованием программного пакета Statistica 6,0 (США).

Результаты. Значения ДП покоя у пациентов с АГ обеих групп значимо не различались. Уровень энергетических и обменных процессов у здоровых лиц был ниже, чем у больных АГ обеих групп ($p < 0,00001$). На пике нагрузки северные пациенты с АГ и здоровые лица тратили значимо больше энергоресурсов, чем больные АГ Тюмени ($p < 0,00001$). В ответ на одинаковую по мощности нагрузку пациенты тюменской группы имели меньшие величины частоты сердечных сокращений, САД и ДАД на высоте нагрузочной пробы ($p < 0,00001$). Параметры основного обмена у больных АГ обеих групп были выше, чем у здоровых северян ($p < 0,00001$). Максимальный подъем САД и ДАД при выполнении ТМЭМ был получен у больных АГ северной группы ($p < 0,00001$). У здоровых лиц гипертензивная реакция САД в условиях Севера была более выражена, чем у пациентов тюменской группы. Тюменские пациенты с АГ имели меньшие показатели индекса хронотропного и инотропного резерва ($p < 0,00001$). У северян с АГ АП был незначимо выше, чем в тюменской группе, и находился в обеих группах пациентов в диапазоне «напряжения» и «неудовлетворительной»

адаптации, у лиц с нормальным АД АД находился в диапазоне «напряжения». Максимальное потребление кислорода на высоте нагрузки у северных пациентов с АГ оказалось значимо выше, чем в условиях Тюмени ($p < 0,00001$).

Выводы. В условиях вахты на Крайнем Севере у пациентов с АГ выявлены напряженный уровень функционирования системы кровообращения, выраженное напряжение адаптационных механизмов и высокие показатели индекса функциональных изменений. Сердечно-сосудистая система лиц с нормальным уровнем АД чаще функционирует в оптимальном или напряженном режиме, что связано с более лучшей адаптацией к экологическим условиям данного региона.

Проблемы приверженности антигипертензивной терапии в условиях вахты в Заполярье

Ветошкин А.С.², Шуркевич Н.П.¹, Гапон Л.И.¹, Губин Д.Г.¹, Белозерова Н.В.¹, Пошинов Ф.А.², Керцман Я.И.¹

¹Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;

²Филиал «Медико-санитарная часть» ООО «Газпром добыча Ямбург», Тюменская область

Цель. Изучить приверженность лечению у работников межрегиональной вахты (работающих в режимах 1:1 и 2:1 с отдыхом в базовых городах – Москва, Тюмень, Уфа) с артериальной гипертензией (АГ) II стадии, I и 2-й степени в условиях ведомственной МСЧ, расположенной за Полярным Кругом в поселке Ямбург (Ямало-Ненецкий автономный округ, Надымский район).

Методы. В рамках научно-исследовательской программы по данным опроса изучена антигипертензивная терапия (АГТ) и приверженность лечению у 294 пациентов в возрасте 20–59 лет. Средний возраст обследованных – $46,0 \pm 6,0$ года, длительность стажа работы вахтой – $12,2 \pm 4,7$ года, среднее офисное артериальное давление (АД) – $157,5 \pm 13,7$ и $106,7 \pm 8,8$ мм рт. ст., средняя длительность заболевания – $6,4 \pm 5,7$ года. Стадия АГ, степень повышения АД и стратификация больных по группам риска устанавливались на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010 гг.) с учетом данных амбулаторных карт и офисного АД.

Результаты. Благодаря действующей программе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, проводимой медицинской службой ООО «Газпром добыча Ямбург», и ежегодному медицинскому осмотру, в северной группе знали о наличии АГ практически все обследованные пациенты – 98,6%. Бесплатное обеспечение препаратами в рамках программы позволило 100% обследованных получить АГТ. Несмотря на это, только 49,3% регулярно принимали назначенный им препарат. Из этих 145 человек только у 60,7% клиническое АД было в пределах целевого уровня – 140 и 90 мм рт. ст. Остальные нелечившиеся 50,7% либо вообще не принимали назначенный им препарат, либо принимали его нерегулярно. Основными причинами нерегулярного лечения были: молодой возраст (почти 90% из 39 обследованных до 35 лет), малосимптомное течение – 87%, низкая медицинская грамотность (непонимание опасности осложнений АГ) – 32%, плохая переносимость назначенного препарата – 12%, низкая эффективность из-за недостаточной дозы антигипертензивного препарата (АГП) либо неправильного его подбора – 5%, необходимость приема нескольких АГП – 36%. Только 35% из 294 обследованных применяли самоконтроль АД и имели собственные измерители АД. У 87% пациентов ранее проводилось суточное мониторирование АД. Наиболее часто кардиологом применялись препараты группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента – ИАПФ (27,6%), β -адреноблокаторов – БАБ (26,6%). Блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) и блокаторы рецепторов ангиотензина назначались 18,6 и 13,4% соответственно. В комплексной терапии наиболее часто использовались сочетания «ИАПФ+БМКК» – 9,3% и «ИАПФ+БАБ» – 4,1%; и только 1 (0,3%) пациент принимал БАБ и БМКК.

Выводы. Медицинской службой ООО «Газпром добыча Ямбург» проводится серьезная работа по лечению АГ в условиях Крайнего Севера. Несмотря на это, главной проблемой остается недостаточная приверженность лечению, причинами которой являются молодой возраст, низкая медицинская грамотность, малосимптомное течение, прием нескольких препаратов, неэффективность лечения и появление побочных явлений. Необходимо индивидуализировать терапию, сформировать партнерские отношения с пациентами и длительную мотивацию к лечению, что позволит улучшить приверженность лечению.

Оценка эффективности иммунореабилитации у больных хронической ревматической болезнью сердца

Газизов Р.М., Ацель Е.А., Климова Н.А., Бейлина Н.И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань

Цель. Оценка эффективности отечественных лекарственных средств с иммунокорректирующей активностью ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС).

Материалы и методы. 290 больных ХРБС в возрасте от 24 до 72 лет с различными пороками сердца, из них женщин – 223, мужчин – 67. 59 больных 1-й группы получали традиционную терапию (ТТ); 94 больных 2-й группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день в течение 3 нед; 92 больных 3-й группы – димефосфон внутрь по 10–15 мл 15% раствора 3 раза в день. 45 больным 4-й группы внутривенно капельно (10 инфузий) вводился ОФР. Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировались самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, еженедельно в динамике определялось количество CD3+, CD4+, CD8+, CD16+ и CD20+-Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов (Лф) в РБТЛ на ФГА и в тесте КонА-индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов (Н) в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) А, М, G.

Результаты. При лечении больных ХРБС с включением ксимедона, димефосфона и ОФР наблюдались более ранняя положительная клиническая динамика и нормализация показателей клинического и биохимического анализа крови, чем при ТТ. Терапия с включением ксимедона и димефосфона в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+, CD4+, CD8+ и CD16+ Т-Лф и восстанавливала до нормы супрессорную активность Лф; стимулировала функциональную активность Лф в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности Н в НСТ-тесте и уровней сывороточных Ig. В 4-й группе содержание CD3+ и CD4+-Т-Лф несколько увеличилось и превосходило показатели 1-й группы; но не достигло уровня доноров. Количество CD8+, CD16+, CD20+-Т-Лф и соотношение CD4+/CD8+ не менялись. Изучение функциональной активности Лф в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА-индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности Н в НСТ-тесте у больных 4-й группы по сравнению с больными 1-й группы наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности Н. У больных 4-й группы наблюдалось медленное снижение уровней IgA и IgM при отсутствии динамики уровня IgG; к концу лечения различие между больными, получавшими ОФР и ТТ, стало недостоверным.

Выводы. В комплексном лечении больных ХРБС рекомендуется проводить иммунореабилитацию отечественными препаратами ксимедоном и димефосфоном. Озонированные растворы кристаллоидов, обладающие менее выраженным иммунокорректирующим действием, могут применяться в дополнение к иммуномодуляторам.

Влияние розувастатина на динамику липидного спектра и состояние иммунной системы у больных ишемической болезнью сердца

Газизов Р.М.¹, Ацель Е.А.¹, Халиуллина Г.А.², Волчкова Н.С.¹, Климова Н.А.¹

¹ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань;

²МБУЗ «Урусинская ЦРБ», Республика Татарстан

Цель. Исследование динамики липидного спектра и состояния иммунитета под влиянием комплексной терапии с включением розувастатина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. 36 больных ИБС в возрасте от 56 до 79 лет (в возрасте 65 лет и старше – 19 человек); мужчин – 20, женщин – 16. Стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 25 больных, III – у 11 больных. У 14 больных имелся постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия – у 26 больных. Больные получали комплексное лечение (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, коронарные вазодилататоры, антиагреганты). Дополнительно назначали гиполипидемический препарат из группы статинов Роксера (Розувастатин KRKA) в дозе 5 мг в течение 4 нед. У пациентов с уровнем холестерина

(ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) ≥ 3 ммоль/л после 4-недельного лечения доза препарата была увеличена до 10 мг, и лечение продолжалось еще в течение 4 нед. Всем больным проводилось динамическое (1 раз в месяц) исследование липидного спектра: общий ХС, ХС ЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Для оценки состояния иммунной системы в динамике определялось количество CD3+, CD4+, CD8+, CD16+ и CD20+ Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте Кона-индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Результаты. Через 4 и 8 нед лечения препаратом Роксера отмечалось достоверное снижение уровня ХС ЛПНП (соответственно до $2,78 \pm 0,34$ и $2,56 \pm 0,44$ ммоль/л). В конце исследования содержание общего ХС снизилось при назначении препарата Роксера на 22,9%, содержание ХС ЛПНП – на 35,3%, содержание ТГ – на 16,4%, содержание ХС ЛПВП повысилось на 6,8%. Целевого уровня ХС ЛПНП достигли 39,8% больных. Включение препарата Роксера в комплексное лечение больных ИБС не влияло на показатели состояния иммунитета.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Роксера для коррекции нарушений липидного обмена при ИБС.

Переносимость изометрической физической нагрузки при хронической сердечной недостаточности

Галаяутдинов Г.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель. Изучение кислородного режима периферических тканей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при выполнении изометрической нагрузки.

Материал и методы. Тест изометрической нагрузки кистевого сжатия проводился с помощью стандартного кистевого динамометра (без фиксатора максимальной нагрузки) мощностью 30% от максимальной возможной у 116 больных с 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.

Результаты. 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 $115,6 \pm 11,5$ с и значительно превышала значения, полученные у больных с I–IV ФК ХСН ($84,5 \pm 10,41$ с, $p < 0,05$). Выполнение кистевой изометрической нагрузки сопровождается более выраженным 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.

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

Безопасность и эффективность ранних тренажерных тренировок больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования

Ганенко О.С.¹, Кутузова А.Э.^{1,2}, Назимова М.В.¹, Демченко Е.А.¹

¹ФГБУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ;

²ГБОУ ВПО СПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель. Оценить безопасность и эффективность велотренировок пациентов, перенесших коронарное шунтирование (КШ), на госпитальном этапе реабилитации.

Материалы и методы. Обследованы 60 больных в возрасте $56,4 \pm 1,2$ года (79% – мужчины). Исходно (на 8–9-й день после КШ) и перед выпиской (17–19-й день после КШ) всем больным выполняли тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), оценивали уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, выраженность астении по Шкале астенического синдрома и качество жизни (КЖ) по 10-балльной визуальной аналоговой шкале. Всем больным проводилась стандартная программа стационарного

этапа физической реабилитации, включающая занятия лечебной гимнастикой (ЛГ) и дозированную ходьбу. На 10–12-е сутки неосложненного течения послеоперационного периода 27 больным, изъявившим свое добровольное согласие, дополнительно были предложены тренировки на велотренажере (ВТ) с горизонтальной посадкой (группа ВТ). Остальные пациенты составили группу сравнения (группа ЛГ). Мощность тренирующей нагрузки устанавливалась в соответствии с результатами исходного ТШХ (при результате ТШХ ≤ 300 м – 25 Вт, 300–400 м – 30 Вт, ≥ 400 –500 м – 35 Вт) и в дальнейшем не менялась. Исходная длительность тренировки (6 мин), в случае ее хорошей переносимости, ежедневно увеличивалась на 2 мин. Количество ВТ составило в среднем 5,8 на 1 человека.

Результаты. Исходные результаты ТШХ пациентов группы ВТ превышали таковые в группе ЛГ ($438,2 \pm 13,5$ м против $386,7 \pm 16,3$ м соответственно, $p=0,02$). У всех больных исходно отсутствовали клинические признаки астении и аффективных расстройств, однако тревога и депрессия оказались взаимосвязаны ($r=0,68$, $p<0,03$). В группе ЛГ отмечалась отрицательная взаимосвязь показателей психического статуса с результатами исходного ТШХ и показателями КЖ (уровень депрессии и ТШХ, $r=-0,56$, $p<0,05$; уровень тревоги и КЖ, $r=-0,66$, $p<0,02$). Осложнений курса физической реабилитации ни в группе ЛГ, ни в группе ВТ зарегистрировано не было. Перед выпиской в обеих группах отмечен прирост толерантности к физической нагрузке ($p=0,01$): пройденное за 6 мин пробы расстояние увеличилось в среднем на 21 м в группе ЛГ и на 100 м – в группе ВТ. У пациентов группы ВТ, в отличие от больных группы ЛГ, отмечалось значимое снижение уровня тревоги ($p<0,001$), депрессии ($p<0,001$) и астении ($p<0,05$), а также повышение КЖ ($p<0,001$). В группе ЛГ КЖ достоверно не изменилось и к моменту выписки оказалось несколько ниже, чем в группе ВТ ($6,9 \pm 0,4$ и $7,6 \pm 0,3$ балла соответственно), его ассоциированность с тревогой сохранилась ($r=-0,68$, $p<0,05$). Вероятно, выявленные положительные изменения психического статуса могли быть связаны с дополнительным комплексным эффектом предложенной методики ВТ.

Выводы. 1. Методика ВТ, использованная в данной работе дополнительно к программе стандартной физической реабилитации пациентов, перенесших КШ, безопасна. 2. По сравнению со стандартной программой физической реабилитации, даже непродолжительный цикл ВТ приводит к большему приросту толерантности к физической нагрузке и оказывает положительное влияние на показатели психического статуса и КЖ.

Компьютерная реография в оценке патологии биомеханики большого круга кровообращения у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний

Гаранин А.А., Рябов А.Е., Фатенкова О.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Самара

Цель. Оценить возможности компьютерной реографии для диагностики нарушений биомеханики сосудистого русла большого круга кровообращения (БКК) у лиц с основными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Методы. В исследование включены 130 человек (средний возраст 22 ± 2 года). Из них: 40 – некурящие практически здоровые (1-я группа – контрольная); 30 – курильщики (в среднем 10 сигарет в сутки) без клинических признаков ССЗ (2-я группа); 30 – с артериальной гипертензией (АГ) 1-й степени (3-я группа); 30 – с компенсированным сахарным диабетом (СД) 1 типа, легкой степени (4-я группа). Всем испытуемым регистрировали реовазограммы (РВГ) нижних и верхних конечностей, которые анализировались впоследствии в процессе компьютерной обработки. Сосудистый цикл БКК по аналогии с сердечным циклом подразделяли на периоды систолы (оттока) и диастолы (притока), с выделением в каждом периоде ряда фаз по второй производной РВГ. Изучали следующие параметры биомеханики сосудистого русла БКК: средние скорость и ускорение (силу). Статистический анализ осуществлялся при помощи критерия Вилкоксона с использованием программы Statistica 6.0. Достоверными считались различия при $p<0,05$.

Результаты. На верхней конечности обнаружено достоверное снижение средней скорости лишь в 4-й группе по сравнению с нормой на 20% ($p=0,012$). Динамика силы была более значимой: в 3-й группе выявлено снижение данного показателя в фазы мышечного компонента оттока (МКО) и капиллярно-венозного оттока (КВО) на 69% ($p=0,009$) и 89% ($p=0,003$) соответственно по сравнению с контролем. В 4-й группе зафиксировано снижение силы как в систолу, так и диастолу: в фазу медленного притока на 11% ($p=0,024$), эластического компонента оттока (ЭКО) – на 26% ($p=0,008$) и в фазу КВО – на 87% ($p=0,001$) при сопоставлении результатов с контрольной группой. Во 2-й группе достоверных изменений по отношению к норме выявлено не было.

При анализе РВГ нижних конечностей обнаружено снижение средней скорости в 3–4-й группах в фазу ЭКО на 9% ($p=0,042$) и 7% ($p=0,027$) соответственно в сравнении с контролем. Во 2-й группе данный

показатель увеличился в фазу метаболических изменений на 58% ($p=0,009$) по сравнению с нормой. Сила снизилась в 3-й группе по сравнению с контролем в фазу МКО на 31% ($p=0,004$) и в фазу КВО – на 52% ($p=0,005$). В 4-й группе данный показатель снижался в период притока и оттока: в фазы быстрого притока, МКО и КВО – на 20% ($p=0,026$), 32% ($p=0,026$) и 25% ($p=0,043$) соответственно по сравнению с 1-й группой. Во 2-й группе достоверных изменений указанного показателя в сравнении с нормой выявлено не было.

Выводы. В группе курильщиков обнаружена только диастолическая дисфункция артериол, питающих стенку сосуда, что может обуславливать в будущем развитие ее ремоделирования. В группе лиц с АГ выявлена систолическая гиподисфункция, связанная с поражением меди артериальной стенки. У больных СД наблюдается систоло-диастолическая дисфункция, которая имеет характерные черты дезадаптации. Кроме того, у больных СД и АГ имеются признаки увеличения жесткости артериальной стенки. Общим для всех факторов риска является поражение микроциркуляторного русла, более выраженное на нижних конечностях. Компьютерная реография может быть использована для разносторонней оценки нарушений биомеханики разных отделов БКК у лиц с основными факторами риска ССЗ.

Тревожное расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца: особенности диагностики и лечения

Гарганеева Н.П.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Томск

Длительно наблюдаемая фобическая тревога или паническое состояние ассоциируется с риском развития острого коронарного синдрома (ОКС). В этом аспекте рассмотрен клинический случай впервые диагностируемой ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчины 43 лет с повторяющимися пароксизмами тревожного расстройства (панического расстройства), послужившего причиной обращения пациента к психиатру и госпитализации в отделение пограничных состояний. Из анамнеза было выяснено, что пароксизмальные состояния возникали в позднее время суток перед сном или ночью с тревожным ожиданием вечера и повторения приступа. На высоте ночных пароксизмов тревоги появлялись кардиалгии вне связи с физической активностью, возникающие вслед за приступом страха смерти, не купирующиеся нитратами. На ЭКГ, снятых в момент и после приступа паники, регистрировалась синусовая тахикардия. По данным ЭхоКГ морфопатологии не было обнаружено.

За период наблюдения в отделении пограничных состояний больному были проведены специальные методы исследования, позволившие обнаружить значимые факторы риска коронарной болезни, клиническая картина которой перекрывалась доминирующим тревожно-фобическим и танатофобическим синдромами. У пациента были выявлены артериальная гипертензия 3-й степени; атерогенная дислипидемия, выраженная гипоальфахолестеринемия 0,82 ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (уровень гликемии через 2 ч – 7,9 ммоль/л), ожирение 2-й степени. Результаты ЧПЭС и СМ ЭКГ указывали на наличие бинодальной болезни сердца и нарушения функции проводимости: эпизоды синоатриальной (СА) блокады II типа, СА-блокады с выскальзывающим парным наджелудочковым комплексом, атриовентрикулярной блокады типа Мобитц II; синдром слабости синусового узла I типа. Наиболее информативным методом исследования явилась однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца с ^{99m}Tl (Таллий-хлорид): на серии томографических срезов на пике аденозиновой пробы выявлена гипоперфузия (12%) переднебоковой и заднеперегородочной области левого желудочка. Характерологические особенности пациента детерминированы истерическими и возбудимыми чертами личности с ипохондрическими наслоениями.

Психический статус квалифицировался тревожно-фобическим синдромом в рамках панического расстройства. Больному проведена комплексная терапия, где наряду с базисными препаратами были назначены антидепрессанты и другие психотропные средства. В дальнейшем пациенту было рекомендовано дополнительное обследование в кардиологическом стационаре. Через 3 мес при повторной сцинтиграфии дефект перфузии в перегородке и задней стенке левого желудочка составил 28%. По данным коронарографии диагностирован коронарный атеросклероз: стенозирование правой коронарной артерии – 50%; II ветви тупого края – 75%; I ветви тупого края – 20%. На фоне ОКС больному было выполнено прямое стентирование основной ОА. В динамике спустя 4 года отмечено сужение стента на 60–70%, что свидетельствовало о прогрессировании коронарного атеросклероза при сохраняющихся приступах тревоги и явилось показанием для проведения больному аортокоронарного шунтирования. Данный случай указывает на трудности первичной диагностики ИБС у больных с тревожно-депрессивными расстройствами и необходимость интегративного подхода к обследованию, лечению и наблюдению при взаимодействии кардиолога и психиатра, психотерапевта.

Адаптация к гипоксии–гипероксии повышает толерантность к физическим нагрузкам пациентов с ишемической болезнью сердца

Глазачев О.С.^{1,3}, Уринский А.М.², Забашта С.П.²

¹ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва;

²Московский областной кардиоцентр, Жуковский;

³МГГУ им. М.А. Шолохова, Москва

Неблагоприятные современные тенденции в кардиоваскулярной заболеваемости населения актуализируют расширение средств и технологий нелекарственной кардиореабилитации и профилактики. Одним из перспективных подходов является применение повторных эпизодов гипоксического preconditionирования – интервальные гипоксические тренировки (ИГТ) или гипокситерапия. В последнее время предпринимаются попытки повысить эффективность ИГТ, применяя «дозный» подход, комбинацию с гиперкапнией, индивидуализируя режимы тренировки и пр.

Цель. Оценить эффективность и безопасность нового метода – интервальных гипоксически-гипероксических тренировок (ИГГТ) в реабилитации пациентов с кардиоваскулярной патологией.

Методы. В пилотном исследовании приняли участие 40 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), ФН 2–3 (31 мужчина, 9 женщин, средний возраст $61,7 \pm 7,7$ года, 14 – с перенесенным инфарктом миокарда): группы ИГГТ ($n=30$, прошли 20 процедур по 45–50 мин 5 раз в неделю) и контроля ($n=10$, 20 имитирующих процедур). Для создания газовых смесей с содержанием O_2 от 10 до 35–40% использовали опытный образец прибора Reoxu («AI Mediq S.A.», Люксембург). Перед началом и в конце курса определяли индивидуальную чувствительность к гипоксии путем проведения 10 мин гипоксического теста (ГТ). Процедуры ИГГТ проводили в интервальном режиме – начинали с подачи через маску 12–11% O_2 (5–7 мин), затем 2–3 мин – с 30% O_2 (вместо традиционной нормоксической паузы). Переключение газовых смесей осуществлялось автоматически по специальным алгоритмам (биообратная связь), за 1 процедуру повторялось 6–8 циклов «гипоксия–гипероксия». До и после курса все пациенты прошли обследование: клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ покоя, субмаксимальное нагрузочное тестирование на беговой дорожке с определением времени выполнения нагрузки до отказа, мощности выполненной нагрузки; толерантности к нагрузке в метаболических единицах (МЕ).

Результаты. После курса ИГГТ отмечено значимое повышение толерантности к физическим нагрузкам – прирост времени выполнения нагрузки до отказа на 34,1% (в контроле – 2,7%), увеличение МЕ на 15,8% против 5,4% в контроле, значимое снижение количества ангинальных приступов в качестве причины прекращения нагрузки. Повышение физической выносливости сопровождалось достоверным снижением значений общего холестерина, триглицеридов плазмы крови, исходно повышенных значений артериального давления, частоты сердечных сокращений покоя, повышением порога толерантности к гипоксии в ГТ. Субъективно режим ИГГТ легко переносился всеми пациентами, не сопровождался побочными эффектами.

Выводы. Курс процедур ИГГТ повышает толерантность пациентов с ИБС к физическим нагрузкам, что сопровождается нормализацией липидного профиля, снижением артериального давления, количества ангинальных приступов, повышением гипоксической устойчивости. Метод может применяться для коррекции модифицируемых факторов риска, в долгосрочных программах кардиореабилитации, до и после чрескожных коронарных вмешательств, в случаях ограничений использования физических тренировок, а также для потенцирования их эффектов.

Активная позиция врача в назначении гипотензивной терапии больным сердечно-сосудистыми заболеваниями с сопутствующей патологией других органов

Гороховская Г.Н., Юн В.Л.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва

Цель. Изучить правильное ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений сравнительно простых мероприятий, одним из которых является использование препаратов с доказанной эффективностью и в правильных дозах.

При проведении гипотензивной терапии следует учитывать, что иногда сложно достичь уровня систолического артериального давления (АД) до 130–139/80–89 мм рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом, поражениями органов-мишеней, у пожилых больных и людей, имеющих сердечно-сосудистые осложнения.

В российских и международных рекомендациях по лечению артериальной гипертензии (АГ) в качестве приоритетных для лечения АГ у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, а также пациентов с заболеваниями почек, сахарным диабетом и метаболическим синдромом выделяют препараты группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Одним из наиболее эффективных препаратов группы ИАПФ является периндоприл аргинин (Престариум А). Сердечно-сосудистые эффекты ингибирования АПФ с помощью периндоприла (Престариума) и его благоприятное влияние на прогноз были доказаны в крупнейших международных клинических исследованиях: EUROPA (PERTINENT, PERSPECTIVE, PERFECT), ПРЕМИЯ и др. Последнее время особое внимание обращают на себя фиксированные комбинации дигидропиридинов с ИАПФ продленного действия – комбинация Престанс (амлодипин + периндоприл аргинин). Эта комбинация позволяет использовать одновременно положительные свойства двух современных антигипертензивных средств с внушительной доказательной базой в плане эффективности. Престанс – это принципиально новый антигипертензивный препарат, который уже успешно применяется в 34 странах. Престанс имеет целый ряд преимуществ в виде эффективного снижения АД (на 42/23 мм рт. ст. через 60 дней лечения). Это объясняется синергизмом действия двух мощных антигипертензивных компонентов, периндоприла аргинина и амлодипина, и реальным 24-часовым контролем АД.

Выводы. Комбинация Престанс (амлодипин + периндоприл аргинин) максимально снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Помимо снижения АД до целевого уровня необходимы коррекция терапии и в лечении ассоциированных и сопутствующих заболеваний, замедление темпа прогрессирования поражения органов-мишеней и соблюдение профилактических мер.

Факторы риска развития рестенозов после чрескожных коронарных вмешательств у больных с метаболическим синдромом

Гриценко О.В.^{1,2}, Чумакова Г.А.^{1,2}, Веселовская Н.Г.^{2,3}

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Барнаул;

²ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово;

³КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

При метаболическом синдроме (МС) в патогенезе атерогенной дислипидемии участвуют адипокины висцерального жира, влияние которых может увеличивать риск рестенозов коронарных артерий (КА) после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Цель. Изучение метаболических факторов риска развития рестенозов после ЧКВ у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированной с МС.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 пациентов со стенокардией III–IV функционального класса в возрасте от 35 до 70 лет. Больные были разделены на группу 1 (49 человек) – с МС, группу 2 (31 человек) – без МС. Всем больным до стентирования определялся традиционный спектр липидов, а также аполипопротеины А1, аполипопротеины В и липопротеин (а) методом иммунопреципитации. Всем пациентам были определены уровни адипокинов висцерального жира: лептина, резистина, адипонектина методом иммуноферментного анализа. Через год после ЧКВ проводилась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) КА с целью выявления стенозов и/или окклюзий стентов.

Результаты. Выявлено, что у больных с МС клиника стенокардии возникала в более молодом возрасте ($51,4 \pm 6,0$ года) по сравнению с больными без МС ($55,4 \pm 5,8$); $p < 0,001$, а показания к реваскуляризации миокарда в группе с МС появлялись раньше, чем в группе без МС ($55,6 \pm 6,1$ и $58,5 \pm 5,7$ года соответственно); $p = 0,004$. Выявлено, что у больных с ИБС с МС по сравнению с группой без МС уровень лептина [$18,3$ ($11,1$; $24,1$) и $8,1$ ($4,7$; $10,1$) нг/мл соответственно, $p < 0,001$] и резистин ($15,0 \pm 0,64$, $12,1 \pm 0,5$ нг/мл соответственно, $p = 0,0003$) был выше, а концентрация адипонектина в группе с МС была ниже, чем в группе без МС ($12,3 \pm 0,66$ и $20,0 \pm 1,1$ мкг/мл соответственно, $p < 0,001$).

Через год наблюдения всем больным была проведена МСКТ КА с целью выявления стенозов и/или окклюзий стентов. Нами выявлено, что в группе с МС стенотические осложнения в виде стенозов и/или окклюзий стентов были выявлены у 12 (24,5%), а в группе без МС – у 5 (16,1%) больных. С целью оценки влияния параметров липидного спектра и изучаемых адипокинов на развитие стенотических осложнений в подгруппах проводился пошаговый дискриминантный анализ с включением. С целью оценки информативности и определения пороговых значений выявленных предикторов в развитии стенотических осложнений после стентирования у пациентов с МС после ЧКВ был проведен ROC – анализ для определения пороговых значений значимых предикторов гормонов висцерального жира и атерогенной дислипидемии.

Выводы. Таким образом, у больных с МС клиника стенокардии возникает раньше и операция реваскуляризации миокарда проводится в более раннем возрасте.

Влияние индивидуализированных велотренировок на переносимость психоэмоциональной нагрузки пациентами с инфарктом миокарда после первичного чрескожного коронарного вмешательства

Губич Т.С., Суджаева С.Г., Казаева Н.А., Суджаева О.А., Белоус Т.М.
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Цель. Изучить влияние разных программ физической реабилитации (ФР) на динамику переносимости психоэмоциональной нагрузки (ПЭН) пациентами с инфарктом миокарда (ИМ) после выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в остром периоде заболевания.

Методы. 45 пациентов с ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ, рандомизированы на две группы. Основную группу (ОГ) составили 20 пациентов, контрольную группу (КГ) – 25 пациентов. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации и проводимой медикаментозной терапии. ФР у лиц КГ включала использование лечебной гимнастики (ЛГ), тренировок малых мышечных групп (ТММГ), дозированную ходьбу. ФР у пациентов ОГ осуществлялась в соответствии с разработанной дифференцированной программой, включающей использование (кроме ЛГ, ТММГ, дозированной ходьбы) велотренировок (ВТ). ВТ назначались дифференцированно в зависимости от реабилитационного класса, в среднем на 7–12-е сутки. Тренирующая мощность нагрузки определялась индивидуализированно с учетом мощности нагрузки, при которой достигался анаэробный порог, определяемый по данным спирометрии. Продолжительность курса ВТ составляла не менее 12 нед у каждого пациента. Переносимость ПЭН оценивалась по данным информационной пробы (ИП). ИП с непрерывным контролем ЭКГ-12 и реограммы грудной клетки проводилась по методике, разработанной в лаборатории реабилитации больных ИМ БелНИИ кардиологии (1985 г.). Пациенты обследовались на 7–12-е сутки после выполнения ЧКВ (I тест), через 3 мес (II тест) и через 12 мес (III тест).

Результаты. При 1-м обследовании психогенная ишемия миокарда (ПИМ) выявлена у 9 (45%) пациентов ОГ и у 8 (32%) – КГ, $p > 0,05$. Через 3 мес после ИМ (2-е обследование) у лиц ОГ зафиксировано снижение частоты развития ПИМ более чем в 2 раза (с 45 до 20%). У пациентов же КГ при 2-м тестировании отмечена лишь положительная динамика анализируемого показателя (снижение частоты выявления ПИМ с 32 до 22,7%). Через 12 мес после ИМ (III тест) ни у одного пациента ОГ не выявлена психогенная ишемия миокарда, в КГ же через 12 мес после ИМ частота случаев развития ПИМ не отличалась от исходного состояния (при 1-м обследовании) и составила 33,3%.

Выводы. Применение разработанной дифференцированной программы ФР, предусматривающей использование индивидуализированных ВТ у пациентов с ИМ после выполнения первичного ЧКВ, позволяет повысить толерантность к ПЭН, что проявляется в снижении частоты развития психогенной ишемии миокарда.

Оптимизация программы реабилитации для больных ишемической болезнью сердца при сочетанных кислотозависимых заболеваниях

Гуляева С.Ф.¹, Гуляев П.В.¹, Халилов О.Н.¹, Швецова Д.В.³, Широкова И.Н.²

¹ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава РФ;

²Санаторий Н-Ивкино, Киров;

³ДЦ №5 СВАО, Москва

Цель. Оптимизация тактики использования программы реабилитации для больных ишемической болезнью сердца (ИБС), сочетанной с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ) на основе комплексной оценки клинических и особенно коморбидных заболеваний.

Материал и методы. На первом этапе (2007–2012 гг.) было проведено динамическое наблюдение больных ИБС с сопутствующим «желудочным анамнезом» (ГЭРБ, ХГ, ЯБ) по выявлению лиц, часто и длительно болеющих. На втором этапе проведено комплексное обследование больных ИБС, сочетанной с КЗЗ (95 человек). На третьем этапе группа наблюдения велась по программе реабилитации для больных ИБС (45 человек), разработанной ГНИЦ ПМ, где дополнительно проводилась АХТ с использованием рекомендаций «Московских соглашений». В группе сравнения (50 человек) не проводилась АХТ. Диагноз ИБС верифицировали по общеизвестным стандартам и результатам нагрузочной пробы. Обострение КЗЗ устанавливали ЭФГДС с морфологическим исследованием. Наличие НР-ассоциации подтверждалось методом иммуноферментного анализа. Тиолдисульфидный коэффициент определяли по методике автора (патент).

Результаты. Данные динамического наблюдения больных ИБС, перенесших острые кишечные инфекции, по обращениям в ЛПУ свидетельствовали о росте часто и длительно болеющих больных ИБС с «желу-

дочным анамнезом» на 11,5%. Выраженность клинических симптомов зависела от степени тяжести обострения и характеризовалась наличием типичного стенокардитического болевого синдрома в $46 \pm 1,1\%$, атипичного – в $54 \pm 4,1\%$. Наиболее часто проявления КЗЗ встречались у пациентов с III–IV функциональным классом стенокардии ($61,7 \pm 2,1\%$ случаев) и проявлениями сердечной недостаточности – $57,5 \pm 3,6\%$. Со стороны слизистой желудка по данным гастроскопий в большинстве случаев отмечались эрозивные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки ($66 \pm 2,1\%$) и язвенные поражения – $13 \pm 3,5\%$. Результаты индивидуализации программы реабилитации показали, что в группе наблюдения частотность обострения по ИБС составила 0,7 случая, в группе сравнения – 2,3. Отмечено, что успешная АХТ сопровождалась регрессией активного воспалительного процесса в слизистой желудка к концу года наблюдения, это составило соответственно в группе наблюдения 0,94 балла, сравнения – 2,7. Тиолдисульфидный коэффициент в группе наблюдения к концу года наблюдения составил 2,7 и 1,05 соответственно. Ремиссия отмечалась в группе наблюдения в 81% случаев, в группе сравнения – 51%.

Выводы. У больных ИБС с сопутствующими КЗЗ, ассоциированными НР, имеет место значительно более высокий уровень частотности обострения заболевания, сопровождающегося нейтрофильной инфильтрацией слизистой желудка и проявлениями стенокардитического синдрома, в большинстве случаев атипичного проявления. Включение антихеликобактерной терапии в комплексную программу реабилитации для больных ИБС, сочетанной с КЗЗ и НР, способствует ремиссии основного и сопутствующего заболевания.

Тиолдисульфидный коэффициент, характеризующий соотношение сульфгидрильных и дисульфидных групп и показатели хемореактивности организма были наиболее снижены у больных ИБС, сочетанной с НР, как в сыворотке крови, так и слизистой желудка, что свидетельствует о том, что взаимное отягощение рассматриваемых заболеваний основывается на объединении некоторых патологических звеньев участия НР в развитии ИБС и должно учитываться в процессе реабилитации.

Оценка эффективности тромболитической терапии у больных с тромбоэмболией легочной артерии

Даушева А.Х.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Самара

Цель. Проанализировать эффективность тромболитической терапии у больных с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Методы. Проведена экспертная оценка медицинской документации 31 пациента, госпитализированного в отделение сосудистой хирургии Самарской областной клинической больницы им. М.И.Калинина в 2009 г. с подозрением на ТЭЛА. База данных сформирована в Microsoft Excel 2007.

Результаты. Обследованы 16 (51,61%) мужчин и 15 (48,39%) женщин. Средний возраст составил $59,32 \pm 2,64$ года. Флеботромбоз нижних конечностей диагностирован у 29 (93,54%) больных, рецидивы тромбоэмболических осложнений – флеботромбозов в анамнезе отмечены у 6 (19,35%), рецидив ТЭЛА – у 3 (9,68%) больных. Средний койко-день составил $17,68 \pm 2,43$. Сроки временной нетрудоспособности – до $32,60 \pm 9,22$ дня. Ангиопульмонографическое исследование проводилось у 22 (70,96%) больных, диагноз ТЭЛА был подтвержден у 12 (38,7%) пациентов, в 9 (29,03%) случаях диагностирована массивная ТЭЛА. Компьютерная томография высокого разрешения назначалась 8 (25,8%) больным, с верификацией ТЭЛА в 7 (22,58%) случаях. Кава-фильтр имплантирован по стандартной методике 18 (58,07%) пациентам. Тромболитическая терапия проводилась у 10 (32,26%) больных с применением стрептокиназы 1 250 000 – 2 250 000 ЕД в течение 1–2 сут. В 3 (9,68%) случаях возникла необходимость в проведении повторного тромболитизиса – у 1 больного вводилась пулолаза 2 000 000 ЕД и у 2 пациентов – стрептокиназа 1 000 000 – 1 500 000 ЕД. Тромболитическая терапия эффективной была в 70% случаев. У 1 больного тромболитическая терапия прекращена в связи с развившимся геморрагическим осложнением – кровотечением из мест пункции на шее справа, нарастанием гематомы шеи. Контрольная ангиопульмонография назначалась 8 (25,81%) пациентам через $2,07 \pm 0,44$ дня, по результатам исследования – реканализация отмечена у всех обследованных. 74,19% больных выписаны с улучшением. Летальный исход был у 8 (25,81%) больных, на аутопсии ТЭЛА выявлена в 6 случаях. Причины смерти у 2 пациентов:

- 1) панкреонекроз с субтотальным поражением железы, развитием ферментативного серозного перитонита;
- 2) центральный рак правой молочной железы с инфарктом и перфорацией ректосигмоидного отдела толстой кишки.

Выводы. Результаты экспертного анализа демонстрируют перспективность своевременного назначения тромболитической терапии при массивной ТЭЛА, что способствует эффективному снижению летальности и благоприятному прогнозу.

Приоритет диагностики маркеров кардиоваскулярных осложнений у больных бронхиальной астмой

Даушева А.Х., Лебедев П.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Самара

Цель. Оптимизация диагностики маркеров кардиоваскулярных осложнений у больных бронхиальной астмой (БА).

Методы. Обследованы 58 больных БА персистирующего течения (средний возраст $37,21 \pm 2,11$ года), продолжительностью заболевания $9,30 \pm 1,17$ года. 1-ю группу составил 21 больной легкой БА, 2-ю группу – 20 больных БА среднетяжелого и 3-ю группу – 17 больных БА тяжелого течения (GINA, 2011). Группу контроля составили 20 практически здоровых человек, сопоставимых по полу, возрасту, индексу массы тела, без признаков нарушения продольной функции миокарда желудочков. Степень дисфункции эндотелия (ДЭ) определяли с помощью компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ) по показателю функции эндотелия (ПФЭ) на 3-й минуте ишемической пробы. Эхокардиографические параметры были оценены по стандартному протоколу ACC/AHA/ASE (2003 г.), дополненному исследованию в режиме тканевой миокардиальной доплерографии, с визуализацией продольной кинетики правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков на аппарате Vivid 7 Pro (General Electrics, США). Регистрировались параметры продольной кинетики желудочков – скорость раннего диастолического движения фиброзного кольца (Em), скорость позднего диастолического движения (Am), отношение Em/Am, скорость систолической волны (Sm).

Результаты. Показатели реактивности артерий в ходе ишемической пробы были достоверно ниже в группе больных. Отмечено достоверное снижение ПФЭ в группе больных БА по сравнению с группой здоровых ($p < 0,001$). Степень ДЭ определялась соответственно тяжести заболевания ($9,14 \pm 1,22\%$; $5,18 \pm 1,34\%$; $0,71 \pm 1,37\%$, $p < 0,001$). Анализ продольной кинетики сердца выявил в группах больных БА по мере прогрессирования заболевания снижение показателей Em/Am ПЖ ($1,06 \pm 0,07$; $0,98 \pm 0,06$; $0,74 \pm 0,05$, $p < 0,001$). Достоверных изменений Sm ПЖ в обследованных группах не отмечалось, что указывало на отсутствие систолической дисфункции ПЖ. Отношение Em/Am ЛЖ было достоверно ниже только в группе тяжелой БА в отличие от здоровых ($0,95 \pm 0,10$, $p < 0,001$). Уровень легочной гипертензии был умеренным в группе больных БА среднетяжелого и тяжелого течения (СрДЛА $21,24 \pm 2,11$ и $34,31 \pm 2,03$ мм рт. ст. соответственно, $p < 0,001$). Гипертрофия и дилатация ПЖ нами выявлена только в группе тяжелой БА. Толщина передней стенки ПЖ и конечно-диастолический размер (КДР) ПЖ в 3-й группе достоверно отличались от 1 и 2-й группы ($p < 0,001$ соответственно). ПФЭ коррелировал с Em/Am ПЖ ($r = 0,60$, $p < 0,001$), Em/Am ЛЖ ($r = 0,43$, $p < 0,001$), СрДЛА ($r = -0,44$, $p < 0,001$), толщиной передней стенки ПЖ ($r = -0,56$, $p < 0,001$), КДР ПЖ ($r = -0,47$, $p < 0,001$).

Выводы. Приоритетным в скрининговой диагностике кардиоваскулярных осложнений у больных с бронхообструктивной патологией легких является оценка маркеров сердечно-сосудистого ремоделирования. Раннее выявление предикторов сердечно-сосудистого ремоделирования позволяет оценить риск кардиоваскулярных осложнений и своевременно проводить их качественную профилактику.

Оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц в массовой физической культуре

Друговская И.И., Смоленский А.В., Михайлова Н.В.

Поликлиника спортивной медицины НИИ спортивной медицины РГУФКСМиТ, Москва

Цель. Изучить возможные причины неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, вовлеченных в физическую активность в связи с внедрением программ всеобщего непрерывного физического воспитания населения.

Методы. В стандартном протоколе проводились: анализ результатов опроса по стандартизированным опросникам и представленным документам и выпискам у пациентов, обратившихся в поликлинику спортивной медицины РГУФКСМиТ, в связи с необходимостью обследования после эпизодов ухудшения самочувствия, связанных с привычной физической нагрузкой. Также им проводились: антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела), оценка вариабельности сердечного ритма, ортопроба с оценкой артериального давления, частоты сердечных сокращений, ЭКГ, все наблюдаемые прошли ВЭМ, ЭКГ, ЭхоЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, стресс-тест у группы лиц из 32 человек (15 мужчин и 17 женщин в возрасте от 33 ± 1 до 48 ± 1 год).

Результаты. По данным опросника, стаж занятий физической культурой составил минимально $1,5 \pm 0,5$ года, максимально – 50 ± 1 год. Из 32 человек, обратившихся в поликлинику спортивной медицины,

по данным стандартизированного опросника, 32 человека отметили, что за время тренировок были случаи ухудшения самочувствия, в 17 случаев это можно рассматривать как результат переутомления в связи с использованием нерационально подобранных программ тренировок, в том числе в связи с неверным пониманием самими обследуемыми задач тренировок и возможностей их применения. При оказании неотложной помощи в момент ухудшения самочувствия в 19 из 32 случаев была сделана ЭКГ, в 18 – взят анализ крови на сахар, при этом уровень гликемии составил $4,1 \pm 1$. В период оказания неотложной помощи изменения на ЭКГ, вызывающие необходимость госпитализации, были у двоих (женщина 48 лет, мужчина 36 лет), клинические проявления, подобные неблагоприятным сердечно-сосудистым событиям, требующие наблюдения врача, до стабилизации состояния не менее 60 мин, – у 14 человек. По данным проведенных рутинных исследований в ближайшие дни после эпизодов и по полученным результатам обследования в нашей клинике, данных за наличие патологии, обострение заболеваний, ранее находившихся в стадии ремиссии, выявлено не было.

Выводы. По данным научной литературы, у лиц, профессионально занимающихся спортом, отмечается феномен отрицательного привыкания, который выражается в зависимости человека от физической нагрузки, ее прекращение может сопровождаться негативными психологическими сдвигами. Избегая этого или, скорее, следуя своим привычкам, профессиональные спортсмены стремятся к использованию максимальных физических нагрузок, что может неблагоприятно сказываться на физиологических процессах. Полученные данные могут позволить прогнозировать возможность подобных явлений у лиц, занимающихся физической культурой, и в связи с этим необходимость внедрения обучающих программ, направленных на бережное отношение к разработке ознакомительного тренинга для них перед началом тренировок.

Профессиональная реабилитация работников локомотивных бригад

Дубилей Г.С.¹, Заикина Н.В.²

¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Омск;

²Центр реабилитации Западно-Сибирской железной дороги, Омск

Настоящая работа выполнена на базе Центра реабилитации Западно-Сибирской железной дороги города Омска. Центр предназначен для восстановления здоровья и реабилитации после стресса работников локомотивных бригад. Основное неблагоприятное влияние на изменение уровня здоровья, работоспособности и профессиональной надежности оказывают: сменный режим работы (ночная смена), постоянное воздействие магнитного поля на организм машиниста, ведущего состав, неблагоприятные условия труда (повышенная запыленность кабины локомотива, действие высоких температур и т.д.). Поэтому данная категория лиц, безусловно, нуждается в проведении реабилитационных мероприятий, направленных на обеспечение в дальнейшем безопасного выполнения своих профессиональных обязанностей. Под нашим наблюдением в 2012 г. в Центре реабилитации находились 1876 работников железнодорожного депо. Они были обследованы с помощью современной диагностической аппаратуры, что позволило дать оценку соматическому состоянию, уровню физической работоспособности и психофизиологическому статусу наблюдаемых.

Данные диагностики после тщательного анализа позволили составить с учетом индивидуальных особенностей каждого обследуемого комплексные программы реабилитации. В них включались физиотерапевтические процедуры, массаж, занятия на тренажерах, водные процедуры и сеансы психологической релаксации. По завершении реабилитационного маршрута проводилась оценка эффективности проведенных мероприятий путем сравнения полученных данных с исходными. Значительное улучшение психосоматического состояния было отмечено у 85% работников локомотивных бригад.

Таким образом, создание центров для лиц, относящихся к группе повышенного профессионального риска, чрезвычайно важно не только для сохранения их здоровья, но и для поддержания их профессионального долголетия.

Синдромный подход к выбору методов санаторной реабилитации пациентов с дисплазией соединительной ткани

Дубилей Г.С., Исаева А.С.

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Омск

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) характеризуется морфофункциональными изменениями со стороны многих органов и систем, что связано с наследуемыми мутациями генов, ответственных за синтез волокнистых компонентов и клеточных элементов соединительной ткани. Фенотипические признаки дисплазии проявляются в течение жизни, с годами их количество и выраженность прогрессивно нарастают. В результате пациенты с ДСТ, имея многочисленные жалобы, наблюдаются у врачей разных специальностей. Проявления ДСТ можно объединить в ряд синдромов. Это синдромы, связанные с поражением опорно-двигательного аппарата (астенический тип конституции, гипермобильность суставов, торакодиафрагмальный синдром), нервной системы (вегетативной дистонии, астенический), сердечно-сосудистой системы (клапанный, сосудистый, аритмический, метаболическая кардиомиопатия), дыхательной системы (бронхоэктазы, спонтанный пневмоторакс), пищеварительной системы (дискинезии, рефлюксы, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, птозы органов), мочеполовой системы (нефроптоз, рефлюксы, пролапсы и выпадения женских половых органов), иммунной системы (рецидивирующие заболевания инфекционного генеза, аллергические и аутоиммунные реакции) и некоторые другие. Наличие структурно-функциональных нарушений со стороны органов и систем приводит к снижению адаптационных резервов, предрасполагает к развитию соматической патологии и в дальнейшем усугубляет ее течение. На сегодняшний день продолжается поиск новых методов и подходов к лечению пациентов с ДСТ, способных остановить прогрессивность течения заболевания и улучшить качество жизни. Природные и преформированные физические факторы, кинезотерапия, психотерапия, широко используемые на санаторном этапе реабилитации, способствуют повышению адаптации организма, росту физической работоспособности и устранению различных функциональных нарушений. Однако программ реабилитации на санаторно-курортном этапе для этой категории пациентов не разработано. Учитывая многообразие проявлений ДСТ, наиболее эффективным, на наш взгляд, является синдромный подход к выбору лечебных и профилактических факторов. Составление индивидуальных комплексных программ реабилитации на санаторном этапе, с учетом проявлений ведущего диспластического синдрома и особенностей реактивности организма, а также оценка отдаленных результатов лечения являются предметом наших дальнейших исследований. Это позволит с позиций доказательной медицины выбрать наиболее эффективные и целесообразные методы санаторного лечения для этой категории пациентов.

Морфофункциональная характеристика правого и левого желудочков сердца у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Ефремушкин Г.Г., Филиппова Т.В., Честнова Ю.А.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава РФ, Барнаул

Цель. Изучить ремоделирование и гемодинамику правых и левых отделов сердца у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Обследованы 152 пациента пожилого и старческого возраста с АГ и ИБС в возрасте 65–88 лет ($78,2 \pm 0,5$ года), из них 16 женщин. Исследование проводилось с использованием эхокардиографа «Vivid 7/Vivid 7 PRO» линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7,0 МГц с разрешающей способностью 0,01 мм; сканер высокого класса от 150 ЛВ; В, М, импульсно-волновой и постоянно-волновой доплеровский режим, режимы ЦДК, ЭДК, ТДК. Определялись конечные систолические и диастолические размеры (КСР и КДР) и объемы (КСО и КДО) правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков сердца. Объемные показатели крови в желудочках определялись в конце диастолы (V_{kd}) и в конце систолы – остаточный объем крови (ООК). Кроме того, определялись ударный объем (УО) и фракция выброса (ФВ) ПЖ и ЛЖ, минутный объем циркулирующей крови. О диастолической функции желудочков судили по соотношению скоростей трансмитрального и трикуспидального потока крови (Е/А) и времени изоволюмического расслабления желудочков. Для характеристики нагрузки на малый круг кровообращения измерялось давление в легочной артерии.

Результаты. Сравнительный анализ «левого» и «правого» сердца выявил увеличение поперечного размера правого (ПП) и левого предсердия (ЛП), КДР и КСР ПЖ. Морфофункциональные показатели ЛЖ оста-

вались в пределах нормальных значений. Систолическая и диастолическая функция обоих отделов сердца была снижена. При АГ 1 и 2-й степени у исследованных лиц отмечено ухудшение диастолической и сохранение систолической функции обоих желудочков. У больных АГ 3-й степени ухудшались как систолическая, так и диастолическая функции ПЖ и ЛЖ, но более выраженными они были в ПЖ. При сочетании АГ со стенокардией напряжения (СН) изменение геометрии левых отделов сердца нарастало с увеличением функционального класса (ФК) СН. Нарушение сократительной способности миокарда было более выражено в правых отделах сердца. Диастолическая дисфункция (ДДФ) у лиц с АГ+СН II ФК наблюдалась в равной степени в правых и левых отделах сердца. С увеличением стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечено увеличение поперечного размера ПП и ЛП, а также КСР и КДР ПЖ. Систолическая дисфункция сердца нарастала от I до II Б стадии ХСН. У пациентов с АГ+ХСН I ФК на фоне увеличения размеров ПП, ЛП и ПЖ отмечались ДДФ ПЖ и ЛЖ и систолическая дисфункция ЛЖ. При АГ+ХСН III ФК наблюдалась значительная дилатация желудочков, особенно правого.

Выводы. У больных АГ+ИБС с АГ 1-й степени и ХСН I ФК в первую очередь происходит ремоделирование и ДДФ ПЖ, увеличивается ПП и ЛП и определяется ДДФ ЛЖ. С нарастанием степени АГ и ФК ХСН увеличивается систолическая и диастолическая недостаточность, более выраженная в правых отделах сердца, концентрическое ремоделирование ЛЖ трансформируется в концентрическую гипертрофию, индекс массы миокарда ЛЖ при ХСН III ФК увеличивается по сравнению с ХСН I ФК на 52%.

Особенности каротидной и аортальной жесткости у больных семейной гиперхолестеринемией

Ершова А.И.¹, Мешков А.Н.¹, Калинина М.В.², Рожкова Т.А.², Рогоза А.Н.², Балахонова Т.В.², Бойцов С.А.¹

¹ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ;

²ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава РФ

Цель. Гиперхолестеринемия – хорошо известный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, при этом влияние холестерина на эластические свойства артериальной стенки остается недостаточно изученным. Мы изучили одновременно аортальную жесткость, измеренную с помощью «золотого стандарта» оценки артериальной жесткости (определение каротидно-фemorальной скорости пульсовой волны – СПВкф) и локальную жесткость каротидных артерий, измеренную с помощью метода высокого разрешения эхо-треккинга у ранее не получавших гиполипидемическую терапию больных семейной гиперхолестеринемией (СГХС) и их родственников первой степени родства, в том числе в различных возрастных диапазонах (10–17, 18–29, 30–49, 50–69 лет).

Материалы и методы. В исследование были включены 66 больных СГХС (10–66 лет), ранее не получавших статины, и 57 их родственников первой степени родства без диагностированной СГХС (11–61 год). СПВкф оценивалась с помощью прибора SphygmoCor (AtCor, Сидней, Австралия). Показатели локальной жесткости каротидных артерий оценивались при дуплексном сканировании методом эхо-треккинга (Aloka Prosound Alpha7, Токио, Япония); измерения проводились в 1 см от бифуркации обеих общих сонных артерий и вычислялись средние значения параметра жесткости (β), модуля упругости Петерсона (Ер) и скорости распространения пульсовой волны в области локации датчика (PWV β). Статистический анализ проводился с помощью критерия Манна–Уитни, данные представлены в виде медианы (25–75 процентиль).

Результаты. Группы сравнения статистически не отличались по возрасту, полу, уровню систолического артериального давления.

СПВкф достоверно не различалась между группами: 6,76 (6,0–7,92) и 6,48 (6,16–7,12) м/с соответственно в группе больных и их родственников, $p=0,138$. β , Ер и PWV β были достоверно выше в группе больных: β [6,2 (4,7–8,5) и 5,1 (4,1–6,2) в группе больных и их родственников соответственно, $p=0,005$]; Ер [75 (53–113) и 58 (48–76) кПа, $p=0,006$]; PWV β [6,76 (6,0–7,92) и 6,48 (6,16–7,12) м/с, $p=0,005$].

СПВкф достоверно не отличалась у больных СГХС и их родственников в различных возрастных диапазонах. β , Ер и PWV β были достоверно выше в группе больных в возрастном диапазоне 30–49 лет [β : 6,9 (5,9–8,2) и 5,9 (5,0–6,9) в группе больных и их родственников соответственно, $p=0,037$; Ер: 82 (68–111) и 70 (60–83) кПа, $p=0,027$; PWV β : 5,6 (5,2–6,4) и 5,1 (4,7–5,6) м/с, $p=0,015$] и достоверно не отличались в возрастных диапазонах 17–29 и 50–69 лет. Мы получили, что у больных СГХС СПВкф и PWV β достоверно увеличиваются с возрастом. Мы оценили прирост СПВкф и PWV β в группе больных относительно результатов, полученных в контрольной группе, в различных возрастных диапазонах, и получили, что с 30 лет жесткость каротидных артерий растет быстрее, чем жесткость аорты.

Выводы. У ранее не леченных больных СГХС по сравнению с их родственниками без диагностированной СГХС достоверно выше показатели локальной жесткости каротидных артерий, в то время как для показателя региональной жесткости различия не получены. У больных СГХС жесткость и аорты, и каротидных артерий увеличивается с возрастом, но возрастная динамика жесткости аорты и каротидных артерий различается: с 30 лет жесткость каротидных артерий растет быстрее, чем жесткость аорты.

Применение фондапаринукса у пациентов с инфарктом миокарда без подъема сегмента *ST*

Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.¹, Фахретдинова Е.Р.¹, Мухамедрахимова А.Р.¹, Кильмаматова В.В.², Прудько Е.Л.¹, Гадельшина М.Ф.², Еникеева А.Р.¹, Исмагилова Э.Ф.²

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа.

Цель. Оценить эффективность и безопасность назначения фондапаринукса больным с инфарктом миокарда без подъема сегмента *ST*.

Материал и методы. В исследование были включены 43 человека, перенесших острый инфаркт миокарда без подъема сегмента *ST* и находившихся на лечении в Республиканском кардиологическом диспансере, среди них мужчин 25 (58%) человек, а женщин 18 (42%). Средний возраст пациентов 53±6,6 года. Инфаркт миокарда передней локализации был выявлен у 26 (60%) человек, а нижней – у 17 (40%). Повторный инфаркт миокарда перенесли 17 больных. Всем больным проведены ЭхоКГ, динамика и мониторингирование ЭКГ, лабораторные исследования в соответствии со стандартами. Схема лечения кроме ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, статинов в высоких дозах (розувастатин 40 мг или аторвастатин 80 мг), β-блокаторов, нитратов по потребности, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагонистов рецепторов ангиотензина включала в себя фондапаринукс в дозе 2,5 мг 1 раз в день подкожно. Лечение фондапаринуксом начиналось как можно раньше после установления диагноза и продолжалось в течение 8 дней или до выписки пациента из стационара. В исследование не включались пациенты с почечной и печеночной недостаточностью.

Результаты. У всех пациентов в процессе лечения были отмечены закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, хорошее самочувствие. Было выявлено, что применение фондапаринукса в дозе 2,5 мг не влияет на результаты обычных коагуляционных тестов, таких как АЧТВ, активированное время свертывания, протромбиновое время и МНО в плазме крови, время кровотечения и фибринолитическая активность также остаются в пределах нормы. Нами была выявлена хорошая переносимость фондапаринукса. Не было обнаружено кровотечений, также больные не предъявляли жалоб на повышенную кровоточивость десен. Побочных действий, требующих отмены препарата, в нашем исследовании выявлено не было.

Выводы. Таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда без подъема сегмента *ST* фондапаринукса как можно раньше – эффективно и безопасно.

Типичные ошибки, допускаемые при диагностике и лечении больных с острым инфарктом миокарда

Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.², Закирова Н.Э.¹, Фахретдинова Е.Р.², Хамидуллина Р.М.²

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение дают возможность существенно снизить летальность и инвалидизацию больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Цель. Выявить наиболее типичные ошибки в диагностике и лечении ИМ. Нами были изучены 200 случайно выбранных историй болезни пациентов, выписанных с диагнозом ИМ из стационаров города Уфы, в том числе мужчин 119 (60%) человек, женщин – 81 (40%). Средний возраст больных составил 54,7±8,1 года.

Материал и методы. Нами оценивались своевременность и обоснованность диагноза по данным собранного анамнеза, физикальных методов обследования, методов электрокардиографического (ЭКГ) и ультразвукового исследования сердца, лабораторных данных, уделялось особое внимание определению тропонинов, коронароангиографии (КАГ). Эффективность лечения оценивалась по соответствию их современным рекомендациям по лечению ИМ.

Результаты. При проведении комплексного анализа стационарного обследования нами выявлено, что диагноз ИМ был подтвержден у 192 (96%) больным, при этом всем больным выполнены все стандарты диагностики. Ошибки диагностики были связаны с неверной интерпретацией данных ЭКГ, когда за острую патологию принимались рубцовые изменения, аневризма левого желудочка или полная блокада левой ножки пучка Гиса. У 4 пациентов диагноз был выставлен лишь перед выпиской. Анализируя адекватность проводимого лечения, была выявлена недооценка врачами эффективности тромболитической терапии. Из 86 больных, которым тромболизис был показан, его провели лишь 34, что составляет 40%. Наиболее часто встречаемая ошибка – назначение низких доз статинов, их назначали в высоких дозах лишь 32% больных. Обезболивание в 32 (16%) случаях проводилось анальгином или баралгином. Имели место замена нефракционированного гепарина на низкомолекулярный и, наоборот, необоснованное назначение пролонгированных нитратов. Не уделялось должного внимания лечебной физкультуре. В то же время в назначениях встречались мелдронат, витамины, эуфиллин, в целях повышения артериального давления использовали в 15 случаях гормоны. Необходимо отметить, что при этом во всех историях были назначены ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, статины, гепарины.

Выводы. Таким образом, типичные и наиболее значимые ошибки в диагностике и лечении ИМ связаны с недостаточной кардиологической практикой врачей, оказывающих помощь при ИМ.

Применение бисопролола у пациентов с ишемической болезнью сердца

Закирова А.Н.², Фаткуллина З.С.², Мамлеева Н.А.¹, Хузина А.К.², Хамидуллина Р.М.¹,
Фахретдинова Е.Р.¹

¹Республиканский кардиологический диспансер, Уфа;

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность препарата Коронал у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Были обследованы 65 больных ИБС. Средний возраст $64,2 \pm 7,2$ года. Среди пациентов были 46% мужчин и 54% женщин. В схему лечения пациентов кроме ацетилсалициловой кислоты, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или антагонистов рецепторов ангиотензина, статинов входил β -блокатор бисопролол. В течение 16 нед все больные получали бисопролол однократно утром в дозе 5–10 мг. Доза подбиралась индивидуально. Терапевтический эффект бисопролола контролировался путем измерения пульса в течение дня, изучалось влияние на качество жизни путем регистрации приступов стенокардии в неделю. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту и полу, в схему лечения которых входили другие β -блокаторы. Эффективность лечения оценивалась по интенсивности ангинозных болей.

Результаты. До лечения у 19% пациентов отмечалось более 20 приступов стенокардии в неделю, у 14% – 11–20, у 14,5% – 6–10, у 33,5% – 3–5, у 19% – 1–2 приступа стенокардии в неделю. Через 4 мес отмечалась выраженная положительная динамика: ни у одного из пациентов не было зафиксировано более 20 приступов стенокардии в неделю. У 13% пациентов отмечалось 11–20 приступов стенокардии в неделю, у 10% – 6–10, у 10% – 3–5, у 25% – 1–2 приступа стенокардии в неделю. Приступы стенокардии были полностью устранены у 42% пациентов. У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений. По данным мониторингирования ЭКГ средняя частота сердечных сокращений достигала в среднем 70 уд/мин (в том числе у больных с фибрилляцией предсердий). По сравнению с контрольной группой достоверно реже выявлялись нарушения ритма, такие как экстрасистолия, синусовая тахикардия. Выявлена тенденция к уменьшению пароксизмов наджелудочковой тахикардии, мерцательной аритмии. Артериальное давление снизилось и оставалось на уровне ниже 140/90 мм рт. ст. В отличие от контрольной группы не требовалось назначения дополнительных гипотензивных препаратов. Это свидетельствует о повышении качества жизни и подтверждает высокую эффективность препарата.

Выводы. Нами была выявлена хорошая переносимость бисопролола. Побочных действий, требующих отмены препарата, в нашем исследовании выявлено не было. Отсутствие приступов стенокардии, удовлетворительное самочувствие позволяли раньше начать расширение двигательного режима по сравнению с контрольной группой, что в дальнейшем положительно влияет на прогноз. Таким образом, бисопролол – эффективный β -блокатор, который не вызывает метаболических нарушений и улучшает качество жизни больных ИБС.

Ремоделирование левых отделов сердца у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий

Закирова А.Н., Абдюкова Э.Р., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследованы 111 больных ХСН I–IV функционального класса (ФК) ишемической этиологии, которые в зависимости от наличия ФП и ФК ХСН разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 26 больных ХСН I–II ФК без ФП; 2-ю группу составили 28 больных ХСН I–II ФК с ФП; в 3-ю группу вошли 27 пациентов с ХСН III–IV ФК без ФП; 4-ю группу составили 30 больных ХСН III–IV ФК с ФП. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Состояние внутрисердечной гемодинамики исследовали по данным эхокардиографии с оценкой линейных и объемных показателей ЛЖ и ЛП, индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ и индекса объема ЛП (ИО ЛП), изучали параметры ремоделирования ЛЖ и ЛП.

Результаты. Установлено, что объемные параметры ИММЛЖ у больных ХСН I–II ФК без ФП имели тенденцию к повышению по сравнению с контролем. По мере увеличения ФК ХСН и присоединения ФП отмечено значимое возрастание объемных показателей и ИММЛЖ, снижение фракции выброса ЛЖ на фоне уменьшения относительной толщины стенки, увеличения миокардиального стресса и индекса сферичности (ИС) ЛЖ. Наиболее существенная геометрическая перестройка ЛЖ, характеризующаяся снижением сократительной функции и дилатацией ЛЖ, развитием сферификации ЛЖ, зарегистрирована у пациентов с ХСН III–IV ФК при наличии ФП. Одновременно выявлено, что при наличии ФП даже у больных с начальными проявлениями ХСН (I–II ФК) имеется значимое возрастание переднезаднего, поперечного и продольного размеров ЛП. Максимальные значения морфометрических параметров ЛП достигнуты у пациентов с ХСН III–IV ФК с ФП. Показатель ИС ЛП у больных ХСН независимо от ФК ХСН при отсутствии нарушений ритма имел лишь тенденцию к его снижению, а присоединение ФП способствовало значимому возрастанию его значений и выраженной сферификации ЛП у пациентов с ХСН III–IV ФК. Показатель ИО ЛП значимо увеличивался у пациентов с ФП как при наличии I–II, так и III–IV ФК ХСН. Максимальные значения ИО ЛП выявлены у больных ХСН III–IV ФК при наличии ФП.

Выводы. Процессы ремоделирования ЛЖ и ЛП у больных ИБС сопряжены с тяжестью течения ХСН и наличием ФП. Наиболее существенная структурно-геометрическая перестройка левых отделов сердца установлена у больных ИБС, осложненной ХСН III–IV ФК с ФП.

Гемодинамические и эндотелийпротективные эффекты карведилола у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий

Закирова А.Н., Абдюкова Э.Р., Закирова Н.Э., Николаева И.Е.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Определить гемодинамические и эндотелийпротективные эффекты карведилола у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза при наличии фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. В исследование включены 77 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной ХСН II–III функционального класса (ФК) и ФП, которые рандомизированы на 2 сопоставимые группы. В 1-ю группу вошли 40 пациентов, получавших карведилол (акридиллол, Акрихин), во 2-ю – 37 больных, принимавших метопролол (эгилок, Эгис). Длительность лечения составила 24 нед. Исследование внутрисердечной гемодинамики проведено методом эхокардиографии, анализировали структурно-геометрические параметры левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП). Адгезивную функцию эндотелия исследовали по уровням растворимых молекул межклеточной адгезии (s VCAM-1 и s E-селектина) иммуноферментным методом.

Результаты. Применение β -адреноблокаторов в течение 24 нед существенно улучшило клиническое состояние больных, сопровождалось снижением ФК ХСН и стабилизацией гемодинамики. При длительном применении карведилола значимо уменьшились объемные параметры и индекс массы миокарда ЛЖ, возросла фракция выброса и снизился миокардиальный стресс ЛЖ, появилась тенденция к сохранению эллипсоидной формы ЛЖ. Кроме того, у больных, пролеченных карведилолом, отмечено значимое уменьше-

ние переднезаднего и поперечного размеров ЛП, снизился индекс объема ЛП и индекс сферичности ЛП. У пациентов, получавших метопролол, зарегистрирована лишь тенденция к уменьшению показателей внутрисердечной гемодинамики.

Карведилол при длительном приеме оказывал не только благоприятные гемодинамические эффекты, но и существенное воздействие на адгезивную функцию эндотелия: уровни молекул межклеточной адгезии s VCAM-1 и s E-селектина снизились на 25 и 36,9% по сравнению с исходными данными, что было значительно ниже показателей, полученных при лечении метопрололом.

Выводы. Длительная терапия карведилолом у больных ИБС, осложненной ХСН с ФП, замедляет процессы ремоделирования левых отделов сердца и восстанавливает нарушения адгезивной функции эндотелия.

Особенности течения инфаркта миокарда у мужчин пожилого возраста

Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.², Фаткуллина З.С.², Фахретдинова Е.Р.², Мамлеева Н.А.¹, Туктарова Ф.С.¹

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Цель. Выявить особенности развития, клиники, диагностики острого инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин старше 65 лет.

Материал и методы. Нами обследованы 30 мужчин в возрасте 69±6,8 года, у которых был выявлен острый ИМ. В группу сравнения вошли 20 мужчин с ИМ, не достигшие 65 лет (средний возраст 49±6,3 года). Среди пациентов старшего возраста на учете с гипертонической болезнью состояли 26 человек, в контрольной группе – 12, с сахарным диабетом – 17 (в том числе впервые выявленным – 2) и 3 соответственно. При анализе данных анамнеза было выявлено, что у лиц пожилого возраста развитию ИМ чаще, чем у лиц среднего возраста, предшествовали прогрессирующая стенокардия и усиление проявлений сердечной недостаточности. Кроме того, у 7 пожилых пациентов был диагностирован бессимптомный вариант ИМ, в то время как в группе сравнения такой пациент был только один. Также количество пациентов, которые уже перенесли один или несколько инфарктов, среди лиц пожилого и тем более старческого возраста было выше, чем в контрольной группе (19 и 2 соответственно). Нами обнаружено, что нерегулярный прием лекарственных препаратов или отказ от лечения являлся провоцирующим фактором развития острого ИМ у 6 больных, в то время как у лиц среднего возраста такая причина никем не была указана.

Результаты. Нами было выявлено, что течение ИМ у большинства лиц старческого возраста (60%) было обычно тяжелое, сопровождалось развитием острой сердечной недостаточности, тяжелых аритмий, тромбоэмболий, кардиогенного шока. У молодых пациентов тяжелые осложнения встречались реже – лишь у 25%. Затрудняли установление диагноза и скудность изменений на ЭКГ, поздняя ЭКГ-динамика. Поэтому особое значение в диагностике ИМ у пожилых приобретают лабораторные методы исследования: выявление повышенного уровня тропонина, МВ-фракции креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы-1, и оказывают большую помощь в диагностике острого ИМ, выступая критерием постановки диагноза у 50–60% больных в острый период.

В лечении лиц старшего возраста применялись те же препараты, что и у молодых: ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, β-блокаторы, нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины, верошпирон, лишь в меньших дозах. Высокотехнологичные методы лечения ИМ (ЧКВ, тромболизис) у пожилых использовались реже, чем в группе сравнения (у 6 и 14 больных соответственно) из-за обилия противопоказаний.

Выводы. Таким образом, лица старческого возраста требуют особого внимания, потому что начало ИМ нередко принимается за обострение одного из хронических заболеваний, поскольку характеризуется высокой частотой безболевых форм. Это приводит к задержке назначения ЭКГ и лабораторной диагностики, поздней госпитализации, высокой частоте развития осложнений.

Сравнительная характеристика ишемической болезни сердца у женщин и мужчин

**Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.², Фахретдинова Е.Р.², Фаткуллина З.С.¹, Агзамова Л.Ф.²,
Мамлеева Н.А.¹, Туктарова Ф.С.¹**

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают чаще мужчины. Из 504 больных ИБС, пролеченных в 1-м кардиологическом отделении Республиканского кардиологического диспансера, женщины составили лишь 31% (157 человек). Средний возраст пациенток составил $62 \pm 6,8$ года, что выше, чем средний возраст мужчин, который составил $54 \pm 8,9$ года. Среди обследованных женщин 136 (87%) страдали гипертонической болезнью, а 36 (23%) пациенток состояли на учете у эндокринолога с сахарным диабетом. У обследованных мужчин эти показатели были ниже – 222 (64%) и 48 (14%) соответственно. Инфаркт миокарда перенесли 96 (28%) мужчин и 25 (25%) женщин. Кроме того, из сопутствующих заболеваний часто встречались цереброваскулярные заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, заболевания щитовидной железы, язвенная болезнь желудка.

Мужчины предъявляли в основном жалобы на загрудинные боли, возникающие при ходьбе или иной физической нагрузке, купирующиеся в покое или после приема нитроглицерина. Жалобы женщин носили несколько иной характер. Женщины чаще рассказывают об одышке и разнообразных болях, больше напоминающих кардиалгии, возникновение болей связывают не только с физической, но и с эмоциональной нагрузкой. Как правило, женщины плохо переносят нитраты, зато чаще используют валидол или корвалол. Диагностика ИБС у женщин тоже имела свои особенности. Например, у женщин уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности был несколько выше, чем у мужчин. Изменения на ЭКГ в виде гипертрофии левого желудочка, нарушения реполяризации и др. чаще встречались у мужчин. При проведении холтеровского мониторирования ЭКГ значимая депрессия сегмента *ST* у женщин выявлялась чаще, чем у мужчин. Различные нарушения ритма встречались с примерно одинаковой частотой в обеих группах. По данным ЭхоКГ у мужчин выявлены достоверно большие размеры камер сердца, что может быть связано с особенностями анатомии, так как существенных различий при определении фракции выброса не выявлено. При проведении коронароангиографии обнаружены изменения коронарных артерий у мужчин в 52% случаев, а у женщин – в 29%. При этом у женщин реже встречалось многососудистое поражение коронарных артерий, чем у мужчин.

Таким образом, клиника и диагностика ИБС у женщин имеет ряд особенностей, поэтому требует большего внимания при оценке жалоб и интерпретации результатов обследования.

Маркеры фиброза миокарда у женщин с артериальной гипертонией и метаболическим синдромом

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Исследовать содержание маркеров фиброза миокарда: проматаллопротеиназы (ПроММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназы (ТИМП-1) у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. В исследование включены 108 женщин, страдающих АГ 2–3-й степени и МС. Все пациентки с АГ и МС были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела: 1-я группа с избыточной массой тела ($n=36$), 2-я – с ожирением 2-й степени ($n=38$), 3-я – с ожирением 3-й степени ($n=34$). В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин-добровольцев. Исследование содержания ПроММП-1 и ТИМП-1 проводили иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что у больных АГ и МС (общая группа) средний уровень ПроММП-1 был в 2,7 раза выше по сравнению с контролем ($p<0,001$). У лиц с избыточной массой тела содержание ПроММП-1 имело тенденцию к повышению по сравнению с данными здоровых лиц ($p>0,05$) (рис. 1). Концентрация ПроММП-1 у лиц с ожирением 2-й степени значимо увеличилась на 62,7% по сравнению с контролем и на 39,7% превысила данные пациенток с избыточной массой тела ($p<0,05$). Максимальные значения ПроММП-1 достигнуты у женщин с ожирением 3-й степени: их значения выросли по сравнению с контролем в 2,7 раза и в 2,3 раза превысили параметры лиц с избыточной массой тела ($p<0,05$). Величина ПроММП-1 у женщин с АГ и ожирением 3-й степени существенно отличалась от показателей пациенток с ожирением 2-й степени (69,1%; $p<0,05$). У больных АГ и МС (общая группа) средняя концент-

рация ТИМП-1 составила $275,7 \pm 11,6$ нг/мл и имела тенденцию к снижению по сравнению с контролем ($p > 0,05$). Однако при сравнительной оценке содержания ТИМП-1 у больных АГ и МС с разной степенью ожирения установлено, что возрастание ожирения ассоциировалось со значимым снижением параметров ТИМП-1, концентрация которого была минимальна при ожирении 3-й степени. В то же время у больных с избыточной массой тела отмечено существенное превышение его значений при сопоставлении с данными здоровых лиц. Причем, возрастание уровня ТИМП-1 происходило на фоне контрольных показателей ПромПП-1.

Выводы. Развитие абдоминального ожирения у пациенток с АГ и МС взаимосвязано с дисбалансом в системе ПромМП-1 и ТИМП-1, который выявляется уже при избыточной массе тела при контрольных значениях ПромМП-1. Развитие ожирения 3-й степени у этих женщин характеризуется гиперактивацией ПромМП-1 на фоне неадекватно низкого прироста его тканевого ингибитора.

Применение ивабрадина у пациентов, перенесших инфаркт миокарда

Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.², Денисова И.Д.², Фахретдинова Е.Р.², Хамидуллина Р.М.²

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения ивабрадина у пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. В исследование включены 36 пациентов, в том числе мужчин 29 человек, женщин – 7, страдавших ишемической болезнью и перенесших инфаркт миокарда. Средний возраст больных составил $54,7 \pm 8,1$ года. У всех пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, что было подтверждено данными ЭКГ, ЭхоКГ и коронароангиографии. Признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II стадии (отеки на ногах, увеличение печени, застойные изменения в легких, снижение глобальной сократимости) имелись лишь у 10 пациентов. При ЭКГ-исследовании были выявлены синусовая тахикардия со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) $86 \pm 6,8$ уд/мин, критерием исключения были нарушения ритма, такие как парные желудочковые и предсердные экстрасистолы, короткие пробежки наджелудочковой и желудочковой тахикардии. По данным ЭхоКГ-исследования обнаружено увеличение полости левого желудочка, незначительное снижение сократительной способности его миокарда (фракция выброса левого желудочка составила в среднем $45 \pm 5,7\%$). Все пациенты имели нормальное или пониженное артериальное давление, что не позволяло использовать β -блокаторы в рекомендованных дозах. Все пациенты получали лечение, в которое были включены ацетилсалициловая кислота, статины, ингибиторы АПФ, β -блокаторы и ивабрадин 5 мг 2 раза в день. У 7 (15%) пациентов дозировка ивабрадина была увеличена до 7,5 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и клинической переносимости. После выписки через 3 мес всем пациентам были амбулаторно проведены повторные холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты. Через 2 нед после лечения у пациентов выявлено достоверное снижение ЧСС на $10,3 \pm 4,1$ уд/мин, не регистрировалось учащение уже имевшихся нарушений ритма. Через 3 мес после начала лечения у всех пациентов по данным холтеровского мониторирования была достигнута ЧСС ниже 70 уд/мин, снизилось число желудочковых экстрасистол на 50%, в том числе на 90% – высоких градаций. На ЭхоКГ выявлено увеличение фракции выброса на $1,9 \pm 0,78\%$. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, повышение толерантности к физической нагрузке. Побочных эффектов, требовавших отмены ивабрадина, в исследовании не зарегистрировано.

Выводы. Назначение ивабрадина в терапевтической дозировке от 5,0 до 7,5 мг 2 раза в день в комбинации с β -блокаторами и другими препаратами, рекомендованными для лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда, хорошо переносится и приводит к достоверному снижению ЧСС, уменьшению проявлений ХСН и улучшению функции левого желудочка. Ивабрадин может быть включен в медикаментозную реабилитацию больных, перенесших инфаркт миокарда.

Применение непрямых антикоагулянтов при фибрилляции предсердий у пациентов пожилого и старческого возраста

Закирова А.Н.¹, Николаева И.Е.², Фахретдинова Е.Р.², Денисова И.Д.², Агзамова Л.Ф.¹

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа;

²Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность назначения антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 48 больных, из них 29 мужчин и 19 женщин. Все пациенты были разделены на две группы – 30 человек пожилого (средний возраст $66 \pm 4,1$ года) и старческого возраста (средний возраст $79 \pm 4,0$ года). Причиной ФП у всех пациентов была ишемическая болезнь сердца. Стаж ФП колебался от 1 года до 15 лет. 7 пациентов имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Всем пациентам проводилось обследование, включающее в себя ЭхоКГ и чреспищеводную ЭхоКГ. Критерием исключения были выраженные нарушения функции печени, почек, когнитивные нарушения и высокая степень сердечной недостаточности. При мониторинговании ЭКГ выявлены постоянная форма ФП, тахи- и нормосистолическая форма, редкие желудочковые экстрасистолы. Всем пациентам проводилось лечение β -блокаторами, ингибиторами АПФ, АРА, нитратами, статинами в рекомендованных дозах. Антикоагулянтная терапия проводилась варфарином в индивидуально подобранной дозе с поддержанием МНО в интервале от 2,0 до 3,0.

Результаты. Все пациенты хорошо переносили лечение. У 8 больных наблюдалось усиление отечности и кровоточивости десен, у 2 – наличие крови в моче, у 2 – носовые кровотечения. При этом в группе больных пожилого возраста у 3 человек выявлено усиление кровоточивости десен, остальные осложнения – в группе лиц старческого возраста. При снижении дозы препарата состояние пациентов нормализовалось. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, в исследовании не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, применение варфарина у пациентов пожилого и старческого возраста с ФП эффективно и безопасно. В связи с большим количеством осложнений у лиц старческого возраста терапия непрямыми антикоагулянтами возможна при условии использования менее активного режима дозирования и тщательного лабораторного контроля.

Мультиспиральная компьютерная томография и селективная коронарная ангиография в диагностике коронарного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца

Закирова А.Н., Николаева И. Е., Жамалов Л.М., Малышев П.П.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Оценить сопоставимость результатов проведения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) коронарных артерий и инвазивной коронарной ангиографии у больных ишемической болезнью сердца и определить возможность применения данного метода для скрининга в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Обследованы 32 пациента с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса в возрасте 43–73 лет (средний возраст $58,4 \pm 9,31$ года). У 14 пациентов был в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. МСКТ проводили на аппарате фирмы «Toshiba», с толщиной выделяемого среза 0,5 мм при внутривенном введении контрастного препарата «Ультравист 370» в объеме 80 мл. Селективную коронарную ангиографию выполняли на рентгеновской установке «Philips Integris Allura» со стандартным программным обеспечением. Сравнение показателей степени стеноза проводилось по артериям посегментарно. За значимые принимали стенозы более 50%. Было исследовано 384 сегмента, 24 сегмента не были включены в анализ из-за артефактов.

Результаты. При проведении коронарной ангиографии значимые стенозы выявлены в 104 (28,9%) из 360 сегментов коронарных сосудов. При использовании МСКТ данный показатель составил 96 (26,7%) значимых стенозов коронарных артерий.

По результатам проведения инвазивной ангиографии в 256 (71,1%) сегментах значимых стенозов не обнаружено, а при использовании МСКТ значимые стенозы не были выявлены в 238 (66,1%) сегментах. В 14 (3,9%) случаях стенозы, выявленные при МСКТ, не были подтверждены данными коронарной ангиографии; в 12 (3,3%) случаях стенозы не были диагностированы из-за плохого качества изображения. При сопоставлении результатов МСКТ при различных типах бляшек в ряде случаев обнаружилось тенденции к переоценке степени стеноза при наличии кальцинатов.

Выводы. Диагностическая ценность МСКТ коронарных артерий сопоставима с таковой при проведении инвазивной коронароангиографии. Представляется возможным использование данного метода в амбулаторных условиях для проведения скрининговых исследований.

Возможности мультиспиральной компьютерной томографии в оценке кальциноза коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Ермолаев Е.Н., Анисимова Е.В., Темирова Л.В.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Оценить выраженность атеросклеротического процесса в зависимости от степени кальциноза коронарных артерий (КА) по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материал и методы. В исследование включены 25 пациентов в возрасте от 52 до 80 лет со стабильной стенокардией II–III функционального класса в сочетании с артериальной гипертонией. При обследовании пациентов изучали жалобы, анамнез, наличие факторов риска (ФР), проводили физикальное обследование, определяли показатели роста и массы тела. Оценивали липидный спектр, уровень креатинина сыворотки крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта–Гаулта. Выраженность кальциноза коронарных артерий определяли с помощью МСКТ в высокоразрешающем режиме с использованием контрастного вещества; кальциевый индекс (КИ) подсчитывался по методу Агатстона. С учетом клинической значимости выделялось 5 диапазонов значения КИ (от очень низкого до очень высокого). Функцию почек оценивали по данным радиоизотопной ренографии.

Результаты. Высокий и очень высокий КИ ассоциировался с большей частотой встречаемости таких ФР, как отягощенная наследственность (60%), ожирение (64% пациентов, преимущественно женского пола) и курение. У курящих мужчин выявлены более высокие уровни атерогенных фракций холестерина (ХС) по сравнению с некурящими. По мере прогрессирования степени коронарного кальциноза отмечено значимое возрастание уровня общего ХС, ХС липопротеидов низкой и очень низкой плотности. При исследовании функции почек выявлены снижение СКФ и замедление фазы выделения по данным изотопной ренографии. При оценке коронарного русла в группе больных с высоким и очень высоким КИ чаще встречались гемодинамически значимые стенозы КА. Максимальное количество пораженных КА (от 3 до 6 сегментов) выявлено у пациентов с КИ выше 400.

Выводы. Повышение степени коронарного кальциноза ассоциируется с увеличением степени стенозирующего поражения коронарного русла. МСКТ как информативный метод оценки коронарного атеросклероза может быть использована в скрининге ишемической болезни сердца в амбулаторной практике.

Оценка факторов риска и приверженность профилактике больных после перенесенного инфаркта миокарда

Замотаев Д.Ю.
Клинический санаторий «Архангельское», Московская область

После перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) продолжают действовать факторы риска ишемической болезни сердца (ИБС), которые влияют на возобновление и течение заболевания.

Цель. Обследовано две группы пациентов, лечившихся в разные периоды после перенесенного ИМ.

Материал и методы. В 1-ю группу вошли 120 пациентов, проходивших реабилитацию спустя 3–4 нед после ИМ, во 2-ю – 100 пациентов, лечившихся в санатории через 1,5 года после ИМ. Наблюдаемые пациенты – мужчины в возрасте от 42 до 60 лет (средний возраст $54,7 \pm 3,8$ года).

Результаты. В 1-й группе длительность заболевания ИБС менее 1 года была у 12,5% больных (во 2-й – 10,0%), от 1 года до 5 лет – у 35,8% (во 2-й – 34,0%) и свыше 5 лет – у 51,6 и 56,0% соответственно. Среди психотравмирующих ситуаций наиболее часто отмечались: высокое эмоциональное напряжение на работе, серьезные материальные проблемы, конфликты в семье, тяжелые заболевания и смерть родных. При этом на пережитые в течение предшествующего периода развития инфаркта стрессовые ситуации указали в 1-й группе более 81,6% (во 2-й – 84,0%) обследуемых. Анализ психотравмирующих ситуаций свидетельствовал, что хронические профессиональные факторы выявлены в 1-й группе у 61,7% (во 2-й – у 65,0%), семейно-бытовые – у 23,3% (во 2-й – 21,0%), ситуационные – 15,0 и 14,0% соответственно, но при этом смешанные ситуации оказывали отрицательное влияние у 93,4 и 92,0% пациентов. Установлено, что у 35,8 и 36,0% лиц переносимость

физической нагрузки оказалась низкой, что влияло на их социальную активность. Представляет интерес частота распределения факторов риска, с которыми связано развитие заболевания. В обеих группах выявлена отягощенная наследственность по раннему развитию ИБС: в 1-й группе 76,6% больных, во 2-й – 72,0%. При оценке факторов риска впечатляет высокая связь с наследственностью и типом поведения А, которая с одинаковой частотой (около 70%) встречалась в исследуемых группах. Анализ социокультурных факторов свидетельствовал о высокой распространенности курения и злоупотребления алкоголем. Среди исследуемых число курящих в 1-й группе составило 85,0% (во 2-й – 86,0%), злоупотребляющих алкоголем – 55,8% (53,0%). Распространенность ожирения среди пациентов выявлена у 46,7% (48,0%), из них более 1/2 оказались в возрастной группе 46–50 лет. Таким образом, среди основных факторов риска наряду с эмоциональным перенапряжением на работе наиболее часто встречались курение, злоупотребление алкоголем, ожирение.

Выводы. Независимо от сроков перенесенного ИМ у большинства пациентов сохраняется и продолжает действовать значительное число факторов риска. Следует отметить наличие социокультурных факторов риска, что свидетельствует о явно недостаточном уровне знаний.

Анализ самооценки состояния и степени информированности о заболевании после перенесенного инфаркта миокарда

Замотаев Д.Ю.

Клинический санаторий «Архангельское», Московская область

При проведении реабилитации больных после инфаркта миокарда (ИМ) необходимо уделять большое внимание вопросам информированности пациентов о своем заболевании. В связи с этим важным фактом явилось исследование самооценки респондентами своего здоровья как критерия качества их жизни. Учет этой особенности важен для повышения эффективности взаимодействия врача и пациента, а также определения тактики проводимых мероприятий.

Цель. Обследованы 120 пациентов, проходивших реабилитацию спустя 3–4 нед после ИМ. Оценка функционального состояния, степень информированности о своем заболевании, анализ мотивов проводились по методике медико-социального анкетирования.

Результаты. Анализ самооценки, проведенный на основе анкетирования спустя 3 нед после перенесенного ИМ, свидетельствовал, что свыше 70% пациентов оценили свое состояние как удовлетворительное, в то же время 18% – как неудовлетворительное, что соответствует объективным данным обследования. Выяснено, что на профессиональные факторы, отрицательно влияющие на здоровье, указывают 61,7% пациентов, пониженную мотивацию к ведению здорового образа жизни (отсутствие силы воли) – около 50%, вредные привычки – 85,0%, наконец, отсутствие веры в здоровый образ жизни присуще 15,8% пациентов. Пациенты имели преимущественно низкий уровень информированности о заболевании, а также сниженную мотивацию к самостоятельному поиску соответствующей информации о болезни. Как именно нарушается деятельность сердца после перенесенного ИМ, смогли сообщить лишь пациенты, имеющие медицинское образование, – 5 (6,5%) человек. Выяснено, что для 48,3% наиболее приемлемой формой обучения является беседа с врачом, а 21,6% респондентов отдавали предпочтение чтению популярной медицинской литературы. В 42% случаев пациентов интересовали методы лечения; профилактика заболевания важна была лишь для 17% респондентов; 15% опрошенных хотели бы знать больше о причинах заболевания; 13% – о правилах самоконтроля, режиме дня, физической активности; 8% – о методах диагностики и 3% респондентов ничто не интересует. Анализ обобщенной оценки степени информированности пациентов позволил выделить три подгруппы:

- 1) адекватно информированные пациенты – 26 (21,6%) человек имели представления о рекомендуемом образе жизни при ишемической болезни сердца;
- 2) частично информированные – 69 (57,5%) пациентов смогли назвать диагноз, некоторые принимаемые препараты, в общих чертах;
- 3) неинформированные – 25 (20,9%) пациентов испытывали сложности в припоминании анамнеза, характера проводимой терапии, суть заболевания описывали лишь фрагментарно.

Выводы. Полученные результаты подтверждают достаточно низкую мотивацию пациентов к влиянию на течение своего заболевания. Требуется активная психотерапевтическая поддержка пациентов при проведении реабилитационных мероприятий.

Итоги и проблемы кардиореабилитации в центре сердечной медицины «Черная речка»

Зобенко И.А., Мисюра О.Ф., Карпухин А.В., Шестаков В.Н.

ЗАО «Санаторий «Черная речка», Санкт-Петербург

В 2012 г. в санатории «Черная речка» прошли курс реабилитации 1312 больных инфарктом миокарда, 812 больных – после коронарного шунтирования и 837 больных – после стентирования коронарных артерий.

Медикаментозная терапия является одной из важнейших частей многокомпонентного процесса кардиореабилитации и должна соответствовать современным стандартам, разработанным на основе принципов доказательной медицины. Несоблюдение современных рекомендаций рассматривается как самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. Анализ медикаментозной терапии продемонстрировал, что она практически соответствует стандартам как в плане ее построения, так и в отношении рекомендуемых доз. В настоящее время всем коронарным больным назначаются β -адреноблокаторы и статины. У большинства больных в короткие сроки достигаются целевые уровни гемодинамических показателей. Всем больным после острых коронарных событий назначается «двойная» антиагрегантная терапия и в отдельных случаях – трехкомпонентная терапия. Для сравнения: «двойная» антиагрегантная терапия в 2009 г. назначалась 15% больных и в 2011 г. – 73% больных. Но если в прошлые годы практически не было больших медикаментозных кровотечений, то в 2012 г. они зафиксированы у 0,75% больных инфарктом миокарда, что потребовало срочной госпитализации (в основном – желудочно-кишечные кровотечения). Признаки повышенной кровоточивости, не требовавшие коррекции, наблюдались довольно часто, но точного их учета не проводилось. Важно, что большие медикаментозные кровотечения ухудшают прогноз коронарной патологии.

Реальностью в настоящее время стал перевод в санаторий тяжелых больных, возможности реабилитации которых ограничены. В 2012 г. 2,8% больных были повторно госпитализированы, из них 57 (55,8% от всех госпитализированных и 1,6% от всех пациентов отделений реабилитации) были направлены в стационар по поводу острого коронарного синдрома, развившегося на разных этапах реабилитации. У 42 из 57 больных выполнено стентирование, у 7 пациентов запланировано коронарное шунтирование и 8 больных лечились медикаментозно. Эти данные свидетельствуют о том, что во многих случаях решать вопрос о необходимости реваскуляризации миокарда следует во время лечения в стационаре еще до перевода больного в санаторий.

В целом, санаторная реабилитация высокоэффективна и позволяет достичь оптимальных результатов лечения.

Корректирующие технологии у больных ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и бронхиальной астмой

Иванова Е.С.¹, Мухарлямов Ф.Ю.², Сычева М.Г.², Рассулова М.А.²

¹МОЦ медицинской профилактики ГУЗ МО «Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва;

²ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы», Москва

Цель. Изучить эффективность современных диагностических методов и технологий коррекции функционального состояния организма у больных кардиологического и пульмонологического профиля.

Материал и методы. В данной работе были использованы следующие диагностические методы: объемная компрессионная осциллометрия, дисперсионное картирование сердца, исследование variability ритма сердца с последующей оценкой вегетативного статуса, спироэргометрия в качестве пробы с физической нагрузкой, спирография, исследование газов крови транскутанным методом, биорезонансная технология – МОРА-диагностика. В исследование включены 488 больных кардиологического профиля, 243 из которых страдали ишемической болезнью сердца: постинфарктным кардиосклерозом – ПИКС (152 мужчины и 91 женщина, средний возраст $62 \pm 4,3$ года) и 245 больных артериальной гипертензией – АГ (127 мужчин и 118 женщин, средний возраст – $48 \pm 5,6$ года), а также 63 больных с респираторной патологией – бронхиальной астмой (БА) легкой и средней тяжести течения, дыхательной недостаточностью 0–1-й степени (29 мужчин, 34 женщины, средний возраст $49 \pm 2,6$ года). Больным ПИКС и АГ основной группы проводился комплекс корректирующих технологий: внутривенное лазерное облучение крови, внутривенная озонотерапия (ВОТ), интервальные гипоксические тренировки (ИГТ); больные группы сравнения

получали низкоинтенсивную накожную лазеротерапию, низкочастотную магнитотерапию, лекарственный электрофорез; больные контрольной группы получали медикаментозную терапию (МТ), сравнимую с основной и группой сравнения. У больных БА применялись методы биоэнергетической резонансной терапии – БЕМЕР или ПЕРТ-терапия (основная группа), группа контроля получала МТ, сравнимую с основной группой.

Результаты. Полученные результаты показали различные аспекты саногенетического воздействия методов ФТ на патофизиологические механизмы у больных ПИКС и АГ – более высокую эффективность ВОТ у больных ПИКС и большее влияние на показатели гемодинамики и регуляции ИГТ у больных АГ. Использование методов биоэнергетической резонансной терапии у больных БА выявило достоверно значимые положительные изменения по показателям спирограммы, парциального напряжения кислорода крови и толерантности к физической нагрузке по сравнению с контрольной группой. Наблюдалась положительная динамика клинической картины заболевания, что в совокупности с гемодинамическими и другими изменениями у больных ПИКС, АГ и БА позволяло уменьшить дозы МТ, снижая тем самым риск развития побочных эффектов и толерантности к лекарственным препаратам.

Выводы. Современные технологии диагностического мониторинга являются методами точной оценки эффективности программ ВЛ и МР у больных кардиологического и пульмонологического профиля и могут быть рекомендованы для широкого применения в медицинской реабилитации.

Опыт реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы на базе Ханты-Мансийской клинической больницы восстановительного лечения

Игнатов С.В., Зуевская Т.В., Лакомкина И.О.

БУ ХМАО–Югры «Ханты-Мансийская клиническая больница восстановительного лечения»;
ГБОУ ВПО ХМАО–Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»,
Ханты-Мансийск

С 2008 г. в Ханты-Мансийском автономном округе–Югре действует уникальный по своим масштабам для России инновационный проект «Югра-Кор», направленный на совершенствование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и оказания неотложной помощи при остром коронарном синдроме. Помимо этого в двух городах округа функционируют стационары, оказывающие специализированную кардиохирургическую помощь. С каждым годом количество проведенных оперативных вмешательств на сердце увеличивается. В связи с этим все более актуальной становится проблема последующей реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы. Создание такой системы оказания помощи кардиологическим больным обосновано климато-географическими особенностями региона, повышенной миграцией и высоким уровнем заболеваемости патологией сердечно-сосудистой системы, особенно у молодого, пришлого населения ХМАО–Югры. В г. Ханты-Мансийске более 20 лет функционирует клиническая больница восстановительного лечения – единственное в своем роде медицинское учреждение в округе, оказывающее амбулаторное и стационарное восстановительное лечение. Последние 5 лет на базе данного учреждения проводится реабилитация пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда, чрескожных коронарных вмешательств, аортокоронарного шунтирования, протезирования клапанов сердца, радиочастотных абляций. Пациентов госпитализируют в ближайшее время после выписки, а в ряде случаев непосредственно в день выписки из кардиологического/кардиохирургического отделения. В отделении создаются максимально благоприятные и комфортные условия для нахождения пациентов (одно- и двухместные палаты). При отсутствии противопоказаний в первые дни пациентам проводится тредмил-тест для определения толерантности к физическим нагрузкам. Согласно полученному результату, в индивидуальном порядке определяется нагрузка для занятий на велоэргометре, которые проводят под непосредственным контролем квалифицированного инструктора. Кроме дозированных физических нагрузок, пациенты получают физиотерапевтическое лечение: лазеро-, магнитотерапию, транскраниальную электростимуляцию, «сухие» углекислые ванны, периферический ручной массаж. Находясь в стационаре, согласно территориальной программе государственных гарантий ХМАО–Югры, все пациенты получают необходимую лекарственную терапию, включающую гипотензивные, гиполипидемические, тромболитические и другие лекарственные средства с учетом течения заболевания.

Такой подход к пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы способствует оптимизации гемодинамических показателей, быстрому, но в то же время постепенному возврату утраченных функций, увеличению толерантности к физическим нагрузкам и как следствие – полноценной социальной адаптации.

Влияние дифференцированных велотренировок на эндотелиальную функцию у пациентов с инфарктом миокарда после первичного чрескожного коронарного вмешательства

Казаева Н.А., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Суджаева О.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск

Цель. Изучить динамику эндотелина-1 у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) с традиционной физической реабилитацией (ФР) и при использовании дифференцированных физических тренировок.

Методы. Обследованы 54 пациента с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ (22 пациента составили основную группу – ОГ, 32 пациента – контрольную группу – КГ). Пациенты ОГ и КГ не различались по возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации, используемой медикаментозной терапии ($p>0,05$). ФР пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу. У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и дозированной ходьбы, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом класса тяжести пациента, а также толерантности к физической нагрузке по данным диагностической спирометрии, проведенной накануне. ВТ начинались на 8–17-е сутки ИМ (в среднем на $11,3\pm 0,8$ сут). Общая продолжительность курса ВТ составляла 12 нед (в общей сложности – 36 занятий). Уровень эндотелина-1 определяли в сыворотке крови на планшетном фотометре «Junrise» производства TECAN иммуноферментным методом в исходном состоянии – I тест (в среднем на 7–12-е сутки после выполненного ЧКВ), через 3 и 12 мес после начала развития заболевания – II и III тесты.

Результаты. При 1-м обследовании средние значения эндотелина-1 достоверно не различались по группам ($6,2\pm 0,48$ ммоль/мл в ОГ и $6,13\pm 0,82$ ммоль/мл в КГ соответственно) и значительно превышали нормальные значения (норма $0,1–1$ ммоль/мл). Через 3 и 12 мес после ИМ уровень эндотелина в КГ составил $6,38\pm 0,43$ и $5,84\pm 0,61$ ммоль/мл соответственно и достоверно не отличался от исходного уровня ($p>0,05$). В ОГ, напротив, уже через 3 мес после вмешательства отмечалось достоверное снижение уровня эндотелина-1 с $6,2\pm 0,48$ до $4,99\pm 0,36$ ммоль/мл, $p<0,01$. Через 12 мес после вмешательства уровень эндотелина-1 в ОГ также был достоверно ниже, чем при 1-м обследовании ($6,2\pm 0,48$ и $5,08\pm 0,47$ ммоль/мл при 1-м и 3-м обследовании соответственно, $p<0,01$).

Выводы. Применение дифференцированной программы ФР с использованием 12-недельного курса ВТ у пациентов с острым ИМ после первичного ЧКВ способствует улучшению функции эндотелия за счет снижения выработки эндотелина-1 уже через 3 мес с момента развития заболевания. Позитивное действие курса ВТ на эндотелиальную функцию сохраняется, по меньшей мере, на протяжении 1-го года.

Оценка эффективности реабилитации на поликлиническом этапе у больных с различными формами ишемической болезни сердца

Казаков В.Ф., Шимук Н.Ф., Макарова И.Н., Моисеева И.В.

ФГБУ УНМЦ УД Президента РФ, Москва

Цель. Изучить влияние реабилитации в условиях поликлиники на течение ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с различными ее формами.

Материал и методы. Под наблюдением от 2 до 5 лет находились 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. В остром периоде 10 больным проведено экстренное хирургическое лечение (баллонная ангиопластика со стентированием, МКШ). Выделено 2 группы: 1-ю – основную из 265 человек составили больные, выполняющие программу реабилитации, 2-ю – контрольную из 72 человек составили больные, нерегулярно выполняющие рекомендации по восстановительному лечению на поликлиническом этапе. Больные обеих групп существенно не отличались по возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и распределению на функциональные классы (ФК). Всем больным ежегодно проводилось комплексное обследование: контроль артериального давления, ЭКГ, ЭхоЭКГ, холтеровское мониторирование при нарушениях ритма, 196 больным проводилась ВЭМ-проба для определения толерантности к физической нагрузке при первичном обращении больного в поликлинику, через 6 мес, через 1 и 2 года определялась масса тела.

Программа восстановительного лечения включала в себя медикаментозную терапию, лечебную физкультуру (ЛФК), физиотерапию и психотерапию. Все больные получали назначенную кардиологом и лечащим врачом поддерживающую терапию по показаниям: ингибиторы АПФ, β -блокаторы, нитраты, дезагреганты. Диетотерапия больных дифференцировалась с учетом липидного спектра крови, уровня гликемии и массы тела. В отделении ЛФК поликлиники №1 УД Президента РФ 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. Физические нагрузки во время тренировок дозировались в соответствии с данными ВЭМ-пробы, при этом определялись пороговая мощность (ПМ), двойное произведение (ДП) – косвенный показатель потребления миокардом кислорода. Критерии оценки эффективности программы: частота обострений ИБС, повышение толерантности к физической нагрузке, переход больного в более высокий ФК.

Результаты. Показано, что в основной группе частота обострений ИБС в 2 раза ниже по сравнению с контрольной. Толерантность к физической нагрузке возросла по сравнению с контрольной группой в течение 1 года в более высоком проценте случаев (71, 82, 93%, и 57,1, 58,3, 23% соответственно формам ИБС). Снижение толерантности в динамике, что свидетельствовало о неблагоприятном прогнозе и требовало пересмотра программы реабилитации, также было в более высоком проценте случаев в контрольной группе. Процент перехода в основную группу в более высокий ФК в возрасте от 45 до 60 лет составил от 34 до 56%, в возрасте 60–64 лет – 19%, 65–69 лет – 15,25%, 70–74 лет – 9,55%, 75–79 лет – 4,25%, у больных старше 80 лет – 1,9%. В контрольной группе отмечался более высокий процент перехода в более низкий ФК, что подтверждает эффективность программы реабилитации.

Влияние валсартана на показатели суточного мониторингирования артериального давления и артериальной ригидности у больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких

Кароли Н.А., Долишняя Г.Р., Ребров А.П.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

Цель. Изучение изменений параметров суточного мониторингирования артериального давления (СМАД) и артериальной ригидности у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне терапии валсартаном.

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование включены 18 мужчин с АГ и ХОБЛ. Средний возраст больных составил $61,2 \pm 8,2$ года. У 5 пациентов определена 1-я степень АГ, у 10 – 2-я степень, у 3 – 3-я степень. Согласно стандартам GOLD II стадия заболевания констатирована у 7 больных, III стадия – у 7, IV стадия – у 4. Средняя длительность ХОБЛ достигла $8,3 \pm 6,8$ года, АГ – $6,7 \pm 6,3$ года. Критериями исключения явились: возраст менее 40 лет и более 80 лет; сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, патология сосудов, хронические заболевания в фазе обострения, заболевания бронхов и легких другой этиологии. Все пациенты в течение 3 мес принимали валсартан (Валз, Actavis) в средней дозе $144,0 \pm 33,1$ мг/сут. Проводилось СМАД и артериальной ригидности с использованием аппарата BPLab МнСДП-2 («Петр Телегин», Россия), оценка жесткости артерий с помощью артериографа TensioClinic (TensioMed, Венгрия).

Результаты. На фоне терапии валсартаном в течение 3 мес отмечается тенденция к коррекции суточного профиля артериального давления (АД): увеличилось количество пациентов группы «dipper» для диастолического АД (ДАД). Отмечено достоверное уменьшение среднесуточных, среднедневных показателей систолического АД – САД ($p < 0,05$), среднесуточного показателя ДАД ($p < 0,01$), также среднедневных и средненочных показателей ДАД ($p < 0,05$). Отмечено снижение показателей нагрузки давлением – индекса времени ДАД за сутки на 18,4% и ДАД в дневные часы на 17,7% ($p < 0,05$). Исходно у пациентов регистрировалась повышенная вариабельность АД. На фоне приема валсартана выявлено уменьшение вариабельности ДАД в ночные часы с 12,0 до 9,2 мм рт. ст. ($p < 0,05$). Также отмечено улучшение упругоэластических свойств артериальной стенки у больных АГ и ХОБЛ, а именно, снижение брахиального и аортального индексов аугментации на 7,8 и 5,3% соответственно. Исходно количество пациентов с нормальными показателями брахиального индекса составляло 72,2%, через 3 мес терапии валсартаном – 77,8%. Достоверно значимых изменений скорости пульсовой волны в аорте выявлено не было. По данным суточного мониторингирования артериальной ригидности определена тенденция к уменьшению среднего индекса аугментации, приведенного к частоте сердечных сокращений 80 уд/мин, на 6,5%. У больных АГ и ХОБЛ выявлена взаимосвязь между казуальным измерением брахиального индекса ауг-

ментации с помощью артериографа TensioClinic и среднесуточным значением брахиального индекса аугментации по данным СМАД ($r=0,6$, $p<0,001$).

Выводы. На фоне терапии валсартаном у больных АГ и ХОБЛ отмечается тенденция к нормализации параметров СМАД, снижению жесткости артерий.

Выраженность субклинического атеросклероза и традиционные факторы сердечно-сосудистого риска

Катамадзе Н.О., Берштейн Л.Л., Гришкин Ю.Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Цель. Оценить взаимосвязь между традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и выраженностью атеросклеротических изменений в сонных артериях.

Материалы и методы. Обследован 121 пациент (66 мужчин, 55 женщин) в возрасте $54,3 \pm 8$ лет (35–73 лет) без верифицированной ишемической болезни сердца с одним или более традиционными факторами сердечно-сосудистого риска. Выраженность субклинического атеросклероза в сонных артериях оценивалась при ультразвуковом исследовании по толщине комплекса интима–медиа (ТКИМ). Измерение ТКИМ выполнялось в продольной плоскости по задней стенке в трех точках дистального отдела общей сонной артерии билатерально с расчетом среднего значения. Для каждого обследованного был определен 10-летний сердечно-сосудистый риск (ССР) по шкале SCORE.

Результаты. Артериальная гипертензия отмечалась у 100 (83%) пациентов, гиперхолестеринемия – у 86 (71%), курили 43 (36%) обследованных, количество пациентов с отягощенной наследственностью – 25 (21%). При этом 10 (8%) пациентов имели 1 фактор риска (ФР), 38 (31%) – 2 ФР, 48 (40%) – 3 ФР, 19 (16%) – 4 ФР и 6 (5%) – 5 ФР. Расчетный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE составил $3,03 \pm 2,67\%$. Средняя величина ТКИМ составила $0,81 \pm 0,14$ мм. Была выявлена статистически значимая взаимосвязь ТКИМ с количеством ФР и уровнем расчетного сердечного риска – при добавлении 1 ФР ТКИМ–медиа увеличивается на 0,05 мм (95% ДИ 0,02–0,07; $p=0,0006$). При увеличении ССР на 1% ТКИМ растет на 0,02 мм (95% ДИ 0,01–0,03; $p=0,0002$).

Выводы. У бессимптомных пациентов количество традиционных ФР и расчетный ССР влияют на выраженность атеросклеротических изменений в сонных артериях.

Взаимосвязь традиционных факторов сердечно-сосудистого риска с суммарной площадью атеросклеротической бляшки сонных артерий

Катамадзе Н.О., Берштейн Л.Л., Гришкин Ю.Н.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Цель. Оценить влияния традиционных факторов сердечно-сосудистого риска на суммарную площадь атеросклеротической бляшки (АСБ) в экстракраниальных сегментах сонных артерий.

Материалы и методы. Обследованы 83 пациента (45 мужчин, 38 женщин) в возрасте $53,1 \pm 7,9$ года (35–68 лет) без верифицированной ишемической болезни сердца с одним или более традиционными факторами сердечно-сосудистого риска. Атеросклеротические изменения в сонных артериях оценивались при ультразвуковом исследовании. АСБ определялась как локальное утолщение стенки сосуда более чем на 50% в сравнении с окружающими участками или локальное утолщение стенки более чем 1,5 мм с его протрузией в просвет артерии. Площадь АСБ измерялась в продольной плоскости с наилучшей визуализацией бляшки.

Результаты. Артериальная гипертензия отмечалась у 67 (81%) пациентов, курили 18 (44%) обследованных, количество пациентов с отягощенной наследственностью было 18 (22%). Уровень общего холестерина составил $5,7 \pm 1,1$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – $3,6 \pm 0,9$ ммоль/л, липопротеинов высокой плотности – $1,2 \pm 0,3$ ммоль/л, триглицеридов $1,9 \pm 0,97$ ммоль/л. Среднее значение систолического артериального давления было $123,1 \pm 13,7$ мм рт. ст., индекса курильщика (ИК) – $6,5 \pm 11,2$ пачко-лет, суммарной площади АСБ (СПАСБ) – $0,11 \pm 0,22$ см². Была выявлена статистически значимая зависимость СПАСБ от возраста, уровня ЛПНП и ИК: увеличение возраста на 1 год приводит к увеличению площади бляшки на $0,0013$ см² (95% ДИ 0,0003–0,0023; $p=0,001$). При увеличении уровня ЛПНП на 1 ммоль/л СПАСБ растет на $0,0121$ см² (95% ДИ 0,0035–0,0207; $p=0,006$). При росте ИК на 1 пачко-лет площадь бляшки увеличивается на $0,0034$ см² (95% ДИ 0,0027–0,0041; $p<0,0001$).

Выводы. У бессимптомных пациентов возраст, уровень ЛПНП и ИК являются факторами, наиболее сильно влияющими на суммарную площадь АСБ сонных артерий.

Образовательные семинары для врачей по вопросам комплексной реабилитации артериальной гипертензии как средство повышения эффективности восстановительной терапии у амбулаторных больных артериальной гипертензией

Каулина Е.М.

Филиал ФГБОУ ВПО «Сочинский государственный университет», Нижний Новгород

Цель. Оценить роль проведения регулярных образовательных семинаров для врачей по вопросам комплексной реабилитации артериальной гипертензии (АГ) на эффективность восстановительной терапии у наблюдаемых ими амбулаторных больных АГ.

Материал и методы. Продолжительность исследования 10 лет. В исследование были включены 20 врачей амбулаторного звена и 200 больных АГ. Участники исследования были разделены на 2 группы: ГВВ – группа вмешательства врачей и ГСВ – группа сравнения врачей. В ГВВ вошли 10 врачей, все женщины; распределение по возрасту: моложе 30 лет – 10%, 30–39 лет – 20%, 40–49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%; среднегрупповой стаж работы – 11,2 года. Пациенты группы ГВВ – 100 больных АГ, 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст 68,8 года. В ГСВ вошли 10 врачей, все женщины; распределение по возрасту: 30–39 лет – 10%, 40–49 лет – 60%, 50–59 лет – 20%, 60 лет и старше – 10%; среднегрупповой стаж работы – 13,4 года. Пациенты группы ГСВ – 100 больных АГ, 28% мужчин, 72% женщин, средний возраст 70,2 года.

Мероприятия в группах вмешательства: в ГВВ проводились регулярные образовательные семинары по комплексной реабилитации АГ; в ГСВ проводилась традиционная методика повышения квалификации врачей в соответствии с планом конференций и семинаров лечебного учреждения.

Результаты. В ГВВ был выявлен высокий обратный уровень корреляции между уровнем назначения врачами комплексных реабилитационных мероприятий и уровнем систолического артериального давления – САД ($r=-0,82, p<0,05$) и уровнем диастолического АД – ДАД ($r=-0,78, p<0,05$) у наблюдаемых ими больных АГ. В группе ГСВ значимой корреляции между аналогичными параметрами выявлено не было как по САД ($r=-0,16, p>0,05$), так и по ДАД ($r=-0,12, p>0,05$).

По группам ГВВ и ГСВ за период исследования было зарегистрировано фатальных осложнений: ГВВ – цереброваскулярные осложнения – 15 случаев (65,2% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярные – 8 (34,8%). В ГСВ было зарегистрировано: цереброваскулярных осложнений – 31 случай (73,8% от всех зарегистрированных конечных точек); кардиоваскулярных осложнений – 11 (26,2%).

В ГВВ у больных АГ было выявлено снижение относительного риска по всем фатальным сердечно-сосудистым конечным точкам на 50,7% ($p<0,05$), по фатальным цереброваскулярным осложнениям – на 45,9% ($p<0,05$), по фатальным кардиоваскулярным осложнениям – на 41,8% ($p<0,05$), и был определен более низкий шанс развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Проведение регулярных образовательных семинаров для врачей по вопросам комплексной реабилитации АГ повышает эффективность восстановительной терапии у наблюдаемых ими амбулаторных больных АГ.

Роль контроля прибавки массы тела за время беременности в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин

Кисляк О.А.¹, Стародубова А.В.¹, Сторожаков Г.И.¹, Драенкова О.В.¹, Туршева М.Э.²

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва;

²ГБУЗ «ГКБ №12», Москва

Цель. Определить роль избыточной прибавки массы тела за время беременности (ПМТБ) в формировании ожирения, метаболических нарушений и сердечно-сосудистого ремоделирования у женщин репродуктивного возраста в отдаленном периоде после родов (5 лет и более).

Методы. Были обследованы 95 женщин от 20 до 40 лет (средний возраст $33,06\pm0,30$ года), имевших нормальную массу тела до беременности и родов (индекс массы тела – ИМТ от 25 до 29,9, в среднем $21,6\pm1,6$ кг/м²), в отдаленном периоде после родов (≥ 5 лет, $11,46\pm0,3$ года). Всем пациенткам проводилось измерение роста, массы тела, окружности талии (ОТ, см) и бедер (ОБ, см), вычислялись ИМТ (кг/м²), соотношение ОТ/ОБ. В плазме венозной крови определяли уровень липидов: общего холестерина, триглице-

ридов (ТГ), липопротеинов высокой плотности, липопротеинов низкой плотности, индекс атерогенности (ИА), проводились оральные глюкозо-толерантный тест (ОГТТ), определение толщины комплекса интима-медиа общей сонной и бедренной артерий (ТИМ ОСА и БА), эхокардиографическое обследование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты. Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от показателя ПМТБ. В основную группу вошли 62 женщины с ПМТБ > 12 кг (от 12 до 20 кг, $17,56 \pm 0,9$ кг), в контрольную – 33 женщины с ПМТБ < 12 кг (от 8 до 11, $10,3 \pm 0,4$ кг). Группы не отличались по возрасту и продолжительности послеродового периода. Женщины с ПМТБ > 12 кг на момент обследования в отдаленном периоде после родов имели более высокие значения ИМТ ($28,8 \pm 4,5$ и $20,8 \pm 1,5$ кг/м² соответственно), ОТ ($84,6 \pm 14,2$ и $23,7 \pm 2,9$ см), ОТ/ОБ ($0,80 \pm 0,08$ и $0,76 \pm 0,05$, $p < 0,01$); уровня ТГ ($1,16 \pm 0,7$ и $0,96 \pm 0,5$ ммоль/л, $p < 0,01$), ИА ($2,8 \pm 0,9$ и $2,3 \pm 0,8$, $p = 0,02$), С-пептида натощак и после нагрузки при проведении ОГТТ (748 ± 41 и 568 ± 45 пмоль/л, $p = 0,03$; 2105 ± 156 и 1428 ± 150 пмоль/л, $p = 0,002$ соответственно), ТИМ БА ($0,38 \pm 0,07$ и $0,44 \pm 0,08$ мм, $p < 0,001$), у них чаще встречалась гипертрофия миокарда левого желудочка (18 и 0%, $p < 0,05$), чем у женщин с ПМТБ < 12 кг. У женщин с ожирением в отдаленном периоде после родов были выше индексы времени систолического и диастолического АД по данным СМАД.

Выводы. Прибавка массы тела в течение беременности более 12 кг ассоциируется с наличием метаболических нарушений, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и поражением органов-мишеней в отдаленном периоде после родов (5 лет и более). Поэтому можно говорить о целесообразности строгого соблюдения рекомендаций по физиологической ПМТБ и предотвращения избыточного набора массы тела как во время, так и после беременности. Необходимо проводить комплексное обследование женщин с избыточной ПМТБ в отдаленном периоде после родов (5 лет и более) для выявления ожирения, дислипидемии, нарушений углеводного обмена, артериальной гипертензии с целью их последующей коррекции и профилактики поражения органов-мишеней.

Применение балансотерапии с биологически обратной связью у больных с кардиocereбральным синдромом

Князева Т.А.¹, Бадтиева В.А.², Отто М.П.¹, Трухачева Н.В.¹, Стяжкина Е.М.¹

¹ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии», Москва;

²ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения», Москва

Цель. Оценка эффективности использования статокinezотерапии в комплексной реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. Клиническое обследование пациентов; холтеровское мониторирование ЭКГ; суточное мониторирование артериального давления (АД); 6-минутный тест ходьбы; липидный спектр; психологическое обследование («Самочувствие–Активность–Настроение»).

Результаты. Исследование проведено у 40 больных ИБС, стенокардией напряжения II–III функционального класса (ФК) с ассоциированной гипертонической болезнью II стадии, 2–3-й степени повышения АД, средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений с клиническими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) или вертебробазиллярной недостаточностью. 1-я группа (20 пациентов) получала стабилотметрический тренажер «Стабилан-01» в комплексе с суховоздушными углекислыми ваннами, магнитолазеротерапией; 2-я (20 пациентов) – суховоздушные углекислые ванны, магнитолазеротерапию. Обе группы получали стандартную медикаментозную терапию. У больных ИБС с ассоциированной гипертонической болезнью с клиническими проявлениями ДЭ или вертебробазиллярной недостаточностью включение в восстановительный комплекс статокinezотерапии приводило к уменьшению клинических проявлений церебральных синдромов, что проявлялось уменьшением головокружений, возрастанием устойчивости в вертикальной позе, уменьшением шаткости при ходьбе, улучшением координации и равновесия, что сопоставимо с результатами стабилотметрии и выражалось в снижении показателей отклонения центра давления во фронтальном и в сагитальном направлениях, уменьшении средней скорости смещения центра давления, свидетельствующим об улучшении состояния равновесия и координационных способностей пациентов. В группе сравнения динамики показателей стабилотметрии выявлено не было. В 1-й группе больных ИБС, получавших статокinezотерапию в комплексном лечении установленная положительная динамика клинико-функциональных проявлений ИБС статистически достоверно не отличалась от таковой во 2-й группе, получавшей суховоздушные углекислые ванны, магнитолазеротерапию. Это свидетельствовало, что полученный терапевтический эффект обусловлен вышеуказанными физическими факторами.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС, ассоциированной с гипертонической болезнью с клиническими проявлениями ДЭ или вертебробазилярной недостаточностью, применение стабильнокинезотерапии является терапевтически эффективным методом, устраняющим функциональные нарушения церебрального синдрома.

Возможность оценки толерантности к физической нагрузке во время холтеровского мониторирования ЭКГ

Князюк О.О., Лукьянова М.В.

Клинический курорт «Ангара», Иркутск

Физические тренировки являются основным методом реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на санаторном этапе. Грамотное проведение программы физической реабилитации требует индивидуального подхода и определения исходной толерантности больного к физической нагрузке (ТФН) методом стандартных нагрузочных проб, что в настоящее время проводится крайне редко как на стационарном, так и на амбулаторном этапах.

Холтеровское мониторирование ЭКГ проводится 70% пациентов с ИБС, поступивших в отделение кардиологической реабилитации курорта «Ангара». Нами использована методика оценки объема выполненной работы (ОВР) и мощности нагрузки при мониторировании ЭКГ во время трехкратного подъема по лестнице в обычном для больного темпе.

Материал и методы. Обследованы 96 пациентов со стабильной стенокардией напряжения. Исследование проводилось на системе «Кардиотехника». В протокол исследования включались стандартизированные лестничные нагрузки. Пациент в дневнике отмечал время начала и завершения подъема по лестнице. По выполненной нагрузке определялся ОВР по формуле: $ОВР = \text{масса тела больного (кг)} \times \text{высота ступени (м)} \times \text{количество ступеней}$.

Использовался наименьший показатель ОВР, определенный за период мониторирования. ТФН и функциональный класс (ФК) стенокардии определялись согласно рекомендациям Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, г. Санкт-Петербург.

Результаты. Из 96 обследованных пациентов ишемические изменения ЭКГ во время проведения лестничной пробы обнаружены у 18 (18,7%) человек. У 78 больных ишемические изменения не были зарегистрированы.

По ОВР I ФК стенокардии определен у 27 (27,4%) пациентов, II ФК – у 65 (67,1%), III ФК – у 4 (4,1%).

Из 96 обследованных пациентов 21 человек достиг субмаксимальной частоты сердечных сокращений без регистрации ишемических изменений миокарда, что позволило рассчитать программу проведения физических тренировок.

Выводы. Таким образом, проведение лестничной пробы при холтеровском мониторировании ЭКГ позволяет оценить толерантность к физической нагрузке у больных ИБС и определить индивидуальную программу реабилитации.

Вторичная профилактика артериальной гипертензии в условиях практического здравоохранения

Коновеевская И.Н., Ефимова Е.В., Карпов Р.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

Цель. Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и ситуацию в практическом здравоохранении по оказанию профилактической помощи этим группам населения.

Методы. В рамках международного проекта по изучению Здоровья России («Epihealth Russia») по единому протоколу в условиях амбулаторной службы 15 ЛПУ г. Томска проведен скрининг неорганизованного населения в возрасте 30–74 лет. Для проведения исследования использовались стратегии программы CIN-DI-Томск: информационная поддержка СМИ для популяции, подготовка и обучение медицинских работников (45 интервьюеров) стандартизированным эпидемиологическим методам исследования.

Результаты. Скрининг проведен у когорты из 67 264 жителей г. Томска в возрасте 30–74 лет. Более 1/2 (56,2%) обследованных составили мужчины, и в основном как у группы мужчин (79,2%), так и женщин (64,8%) это были лица трудоспособного возраста. Выявлена высокая распространенность АГ: у женщин 51,2%, у мужчин 45,5%. Отмечались различия в частоте заболевания, связанные с возрастом.

Если в молодом возрасте (30–34, 35–44 лет) АГ выявлялась в группе мужчин в 2 раза чаще, то в следующих возрастных группах эти цифры выравнивались, а в последней возрастной группе (65–74 лет) количество женщин с повышенным артериальным давлением превышало таковое у мужчин. Ассоциированным с артериальным давлением и также распространенным фактором риска являлась избыточная масса тела, выявленная почти у каждого второго (49,8%) мужчины и каждой третьей (39,2) женщины. Относительный риск составил соответственно 1,41–1,79. А если прибавить к их числу лиц с различными степенями ожирения, относительный риск возрастал до 2,18–2,63, то практически у 60% мужчин и 66,9% женщин имелся этот фактор риска. Обращало внимание отсутствие методических материалов по профилактике факторов риска для населения в условиях участковых служб амбулаторно-поликлинических учреждений. Внедрение Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии» (2004–2008 гг.) привело к повышению информированности населения, эффективности лечения при АГ и, что наиболее важно, к снижению уровня смертности по классу «Болезни системы кровообращения» в Томской области (на 27,7% ниже, чем в РФ, и на 14,6% – чем в Сибирском федеральном округе).

Выводы. Широкая распространенность АГ обуславливает необходимость вторичной профилактики этого заболевания в практическом здравоохранении. Следует отметить существующие в г. Томске, как и везде в России, препятствия для профилактической работы. Это недостаточные знания и навыки по вторичной профилактике у врачей первичного звена здравоохранения и отсутствие финансовой поддержки профилактической работы со стороны страховых компаний и руководителей здравоохранения. Имеется необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение стандартов оказания профилактической помощи лицам с АГ.

Сравнительный анализ различных способов психофизической реабилитации пациентов с синдромом хронической сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда

Корженков Н.П., Осадчук М.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва

Цель. Оценить влияние различных подходов психофизической реабилитации на качество жизни, клинико-инструментальные показатели и прогноз у пациентов пожилого возраста с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) с признаками хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы. Обследованы 148 больных с перенесенным ИМ, страдающих стабильной стенокардией напряжения (ССН) I и II функционального класса (ФК) в сочетании с ХСН (85 пациентов – ССН I ФК и 63 – ССН II ФК). Для решения поставленных в работе задач методом случайной выборки внутри каждой из клинических групп проведено формирование контрольных (1-я подгруппа) и основных (2-я подгруппа) подгрупп, сопоставимых по основным клинико-инструментальным критериям, в зависимости от характера проводимого обучения (индивидуальное или групповое). В основных группах осуществляли индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. В контрольных группах реализована классическая групповая модель обучения. Основным методом исследования для всех групп больных был метод клинического анализа. Он включал значимый клинический результат: повышение КЖ в основных группах и группах контроля до и после вмешательства, повышение толерантности к физической нагрузке или уменьшение ФК стенокардии и ХСН.

Результаты. Представленные показатели доказывают, что вмешательство врача первичного звена в естественное течение ХСН I ФК после перенесенного ИМ у пациентов основной подгруппы, основанное на применении индивидуального метода обучения с использованием активного амбулаторного наблюдения, является эффективным в соответствии с критериями доказательной медицины, о чем свидетельствует снижение относительного риска более чем на 50%, достижение уровня отношения шансов от 0 до 1 и ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение заданного времени, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у одного больного) $\approx 2,6$. При ХСН II ФК в основной подгруппе (31 человек) ожидаемый удовлетворительный результат – улучшение клинико-психологической симптоматики, улучшение КЖ у 17 (54,8%) пациентов; неудовлетворительный результат (отсутствие эффективного влияния на клинико-психологическую симптоматику, увеличение ФК ХСН, снижение КЖ) – у 14 (45,4%) пациентов. При ХСН II ФК контрольной подгруппы (32 человека) ожидаемый неудовлетворительный результат (отсутствие эффекта от проведения реабилитации и/или увеличение ФК стенокардии и/или ХСН, снижение уровня КЖ) – 24 (75%) человека. Возможный удовлетворительный результат – 8 (25%) человек.

Выводы. Представленные показатели доказывают, что вмешательство врача первичного звена в естественное течение ХСН II ФК после перенесенного ИМ у пациентов основной подгруппы, основанное на применении индивидуального метода обучения с использованием активного амбулаторного наблюдения, является эффективным в соответствии с критериями доказательной медицины.

К вопросу о включении статинов в комплексную терапию нарушений ритма на фоне ишемической болезни сердца

Корягина Н.А., Василец Л.М., Шапошникова А.И., Григориади Н.Е., Туев А.В.
ГБОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера», Пермь

Цель. Оптимизация лечения больных женского пола с нарушениями ритма сердца (НРС) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) путем включения в комплексную терапию аторвастатина.

Методы. На базе частной медицинской клиники в амбулаторно-поликлинических условиях обследованы 30 женщин с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне ИБС, не получавших ранее регулярную гиполипидемическую терапию. Средний возраст составил $51,2 \pm 4,5$ года. Проведено обследование: липидный спектр крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС), эхокардиография (ЭхоКГ). Обследование проводилось исходно и через 3 мес наблюдения. Все пациенты принимали антиаритмическую терапию амиодароном 200 мг в сутки, также: периндоприл — 4–8 мг в сутки, ацетилсалициловая кислота — 100 мг в сутки, бисопролол 2,5–5 мг в сутки). Пациенты были рандомизированы случайным образом на 2 группы по 15 человек. Первая группа принимала аторвастатин (Липтонорм, «Фармстандарт», Россия) в дозе 20 мг в сутки, с возможным увеличением дозы до обеспечивающей достижение целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности менее 2,0 ммоль/л. 15 женщин без статина составили группу сравнения.

Результаты. В группе статина при сопоставлении с результатами группы сравнения получены ($p < 0,05$): снижение количества пароксизмов ФП (-67% vs -41%), уменьшение длительности пароксизмов ФП (-78% vs -65%), числа наджелудочковых экстрасистол (-61% vs -41%) и желудочковых экстрасистол (-71% vs -45%), уменьшение количества депрессий сегмента ST (-91% vs -64%). Изменения показателей ЭхоКГ ($p < 0,05$): увеличение конечного диастолического объема левого желудочка – ЛЖ (26,7% vs 12,9%); возрастание ударного объема (61,3% vs 49,87%); уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ (-21,3% vs -13,4%) и снижение объема левого предсердия (-9,8% vs -5,32%); а также изменение параметров диастолической функции миокарда — отношения E/A (41,3% vs 31,2%); IVRT (-18,7% vs -8,7%) и отношения S/D (-43,5% vs -19,7%). Анализ ВРС продемонстрировал достоверное ($p < 0,05$) отличие групп: RMSSD (67,5% vs 28,7%); HF (62% vs 34%); TP (5,4% vs 2,1%), LF (-9,8% vs -3,3%) и LF/HF (-34% vs -10,1%).

Выводы. Включение аторвастатина в дозе 20 мг в сутки позитивно влияет на морфофункциональное состояние и вегетативный баланс миокарда, что, возможно, приводит к снижению электрической нестабильности сердца и уменьшению количества предсердных и желудочковых НРС у женщин, имеющих коронарную болезнь сердца.

Распространенность факторов риска кардиальной патологии среди городского населения и оценка нуждаемости в популяционной профилактике

Корягина Н.А., Петрищева А.В., Петрищева Г.П., Колтырина Е.Н.
ГБОУ ВПО «ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь

Цель. Оценить распространенность факторов риска (ФР) у пациентов с кардиопатологией и лиц, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Определить нуждаемость в популяционной профилактике и профилактике высокого риска в группах.

Материалы и методы. Выделены две группы городских жителей Пермского края трудоспособного возраста, наиболее подверженных ССЗ, — от 40 до 60 лет. 1-ю группу составили 1525 человек, из них 68% мужчины — работники промышленных предприятий, которые не имели в анамнезе ССЗ, обследованных в ходе проведения профилактического осмотра. 2-я группа — 129 человек, из которых 35,7% мужчин, госпитализированных по поводу ССЗ. В стационаре пациенты впервые активно занимались в Школе здоровья при ССЗ. Для определения нуждаемости в видах профилактической помощи нами изучались модифицируемые ФР ССЗ. Статистический анализ с помощью Statistica 6.2.

Результаты. В 1-й группе средний уровень систолического артериального давления (АД) – $131,02 \pm 16,9$ ммоль/л, диастолического АД – $86,84 \pm 17,05$ ммоль/л. По уровню АД респонденты распределились следующим образом: оптимальное АД у 17%, нормальное – у 24%, повышенное нормальное – у 16%, артериальная гипертензия (АГ) выявлена впервые у 43%. Всего курящих в 1-й группе – 38%, среди них 86% мужчин и 14% женщин. Индекс массы тела (ИМТ) – $27,16 \pm 4,67$ кг/м². Нормальный уровень ИМТ определен у 45%, избыточная масса тела – у 35%, ожирение – у 20%. Значение общего холестерина (ОХС) – $5,30 \pm 1,06$ ммоль/л, только у 43% имеется рекомендованный уровень. Из ФР ССЗ наиболее часто встречался повышенный уровень ОХС (57%), далее повышенная масса тела (55%) и АГ (43%). Курение занимает четвертую позицию, но у мужчин лидирует (86%). Сочетание трех различных ФР в 1-й группе определено у 17,4%. Во 2-й группе наиболее частым было сочетание двух заболеваний: ишемической болезни сердца (ИБС) и АГ – у 68,9%, только АГ – у 24%, ИБС – у 6,9%. Средняя продолжительность АГ – 11,1 года, ИБС – 4,4 года. Наиболее редким из сравниваемых ФР оказалось курение, всего было 10,1%, в группе мужчин – 28,1%. ОХС – $5,40 \pm 1,40$ ммоль/л. Целевое значение ($\leq 4,5$ ммоль/л) определено только у 31,8%, в рамках $4,5$ – $5,0$ ммоль/л – 13,9%, у 45,7% ОХС превышал 5,0. Значение ИМТ во 2-й группе – $28,99 \pm 4,90$ кг/м². Нормальное значение ИМТ – 24,8%, а ожирение – 38,8%. Во 2-й группе наиболее часто встречаемый ФР – повышенная масса тела (63,6%), далее превышение целевого уровня ОХС (59,6%), гипергликемия – 21,7%, замыкает курение – 10,1%. Различные сочетания трех и более ФР определены у 24,0% 2-й группы.

Выводы. Среди городского населения Пермского края без диагностированного ранее заболевания и у пациентов с имеющимся ССЗ широко представлены модифицируемые ФР. Наиболее распространенный ФР в 1-й группе – повышенный уровень ОХС, во 2-й – повышенная масса тела. Профилактика высокого риска должна активно использоваться у всех пациентов с ССЗ и у более 1/2 лиц среднего возраста без ранее диагностированной кардиопатологии.

Особенности диагностики вазоренальной гипертензии и оценки эффективности сочетанных программ лечения у больных силовых структур

Косов В.А., Губань В. И.

Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России, Москва

Цель. Изучить особенности диагностики клинико-патогенетических форм вазоренальной гипертензии (ВРГ) и оценки эффективности сочетанных программ лечения у больных силовых структур.

Материалы и методы. Алгоритм ранней диагностики ВРГ у 181 больного артериальной гипертензией (АГ) включал использование традиционных клинических, лабораторных, функциональных, ультразвуковых и лучевых методов исследования. Программы лечения состояли из базовой медикаментозной терапии (МТ), использования рентгенэндоваскулярных хирургических методов лечения (ЧТПА) и обучающих программ по модификации факторов риска (ШАГ). Мониторирование результатов лечения и оценка его эффективности осуществлялась через 1, 3, 6, 9, 12 мес. Все 140 пациентов, перенесшие оперативное пособие, были разделены на 3 группы соответственно клиническим проявлениям заболевания и нозологическим формам, подтвержденным данными мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). В 1-ю группу вошел 51 (36,4%) больной с атеросклеротическим стенозом почечных артерий, во 2-ю – 56 (40,0%) больных с аномалиями развития почек и сосудов, в 3-ю – 33 (23,6%) с фибромускулярной гиперплазией. Контрольную группу составил 41 (22,7%) пациент с ВРГ, сопоставимый с оперированными больными по полу и возрасту, профессии. Данные пациенты использовали только базовое медикаментозное лечение.

Результаты. Комплексная оценка результатов восстановительного лечения, проведенная по завершении годичного периода наблюдения по данным прогностического индекса функционального состояния (ПИФС) и теста Качество жизни SF-36, подтвердила эффективность применения комбинированных программ лечения ВРГ (ЧТПА+ШАГ). Успешный и удовлетворительный эффект лечения оценивался как положительный. Так, в 1-й группе стойкий положительный эффект был достигнут у 91,0% больных, во 2-й – у 84,1%, в 3-й – у 74,0% больных соответственно. В контрольной группе – всего у 23,9%.

Выводы. Использование для диагностики ВРГ у больных АГ МСКТ и малоинвазивных оперативных пособий повысило на 23,5% эффективность диагностики и лечения, а ЧТПА+ШАГ – на 41,3%. У больных ВРГ тяжесть состояния и клинико-патогенетические варианты зависят от выраженности структурных изменений в сосудах, паренхиме коркового и мозгового вещества почек. После проведенного адекватного оперативного пособия у 70% пациентов с ВРГ восстанавливается более благоприятный диспер-тип суточной кривой. Прогнозирование функционального состояния больных ВРГ при помощи ПИФС позволяет осуществлять мониторинг оперативного и восстановительного лечения патологии почек в ближайший и отдаленный период наблюдения.

Липидные и плейотропные эффекты длительной терапии аторвастатином и его комбинацией с эзетимибом у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом

Кошельская О.А., Сушкова А.С., Суслова Т.Е., Огуркова О.Н., Карпов Р.С.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель. Изучение липидных и плейотропных эффектов длительной терапии аторвастатином (А) и комбинированной гиполипидемической терапии (КГТ) А с эзетимибом у пациентов очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, обусловленного ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или сахарным диабетом.

Материал и методы. Включены 54 пациента в возрасте $60,7 \pm 0,9$ года, в том числе 28 пациентов с ИБС: стенокардией напряжения I–II функционального класса без нарушений углеводного обмена и 26 пациентов с сахарным диабетом типа 2, из которых у 9 была документирована ИБС. У 34 пациентов оценивали эффективность 9–12-месячной терапии А в нарастающих дозах (10–40 мг/сут), у 20 пациентов – его комбинацией (10–20 мг/сут) с эзетимибом, для чего изучали динамику показателей углеводного метаболизма, липидтранспортной функции крови, концентрации в крови апоВ, апоА1, hsC-реактивного белка, цитокинов TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-10, эндотелина-1 (ЕТ-1), лептина и индексов эластичности по данным УЗИ-сканирования общих сонных артерий (ОСА).

Результаты. В ходе терапии А (средняя доза 15,3 мг/сут) значения холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов крови понизились на 44 и 22,5% соответственно. Документировано противовоспалительное действие А, установлен ряд особенностей динамики цитокинов через 1, 3, 6 и 9–12 мес терапии. Степень снижения ХС ЛПНП крови на фоне 1, 3 и 6-месячной КГТ составила 53,3, 53,6 и 50,6% соответственно, а выраженность противовоспалительного эффекта была сопоставима с таковой при монотерапии А. Через 9–12 мес монотерапии А имело место возрастание уровня HbA_{1c} от $7,0 \pm 0,3$ до $7,2 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$) и базальной гликемии, тогда как на фоне 6-месячного лечения существенной динамики гликемии еще не отмечалось. В отличие от КГТ, на фоне монотерапии А выявлена тенденция к росту уровня ЕТ-1: от 0,31 (0,27–0,41) до 0,42 (0,31–0,50) $\mu\text{моль/мл}$ ($p = 0,06$), что наряду с ростом гликемии могло обусловить повышение локальной артериальной жесткости в виде снижения индекса растяжимости стенки ОСА: от $31,6 \pm 1,9 \times 10^{-3}$ до $28,4 \pm 1,4 \times 10^{-3}$ кПа ($p < 0,01$). Кроме того, 3-месячная монотерапия А и КГТ сопровождалась разнонаправленной динамикой апоВ/апоА1: на фоне комбинации А и эзетимиба снижение показателя составило от $0,66 \pm 0,04$ до $0,43 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), причем за счет роста уровня апоА1 – от $163,5 \pm 4,9$ до $209,7 \pm 13$ мг/дл ($p < 0,01$), чего не происходило в ходе монотерапии А.

Выводы. У пациентов с ИБС и сахарным диабетом терапия А и его комбинацией с эзетимибом оказывает выраженное гиполипидемическое и противовоспалительное действие, однако на фоне монотерапии А через 9–12 мес имеют место небольшой рост гликемии и увеличение локальной жесткости стенки магистральных артерий. Комбинированная терапия А и эзетимибом имеет преимущества перед монотерапией А в отношении динамики апоВ/апоА1 и концентрации эндотелина-1. Продолжается исследование метаболических и сосудистых плейотропных эффектов длительной (до 1 года) комбинированной терапии А и эзетимибом.

Физическая работоспособность и двигательная активность как факторы, влияющие на эффективность вторичной профилактики у больных ишемической болезнью сердца после эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях

Красницкий В.Б., Ярных Е.В., Новикова Н.К., Сеченова Е.В., Шовкун Т.В., Коротина И.Ф.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава РФ, Москва

Цель. Изучить условия, при которых применение контролируемых (КФТ) и домашних физических тренировок (ФТдом) оказывает наибольшее влияние на функциональные, лабораторные показатели и клиническое течение болезни у больных ишемической болезнью сердца, перенесших эндоваскулярное вмешательство (ЭВВ) на коронарных артериях (КА).

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов, которые были рандомизированы в основную («О») и контрольную («К») группы по 50 человек. Средний возраст их составил $54,7 \pm 6$, и

53,7±7,5 года соответственно. Все больные обучались по программе «Школа», в рамках которой им были рекомендованы ФТдом. В течение первых 1,5 мес в группе «О» проводились КФТ 3 раза в неделю с использованием нагрузок средней интенсивности (50–60%). Длительность наблюдения – 1 год. Эффективность оценивалась по результатам клинического обследования, ВЭМ-пробы, ЭхоКГ, липидов крови и опросников. Двигательная активность (ДА) пациентов изучалась с помощью опросника «ОДА23+», разработанного в ГНИЦ ПМ.

Результаты. ДА увеличилась достоверно в обеих группах с максимумом прироста в точках 1,5 и 4 мес (22,8 и 16,4%, все $p<0,001$). После окончания КФТ в группе «О» зафиксировано постепенное снижение ДА. Максимум снижения от достигнутого уровня в точке 1,5 мес был зафиксирован в точке 1 год, и он составил 13,3% ($p<0,001$), в основном за счет прекращения ФТ, включая домашние тренировки. Однако ходьба пешком в течение дня в группе «О» в отличие от группы «К» по количеству баллов оставалась на достигнутом уровне. В группе «К» этот показатель существенно снизился в точках 6 и 12 мес после ЭВВ, и это снижение было достоверным по отношению к группе «О». Самые существенные изменения ДА произошли в подгруппах с исходно низкой ДА. Через 1 год число пациентов с низким уровнем в группе «О» составило 7%, а в группе «К» – 20%, и эта разница была достоверной ($p<0,05$).

Число ФТдом+ и ФТдом- пациентов в группе «О» составило 33 (67,3%) и 16 (32,7%) человек, а в группе «К» – 18 (37,5%) и 30 (62,5%) человек соответственно. Физическая работоспособность (ФРС) в обеих подгруппах группы «О» увеличилась достоверно, но только в подгруппе ФТдом+ наблюдались увеличение экономичности работы сердца на 21,3% ($p<0,05$) и снижение скорости прироста частоты сердечных сокращений (ЧСС) в минуту в период нагрузки с $6,1\pm 2,4$ до $4,9\pm 1,1$, или на 14,3% ($p<0,05$).

В группе «К» показатели ФРС достоверно увеличились также в обеих подгруппах. Но у ФТдом+ пациентов по сравнению с неактивными пациентами наблюдался достоверный прирост ДА, который при межгрупповом сравнении в точке 1 год достиг степени достоверности. Число госпитализаций в связи с сердечно-сосудистыми событиями наблюдалось в обеих подгруппах поровну: в подгруппе ФТдом+ было 3 (16,7%) госпитализации в связи повторным стентированием, в подгруппе ФТдом- тоже 3 госпитализации в связи с ОКС (10%), но без повторного вмешательства на КА.

В группе «О» у ФТдом+ и ФТдом- пациентов в точке 1 год все изменения были недостоверными. В группе «К» у ФТдом+ пациентов через 1 год увеличились общий холестерин (ОХС) на 14,6% ($p<0,05$), но также и ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) на 16% ($p<0,001$), а показатель не-ЛПВП изменился недостоверно. В подгруппе ФТдом достоверные изменения были следующими: ОХС увеличился на 10,5% ($p<0,02$), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), – на 19,1% ($p<0,005$) и ХС ЛПНП/ЛПВП – на 18,2% ($p<0,05$).

При сравнении эффектов между подгруппами по всем показателям, кроме ХС ЛПВП, достоверных различий не было. У тренировавшихся дома пациентов группы «О» ХС ЛПВП через 1 год вырос достоверно выше, чем у нетренировавшихся пациентов группы «К» ($p<0,05$), а у тренировавшихся пациентов группы «К» он увеличился в большей степени, чем у нетренировавшихся больных групп «О» ($p<0,01$) и «К» ($p<0,05$).

При изучении влияния ФТ на ФРС были проанализированы результаты в зависимости от исходной толерантности к ФН. Положительные изменения ФРС произошли, в основном, у пациентов групп «О» и «К» с исходным ее значением менее 100 Вт. Существенно и высоко достоверно увеличились экстенсивные показатели работы: время нагрузки (соответственно на 49 и 36,3% при $p<0,001$) и СОР (соответственно на 112,9 и 77,7% при $p<0,001$), а также качественные показатели: СОР/чССраб. (на 26,3% при $p<0,01$ и 23,7% при $p<0,05$), снизилась скорость прироста ЧСС во время нагрузки (на 16,9 и 13,3% при $p<0,05$) и увеличилась скорость ее замедления в фазу отдыха (на 14,3 и 12,6% при $p<0,05$). Однако показатели ФРС в соответствующих подгруппах «О» и «К» групп достоверно не отличались друг от друга.

Выводы. У всех пациентов с исходной толерантностью менее 100 Вт при ВЭМ-пробе наблюдалось высокодостоверное увеличение времени нагрузки и СОР, а также увеличение экономичности работы сердца, замедление скорости прироста ЧСС в период нагрузки и увеличение скорости ее восстановления после нагрузки. У пациентов с исходной толерантностью 100 Вт и более только в основной группе наблюдалось достоверное увеличение времени нагрузки и СОР без качественных изменений экономичности работы сердца и реакции ЧСС на нагрузку и после нее. Домашние тренировки не привели к дополнительному (при сравнении с нетренирующимися пациентами) повышению ФРС, однако у тренирующихся отмечалось достоверное увеличение ДА и концентрации ХС ЛПВП, в том числе при сравнении с нетренировавшимися пациентами. У пациентов, не участвующих ни в каких тренировках, существенно и достоверно увеличились ОХС, ХС ЛПНП и индекс атерогенности. ДА возрастала достоверно в большей степени у пациентов основной группы, и независимо от участия в контролируемых тренировках у пациентов, тренировавшихся дома, и у пациентов с исходно низким ее уровнем.

Организация специализированной реабилитационной помощи на госпитальном и амбулаторном уровнях пациентам после кардиохирургических вмешательств

Круглякова И.П., Сприкут А.А., Карауловская Н.Н., Ильиных Д.Л.
МБУЗ «ГКБ №2», Челябинск

Цель. Профилактика и лечение осложнений, улучшение качества жизни у пациентов, перенесших кардиохирургические вмешательства.

Несмотря на увеличение доступности оказания специализированной кардиохирургической помощи, количество сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после операций на сердце остается высоким.

В январе 2011 г. в г. Челябинске открыт Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ), осуществляющий около 5000 операций в год. Для оказания специализированной реабилитационной помощи, соблюдения преемственности в ведении кардиологических пациентов на базе МБУЗ ГКБ №2 открыто кардиологическое отделение, включающее 25 коек восстановительного лечения. Пациенты переводятся из ФЦССХ в среднем на 7–12-й день после операции, и для них продолжается госпитальная фаза кардиореабилитации. С момента открытия отделения госпитальный этап реабилитации прошли 900 пациентов.

В мае 2012 г. впервые в России в рамках преемственности на базе нашего учреждения открыто Городское отделение амбулаторной реабилитации и кардиологии, куда направляются пациенты, прошедшие госпитальный этап кардиологической помощи. В структуре отделения помимо амбулаторного приема имеется дневной стационар на 20 мест. Длительность пребывания – 12–14 дней. За период существования отделения (май–декабрь 2012 г.) амбулаторный этап реабилитации прошли 167 человек.

Как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе для каждого пациента составляется индивидуальная программа реабилитации совместно кардиологом, врачом ЛФК, психотерапевтом и физиотерапевтом.

В зависимости от результатов проведенных нагрузочных проб разрабатывается индивидуальная программа физических тренировок. Занятия ЛФК проводятся ежедневно под контролем инструктора ЛФК. Психотерапевт первоначально проводит тестирование пациента, по результатам которого назначает занятия в индивидуальной или групповой форме. Основная цель – адаптация к наличию хронического заболевания, обучение управлять стрессом. В отделении большое внимание уделяется обучению и консультированию по вопросам изменения образа жизни, воздействию на имеющиеся факторы риска, ведется работа с родственниками, разъясняется необходимость длительного приема лекарственных препаратов. При выписке выдаются рекомендации с указанием целевых уровней артериального давления, пульса, липидов, гликемии, индекса массы тела, комплекса физических тренировок.

Выводы. Использование только интервенционных и хирургических методов лечения кардиальной патологии не может считаться оптимальным в отсутствие параллельной модификации образа жизни, включающей регулярные физические нагрузки и агрессивное воздействие на факторы сердечно-сосудистого риска. Поэтому кардиореабилитация должна быть не «возможным» дополнительным, а обязательным стандартным методом лечения кардиологических больных.

Влияние метаболического синдрома на выраженность атеросклероза коронарных и брахиоцефальных артерий у больных с постинфарктным ремоделированием миокарда

Кузьмина Т.М., Рубаненко О.А.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Самара

Цель. Оценить выраженность атеросклеротического поражения коронарных и брахиоцефальных артерий и характер изменений липидного спектра и углеводного обмена у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда, при наличии или отсутствии сопутствующего метаболического синдрома.

Материалы и методы. Обследованы 90 больных от 48 до 69 лет с гипертонической болезнью, перенесших инфаркт миокарда, осложненный сердечной недостаточностью II функционального класса – ФК (NYHA). Все больные были подразделены на 2 группы: 1-я группа с метаболическим синдромом – 45 человек и 2-я группа без метаболического синдрома – 45 человек. В исследовании использованы методы контрастной селективной коронарографии с расчетом коронарного индекса, предложенного Ю.В.Беловым (1987 г.), ультразвуковое доплерографическое исследование артерий брахиоцефального ствола (БЦС).

Результаты. При исследовании липидного спектра уровень общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в обеих группах пациентов имел тенденцию к повышению, причем наблюдалась достоверная разница между группами: по ОХС – на 12,32% ($p>0,05$) и ХС ЛПНП – на 11,43% ($p>0,05$). При наличии большей триглицеридемии в группе с метаболическим синдромом ($p>0,001$) уровень ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) был ниже на 11,83% ($p<0,05$). Также у пациентов 1-й группы имело место достоверное увеличение гликозилированного гемоглобина ($p<0,05$).

Распространение и степень стенозирования коронарных артерий и поражение артерий БЦС тесно коррелировали с уровнем дислипидемии и наличием сопутствующей патологии углеводного обмена. Коронарный индекс в группе метаболического синдрома составил $15,5\pm 1,06$, а во 2-й группе пациентов – $11,58\pm 0,76$ с разницей между группами в 25,9% ($p<0,001$). Локализация значимого коронарного стеноза в 1-й группе пациентов в большинстве случаев (93,33%) – передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА), в 4,44% имело место поражение ствола левой коронарной артерии (СЛКА). В группе больных без метаболического синдрома ПМЖА поражалась достоверно реже – в 71,11%, поражения СЛКА не наблюдалось. Толщина комплекса интима–медиа артерий БЦС более 1 мм у больных 1-й группы встречалась на 12,45% чаще ($p>0,05$), что сопровождалось признаками атеросклероза стенок магистральных артерий.

Выводы. Метаболический синдром у больных артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда, сочетается с более выраженной гиперхолестеринемией за счет ЛПНП, гипертриглицеридемией и снижением ЛПВП, а также повышением гликозилированного гемоглобина. Это сопровождается более выраженным атеросклеротическим поражением артерий БЦС и большим значением коронарного индекса, что обусловлено наиболее частой локализацией поражения ПМЖА, СЛКА, большей степенью и обширностью стенозирования коронарных артерий.

Реабилитация пациентов после перенесенного инфаркта миокарда на примере отделения восстановительного лечения

Куимов А.Д.¹, Москаленко И.В.²

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ;

²МБУЗ «ГКБ №19», Новосибирск

Отделение восстановительного лечения ГБУЗ «Городская клиническая больница №19» г. Новосибирска было открыто в 2009 г. с целью реабилитации пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, и после высокотехнологичной медицинской помощи (АКШ, МКШ, стентирование коронарных артерий). В отделение поступают пациенты во второй постгоспитальной (2–3 мес после инфаркта миокарда) и в третьей тренирующей фазе (3–6 мес после инфаркта миокарда). Срок лечения в отделении – 21 день. Основная возрастная группа пациентов, находящихся в отделении восстановительного лечения, от 41 до 70 лет – 77%. Работающие пациенты составляют 43% от общего числа пациентов. В структуре пролеченных больных преобладают лица трудоспособного возраста мужского пола, чья работа связана с физическим трудом (рабочие профессии). У 24% пациентов имеет место в анамнезе два и более инфарктов миокарда. У 74% оперированных пациентов проводилось ЧТКА со стентированием, более одного оперативного вмешательства перенесли 15% пациентов. Среди оперированных пациентов у 19% регистрировался высокий (III и IV) функциональный класс стенокардии напряжения и они нуждались в повторном оперативном вмешательстве. Без проявлений стенокардии после оперативного лечения было всего 32% пациентов. Эти пациенты могли получать весь комплекс восстановительного лечения.

Наряду с общепринятой медикаментозной терапией (статины, β -адреноблокаторы, ИАПФ или сартаны и двойная антиагрегантная терапия) пациенты получали комплекс немедикаментозной терапии, состоящей из функционального и диетического питания, физической реабилитации (дозированная физическая нагрузка и ЛФК, тренажеры, терренкур, массаж), методов психокоррекции (групповая, БОС-Лаб) и элементов лимфосанации и детоксикации (ингаляции, водолечение – ванны 4- и 2-камерные или общие, циркулярный или дождевой душ, пеллоидотерапия, физиолечение, сухие углекислые ванны).

Из объективных методик для определения функционального класса и оценки эффективности восстановительного лечения у больных ишемической болезнью сердца используется тест 6-минутной ходьбы. По завершении курса лечения у 26% пациентов удалось добиться значительного улучшения – перехода из более высокого функционального класса в более низкий, у 67% – увеличения пройденной дистанции, что говорит о благоприятном трудовом прогнозе, 7% пациентов остались без изменений. Выписаны с улучшением 98% пациентов, объем медикаментозной терапии удалось снизить у 7% больных, снизили массу тела 9% пациентов, отказ от вредных привычек (курения) – у 35% пациентов.

Вторичная профилактика ишемической болезни сердца немедикаментозными методами на санаторном этапе реабилитации

Куртина Т.Д., Матвеева Н.В.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород

Цель. Оценка эффективности методов немедикаментозной терапии при вторичной профилактике (ВП) ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы. Анализ историй заболевания с учетом клинико-биохимических и функциональных показателей. Важность ВП ИБС является доказанной и несомненной. Главным преимуществом санаторной реабилитации наряду с фармакотерапией является возможность включения немедикаментозных методов во ВП ИБС. Выявление факторов риска (ФР), оценка степени риска, методы их коррекции, формирование приверженности пациентов здоровому образу жизни (ЗОЖ), большей информативности связи ФР с заболеванием, обучение в «Школе здоровья», ЗОЖ, группах самоконтроля для профилактики осложнений ИБС составляют основу мероприятий ВП ИБС. Однако наличие повсеместного информационно-рекламного поля по использованию медикаментов формирует мнение у пациентов о существовании таблеток «от курения», «ожирения», «холестерина», «гиподинамии», «психологической дезадаптации» с желанием «бросить курить» и «снизить массу тела во сне». В санатории по каждому фактору риска разработаны методики их коррекции немедикаментозными средствами: все виды ЛФК с контролем гемодинамики, телеметрии, ЭКГ, УЗИ; режим, диетическое питание, гипохолестериновая диета, разгрузочные дни под контролем антропометрии и биохимических показателей крови; методика ИРТ «Антигитабак», арсенал бронхолитической терапии, индивидуальное консультирование, психотерапия, бальнеолечение, аппаратная физиотерапия, массаж, СУВ, фитотерапия в экологически благоприятных климатических условиях создают максимальный диапазон форм ВП ИБС.

Результаты. При анализе 103 историй заболевания больных, перенесших инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, операции на сердце и сосудах, эффективность всех мероприятий следующая:

1. Программу физической реабилитации выполнили 92% пациентов, увеличив уровень двигательной активности.
2. Соблюдение гипохолестериновой диеты было рекомендовано 62%, но практическое осуществление достигнуто у 15–20% пациентов.
3. Снижение массы тела зарегистрировано у 32% лиц.
4. Отказаться от курения предлагали 63% пациентов, однако полностью бросили курить 13%, а 27% снизили количество выкуриваемых сигарет.

Выводы. Таким образом, санаторный этап реабилитации, имея многоцелевую отработанную систему по коррекции факторов риска, создает возможность проведения ВП немедикаментозными методами; работа «Школы здоровья» и ЗОЖ должна проводиться более настойчиво, убедительно, современно, с использованием бесед, фильмов, агитационных материалов, СМИ.

Опыт выполнения на санаторном этапе реабилитации Национальных и Российских клинических рекомендаций, разработанных ВНОК, РосОКР, по лечению ишемической болезни сердца

Куртина Т.Д., Матвеева Н.В.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород

Цель. Сопоставление теоретических рекомендаций и практическое их выполнение.

Методы. Анализ историй заболеваний (ИЗ) больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с учетом функциональных методов исследования, клинико-биохимических показателей крови. С 2005 г. в санатории при реабилитации больных, перенесших достоверный ИМ (ИМпСТ), в основе фармакотерапии применяются Национальные и Российские клинические рекомендации ВНОК и РосОКР с приложениями 2004–2011 гг. Для более четкого и конкретного сопоставления был проведен анализ 103 ИЗ данной группы больных за 2011–2012 гг. В группу вошли 89 мужчин и 14 женщин от 45 до 65 лет. Из факторов риска (ФР) отмечены: отягощенная наследственность 38%, артериальная гипертензия (АГ) – 76%, ожирение и индекс массы тела – 71%, курение – 78%, дислипидемия – 83%, гиподинамия – 61%, сахарный диабет (СД) – 12%. Клиническая оценка: преобладали ИМпСТ переднеперегородочных отделов – 58%; осложнения в остром периоде отмечено у 18% больных (нарушение ритма, блокады, аневризмы), ранняя постинфарктная стенокардия сохранялась у 9% больных, психологическая дезадаптация – у 68%. При анализе фармакотерапии с

учетом сопутствующих 2–3 заболеваний среднее количество рекомендуемых препаратов из стационара составляло 8–9 наименований. Соблюдая преемственность, первые 3 дня лечение практически не менялось.

Результаты. По окончании срока лечения основные группы рекомендуемых и назначенных препаратов составили: β -адреноблокаторы 88%, гиполипидемические средства – статины 82%, антитромбоцитарные препараты (ацетилсалициловая кислота – АСК, клопидогрел) – 87%, АСК в сочетании с клопидогрелом – 9%, ингибиторы АПФ – 62%, блокаторы рецепторов ангиотензина – 23%, нитраты и миокардиальные цитопротекторы – 11%, антагонисты кальция – 7%, антиаритмические препараты – 8%, из других групп назначались препараты для коррекции сопутствующих заболеваний органов пищеварения, дыхания, цереброваскулярных нарушений.

Выводы. При анализе выявлено: уровень факторов риска за последние 2 года сохранялся прежним, но количество СД увеличилось в 2 раза. Использование немедикаментозных методов лечения: дозированные физические нагрузки, диетотерапия, фитотерапия, ИРТ, СУВ, массаж, аппаратная ФТ с учетом их взаимопотенцирующего действия позволило уменьшить медикаментозную нагрузку по количеству наименований до 6–7, снизить дозы препаратов, особенно гипотензивных. Учитывая современную экологию крупных городов, еще большее значение приобретает проведение II этапа реабилитации в экологически благоприятных климатических условиях.

Таким образом, санаторный этап реабилитации позволяет в полной мере практически выполнить фармакотерапию в соответствии с Национальными клиническими и Российскими рекомендациями по лечению ишемической болезни сердца, разработанными ВНОК и РосОКР.

Неблагоприятное течение хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста: факторы риска и профилактические мероприятия

Ларина В.Н., Барт Б.Я.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Цель. Выявление факторов, негативно ассоциируемых с течением и прогнозом хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого возраста, наблюдающихся в поликлинических условиях.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 84 женщины и 164 мужчины в возрасте от 60 до 85 лет с ХСН II–IV функционального класса (ФК) по NYHA. Для оценки состояния больных использовали «Шкалу оценки клинического состояния» (ШОКС). Больным определяли качество жизни (КЖ), наличие тревоги и депрессии, ЭКГ, ЭхоЭКГ, тест с 6-минутной ходьбой. Больные получали медикаментозную терапию согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. Наблюдение длилось от 1 года до 8 лет (в среднем 2,4 года).

Результаты. Женщины с ХСН были старше мужчин [71 (66–76) и 68 (65–73) лет соответственно, $p=0,016$]. Ишемическая болезнь сердца была ведущей причиной развития ХСН, но чаще она выявлялась у мужчин (89,6%), чем у женщин (58,3%); $p<0,001$, а артериальная гипертония преобладала у женщин ($n=35$, 41,7%), но не у мужчин ($n=17$, 10,4%). Женщины имели более длительный анамнез ХСН, чем мужчины ($p=0,013$). У них чаще встречалась гипертрофия левого желудочка – ЛЖ ($p=0,001$), фибрилляция предсердий ($p=0,006$), сахарный диабет ($p=0,032$) и инсульт в анамнезе ($p=0,022$). Мужчины чаще соответствовали IV ФК и имели более тяжелое течение ХСН, чем женщины ($p=0,016$). Большинство (76,2%) пожилых женщин с ХСН имели сохраненную фракцию выброса (ФВ) ЛЖ по данным ЭхоЭКГ-исследования, в то время как у мужчин она встречалась в 39,6% случаев. Несмотря на более легкое течение заболевания, КЖ у женщин было хуже ($p<0,001$), а уровень тревожности – выше ($p=0,004$) по сравнению с мужчинами. Толерантность к физической нагрузке у женщин была ниже ($p=0,017$), чем у мужчин. Повышенный риск снижения переносимости физической нагрузки ассоциировался с возрастом ($p=0,029$, ОШ 1,77), плохим КЖ ($p<0,001$, ОШ 1,05) и тревожно-депрессивным состоянием ($p=0,016$, ОШ 1,14). Нами были получены данные о худшей выживаемости пожилых мужчин с ХСН, по сравнению с женщинами ($p<0,001$). Несмотря на разную выживаемость, предикторами летального исхода пожилых больных с ХСН, независимо от пола, оказались ФК ХСН ($p=0,042$, ОШ 2,8), ФВ ЛЖ ($p=0,005$, ОШ 3,39) и гиперурикемия ($p=0,001$, ОШ 5,7), которая встречалась у 70,3% мужчин и 29,7% женщин ($p<0,001$).

Выводы. Своевременное выявление и комплексное лечение на поликлиническом этапе больных не только с низкой ФВ ЛЖ и высоким ФК, но и с высоким уровнем мочевой кислоты необходимо для предупреждения прогрессирования ХСН в пожилом возрасте.

Дисфункция сосудистого эндотелия и автономной нервной системы в стратификации сердечно-сосудистого риска

Лебедев П.А., Грачева А.И., Лебедева Е.П., Ильченко М.Ю., Александров М.Ю.
Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара

Ключевой концепцией современной кардиологии в области профилактики и лечения сердечно-сосудистой патологии является концепция так называемых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Среди них рассматриваются традиционные факторы внешней и внутренней среды, связанные с частотой ССЗ, и новые ФР. Атеросклероз как основа ССЗ, несомненно, является многофакторным заболеванием. Влияние перечисленных факторов многопланово, они присутствуют у конкретного пациента в различных сочетаниях и варьируют по выраженности. Современная наука обладает огромной доказательной базой, свидетельствующей, что эндотелий сосудов и его многообразные функции являются мишенью этих неблагоприятных воздействий. Значение дисфункции эндотелия (ДЭ) определяется:

- 1) системностью ДЭ;
- 2) связью ДЭ с известными ФР;
- 3) ролью ДЭ как медиатора и независимого предиктора сердечно-сосудистых событий;
- 4) клинической значимостью улучшения ДЭ для прогноза ССЗ.

Именно поэтому стратификация сердечно-сосудистого риска, основанная на определении функции эндотелия, является очень заманчивой и многообещающей.

Дисфункция сосудистого эндотелия является тем недостающим звеном, которое связывает воедино все факторы сердечно-сосудистого риска и, очевидно, является суррогатным инструментальным критерием ремоделирования сердечно-сосудистой системы. Нами предложено использование методики компьютерной фотоплетизмографии для оценки вазодилатации в ходе ишемического теста, предложен диагностический показатель функции эндотелия, определяемый как степень уменьшения относительной амплитуды отраженной волны. Клиническая ценность данной методики определена у пациентов с традиционными ФР, а также у больных с гипертонической болезнью, гестационной гипертензией, метаболическим синдромом, ишемической болезнью сердца (ИБС). Данный метод воплощен в компьютерном фотоплетизмографе «ЭЛДАР», разработанном и выпускаемом серийно инженерно-медицинским центром «Новые приборы». Наш опыт свидетельствует о том, что предлагаемый метод является простым, малозатратным и эффективным в решении актуальной задачи определения вазорегулирующей функции периферических артерий и их эластических свойств.

Процессы ремоделирования сердца и сосудов сопровождаются нарушением эффективности рефлекторного регулирования сосудистого тонуса автономной нервной системой (АНС). Наиболее известным в клинике методом оценки влияния АНС является частотный анализ ритма сердца, однако он не пригоден для стратификации пациентов ввиду низкой специфичности. Нами предложена методика одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов с вычислением параметров так называемых разностной вариабельности, которая отражает колебания интервала от момента электрического возбуждения миокарда (зубец R ЭКГ) до начала пульсовой волны, определяемой пальцевой фотоплетизмографией. Показатели разностной вариабельности характеризуют активность кардиопульмонального барорефлекса. В исследовании на 56 больных с хроническими формами ИБС, подвергнутых коронароангиографии, нами впервые установлена возможность предсказывать наличие выраженных коронарных стенозов по параметрам разностной вариабельности в тесте с управляемым дыханием. К тому же, у пациентов с параметрами, характеризующими дисфункцию АНС, имелось значительное снижение вазорегулирующей функции эндотелия периферических артерий.

Таким образом, существует тесная взаимосвязь нарушений функций сосудистого эндотелия и АНС. Поэтому стратификация сердечно-сосудистого риска может быть оптимизирована совместным использованием этих методик.

Температурная реакция кожи – новый маркер, обусловленный потоком вазодилатации периферических артерий

Лебедев П.А., Матееску К.А., Бородулина Е.А., Иванова О.Ф., Александров М.Ю.
Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара

Васкулярная дисфункция рассматривается как ключевой пусковой фактор атеросклероза – системного процесса, манифестирующего окклюзией преимущественно коронарных, церебральных артерий. Клини-

ческая ценность методов, тестирующих функцию эндотелия (ФЭ), определяется их способностью предсказывать сердечно-сосудистые осложнения, частота которых в 2–3 раза выше у больных с метаболическим синдромом. Потокзависимая вазодилатация, опосредованная эндотелием, оценивается методами ультразвукового сканирования, лазерной флюометрии и фотоплетизмографии (ФПГ). Пальцевая инфракрасная термометрия представляет интерес, поскольку динамика температуры определяется вазореактивностью мелких артерий – артерий кожи.

Цель. Определить клиническую ценность пальцевой инфракрасной термометрии в ишемическом тесте верхней конечности в сравнении с методом ФПГ.

Материалы и методы. Исследованы 17 практически здоровых лиц в возрасте от 24 до 65 лет обоего пола (группа К) и 17 пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом (группа А). Всем проводилась проба с ишемией верхней конечности, которую создавали в течение 5 мин. Исходно, в течение окклюзии и после возобновления кровотока мониторировали пальцевую ФПГ, а также температуру дистальной фаланги пальца руки, подвергнутой ишемии. Использовали инфракрасную камеру thermoimager TIM 160. Анализ зарегистрированного термографического изображения проводили в ручном режиме через каждые 10 с. Показатель температурной реакции (ПТР) определяли как прирост температуры пальца в постишемической фазе, относительно исходной. В то же время методом компьютерной ФПГ определяли показатель ФЭ (ПФЭ) по разности относительной амплитуды отраженной волны, в процентах к исходному показателю, и индекс жесткости артерий (ИЖ) по времени задержки отраженной волны.

Результаты. В группе К ПТР имел только положительные значения: $3,32 \pm 0,54\%$, в группе А – $0,82 \pm 0,53\%$, $p < 0,01$. Отмечена корреляция ПТР с возрастом: $r = -0,54$, $p < 0,01$, соотношением талия/бедро: $r = -0,48$, $p < 0,02$, с систолическим артериальным давлением (АД): $r = -0,51$, $p < 0,01$, диастолическим АД: $r = -0,49$, $p < 0,02$. ПФЭ в группе К составил $18,23 \pm 3,24\%$ против $5,73 \pm 0,91\%$, $p < 0,01$ в группе А. ПФЭ коррелировал с возрастом: $r = -0,38$, $p < 0,02$, соотношением талия/бедро: $r = -0,59$, $p < 0,01$, с ИЖ: $r = -0,40$, $p < 0,01$. ПТР изменялся пропорционально ПФЭ: $r = 0,51$, $p < 0,01$, находился в обратном соотношении с ИЖ: $r = -0,44$, $p < 0,02$.

Выводы. Сохраненная вазореактивность сосудов кожи приводит к увеличению температуры в постокклюзионной фазе. Эта реакция однонаправленно изменяется с показателем ФЭ, измеренной пальцевой ФПГ. Вазодилатирующая способность, контролируемая эндотелием мелких артерий, утрачивается у больных с метаболическим синдромом, обратно пропорциональна жесткости сосудистой стенки и известным факторам сердечно-сосудистого риска.

Взаимосвязь сосудодвигательной функции эндотелия и реакции артериального давления на нагрузку у пациентов с артериальной гипертензией

Лебедев Е.В.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава РФ, Челябинск

Цель. Выявить взаимосвязь нарушения сосудодвигательной функции эндотелия и изменения артериального давления (АД) на фоне пробы с физической нагрузкой (ФН) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. Обследованы 123 пациента с АГ, 66 женщин и 57 мужчин, средний возраст – $49,8 \pm 0,73$ года. В качестве группы контроля исследованы 84 человека, не имеющих заболеваний сердечно-сосудистой системы и сопоставимых по возрасту с исследуемой когортой (19 женщин и 65 мужчин, средний возраст $48,4 \pm 1,34$ года). Изучение функции эндотелия проводили, используя пробу с реактивной гиперемией. Изменение диаметра плечевой артерии менее 10% от исходного в течение 15 с после пробы с реактивной гиперемией расценивали как доказательство наличия эндотелиальной дисфункции (ЭД). Пробу с ФН проводили на велоэргометре по стандартному протоколу со ступенчатой непрерывной возрастающей нагрузкой. Реакцию сердечно-сосудистой системы у пациентов с АГ на ФН оценивали по типу прироста систолического (САД) и диастолического АД (ДАД), а также по соотношению САД к частоте сердечных сокращений (ЧСС) на высоте нагрузки. Обработку результатов проводили с помощью статистического пакета SPSS 10. Применяли критерий Фишера, t-критерий и коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. Обнаружено нарушение эндотелийзависимой дилатации у $36,4 \pm 5,01\%$ пациентов с АГ, в группе здоровых лиц соответствующего возраста распространенность ЭД составила лишь $13,0 \pm 6,85\%$ ($p < 0,05$). Не обнаружено значимой разницы в переносимости физической нагрузки у пациентов с АГ с ЭД и без таковой. По результатам велоэргометрии обнаружены достоверные различия по данным САД при измерении исходного уровня САД ($149 \pm 3,53$ мм рт. ст. против $139 \pm 2,10$ мм рт. ст., $p < 0,05$ для пациентов с и без ЭД соответственно). Более выраженные различия наблюдались на фоне нагрузки 100 Вт ($197 \pm 6,21$ мм рт. ст. против $181 \pm 3,40$ мм рт. ст., $p < 0,05$) и САД на 1-й минуте периода релаксации ($186 \pm 6,90$ мм рт. ст. против $169 \pm 3,13$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Кроме того, АД в конце периода релаксации у пациентов с ЭД достоверно

выше, чем у пациентов без ЭД (САД $137 \pm 2,46$ мм рт. ст. против $130 \pm 2,14$ мм рт. ст., $p < 0,05$; ДАД $93,1 \pm 1,73$ мм рт. ст. против $87,8 \pm 1,35$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Кроме того, было оценено изменение АД и ЧСС в течение пробы у здоровых обследуемых и у пациентов с АГ. Значения ЧСС приближались к цифрам АД на высоте нагрузки, тогда как у пациентов с АГ этого не происходило. Для повышения чувствительности пробы с ФН был предложен коэффициент, учитывающий изменения АД и ЧСС на фоне пробы с ФН, – максимальное САД, деленное на максимальную ЧСС более 1,4. При анализе результатов исследования сосудодвигательной функции эндотелия у пациентов с АГ обнаружено, что соотношение максимального САД на фоне нагрузки к максимальной ЧСС достоверно выше у пациентов с ЭД ($1,50 \pm 0,047$ против $1,31 \pm 0,025$, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, обнаружена взаимосвязь чрезмерного повышения АД на ФН с нарушением сосудодвигательной функции эндотелия у пациентов с АГ.

Исследование отдаленной эффективности кардиальной волновой ударной терапии ишемической болезни сердца

Лисовец Д.Г., Щербак С.Г, Голота А.С., Агафьина А.С., Долгонова Т.В., Зеленина Л.И., Крассий А.Б., Лебедева С.В., Носков А.В., Попов А.Е.
СПб ГБУЗ «Городская больница №40», Санкт-Петербург

Россия с большим отрывом занимает лидирующее место в мире по смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), что свидетельствует о недостаточной эффективности существующих методов лечения этого заболевания. Кардиальная ударно-волновая терапия (КУВТ), заключающаяся в воздействии на сердце высокочастотным акустическим полем малой мощности, применяется для лечения ИБС уже в течение 14 лет. Разнообразными доклиническими и клиническими исследованиями, вплоть до III фазы, показано, что этот метод: 1) практически безопасен; 2) безболезнен; 3) достаточно эффективен даже в случаях стенокардии, резистентной ко всем другим методам. В то же время все проведенные до сих пор клинические исследования ограничивались динамическим наблюдением до 1 года. Неясно влияние КУВТ на такие базовые показатели улучшения состояния здоровья, как увеличение продолжительности жизни, уменьшение количества опасных для жизни осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Цель. Выяснить, способствует ли КУВТ увеличению продолжительности жизни больных ИБС и снижению числа опасных для жизни осложнений при 5-летнем динамическом наблюдении.

Материал и методы. 2 тыс. больных ИБС. Дизайн: наблюдательное проспективное исследование. Первичные конечные точки: 1) исход – смерть; 2) угрожающие жизни осложнения, например, инфаркт миокарда, инсульт и т.д. Вторичные конечные точки: 1) число госпитализаций; 2) число дней, проведенных в стационаре. Временные этапы наблюдения: 1) момент включения в исследование, 2) ежегодно через 1–5 лет. Исследование организовано с учетом всех положений Хельсинкской декларации «Этические принципы медицинских исследований с участием людей», с точным соблюдением требований международных и отечественных документов, регламентирующих проведение клинических исследований нефармакологического профиля, таких как CONSORT 2010, STROBE, ГОСТ Р ИСО 14155–2008. 1 июля 2012 г. протокол исследования зарегистрирован и выложен на сайте Международного регистра клинических исследований ClinicalTrials.gov (США).

Ожидаемые результаты. В случае, если в результате данного исследования долговременная эффективность КУВТ будет доказана, данный метод получит обоснованное право внедрения в широкую практику как неинвазивная и доступная модальность лечения ИБС.

Выводы. Представленное исследование является примером низкобюджетного научно-практического проекта международного класса. Следование новому формату CONSORT 2010 дает возможность публикации результатов в авторитетных международных изданиях.

Аспекты медицинской реабилитации инвалидов пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в Тюменской области

Логина Н.В.¹, Туровина Е.Ф.², Мельникова Е.В.¹, Жушман А.А.¹, Гагина Т.А.²

¹АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», Тюмень;

²ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава РФ, Тюмень

На фоне общемировой тенденции к старению населения ожидается, что к 2050 г. число пожилых людей в мире превысит число молодых людей. Изменение демографической структуры обуславливает не-

обходимость оптимизации лечения и реабилитации пожилых пациентов, в том числе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По данным ФКУ ГБ МСЭ по Тюменской области, «ведущее место в структуре заболеваемости и смертности пожилого населения занимает патология сердечно-сосудистой системы. Наибольшее число случаев в данной патологии занимают осложнения коронарного атеросклероза (26,3%) и ишемическая болезнь сердца – ИБС (53,0%), артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) (4,0%). Сложность проведения восстановительных мероприятий заключается в низкой толерантности больных к нагрузкам, обусловленной многообразием дегенеративных процессов, высокой скоростью развития утомления, замедлением ответных реакций пациентов на оказываемые лечебные мероприятия. В связи с этим одним из ключевых факторов, увеличивающих адаптационные способности организма пожилых пациентов, является комплекс современных реабилитационных мероприятий.

Цель. Оценить эффективность комплекса реабилитационных мероприятий у лиц пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Методы. Ретроспективный анализ 73 индивидуальных карт реабилитации пациентов пожилого возраста. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $62 \pm 9,7$ года, из них были 57% мужчин и 43% женщин. Из всех пациентов со II группой инвалидности был 31 человек, 42 пациента с III группой инвалидности. Комплекс реабилитационных мероприятий включал в себя 8–10 занятий психотерапии, ЛФК, сеансов медицинского массажа, физиотерапии и эрготерапии.

Результаты. Полный курс комплексной медико-социальной реабилитации в течение 14 дней смогли пройти 32 (44%) человека – 1-я группа наблюдения. Остальным 42 (56%) больным предложена «домашняя» схема реабилитации – 2-я группа наблюдения. Для этого проводились консультации, в ходе которых пациенты были обучены комплексу упражнений по ЛФК и эрготерапии в домашних условиях. Также были даны рекомендации по ведению здорового образа жизни. После прохождения курса реабилитации в 1-й группе у 87% пациентов была отмечена положительная динамика, у 13% – без изменений, ухудшений не отмечалось. Во 2-й группе после «домашней» схемы реабилитации улучшение было зафиксировано у 62% пациентов, а у 38% больных изменений не выявлено, ухудшения не отмечалось. Улучшение психоэмоционального состояния наблюдалось у 100% пациентов пожилого возраста в 1-й группе и у 33% – во 2-й группе после курса реабилитации. В 1-й группе наблюдения улучшение способности к передвижению было выявлено у 42% исследуемых пациентов и у 10% – во 2-й наблюдаемой группе.

Выводы. Проведение полного курса комплексной медико-социальной реабилитации больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы улучшает психоэмоциональное состояние и способность к передвижению.

Проблемы реабилитационного периода после кардиохирургических операций у больных с нарушением углеводного обмена

Лохина Т.В.¹, Казанцева Л.В.², Лихтер Т.А.², Ветрова И.П.², Каменева О.А.²

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ;

²ГБУЗ «ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина», Пенза

Цель. Сравнительный анализ частоты развития посткардиотомного синдрома, появления выпота в полость перикарда и/или плевральные полости у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после операции коронарного шунтирования на фоне нарушений и с нормальными показателями углеводного обмена в период стационарного реабилитационного этапа.

Материал и методы. Обследованы 67 больных (39 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 51 до 75 лет (средний возраст $61 \pm 4,7$ года) после коронарного шунтирования в послеоперационном периоде (на 5–21-е сутки после операции). Исследование проводилось в условиях кардиологического отделения, специализированного на реабилитации больных после кардиохирургических операций. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным показателям. В 1-ю группу включен 31 (46%) больной ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа; 2-я группа – 36 (54%) больных ИБС без нарушений углеводного обмена. В обследовании применялись общие лабораторно-клинические исследования, ЭхоКГ, УЗИ плевральных полостей, оценка показателей углеводного обмена.

Результаты. В 1-й группе достоверно выше частота выявления посткардиотомного синдрома или изолированного выпота в плевральные полости и/или выпота в полость перикарда (27 больных; 87,1%) по сравнению со 2-й группой (17 больных; 47,2%). Кроме того, в 1-й группе количество диагностических динамических УЗИ сердца и плевральных полостей оказалась выше (в среднем соответственно 2,5 и 3,5 исследования на 1 больного в 1-й группе; 1,5 и 2,0 выше указанных исследований – во 2-й группе). Закономерно, что в 1-й группе количество плевральных пункций в расчете на 1 больного в среднем в 2,7 раза

больше, чем во 2-й группе. Существенно различались сроки реабилитационного стационарного этапа в анализируемых группах. У больных с повышенным уровнем гликемии достоверное увеличение средних сроков реабилитационного стационарного лечения, несомненно, связано с целым рядом причин. Существенное модифицирующее влияние на сроки лечения оказывали анализируемые в данном исследовании факторы, в том числе рецидивирующий выпот в плевральные полости, требовавший проведения повторных лечебных плевральных пункций и контрольных УЗИ.

Выводы. Таким образом, наличие нарушений углеводного обмена, прежде всего сахарного диабета 2 типа, является существенным фактором, повышающим частоту развития таких осложнений, как посткардиотомный синдром, перикардальный и/или плевральный выпот у больных ИБС после операции коронарного шунтирования, что обуславливает удлинение сроков реабилитационного стационарного этапа. Необходимо дальнейшая разработка специализированных стандартов обследования и лечения данной категории больных для реабилитационного периода после кардиохирургических операций.

К вопросу о ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний с помощью компьютерного функционального мониторинга

Любимцев В.С.

ГУП «Московский метрополитен», Москва

Современные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) обусловлены не только возрастными особенностями и генетической предрасположенностью, но и неблагоприятными социальными факторами. К ним, в первую очередь, следует отнести особенности профессии.

Профессия машиниста метрополитена связана с такими негативными факторами, как пребывание в условиях относительной гипоксии на фоне высоких стрессовых нагрузок, обусловленных выраженной интенсивностью движения.

Существующая система компьютерного предрейсового контроля позволила организовать функциональный мониторинг (ФМ) как метод оперативного и длительного наблюдения за функциональным состоянием (ФС) машинистов. Машинист ежедневно проходит компьютерный предрейсовый медицинский контроль, и его гемодинамические показатели (артериальное давление – АД, PI, ReAD, пульсовое АД, минутный объем кровообращения, общее периферическое сосудистое сопротивление), накапливаясь в единой базе данных, становятся доступными для анализа. При анализе данных ФМ особое внимание уделяется машинистам с так называемой медикаментозной гемодинамикой, т.е. гемодинамикой, обусловленной регулярным приемом гипотензивных препаратов.

Это позволяет выявлять все случаи неадекватного назначения или нерегулярного приема препаратов, вызывающих состояние тревожной гипотонии с выраженным подъемом редуцированного АД (до 9,5 ед.) и резким снижением пульсового АД (ниже 30 мм). Все это создает предпосылки к снижению уровня профессионально значимых функций на фоне головокружения, выраженной сонливости, вплоть до развития медикаментозного коллапса. К положительным моментам ФМ гемодинамики следует отнести объективную оценку эффективности диспансеризации. Современная ситуация с диспансеризацией ССЗ вводит в заблуждение как пациента, рассчитывающего на эффект от приема лекарственных средств без изменений образа жизни, так и врача, который не отслеживает как динамику тревожных отклонений в ФС, так и появление ранних признаков осложнения.

Методика анализа данных ФМ позволяет выявлять лиц с неадекватным лечением, оценивать эффективность диспансеризации и формулировать медико-профессиональный прогноз для специалиста опасной профессии. Эффективный контроль лекарственных вмешательств с обоснованной коррекцией профессионально значимых функций у работников, ответственных за безопасность движения, также возможен на основе анализа данных ФМ.

При анализе данных ФМ важное место отводится оценке основных гемодинамических показателей в сочетании с индексами, просчитанными на основе вариабельности сердечного ритма (ИИ, Sit, SDR). Помимо профессионально значимых проявлений система ФМ отвечает на такие актуальные вопросы, как эффективность медикаментозного лечения в рамках существующей диспансеризации. Так, анализ показателей машинистов 1967–1969 гг. рождения показал, что у 1/3 этой возрастной категории уже имеют место признаки гипертонической болезни и они нуждаются в начальном лечении, причем необязательно медикаментозном.

Клиническая эффективность новой методики физических тренировок, используемой на амбулаторном этапе реабилитации у больных ишемической болезнью сердца

Лямина Н.П., Разборова И.Б., Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Карпова Э.С., Липчанская Т.П.
ФГБУ СарНИИК Минздрава РФ, Саратов

Клиническая эффективность программ физической реабилитации является залогом успешности реабилитационно-профилактических мероприятий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Цель. Провести сравнительный анализ клинической эффективности наиболее часто используемых на практике программ длительных физических тренировок (ФТ) при применении на амбулаторном этапе реабилитации у больных ИБС после ЧКВ.

Материал и методы. В исследование включены 95 больных ИБС мужского пола в возрасте от 45 до 64 лет, из них 64 перенесли инфаркт миокарда и 91 выполнено ЧКВ. Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты случайным образом были рандомизированы в 4 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В 1-й группе ФТ умеренной интенсивности проводились на тредмиле не менее 3 раз в неделю; во 2-й – тренировочная ходьба в заданном темпе не менее 2 ч ежедневно; в 3-й – ходьба с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 ч ежедневно (патент RU № 2440085 С1 от 20.01.2012); 4-я группа – контроля, не выполняющая ФТ. Продолжительность ФТ составила 12 мес. При оценке клинического статуса учитывали функциональный класс (ФК) стенокардии по Канадской классификации, ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA, повторные госпитализации по поводу прогрессирования ИБС и ХСН и развития осложнений, случаи повторной коронароангиографии (КАГ) и проведения ЧКВ, а также приверженность медикаментозной терапии и проводимым длительным КФТ (дневники самоконтроля пациентов).

Результаты. При анализе клинического статуса через 12 мес наблюдения в 1-й группе признаков стенокардии напряжения не имели 90,9% пациентов, в 3-й – 92,2%. ХСН I–II ФК имели только 6,3 и 6,5% пациентов соответственно. Во 2-й группе через 12 мес число пациентов со стенокардией напряжения I–II ФК составило 25,9%, в контрольной группе – 31,9%. Признаки ХСН I–II ФК во 2-й группе имели 13,5% пациентов, в группе контроля – 33,4%. Через 12 мес наблюдения в контрольной группе 2 человека были госпитализированы по поводу острого коронарного синдрома (ОКС), выполнено 5 КАГ, потребовалось 3 ЧКВ, из которых 2 были выполнены по поводу рестеноза стентированного сегмента. В основной группе в течение 6 мес развитие рестенозов не определялось, через 12 мес наблюдения госпитализаций по поводу ОКС, декомпенсации ХСН, повторных ЧКВ не было. При анализе приверженности наиболее высокий уровень приверженности КФТ через 12 мес зарегистрирован в 3-й группе (82,4%) и 1-й (75,3%). Улучшение приверженности ФТ ассоциировалось с лучшей приверженностью медикаментозной терапии (81,2 и 80,9% соответственно).

Выводы. Таким образом, наиболее эффективно улучшению клинического статуса в виде снижения ФК стенокардии напряжения, ФК ХСН, улучшению прогноза за счет сокращения числа госпитализаций по поводу ИБС и ОКС способствовали ФТ умеренной интенсивности на тредмиле не реже 3 раз в неделю и ходьба с утяжелением не менее 1 ч ежедневно.

Вариабельность сердечного ритма и клинко-адаптационные показатели у больных с хронической сердечной недостаточностью в процессе реабилитации физическими тренировками

Магомедова И.М., Гуляева С.Ф., Спицин А.П., Магомедов М.А.
ГОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава РФ, Киров

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является самым распространенным, тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением заболеваний сердечно-сосудистой системы. В появлении и развитии симптомов ХСН важное значение имеет активация симпатической нервной системы, которая, наряду с повышением активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, приводит к задержке ионов натрия и воды, к вазоконстрикции и снижению сократительной функции левого желудочка сердца. Вместе с тем, мало изучен вопрос о влиянии физических тренировок (ФТ) на вегетативный статус у больных с ХСН.

Цель. Изучение влияния программы реабилитации с использованием ФТ в домашних условиях на вариабельность сердечного ритма у больных с ХСН.

Материал и методы. В исследование были включены 2 группы больных с ХСН – по 30 человек, сопоставимые по возрасту и полу. Все пациенты основной и контрольной групп получали стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний. В основной группе в дополнение к терапии в течение 12 мес проводили ФТ в домашних условиях по программе, разработанной ГНИЦПМ Минздрава РФ (Аронов Д.М.). Методы исследования: интерпретация анамнестических сведений и образа жизни пациента; оценка толерантности к физическим нагрузкам – оценивали по тесту 6-минутной ходьбы (ТШХ); оценка вегетативного статуса осуществлялась по анализу вариабельности ритма сердца (ВРС) с соблюдением алгоритмических стандартов и рекомендаций (рабочие группы ЕКО и САОСЭ). Статистическая обработка полученных результатов исследования проведена методами вариационной статистики с помощью пакета прикладных программ Primer of Biostatistics Version 4.03 by Stanton A. Glantz.

Результаты. В начале исследования у больных с ХСН отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке, что сопровождалось нарушением адаптационно-компенсаторных возможностей организма. В динамике клинического состояния у больных с ХСН улучшалось. Через 6 мес в основной группе на фоне физических тренировок отмечалось повышение толерантности к физическим нагрузкам и продолжало увеличиваться к концу года, а в контрольной группе отмечалось снижение показателей ТШХ. При первичном обследовании показатели ритмограммы свидетельствовали о том, что у 92,5% больных с ХСН были выявлены признаки симпатотонии. В начале исследования показатели ВРС основной и контрольной групп не различались. Как показали результаты исследования, у больных основной группы наблюдалось постепенное увеличение длительности *RR*-интервалов, продолжала возрастать вариабельность сердечного ритма, отмечался рост вариационного размаха, что указывает на усиление парасимпатических влияний в управлении сердечным ритмом, наблюдалось снижение АМо, свидетельствующее об уменьшении активности симпатического отдела ВНС и смещение вегетативного баланса в сторону парасимпатического. Различия в основной и контрольной группах выявлены и по динамике спектральных показателей ВРС, а в контрольной группе активность симпатического отдела ВНС не снижалась.

Выводы. Стандартная терапия в сочетании с ФТ в домашних условиях способствовали улучшению клинического течения ХСН, физической работоспособности, временных и спектральных показателей кардиоинтервалографии. Наряду с показателями ТШХ исследование ВРС позволяет характеризовать степень тяжести ХСН и оценить эффективность программ реабилитации.

Эффективность гиполипидемической терапии с использованием ингибиторов синтеза и абсорбции холестерина в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

Маль Г.С., Звягина М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

В крупных эпидемиологических исследованиях (Фрамингемское, MRFIT) была обнаружена отчетливая прямая корреляция между концентрацией холестерина и уровнем смертности от ишемической болезни сердца (ИБС). Согласно Рекомендациям ВНОК 2012 г. по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена 1-й линией фармакотерапии гиперхолестеринемии являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы – статины. Но у значительного числа больных применение статинов в максимальных дозировках не приводит к достижению целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Таким пациентам показана комбинированная гиполипидемическая терапия.

Цель. Изучение эффективности гиполипидемической терапии в виде комбинированной терапии с использованием статинов и эзетимиба у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперлипидемией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 98 больных ИБС с первичной изолированной и сочетанной гиперлипидемией (ГЛП) в возрасте от 41 до 60 лет, из них 28 пациентов составили контрольную группу.

Фармакологическая коррекция заключалась в назначении пациенту ингибитора ГМГ-КоА-редуктазы II поколения (симвастатина) в дозе 40 мг в сутки и ингибитора абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб) в дозе 10 мг в сутки.

Результаты. Терапия изолированной ГЛП с помощью комбинации статина II поколения и эзетимиба выразилась статистически более выраженным ($p < 0,01$) снижением уровня ЛПНП (на 55,2%) по сравнению с монотерапией как симвастатином, так и розувастатином. Комбинированная терапия также эффективнее, чем монотерапия статинами различных поколений, снижала уровень общего холестерина и триглицеридов, а также повышала уровень ЛПВП (36,8, 17,6 и 15,3% соответственно). Сопоставимые данные были получены и при оценке гиполипидемической эффективности комбинированной терапии у пациентов с сочетанной ГЛП. Уровень общего холестерина снизился на 34,9%, что включало снижение ЛПНП на 51,3%,

триглицеридов – на 16,2% и повышение липопротеидов высокой плотности на 14,2%. Достичь целевых значений липидтранспортной системы по уровню ЛПНП удалось у 89,4 и 85,3% пациентов, страдающих ИБС с изолированной и сочетанной ГЛП соответственно.

Выводы. Применение двойного механизма ингибирования холестерина с помощью комбинированной терапии, включающей статин II поколения (симвастатин, 40 мг/сут) и ингибитор всасывания холестерина в кишечнике (эзетимиб, 10 мг/сут) позволило достичь целевых значений липидтранспортной системы по показателю ЛПНП в 9 случаях из 10. В связи с чем исследуемая комбинация может с высокой эффективностью использоваться в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

О предотвращении хронизации сердечно-сосудистых заболеваний в детском возрасте

Мальчуковский Л.Б., Мальчуковский О.Л., Мальчуковский И.Л.

Медико-экологическая ассоциация «БИОТЕХ», Пятигорск

Профилактическая медицина и рыночная экономика несут в себе противоречие из-за платных медицинских услуг. В настоящее время используются агрессивные методы диагностики и лечения, внедрение которых зачастую оплачено крупными зарубежными фирмами, впоследствии извлекающими огромные прибыли от реализации своих методик и фармпрепаратов.

Первичная профилактика в России находится на очень низком уровне. Снижена заинтересованность в ее осуществлении из-за экономических проблем, поэтому профилактические мероприятия встречают серьезные препятствия со стороны хозрасчетных лечебных учреждений, так как сокращение количества больных уменьшает их доходы. Вторичная профилактика труднодоступна большинству населения из-за высокой стоимости санаторных путевок.

В этой связи необходимо, чтобы здоровье населения, особенно детского, стало приоритетной задачей общества, тогда оно будет определять по рейтингу и политике, и экономику, а вложения в него должны быть признаны самыми выгодными. Поэтому следует интегрировать колоссальный опыт курортологии и главное – преодолеть скепсис академической медицины в отношении медицины традиционной.

Министерством здравоохранения утверждены методические указания по применению преформированной аэрофитопрофилактики в детских садах для повышения уровня здоровья детей с целью снижения заболеваемости: нервной, сердечно-сосудистой систем и органов дыхания. Дети во время занятий вдыхают гидроаэрозоли с эфирными маслами мяты, лаванды, шалфея, образующиеся в аппарате «Эдельвейс» под воздействием ультразвука.

Доказано, что естественная и преформированная аэрофитопрофилактика обладает не только иммунокорректирующими свойствами, но и способствует улучшению обучаемости детей школьного и дошкольного возраста. Например, дополнительно для профилактики желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых заболеваний у детей рекомендуется использовать:

1. Гомеопатические эссенции из лекарственных растений, которые готовятся по законам гомеопатии. Например, эссенция из Melissa лекарственной назначается в 6-миллионном разведении для трехразового приема с минеральной водой «Ессентуки-4». (Патент РФ № 2101022). Результаты исследования подтверждены статистически достоверными данными.
2. Высокоэффективные биофлавоноиды, получаемые из кожуры и косточек красных сортов винограда типа «Каберне», не содержащие спирт, сахар и консерванты, а имеющие в своем составе антиоксидант – ресвератрол. Химическая формула ресвератрола – 3,5,4'-тригидрокси-трансстильбен.

Лечение тревожных расстройств у постинфарктных больных

Маркин С.П., Маркина В.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Инфаркт миокарда достаточно часто приводит к нарушениям со стороны психических функций (в частности, развитие тревоги), которые находятся в «тени» основного функционального дефекта, но иногда в большей степени влияют на качество жизни постинфарктных больных. Тревога оказывает существенное влияние на ход восстановительных мероприятий и может являться серьезным препятствием в реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда.

Цель. Оценка эффективности применения атипичного транквилизатора (адаптола) при лечении тревожных расстройств у постинфарктных больных.

Методы. В исследовании приняли участие 29 пациентов в возрасте $49,7 \pm 2,8$ года, перенесших инфаркт миокарда давностью 3–4 нед. На момент осмотра больные жаловались на ощущение напряженности и скованности, неспособность расслабиться, ухудшение памяти, трудности засыпания и нарушения ночного сна. Всем больным был назначен препарат адаптол по 500 мг 2 раза в день на протяжении 4 нед. До и после лечения проводилась оценка степени интенсивности симптомов по 4-ступенчатой шкале (0 – признак отсутствует, 1 – выражен слабо, 2 – выражен умеренно, 3 – выражен резко), а также нейропсихологическое тестирование, которое включало оценку степени выраженности тревоги (шкала тревоги Спилбергера) и качества жизни (визуальная аналоговая шкала субъективной оценки состояния здоровья). По данным анкетного тестирования, пациенты до лечения имели выраженные симптомы тревоги (суммарная балльная оценка $2,7 \pm 0,4$ балла), что подтверждалось результатами шкалы тревоги Спилбергера (реактивная и личностная тревога $44,6 \pm 3,7$ и $43,5 \pm 4,1$ балла соответственно) и снижением качества жизни ($6,9 \pm 1,4$ балла).

Результаты. После проведенного лечения отмечалось достоверное уменьшение степени выраженности симптомов тревожных расстройств (до $0,7 \pm 0,2$ балла, $p < 0,001$), что сопровождалось улучшением показателей результатов оценки по шкале Спилбергера (снижение реактивной и личностной тревоги соответственно до $25,3 \pm 3,4$, $p < 0,01$ и $26,7 \pm 4,2$ балла, $p < 0,05$) и качества жизни пациентов ($2,8 \pm 1,0$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, применение атипичного транквилизатора адаптол способствует значительному уменьшению тревоги и улучшению качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Особенности липидного спектра и гормонального профиля у спортсменов

Масленникова О.М., Мегерян С.Д., Резниченко Т.А.

ФГБУ ГНЦ «ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва

Цель. Оценить липидный спектр и гормональный профиль у юношей, профессионально занимающихся спортом.

Материал и методы. Обследованы 63 молодых человека, профессионально занимающихся зимними видами спорта, в возрасте от 20 до 28 лет (средний возраст $23,1 \pm 0,3$ года). Контрольная группа состояла из 48 курсантов военного училища в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст $20,5 \pm 0,1$ года). Проводили оценку липидного спектра (уровень общего холестерина крови, липопротеидов высокой плотности – ЛПВП и низкой плотности – ЛПНП, триглицеридов), а также гормонального профиля (уровень тиреотропного гормона – ТТГ, тетраiodтиронина – Т4, кортизола, пролактина).

Результаты. По показателю индекса массы тела группа спортсменов не отличалась от контрольной группы (в среднем $23,63 \pm 0,24$ и $23,58 \pm 0,67$ кг/м² соответственно). Повышенный индекс массы тела имели 7,9% спортсменов, среди курсантов – 22,9%. Значения общего холестерина крови у обследованных спортсменов составили $4,7 \pm 0,1$ ммоль/л, в контрольной группе – $3,7 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,01$). Повышенный уровень общего холестерина имели 1/3 (33,3%) спортсменов, среди курсантов этот процент был гораздо меньше – 8,3%. Однако показатели ЛПНП в исследованных группах не различались (в среднем соответственно $2,5 \pm 0,1$ и $2,6 \pm 0,1$ ммоль/л). Повышенные значения ЛПНП наблюдались лишь у 6,3% спортсменов и у 2,1% обследованных в контрольной группе. В то же время уровень ЛПВП был гораздо выше у спортсменов, чем в контрольной группе (соответственно $1,6 \pm 0,03$ и $1,2 \pm 0,03$ ммоль/л, $p < 0,01$). Повышенный уровень триглицеридов выявлен у 33,3% спортсменов и у 2,1% курсантов, что, по-видимому, связано с особенностями характера питания в обследуемых группах лиц. Как у спортсменов, так и у курсантов избыточная масса тела не ассоциировалась с изменением липидного профиля. Уровень гормонов щитовидной железы не выходил за пределы нормальных значений у всех обследованных в обеих группах. В то же время имела место тенденция к повышению уровня ТТГ и снижению уровня Т4 у спортсменов в сравнении с контрольной группой. Показатели пролактина в обеих группах также были в пределах нормальных значений, однако у спортсменов средние значения оказались ниже (соответственно $10,9 \pm 0,5$ и $12,9 \pm 0,9$ нг/мл, $p < 0,05$). Что касается кортизола, то его повышенные значения наблюдались у 1/5 (20,8%) юношей контрольной группы, в то время как среди спортсменов уровень кортизола был несколько повышен лишь у одного человека.

Выводы. Таким образом, повышение общего холестерина у юношей, профессионально занимающихся зимними видами спорта, происходит за счет антиатерогенных фракций холестерина – ЛПВП, что связано с положительными влияниями интенсивных физических нагрузок на липидный профиль. Показано также положительное влияние занятий спортом на уровень гормона стресса (кортизола). Роль гормонов щитовидной железы в адаптации организма к мышечным нагрузкам требует дальнейшего изучения.

Необходимость комплексной оценки факторов риска в реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом

Матвеева С.А.

Медицинский центр «Атенон», Рязань

Цель. Анализ факторов риска (ФР): курение, артериальная гипертензия (АГ), избыточное потребление алкоголя, продуктов, содержащих животные жиры, углеводы, психоэмоциональное напряжение, их длительность воздействия, а также наличие избыточной массы тела – МТ/ожирения, гиперлипотеинемии (ГЛП), наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), сахарному диабету (СД) у пациентов с ИБС и метаболическим синдромом (МС).

Методы. Обследованы 102 мужчины (средний возраст – $47,6 \pm 0,7$ года) с ИБС, стабильной стенокардией напряжения (СН) I–IV функционального класса (ФК) и МС. ИБС, стабильную СН верифицировали на основе Российских рекомендаций «Диагностика и лечение стабильной стенокардии», ВНОК (2008 г.), АГ (гипертоническую болезнь – ГБ) – критериев ВНОК «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2008 г.). Липидный обмен анализировали, используя критерии ВНОК «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» (2009 г.), МС – критерии ВОЗ и ВНОК «Диагностика и лечение метаболического синдрома» (2009 г.). Статистическую обработку данных проводили с применением многофакторного корреляционного анализа (критерии Стьюдента–Фишера).

Результаты. Большинство (89–87,2%) обследованных мужчин с ИБС и МС имели стабильную СН II–III ФК – 47 (46,1%) – 42 (41,1%) соответственно. У всех пациентов определялась АГ в форме ГБ II–III стадии; избыточное потребление алкоголя выявлено в 95 (93,1%), курение – 88 (86,3%), избыточное потребление продуктов, содержащих животные жиры, – 35 (34,3%), избыточное потребление углеводов – 27 (26,5%), психоэмоциональное напряжение – 23 (22,5%), избыточная МТ (предожирение) – 81 (79,4%), ожирение 1-й степени – 10 (9,8%) случаев. ГЛП выявлялась у 63 (61,7%) пациентов с ИБС и МС. Выявлены следующие фенотипы ГЛП: ГЛП IIa – у 23 (22,5%), ГЛП IIb – у 11 (10,8%), ГЛП III – у 5 (4,9%), ГЛП IV – у 24 (23,5%) лиц. Наследственная отягощенность по ИБС имела место у 67 (65,7%), по АГ – 64 (62,7%), по СД – 5 (4,9%) пациентов. Нами обнаружены достоверные ($p < 0,05$ – $0,001$) прямые и реципрокные корреляционные взаимосвязи между длительностью воздействия таких ФР, как курение, избыточное потребление алкоголя, психоэмоциональное напряжение, избыточное потребление продуктов, содержащих жиры и углеводы, и показателями липидограммы, трактуемых как гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ) и др.

Выводы. Комплексная оценка таких ФР, как курение, злоупотребление алкоголем, избыточное потребление высококалорийных продуктов питания, психоэмоциональное напряжение, наличие АГ, избыточной МТ/ожирения, ГХС, ГТГ и др., позволяет определить прогноз и проводить индивидуальную программу реабилитационных мероприятий. Наличие 3–4 ФР у лиц молодого возраста, с учетом наследственной предрасположенности по сердечно-сосудистым заболеваниям, нацеливает на необходимость своевременной профилактики ИБС и МС в популяции.

Эффективность реабилитации пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологией

Матвеева С.А.

Медицинский центр «Атенон», Рязань

Цель. Изучить частоту сопутствующих заболеваний у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией, частоту развития инфаркта миокарда (ИМ) и определить показания к эффективной реабилитации.

Методы. Проведено комплексное клиническое (тщательный анализ данных анамнеза с расспросом пациентов и их родственников, изучение медицинской документации, объективное обследование систем: сердечно-сосудистой, органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения, костно-суставной, эндокринологический статус), лабораторное (общеклинические исследования, липидный спектр, протеинограмма, функциональные пробы печени и почек и др.) и инструментальное обследование (ЭКГ, УЗИ сердца и сосудов, рентгенологическое обследование) 190 пациентов [мужчин – 82 (43,2%), женщин – 108 (56,8%), средний возраст – $53,0 \pm 0,6$ года] с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (СН), метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом (СД) 2 типа и сопутствующей полиморбидной патологией.

Результаты. Стабильная СН I–II–III функционального класса (ФК) была диагностирована у 2,6–17,4–23,2% мужчин и 3,2–25,8–27,9% женщин соответственно. АГ в форме гипертонической болезни (ГБ) определяли у всех пациентов, у мужчин соотношение случаев ГБ II/ГБ III стадии – 17,9/25,3%; у женщин – 28,9/27,9%. Легкая/среднетяжелая/тяжелая формы СД 2 типа установлены у 15 (7,9%)/62 (32,7%)/5 (2,6%) мужчин, у 19 (10%)/75 (39,5%)/14 (7,4%) женщин соответственно. Из сопутствующей патологии у мужчин диагностировали: атеросклероз аорты – 67 (35,3%), заболевания опорно-двигательного аппарата – 37 (19,5%), заболевания почек – 28 (14,7%), хронические обструктивные болезни легких – 25 (13,2%), атеросклероз артерий нижних конечностей – 17 (8,9%), заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – 17 (8,9%), заболевания печени и желчевыводящих путей – 15 (7,9%); у женщин выявляли заболевания опорно-двигательного аппарата – 103 (54,2%), атеросклероз аорты – 97 (51,1%), заболевания почек – 69 (36,3%), заболевания печени и желчевыводящих путей – 45 (23,7%), хронические обструктивные болезни легких – 28 (14,7%), заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – 15 (7,9%). ИМ в анамнезе был выявлен в 101 (53,2%) случае: Q-ИМ – в 55 (28,9%), неQ-ИМ – в 46 (24,3%). ИМ диагностировали чаще у женщин – 53 (27,9%), чем у мужчин – 48 (25,3%), при этом Q-ИМ у мужчин/женщин регистрировали в 14,2/14,7%; неQ-ИМ – у женщин в 1,2 раза чаще, чем у мужчин.

Выводы. Сопутствующие хронические заболевания сопровождаются фазами обострения/ремиссии, метаболическими нарушениями в организме, при этом риск развития сердечно-сосудистых осложнений увеличивается. Своевременная диагностика сочетанной патологии, коррекция общих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, психоэмоциональное напряжение), АГ, избыточной МТ/ожирения, нарушений липидного, белкового, углеводного, электролитного обмена и др. способствуют замедлению темпа прогрессирования заболеваний, улучшению прогноза и качества жизни пациентов.

Динамика жесткости сосудистой стенки у молодых женщин в зависимости от типа физической нагрузки

Мельникова А.А., Колбасников С.В.

ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Тверь

Среди женщин, особенно в менопаузе, частота развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) существенно выше (55%), чем в среднем у мужчин (43%). Установлено, что гиподинамия сопряжена с повышенной жесткостью сосудистой стенки, причем регулярные аэробные физические нагрузки существенно улучшают эластичность сосудистой стенки и эндотелиальную функцию. Поэтому при разработке эффективных лечебных и профилактических мероприятий, включая программу физической реабилитации, необходимо учитывать не только факторы риска развития ССЗ, но и состояние эластичности сосудистой стенки.

Цель. Оценить у женщин эффективность различных программ физической реабилитации по динамике показателей контурного анализа пульсовой волны в сосудах мышечного и эластического типа.

Материалы и методы. Обследованы 43 здоровые женщины без факторов риска развития ССЗ (возраст $32 \pm 2,1$ года; уровень общего холестерина $3,7 \pm 1,1$ ммоль/л; индекс массы тела $21,9 \pm 2,3$ кг/м²). В зависимости от вида тренирующего режима пациентки были разделены на две группы. Первую составили 23 женщины, которые в течение 2 мес 3 раза в неделю в течение 60 мин получали силовые упражнения без аэробного компонента; вторую – 20 женщин, которые выполняли аэробные нагрузки (беговая дорожка, велотренажеры, эллипсоидные тренажеры) в течение 60 мин за тот же период времени. Всем обследуемым на аппарате «Ангиоскан-01 профессиональный» дважды (до начала цикла тренировок и после его окончания) проводилась контурная проба, и рассчитывались следующие показатели: жесткость сосудистой стенки (SI), индекс отражения (RI) и индекс аугментации (Alp75).

Результаты. Среди обследуемых 1-й группы до начала тренирующего режима: SI составил $7,1 \pm 0,5$ м/с, RI – $12,8 \pm 1,1\%$, Alp75 – $14,5 \pm 1,9\%$. После проведения тренировок SI – $8,5 \pm 0,4$ м/с ($p < 0,05$), RI – $28,9 \pm 0,7\%$, Alp75 – $4,5 \pm 1,3\%$, что свидетельствовало о нарастании жесткости артерий мышечного типа. Уровень систолического артериального давления (САД) до нагрузки составил $114 \pm 14,3$ мм рт. ст.; диастолического (ДАД) – $78,3 \pm 9,4$ мм рт. ст.; после нагрузки – $119 \pm 10,3$ и $75,3 \pm 2,4$ мм рт. ст. соответственно. Среди обследуемых 2-й группы до тренирующего режима: SI – $6,8 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,05$), RI – $14,5 \pm 1,1\%$, Alp75 – $8,5 \pm 1,9\%$; после цикла тренировок SI – $7,2 \pm 0,4$ м/с ($p = 0,005$), RI – $9,2 \pm 3,2\%$, Alp75 – $10,5 \pm 2,4\%$, что свидетельствует о сохранении эластичности сосудистой стенки. Уровень САД до нагрузки составил $111 \pm 12,6$ мм рт. ст.; ДАД – $69,3 \pm 10,4$ мм рт. ст.; после нагрузки – $115 \pm 9,3$ и $69,3 \pm 10,8$ мм рт. ст. соответственно. У пациентов 1-й группы после изменения тренирующего режима за счет добавления аэробных упражнений (беговая дорожка, ве-

лотренажеры, эллипсоидные тренажеры в течение 60 мин 3 раза в неделю) через 3 мес показатели контурного анализа пульсовой волны составили: SI – $6,5 \pm 0,9$ м/с ($p=0,005$), RI – $19,4 \pm 4,3\%$, Alpr75 – $11,8 \pm 6,3\%$, САД – $124 \pm 10,3$ мм рт. ст., ДАД – $70,3 \pm 9,4$ мм рт. ст.

Проблемы доступности для родителей информации о реабилитации и будущей трудовой адаптации детей и подростков после хирургического лечения врожденных пороков сердца

Милюевская Е.Б., Крупянко С.М.

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

Цель. На основании данных анкетирования семей пациентов в возрасте до 18 лет, после хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС) провести анализ уровня информированности родителей о возможностях реабилитации и будущей трудовой адаптации детей с данной патологией.

Материал и методы. В период с февраля по ноябрь 2012 г. проведена рассылка анкет на 8340 почтовых адресов пациентов – граждан регионов РФ в возрасте до 18 лет, которым в НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН в разные годы выполнено хирургическое лечение ВПС. Сроки, прошедшие с момента операции, составили от 1 мес до 7 лет 2 мес. Минимальный возраст пациентов на дату опроса был 1,5 мес, максимальный – 17 лет 11 мес. В соответствии с целью исследования, нами сформулированы вопросы об информированности родителей по различным аспектам послеоперационной реабилитации детей с ВПС. Вопросы затрагивали проблемы:

- 1) возникшие из-за недостатка знаний и опыта у родителей непосредственно после выписки из кардиохирургического стационара;
- 2) связанные с доступностью консультаций кардиологов по месту жительства;
- 3) психологического стресса семей в связи с диагнозом ВПС у ребенка;
- 4) четкого представления уровня адекватных физических нагрузок;
- 5) особенностей выбора будущей профессии для пациентов с различными формами ВПС.

Результаты. Заполненные анкеты вернули 2189 (26,2%) респондентов. Большинство семей (1769; $n=80,8\%$) указали на отсутствие проблем из-за недостатка знаний и опыта в раннем послеоперационном периоде, что связано с качественными и полными рекомендациями медицинских специалистов перед выпиской их стационара. Родители 420 (19,2%) пациентов отмечали страх навредить ребенку неправильными действиями, что, возможно, связано с испытанным психологическим стрессом, так как именно эти семьи в большей степени отмечали необходимость профессиональной психологической помощи. Больше половины родителей (1182; $n=54,0\%$) затруднились ответить на вопрос о знании адекватных физических нагрузок для их детей. Вызывает настороженность, что большую часть респондентов из этой группы составили семьи пациентов с септальными дефектами (769; $n=65,1\%$). В основном это семьи, проживающие в населенных пунктах, где отсутствует кардиологическая служба, либо родители не доверяют мнению местных кардиологов. В порядке убывания по частоте встречаемости ответов респондентов, родители хотели бы получить четкую, однозначную информацию по следующим темам:

- 1) возможность заниматься трудовой деятельностью в будущем;
- 2) санаторно-курортное лечение;
- 3) адекватность физических нагрузок;
- 4) вопросы по инвалидности;
- 5) планирование семьи и др.

Новые подходы к программе физической реабилитации больных гипертонической болезнью с использованием статодинамического режима работы мышц

Мирошников А.Б., Смоленский А.В.

НИИ спортивной медицины РГУФКСМиТ, Москва

Цель. Усовершенствование комплексной программы немедикаментозного лечения артериальной гипертонии (АГ) с помощью тренажерных устройств.

Методы. Для решения поставленных задач применялись следующие методы: анализ литературных источников, медико-биологическое тестирование, биоимпедансный анализ, педагогическое наблюдение и педагогический эксперимент, методы математической статистики.

Результаты. Сравнительный анализ разработанных комплексных методик 1 и 2 показал статистически значимы ($p < 0,05$) различия:

- 1) методика 2 способствует более выраженному понижению индексу массы тела на 58,8%, подкожно-жировой ткани – на 171,4% и висцерально-жировой ткани – на 35,1%;
- 2) методика 2 способствует более выраженному увеличению потребления кислорода на аэробном пороге на 16,8% и на анаэробном пороге – на 17,6%;
- 3) методика 2 способствует понижению индекса атерогенности на 105%;
- 4) методика 2 способствует понижению протромбина крови на 20%, а также удлинению активированного частичного тромбопластинового времени и понижению международного нормализованного отношения на 19,6 и 27,3% соответственно;
- 5) методика 2 способствует более выраженному понижению и стабилизации систолического артериального давления (АД) в покое утром на 32,4% и вечером – на 23,2%.

Выводы. Разработанные комплексные программы физической реабилитации больных АГ эффективно понижают и стабилизируют АД в покое, способствуют более выраженному понижению холестерина фракций и положительно воздействуют на каулограмму крови, что не может не сказаться на профилактике и лечении ишемической болезни сердца, мозгового инсульта и инфаркта миокарда. Применение в физической реабилитации больных АГ статодинамического режима работы мышц позволяет понижать вес отягощения, что положительно сказывается на АД во время тренировки, при этом силовые и аэробные возможности испытуемых, как показал эксперимент, развивались на всем промежутке тренировочного процесса.

Технологии и качество кардиореабилитации

Мисюра О.Ф., Зобенко И.А., Карпухин А.В., Шестаков В.Н.
ЗАО «Санаторий «Черная речка», Санкт-Петербург

Многоплановый и multidisciplinary процесс кардиологической реабилитации предусматривает применение специально разработанной технологии, обеспечивающей получение каждым больным необходимого объема реабилитационных воздействий в соответствии с едиными стандартами, но с соблюдением индивидуального подхода. В основе технологического процесса лежит проведение риск-стратификации, обеспечивающей выделение однородных по нозологической принадлежности и клиническому статусу категорий кардиологических больных. Риск-стратификация позволяет оценить класс тяжести пациентов на санаторном этапе и их реабилитационный потенциал, скорректировать медикаментозную терапию в соответствии с возрастающей физической активностью, наметить план физической реабилитации и информационной поддержки.

Единые принципы технологии реабилитации позволили сформулировать концепцию модульного подхода к реализации индивидуальных реабилитационных программ. Модульное программирование – это разделение общей задачи на отдельные функционально законченные единицы (стандартные программные модули), что облегчает решение основной задачи. Модульная программа состоит из отдельных частей (функционально законченных единиц), которые можно менять, добавлять или убирать, не разрушая программу в целом.

Многоплановые программы могут быть разделены на составные части – модульные блоки, представляющие собой выделяемые логически относительно самостоятельные части программы с конкретно обозначенными целями. Каждый модульный блок состоит из отдельных модулей, что позволяет разделять общие задачи на более мелкие части и решать их совместно с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента. Из модулей общей программы реабилитации могут быть составлены индивидуальные реабилитационные программы для каждого пациента. При этом модульный подход дает возможность соблюдать унификацию (стандартизацию) реабилитационных мероприятий в целом.

Модульное построение программы реабилитации облегчает текущий контроль исполнения по ее отдельным частям – модулям и итоговый контроль реализации всей программы в целом. Управление качеством медицинской помощи может формироваться на основе ее стандартизации. В качестве стандартов используются отечественные и международные рекомендации, сформулированные на принципах доказательной медицины. Стандарты регламентируют объем выполненных медицинских рекомендаций (количественный контроль). Необходимым требованием выполнения стандартов является достижение целевых показателей лечения, полученных доказательным путем, – клинических индикаторов результативности (качественный контроль), к которым относятся гемодинамические, биохимические и антропометрические параметры.

Единая технология кардиореабилитации с модульным построением индивидуальных реабилитационных программ позволяет оптимизировать реабилитационный процесс.

Динамика показателей стабилотрического исследования по методу биологической обратной связи в восстановительном лечении кардионеврологических больных

Михайлов С.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Оренбург

Цель. Изучить показатели стабилотрического исследования по методу биологической обратной связи (БОС) с диагностической направленностью в восстановительном лечении у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и имеющих в анамнезе ишемический инсульт (ИИ).

Материалы и методы. В исследовании применялся «Стабилоанализатор компьютерный, с биологической обратной связью «Стабило-01». Стабилография проводилась на 40 больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 45–60 лет – 25, старше 60 лет – 15. По полу: женщин – 13, мужчин – 27. Курс лечения составлял 15 сеансов. Стабилотрическое исследование проводилось по следующим показателям: длина кривой (L), площадь статокинезиграмы (S), скорость перемещения центра давления – V и радиус перемещения центра давления (R). Оценка показателей системы равновесия производилась до, во время и после завершения курса лечения по принципу использования БОС.

Результаты. Длина стабилотриграммы (L) была наибольшей у больных с ИМ, имеющих в анамнезе ИИ, и равнялась $403,7 \pm 29,6$ мм. Величины длины стабилотриграммы у больных, перенесших ИМ и не имеющих в анамнезе ИИ, составляла $311,7 \pm 14,26$. Площадь стабилотриграммы (S) оказалась наибольшей у больных, перенесших ИМ – $437,6 \pm 42,8$ мм². Соответственно, величина S у пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, была меньше – $384 \pm 52,7$ мм². Радиус перемещения центра давления R и скорость перемещения центра давления V при изучаемых нозологических формах существенно не различалась. Величина R колебалась от $4,3 \pm 0,28$ до $4,6 \pm 0,36$ мм, а величина V – от $11,4 \pm 1,45$ до $12,5$ мм/с. Анализ модулей стабилотриграммы после реабилитационного курса биопроуправления показал, что при всех изучаемых заболеваниях имеется тенденция к улучшению. Величина L у больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, до лечения составила $403,7 \pm 29,6$ мм, после лечения – $319,6 \pm 23,4$ мм ($p < 0,05$). Особенно существенно у больных, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ, изменились величины R и V ($p < 0,001$): соответственно до лечения $R = 4,25 \pm 0,27$ мм², после лечения – $2,9 \pm 0,33$ мм²; V до лечения – $11,2 \pm 0,53$ мм/с, после лечения – $8,7 \pm 0,52$ мм/с. Площадь стабилотриграммы у тех же больных до лечения равнялась $384,6 \pm 52,7$ мм², после лечения – $291,56 \pm 41,6$ мм² ($p < 0,05$). Скорость перемещения центра давления во всех изучаемых группах после проведенного тренинга увеличивалась с $11,4 \pm 1,45$ до $12,5 \pm 1,67$ мм/с ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты стабилотриграфии свидетельствуют о компенсаторных возможностях вестибулярной системы. Процессы усиленной активизации центральных нейронных образований, структурная перестройка и совершенствование внутренней модели всей статокинетической системы позволяют добиваться высокой эффективности и диагностики проводимой терапии. Стабилотрическое исследование и стабилотренинг по методу БОС может быть включен в комплексную систему реабилитации пациентов, перенесших ИМ и имеющих в анамнезе ИИ.

Динамика массы тела, систолического и диастолического артериального давления у лиц среднего возраста с высоким нормальным артериальным давлением и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в группах вмешательства и сравнения в результате продолжительных изменений в питании

Молчанова О.В., Бритов А.Н., Андреева Г.Ф.

ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава РФ, Москва

Большинство исследователей отдают предпочтение немедикаментозным методам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), оставляя медикаментозную профилактику для определенных групп населения, у которых неэффективно немедикаментозное воздействие. Из немедикаментозных методов вмешательства самым физиологичным и постоянно действующим является питание.

Цель. Определение возможностей немедикаментозного контроля артериального давления (АД) изменением питания у мужчин и женщин среднего возраста с пограничной артериальной гипертензией (АГ) и факторами риска (ФР) ССЗ для профилактики АГ.

Материалы и методы. Из двух организованных популяций одинаковых профессий по критериям включения и исключения были отобраны 2 группы: группа вмешательства (ГВ) – 287 человек, из них 203 согласились изменить питание, и группа сравнения (ГС) – 252. Критерии включения: лица 25–39 лет с АД=130–159/85–94 и 40–45 лет с АД=135–159/85–94 мм рт. ст.; 25–39 лет с АД<130/85 и 40–45 с АД<135/85 мм рт. ст., но с частотой сердечных сокращений в покое более 85 уд/мин; 25–39 лет с АД<130/85 и 40–45 с АД<135/85 мм рт. ст., но с положительным семейным анамнезом. Изменения питания состояли: ↑К до 4 г, ↓Na до 2,5 г, ↑ клетчатки до 20 г в день. Калорийность – до 2300 ккал, у лиц с ИМТ>27 кг/м² ↓ до 2000 ккал. Изменения в питания проводились не только в личном рационе, но и на рабочем месте.

Результаты. ГВ и ГС сравнимы между собой по всем изученным показателям. В результате 3-летнего изменения питания: ГВ женщины – САД ↓ на 3,27 ($p<0,05$); ДАД ↓ на 2,09 мм рт. ст. ($p<0,05$); МТ ↓ 2,43 кг. В ГС произошла естественная динамика: САД ↑ на 2,97 ($p<0,05$); ДАД ↑ на 1,29 мм рт. ст. ($p<0,05$); МТ ↑ на 2,39 кг ($p<0,05$). ГВ мужчины – САД ↓ на 1,92 ($p<0,05$); ДАД ↓ на 1,91 мм рт. ст. ($p<0,05$); МТ ↓ на 2,63 ($p<0,05$). ГС мужчины – САД ↑ на 2,56 ($p<0,05$); ДАД ↑ на 2,39 мм рт. ст. ($p<0,05$); МТ ↑ на 6,16 кг ($p<0,05$).

Выводы. Длительное диетическое вмешательство может быть эффективным в отношении контроля АД у лиц среднего возраста с высоким нормальным и ФР АГ при изменении питания как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

Эффективность управляемой климатотерапии в программах восстановительного лечения артериальной гипертензии

Мухарлямов Ф.Ю.¹, Сычева М.Г.¹, Рассулова М.А.¹, Иванова Е.С.²

¹ГБУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы», Москва;

²МОЦ медицинской профилактики ГУЗ МО «Московский областной клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва

Цель. Исследовать эффективность управляемой климатотерапии в комплексном восстановительном лечении больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проводилось восстановительное лечение (ВЛ) 53 пациентам, страдавшим АГ (средний возраст 46 лет) различного генеза (31 – гипертоническая болезнь 2-й ст., 22 – вегетососудистая дистония – ВСД по гипертоническому типу). В программы ВЛ включались кардиотренировки с мониторингом состояния кардиореспираторной системы в режиме ступенчато нарастающих физических нагрузок, внутривенная лазеротерапия, сухие углекислые ванны, массаж шейно-воротниковой зоны в электро-статическом поле системы «Nivamat». 26 больных получали дополнительно сеансы галотерапии (ГТ) длительностью 40 мин. Все процедуры проводились в течение 10 дней, с постоянным мониторингом артериального давления (АД), оценкой клинического состояния, а также на фоне приема базисных медикаментозных препаратов.

Результаты. В ходе проведенного ВЛ у всех больных наблюдались тенденция к нормализации АД на привычном для каждого пациента уровне, улучшение общего состояния, повышение толерантности к физической нагрузке. Однако эти эффекты наступали раньше в среднем на 3–4 дня у пациентов, получавших ГТ; также у этой группы больных быстрее возрастала толерантность к физической нагрузке, что позволяло интенсивнее наращивать мощность физических тренировок. Особенно выраженными эти эффекты были у больных, страдавших ВСД по гипертоническому типу, что объясняется улучшением психологического состояния на фоне ГТ. Помимо психологического комфорта ГТ способствовала улучшению носового дыхания, бронхиальной проходимости и альвеолярной вентиляции, что позволяло повысить кислородный транспорт и усилить периферическую вазодилатацию. Кроме указанных механизмов, в литературе сообщается, что вдыхание солевого аэрозоля с последующим всасыванием в кровь способствует укреплению артериальной стенки и стабилизации эндотелия.

Выводы. Применение ГТ-технологии, традиционно включаемой в комплекс немедикаментозного лечения у больных с заболеваниями бронхолегочной системы и ЛОР-органов, достоверно повышает эффективность программ ВЛ при АГ, что особенно следует рекомендовать больным, страдающим ВСД по гипертоническому типу.

Реабилитация больных артериальной гипертензией применением немедикаментозных комплексов

Никифорова Т.И.

ФГБУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии» Минздрава РФ, Москва

В литературе имеется достаточно сообщений о способности лазерного излучения оказывать гипотензивное действие у больных артериальной гипертензией (АГ), благодаря структурно-функциональной модификации биомембран.

Цель. В клинической эффективности и целесообразности включения лазерного излучения в комплексное немедикаментозное лечение больных АГ II–III стадией, 1–3-й степени, высоким и очень высоким «дополнительным» риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Методы. Оценку клинической эффективности проводили на основании динамики клинического артериального давления (АД), показателей центральной гемодинамики эхокардиографическим методом на аппарате «Logic-100» датчиком с частотой 3,4 МГц. Оценивали фракцию выброса (ФВ), ударный объем (УО), систолическую и диастолическую функции миокарда, морфофункциональные показатели: конечно-диастолический (КДР), конечно-систолический размер (КСР), толщину стенок миокарда.

Результаты. Под влиянием комплекса с включением лазерной терапии, магнитотерапии, СМТ, спелеоклиматотерапии, общих йодобромных ванн, лечебного плавания в бассейне клиническое систолическое АД (САД) снизилось со $164,0 \pm 1,91$ до $125,0 \pm 0,63$ мм рт. ст., на 39 мм рт. ст. ($p < 0,01$), диастолическое (ДАД) – со $102,0 \pm 1,91$ до $79,16 \pm 0,63$ мм рт. ст., на 22,8 мм рт. ст. ($p < 0,01$). Уменьшились признаки гипертрофии левого желудочка, отмечена тенденция к снижению массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) с $200,35 \pm 9,96$ до $179,04 \pm 7,1$ г, на 11% ($p < 0,01$) и достоверное снижение индекса относительной толщины (ИОТ) у больных с $0,41 \pm 0,002$ до $0,39 \pm 0,002$ ($p < 0,01$), при этом увеличилась ФВ с $62,0 \pm 1,9$ до $69,0 \pm 0,86\%$, на 11,3% ($p < 0,01$).

Под влиянием аналогичного комплекса, но без включения лазерной терапии клиническое САД снизилось со $170,0 \pm 2,14$ до $130,0 \pm 1,07$ мм рт. ст., на 32 мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАД – с $92,5 \pm 0,66$ до $84,16 \pm 0,66$ мм рт. ст., на 6,4 мм рт. ст. ($p < 0,01$), снизилось только ИОТ с $0,44 \pm 0,005$ до $0,39 \pm 0,002$, на 4,6% ($p < 0,01$), при этом ММЛЖ существенно не изменилась: до лечения ММЛЖ составляла $234,4 \pm 7,1$ г, после – $247,6 \pm 6,8$ г ($p > 0,1$).

Выводы. Полученные нами данные согласуются с данными литературы и других исследователей о гипотензивном эффекте лазерной терапии, обусловленном снижением сердечного выброса и уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления, улучшении клинического статуса, функциональных и гемодинамических показателей. Включение лазерной терапии в комплексное немедикаментозное лечение больных АГ II–III стадией, 1–3-й степени, высоким и очень высоким «дополнительным» риском развития ССО целесообразно и позволяет не только снизить в наибольшей степени повышенный уровень АД, но и оказать кардиопротективное влияние, в сравнении с комплексом без лазерной терапии.

Комплексный подход к реабилитации детей, оперированных в раннем возрасте по поводу врожденного порока сердца

Николаева И.Е.¹, Хайретдинова Т.Б.², Онегов Д.В.², Знобищева М.И.², Хабибуллина А.Р.¹, Нугуманова Р.Т.¹

¹МУЗ «Республиканский кардиологический диспансер»;

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Новые возможности кардиохирургической помощи детям позволяют проводить оперативные вмешательства в раннем возрасте и спасать жизнь детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Возможность эффективной реабилитации таких больных обусловлена устранением анатомической основы патологии, что ведет к нормализации кровообращения или его существенному улучшению.

Цель. Изучить возможность повышения эффективности ранней реабилитации детей, оперированных до 1 года по поводу ВПС.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 79 детей раннего возраста с ВПС. У всех детей была выявлена сердечная недостаточность, у 42,9% детей – признаки легочной гипертензии. При составлении индивидуальной программы реабилитации учитывались исходное состояние ребенка в предоперационном периоде, особенности раннего послеоперационного периода, нарушение функции желудочно-кишечного тракта), травматичность оперативного вмешательства, остаточные проблемы после коррекции ВПС (перестройка гемодинамики, дисфункция желудочков, нарушения ритма). Реабилитационный ком-

плекс включал медикаментозное и немедикаментозное лечение: массаж, лечебную гимнастику, нутритивную поддержку. Для повышения эффективности реабилитации и привлечения родителей была организована школа для родителей детей с ВПС. Пациенты наблюдались кардиохирургом, педиатром, консультировались невропатологом, врачом ЛФК. Эффективность реабилитации оценивалась путем мониторингирования частоты сердечных сокращений, артериального давления, данных электрокардиографии, эхокардиографии (ЭхоКГ), лабораторных данных: показателей лейкоформулы, гемограммы, количества эритроцитов. Проводилась соматометрия, оценка нервно-психического развития (НПР).

Результаты. Эффективность лечения оценивалась по положительной динамике или нормализации клинико-лабораторно-инструментальных данных. Комплексный подход в проведении реабилитации детям раннего возраста с ВПС в послеоперационном периоде способствовал прибавке массы тела детей (средняя прибавка составила 300 ± 23 г), улучшению показателей НПР (эмоционального тонуса, нормализации сна), положительной динамике основных параметров функционирования сердечно-сосудистой системы, динамике лабораторных показателей (снижение лейкоцитарного индекса, уровня лейкоцитов и тенденции к нормализации количества эритроцитов и уровня гемоглобина у всех детей). По данным ЭхоКГ отмечалось уменьшение или отсутствие выпота плевральной полости.

Выводы. Для совершенствования реабилитации детей раннего возраста, оперированных по поводу ВПС, важное значение имеет объединение усилий педиатра, кардиолога, невропатолога, психолога, социального работника. Для достижения успешных результатов лечения необходима разработка оптимальной формы взаимодействия лечебно-профилактических учреждений, обеспечение непрерывности, этапности, преемственности в лечении.

Изучение ассоциации генов с артериальной гипертонией, ожирением, сахарным диабетом 2 типа

Орлова Н.В., Ситников В.Ф.

ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Цель. Изучить связь полиморфизмов генов с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы. Обследованы 40 больных с метаболическим синдромом в возрасте от 40 до 60 лет. У больных имели место артериальная гипертония (АГ), ожирение (ОЖ) и сахарный диабет 2 типа (СД). Контрольную группу составили 40 человек. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции использована 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. Результаты 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.

Результаты. При оценке отношений шансов полиморфизмов изучаемых генов выявляется ассоциация генотипа A/A гена APOA -75 G/A с развитием ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с сопутствующим СД, 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 ОЖ, OR составило $4,11 \pm 1,01$ (1,06–29,96) ($p < 0,05$). С ОЖ у больных ИБС также 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 ОЖ и СД у больных ИБС с генотипами гена IRS1 Gly972Arg и гена ACE I/D выявлено не было. Выявлена взаимосвязь генотипа D/D гена ACE I/D с развитием АГ.

Выводы. Выявлена взаимосвязь генотипа D/D гена ACE I/D с развитием АГ. Выявленные ассоциации развития ИБС у больных СД и ОЖ 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.

Оценка эффективности скрининговых обследований населения по выявлению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Кондрашова А.А., Карселадзе Н.Д., Сапожников С.А.
ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва

Цель. Проведение скринингового обследования населения с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их коррекции.

Методы. 9 мая 2012 г. в парке отдыха «Кузьминки» при поддержке Лиги здоровья нации был проведен день здоровья «Проверь свое сердце». При обследовании у отдыхающих граждан измерялись артериальное давление (АД), индекс массы тела (ИМТ), проводилось тестирование на выявление когнитивных нарушений, использовалось медицинское оборудование, применяемое в Центрах здоровья: кардиовизор и смокелайзер. Прием населения вели врачи Центра здоровья городской поликлиники №9, сотрудники кафедры поликлинической терапии №2 лечебного факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова». Были обследованы и проконсультированы 388 человек. Средний возраст обследованных – 42,9 (18–81 год); женщин – 286 (74%), мужчин – 102 (24%).

Результаты. Контроль населением АД: при опросе знают свое АД 207 (53%) человек, не знает свое АД – 181 (47%). Вредные привычки: выявлено курильщиков – 93 (24%), из них 61 женщина (21% от всех женщин) и 32 мужчины (31% от числа всех мужчин). Избыточная масса тела по ИМТ – 19% обследованных, ожирение по ИМТ – 28,5%, нормальный ИМТ – 52,5%. Заболевания сердечно-сосудистой системы в анамнезе имели 7,5% граждан. При обследовании повышение АД выявлено у 14% человек, учащение пульса – у 11%. Значимые изменения на кардиовизоре определялись у 16,5% обследованных. При выявлении заболеваний проводилась консультация специалистов с рекомендацией обращения в поликлинику к терапевту. При выявлении факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, курение, избыточная масса тела) врачами проводилась индивидуальная профилактическая беседа по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний сердца. Отдыхающим раздавались памятки по здоровому образу жизни, борьбе с курением, а также памятки с адресами Центров здоровья, расположенных в ЮВАО, с рекомендациями их посещения.

Выводы. Массовые скрининговые мероприятия позволяют выявить факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и провести профилактическую работу у большого количества населения, включая людей, считающих себя здоровыми и не обращающихся в поликлинику. Такая форма профилактической работы является эффективной и целесообразна в рамках деятельности Центров здоровья поликлиник.

Значение оценки микроциркуляции у мужчин репродуктивного возраста

Павлов В.Н., Хайретдинов А.В., Рахматуллина А.Р.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Эректильная дисфункция (ЭД) является важной медицинской и социальной проблемой в связи с большой распространенностью, влиянием патологии различных органов и систем на половую функцию, необходимостью углубленного изучения патогенетических механизмов ЭД для разработки эффективных методов предупреждения и лечения. Общность факторов риска (ФР) ЭД и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приводит к тому, что те и другие могут развиваться параллельно.

Цель. Изучить состояние микроциркуляции кожи полового члена, дать оценку значению полученных данных в диагностике ЭД и доклинических проявлений ССЗ у мужчин репродуктивного возраста с ФР ССЗ.

Материал и методы. В основу исследования легло изучение результатов клинического обследования 147 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст $51,3 \pm 5,8$ года) в двух группах. В 1-ю группу входили 79 пациентов с ФР ССЗ, во 2-ю – 68 пациентов без ФР ССЗ. Обследование проводилось по разработанному в клинике алгоритму. На каждого исследуемого заводилась карта, в которую вносились данные комплексного клинического обследования (сбор анамнеза, осмотр, клинические и биохимические анализы крови) и специальные методы, предназначенные для диагностики ЭД (с помощью опросника международного индекса ЭД) и ФР ССЗ (избыточной массы тела, изменения артериального давления, липидного профиля, толерантности к глюкозе). Уровень общего тестостерона в плазме крови исследовали методом иммуноферментного анализа. Оценку микроциркуляторных показателей: величину среднего потока крови (М), среднее колебание перфузии (О) и среднюю модуляцию кровотока (G) в микроциркуляторном русле проводили методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при помощи лазерного анализатора капиллярного кровообращения «ЛАКК-01» (НПП «ЛАЗМА», Россия).

Результаты. ЭД была выявлена у 77,2% пациентов, имеющих ФР ССЗ, и у 39,7% пациентов без ФР ССЗ. В каждой наблюдаемой группе была выделена группа с ЭД. Выявлены характер микроциркуляторных нарушений и их взаимосвязь с наличием и сочетанием ФР ССЗ у мужчин репродуктивного возраста в зависимости от ЭД. Установлено снижение капиллярного кровотока у пациентов с ФР ССЗ ($M=9,7\pm 2,2$ перф. ед.; $p<0,05$) и у пациентов с ЭД без ФР ССЗ ($M=9,9\pm 2,3$ перф. ед.; $p<0,05$). Наибольшее снижение показателей отмечалось в группе пациентов, имеющих ФР ССЗ и ЭД ($M=6,5\pm 1,4$ перф. ед.; $p<0,05$).

Выводы. У мужчин с ЭД имеется риск ССЗ. Проведение и оценка состояния микроциркуляции у мужчин репродуктивного возраста позволит выявить доклинические проявления и риск возникновения ЭД.

Влияние стентирования инфарктсвязанной артерии у больных с острым инфарктом миокарда на толерантность к физической нагрузке в раннем реабилитационном периоде

Павлов Д.С., Рыжков Е.В.

ОГАУЗ «Санаторий «Красиво», Белгородская область

Цель. Оценить влияние стентирования инфарктсвязанной артерии у больных с острым крупноочаговым инфарктом миокарда на толерантность к физической нагрузке в раннем реабилитационном периоде.

Методы. Обследован 61 пациент: мужчины в возрасте от 46 до 60 лет (средний возраст $53\pm 4,2$ года), перенесшие острый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. В обследование включались пациенты, поступившие в реабилитационное отделение санатория на 15–16-е сутки от начала инфаркта миокарда. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 30 пациентов, которым в стационаре было проведено экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – стентирование инфарктсвязанной артерии в сочетании с медикаментозной терапией. Вторая группа включала 31 пациента, получавшего только медикаментозную терапию. Медикаментозная терапия проводилась в соответствии со стандартами лечения острой коронарной патологии и включала β -блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты. Дозировки препаратов подбирались до достижения целевых показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления. В ходе реабилитации в обеих группах проводились дозированные физические нагрузки с применением системы «Эрголайн». При поступлении всем больным проводилась эхокардиография. Толерантность к физической нагрузке проверялась с помощью велоэргометрии (ВЭМ) при поступлении пациента и перед выпиской. Интервал между исследованиями составлял от 17 до 18 дней. Определение толерантности к физической нагрузке проводилось по протоколу RAMP, подразумевающее постепенное и непрерывное возрастание нагрузки.

Результаты. При поступлении максимальная нагрузка в группе пациентов с ЧКВ в среднем составила $58,9\pm 14,3$ Ватт, в группе без ЧКВ – в среднем $47,2\pm 5,2$ Ватт. По данным повторный ВЭМ у больных с ЧКВ максимальная нагрузка в среднем $95,5\pm 16,8$ Ватт, у больных без ЧКВ – $63,0\pm 13,5$ Ватт.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о положительном влиянии стентирования инфарктсвязанной артерии на толерантность к физической нагрузке в раннем реабилитационном периоде. Также выявлено, что повышение уровня толерантности к физической нагрузке за период реабилитационного лечения у пациентов с ЧКВ более выражен, чем у пациентов без ЧКВ.

Особенности сердечного ритма у больных артериальной гипертензией до и после лечения в зависимости от исходного вегетативного тонуса

Першина Т.А.¹, Шестопалова О.М.², Спицин А.П.¹

¹ГОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава РФ, Киров;

²ГЛПУ «Кировская областная клиническая больница», Киров

Цель. Исследование временных и спектральных показателей сердечного ритма у больных артериальной гипертензией (АГ) до и после лечения с учетом пола и исходного вегетативного тонуса.

Материал и методы. В исследование был включен 301 пациент (129 мужчин и 172 женщины) в возрасте от 30 до 73 лет (средний возраст $51,4\pm 10,7$ года) с АГ 1 и 2-й степени. В соответствии с протоколом исследования пациентки совершили 5 визитов в течение 14–15 нед. Пациенты, соответствующие критериям включения, на основе данных ритмограммы и показателей гемодинамики были разделены на группы для проведения гипотензивной терапии с применением ингибиторов АПФ, антагонистов кальция и диурети-

ков. Запись ЭКГ производилась в положении лежа на спине, при ровном дыхании, в тихом спокойном помещении. Кардиоритмограмма регистрировалась по стандартной методике в течение 5–10 мин. В дальнейшем рассчитывали временные и спектральные показатели сердечного ритма. Условные обозначения показателей variability сердечного ритма (BCR) представлены в соответствии с международными стандартами оценки BCR и используемыми ориентировочными нормативами. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета Statistica 6.0.

Результаты. При доминировании симпатического отдела вегетативной нервной системы, по сравнению со здоровыми людьми, меньше значения SDNN, pNN50 и больше величина AMo, индекса напряжения. Снижена мощность во всех частотных диапазонах, но преимущественно в области VLF и LF. У пациентов с нормотоническим типом регуляции также изменяются временные и спектральные показатели, однако мощность HF-компонента сохраняется. У «ваготоников» наряду с усилением симпатических влияний выявлено возрастание роли подкорковых центров в регуляции сердечного ритма.

На фоне гипотензивной терапии у лиц с АГ происходит нормализация как временных, так и спектральных показателей сердечного ритма. Имеет место возрастание значений TP и составляющих ее доменов, снижение долевых вкладов гуморальных и симпатических звеньев регуляции на фоне роста вклада мощности парасимпатического звена с нормализацией симпатовагального баланса.

Выводы. У пациентов с АГ, в сравнении со здоровыми лицами, происходит изменение временных и спектральных показателей сердечного ритма. Характер изменений сердечного ритма зависит от пола и исходного вегетативного тонуса. На фоне гипотензивной терапии у лиц с АГ происходит нормализация как временных, так и спектральных показателей сердечного ритма. Динамика изменения показателей BCR в ходе лечения зависит от исходного вегетативного тонуса.

Оценка клинической значимости матриксной металлопротеиназы-9 при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST, осложненном острой сердечной недостаточностью

Печерина Т.Б., Кашталап В.В., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово

В последние годы актуальным остается поиск новых биологических маркеров, позволяющих оценить риск развития сердечной недостаточности у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Цель. Определить клиническую значимость маркера патологического ремоделирования миокарда – матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) при ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST), осложненном острой сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В исследование включены 175 пациентов с диагнозом ИМпST. Средний возраст пациентов в общей группе больных ИМпST составил 61,3 (33; 89) года. Из 175 больных 116 (66,3%) пациентов были мужского пола. Всем пациентам при поступлении в стационар и на 12-е сутки от начала заболевания проводилось определение содержания в сыворотке крови ММП-9 (пг/мл). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. Пациенты разделены на две группы в зависимости от тяжести острой сердечной недостаточности по классификации Killip: 1-я группа – 144 пациента без клинических признаков острой сердечной недостаточности, 2-я группа – 31 пациент с клиническими признаками острой сердечной недостаточности Killip II–IV.

Оценивая динамику концентрации биомаркеров за период госпитализации (на 1 и 12-е сутки), выявлено достоверное увеличение уровней ММП-9 к 12-м суткам. Получены достоверные различия по уровням ММП у пациентов в зависимости от класса острой сердечной недостаточности (по классификации Killip). Выявлено, что в группе пациентов с Killip II–IV концентрация ММП-9 (1-е сутки $89,1 \pm 5,87$ пг/мл, 12-е – $99,13 \pm 6,91$ пг/мл) как на 1-е, так и на 12-е сутки превышала аналогичные показатели в группе пациентов с Killip I (1-е сутки $46,81 \pm 8,98$ пг/мл, 12-е – $59,25 \pm 3,79$ пг/мл). При разделении пациентов на группы в зависимости от систолической функции левого желудочка – ЛЖ [1-я группа – фракция выброса (ФВ) ЛЖ $\leq 40\%$ ($n=44$); 2-я – ФВ ЛЖ $> 40\%$ ($n=131$)] – у пациентов 1-й группы наблюдались более высокие значения ММП-9 как на 1-е, так и на 12-е сутки госпитального периода ($p < 0,05$). Аналогичная зависимость получена и при оценке диастолической функции ЛЖ, а именно, для значения отношения Е/А и концентрации ММП-9 ($p < 0,05$). Выявлено, что чем выше уровни ММП-9, тем, соответственно, больше значения КСР, КСО, КДР, КСР. При проведении корреляционного анализа получена средней силы обратная корреляционная зависимость ($r=0,35$) между уровнями ММП-9 и ФВ.

Выводы. По данным проведенного исследования можно предположить, что ММП-9 может являться одним из маркеров оценки тяжести острой сердечной недостаточности у больных ИМпST.

Влияние терапии антагонистами кальция на состояние кардиоренальной системы у беременных с хронической артериальной гипертензией

Падыганова А.В., Ширшов А.А., Изергина К.В.
ГОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава РФ, Киров

Цель. Артериальная гипертензия (АГ) у беременных занимает одно из лидирующих мест среди всей экстрагенитальной патологии. Своевременная и адекватная антигипертензивная терапия – наиболее эффективный способ профилактики материнских и перинатальных осложнений. В настоящее время активно изучается применение антагонистов кальция с целью коррекции АГ у беременных и профилактики в дальнейшем поражения органов-мишеней. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности терапии антагонистами кальция (продолжительным нифедипином) при лечении хронической АГ (ХАГ) в период II триместра гестации в ходе комплексного анализа состояния сердечно-сосудистой системы и почек.

Материалы и методы. Проанализированы клинико-функциональные особенности состояния кардиоренальной системы у 30 беременных с ХАГ (средний возраст – $31,3 \pm 5,9$ года) во II триместре гестации исходно и после 4-месячной терапии антагонистами кальция. Использованы клинико-анамнестические данные, оценка офисного артериального давления (АД), эхокардиографическое исследование (ЭхоКС), определены параметры периферической гемодинамики, проведена комплексная оценка ренальной системы (проба Реберга, микроальбуминурия – МАУ). Контрольная группа включала 30 беременных без АГ (средний возраст – $29,8 \pm 3,4$ года).

Результаты. Из наблюдаемых 30 беременных систолическое АД у пациенток с ХАГ варьировало в пределах $149,6 \pm 6,5$ мм рт. ст., диастолическое АД – в пределах $92 \pm 11,31$ мм рт. ст. В процессе лечения достоверные изменения получены при изучении следующих эхокардиографических характеристик: массы миокарда левого желудочка – ММЛЖ, индекса ММЛЖ – ИММЛЖ (исходные данные $191,5 \pm 12,35$ г, $110,39 \pm 10,53$ г/м²; на фоне терапии продолжительным нифедипином – $169,2 \pm 11,04$ г, $88,57 \pm 8,37$ г/м² соответственно; $p < 0,05$). На фоне лечения продолжительным нифедипином нами отмечены также достоверное снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) – до лечения $1396 \pm 141,5$ дин $\times$ см⁻⁵ $\times$ с на фоне лечения – 1110 ± 65 дин $\times$ см⁻⁵ $\times$ с ($p < 0,05$). Положительное нефропротективное влияние данной антигипертензивной терапии проявилось в достоверном снижении уровня МАУ (с $63,33 \pm 25,82$ до $15 \pm 8,37$ мг/л; $p < 0,05$), также выявлена тенденция к нормализации скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с $80,7 \pm 10,33$ до $103,9 \pm 14,64$ мл/мин.

Выводы. Наличие у пациенток с ХАГ выраженных изменений периферического сосудистого русла (превышение значений ОПСС), изменений СКФ, МАУ, повышения ИММЛЖ, ММЛЖ не соответствует нормальной адаптации к состоянию беременности. В связи с полученными результатами большое значение имеет адекватная коррекция АД и, соответственно, предотвращение поражений органов-мишеней. Изучение эффектов антагонистов кальция при лечении ХАГ в период гестации показало, что данная группа препаратов оказывает положительное влияние на состояние кардиоренальной системы.

Анализ факторов, влияющих на определение инвалидности у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию

Помешкина С.А., Кондрикова Н.В., Крупянко Е.В., Барбараш О.Л.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово

Цель. Оценить факторы, влияющие на принятие решения о стойкой утрате трудоспособности у пациентов после коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. Методом сплошной выборки (регистровое исследование) обследованы 427 пациентов трудоспособного возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся КШ. Этапы исследования: I этап – предоперационный, оценивался по истории болезни стационарного этапа, амбулаторным картам; II этап – первое после КШ освидетельствование по медико-социальной экспертизе (МСЭ) с оценкой клинико-функциональных показателей – через 3–4 мес после КШ (в рамках регистра НИИ). Для статистического анализа использовали программу Statistica 6.0.

Результаты. До проведения КШ 167 (39%) больных являлись инвалидами, из них I группа инвалидности была определена у 2 (1%) пациентов, II группа – у 102 (61%), III группа – у 63 (38%) пациентов. Основная причина инвалидности была расценена как «общее заболевание». Из 260 пациентов – не инвалидов на момент проведения КШ впервые были направлены на МСЭ в 1-й год после КШ 114 (44%) человек. Со дня операции до даты освидетельствования по МСЭ в среднем проходило всего $136,5 \pm 99,3$ дня. Из 114 пациентов, направленных на МСЭ, только 5 (4%) пациентам не определена группа инвалидности, 43 (38%) пациента признаны инвалидами III группы, 66 (58%) – II группы. Таким образом, после КШ на 26% уменьшилось количество пациентов, признанных трудоспособными, а именно, признаны инвалидами 276 (65%) человек против 167 (39%) человек, являвшихся инвалидами до операции. Вернулся к работе в течение года после операции всего 151 (35%) пациент.

Для выбора факторов, влияющих на определение у пациентов после КШ инвалидности, применялся регрессионный анализ в виде бинарной логистической регрессии. В качестве группы факторов, предположительно влияющих на определение инвалидности, были отобраны социальные и клинические факторы. Выбирая наиболее значимые факторы, влияющие на определение инвалидности, с применением пошагового метода Forward L.R., сделан вывод о том, что наиболее значимо на установление инвалидности влияют: наличие ее у больного до операции ($p=0,0001$), место жительства пациента (проживание пациента не в крупных городах) ($p=0,0001$), а также категория труда пациента (наиболее сильно на определение инвалидности влияет принадлежность больного к квалифицированной категории труда, наименьшее отношение – к высококвалифицированной) ($p=0,006$). Качество прогностической модели для определения инвалидности после КШ: чувствительность ROC-модели составила 74,3%, специфичность – 82,8%. Площадь под кривой равна 0,874.

Выводы. Трудоспособность пациентов, подвергшихся КШ, не зависит от медицинских показателей: наиболее значимыми факторами явились место проживания, наличие инвалидности до КШ, категория труда пациента.

Влияние физических тренировок на эректильную функцию у больных после коронарного шунтирования

Помешкина С.А.¹, Сергеева Т.Ю.¹, Помешкин Е.В.², Сизова И.Н.¹, Барбараш О.Л.¹

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово;

²МБУЗ «ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово

Цель. Оценить влияние физических тренировок у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), на эректильную функцию.

Материал. Обследованы 120 пациентов мужского пола с ИБС, нуждающихся в проведении КШ. Возраст больных составил от 39 до 61 года (в среднем $56,2 \pm 5,1$ года). Пациенты были разделены на две сопоставимые по основным анамнестическим, клинико-функциональным показателям, в том числе по показателям эректильной функции, группы: контрольную – 57 пациентов и основную – 63 пациента, в которой к базисной программе реабилитации с 15-х суток назначались велотренировки (ВТ). Пациентов, включенных в исследование, обследовали за 5–7 дней перед проведением КШ и после окончания санаторного этапа (на 35–36-е сутки после КШ). На каждом этапе больные прошли комплексное обследование, включавшее ответы на анкету Международного индекса эректильной функции, общий осмотр, дуплексное сканирование плечевой и кавернозных артерий с изучением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией с использованием системы «АЛОКА ProSound SSD-a10» (Япония), регистрация ночных пенильных тумесценций аппаратом NEVA System. Для проведения анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0.

Результаты. К концу санаторного этапа количество ночных пенильных тумесценций и их продолжительность в обеих группах достоверно не изменились. Однако в группе с ВТ отмечалась тенденция к приросту объема пенильного кровотока ($p=0,06$), а в группе без ВТ – достоверное снижение данного показателя в сравнении с исходными данными ($p=0,01$). Кроме того, в основной группе достоверно увеличился диапазон изменений площади поперечного сечения сосудов с $3,11 \pm 0,5$ до $3,65 \pm 0,5$ см² ($p=0,04$). В контрольной же группе отмечалось достоверное снижение данного показателя в сравнении с исходными данными ($p=0,02$). При оценке эндотелиальной функции в группе с ВТ к концу санаторного этапа реабилитации показатель процента увеличения кавернозных артерий достоверно не изменился. В контрольной группе пациентов к концу санаторного этапа реабилитации данный показатель достоверно уменьшился на 22% ($p=0,03$). При оценке эндотелиальной функции в пробе с реактивной гиперемией на плечевой артерии в

группе с ВТ отмечалось достоверное увеличение к концу санаторного этапа ЭЗВД ($p=0,03$), а в группе без ВТ достоверных изменений не отмечалось. Кроме того, в группе пациентов с ВТ к концу санаторного этапа этот показатель был достоверно выше, чем у пациентов без ВТ ($7,0\pm 3,0$ и $4,1\pm 2,9\%$ соответственно, $p=0,03$).

Выводы. Включение физических тренировок в программу реабилитации на санаторном этапе реабилитации оптимизирует эректильную функцию у пациентов, подвергшихся КШ.

Эректильная дисфункция как проявление эндотелиальных нарушений у пациентов с ишемической болезнью сердца

Помешкина С.А.¹, Помешкин Е.В.², Сизова И.Н.¹, Сергеева Т.Ю.¹, Барбараш О.Л.¹

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово;

²МБУЗ «ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово

Цель. Изучить взаимосвязь эндотелиальной и эректильной дисфункций у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. В исследование вошли 184 мужчины со стабильной ИБС в возрасте $55,8\pm 5,3$ года. Эректильная функция оценивалась по 5-й версии анкеты Международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5). Для клинической оценки эндотелиальной функции использовали посткомпрессионные тесты на плечевой и кавернозных артериях. Посткомпрессионные тесты выполняли на ультразвуковом аппарате «ALOKA ProSound SSD-a10» (Япония).

Результаты. По результатам опроса и анкетирования по шкале МИЭФ-5 все пациенты были разделены на две группы – с наличием эректильной дисфункции – ЭрД (127 человек) и группу пациентов с сохраненной эректильной функцией (57 человек).

При исследовании эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией у больных без ЭрД исходные скоростные показатели и диаметр плечевой артерии достоверно не отличались от показателей группы пациентов с ЭрД. При повышении скорости кровотока в условиях реактивной гиперемии у пациентов без проявлений ЭрД диаметр плечевой артерии увеличился на 6%, в то время как в группе пациентов с ИБС с ЭрД диаметр плечевой артерии увеличился всего на 3%. При этом среднее значение ЭЗВД плечевой артерии в группе пациентов без ЭрД составило $6,4\pm 3,5\%$, этот показатель оказался в 1,4 раза больше, чем у лиц с ЭрД ($p=0,03$). Диаметр кавернозной артерии в группе без ЭрД в ответ на реактивную гиперемию увеличился в среднем на 28%, в то время как в группе с ЭрД – всего на 16%. Значение процента увеличения диаметра кавернозных артерий в группе без ЭрД было в 2 раза больше, чем в группе с ЭрД ($p=0,01$). Далее была проведена оценка показателей ЭЗВД у пациентов с ЭрД в зависимости от степени ее выраженности. Оказалось, что у больных с тяжелой степенью ЭрД наблюдалась более выраженная эндотелиальная дисфункция по сравнению с пациентами с легкой степенью ЭрД, проявляющаяся достоверно более низкими показателями ЭЗВД плечевой артерии ($2,36\pm 1,92$ и $6,58\pm 2,7\%$ соответственно, $p=0,0001$) и более низким процентом увеличения диаметра кавернозных артерий по результатам пробы с реактивной гиперемией ($4,64\pm 2,56$ и $35,99\pm 6,39\%$ соответственно, $p=0,0001$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о расстройстве эндотелиальной вазорегуляции, осуществляемой эндотелием, и являются доказательством более выраженных нарушений эндотелиальной функции у мужчин с ИБС с ЭрД.

Приверженность немедикаментозному лечению пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию

Помешкина С.А.¹, Боровик И.В.¹, Завырылина И.Н.², Барбараш О.Л.¹

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово;

²ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Кемерово

Цель. Оценить периоперационную динамику приверженности выполнению рекомендаций по немедикаментозному лечению больных, перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Материал и методы. Методом сплошной выборки обследованы 320 пациентов в возрасте от 38 до 75 лет, из них 267 мужчин и 53 женщины со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшиеся КШ. Пациентов обследовали за 5–7 дней перед проведением КШ и через год после него. Оценива-

лось клиническое состояние пациента, для анализа результатов лабораторных обследований (липидограмма, гликированный гемоглобин) использовались данные историй болезни и амбулаторных карт пациентов. В исследовании использовался составленный нами опросник для пациентов, который заполнялся самими пациентами и отражал пищевые привычки, уровень физической активности до КШ и в течение года после него. Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0.

Результаты. Оказалось, что пациенты, подвергшиеся КШ, не мотивированы на проведение немедикаментозной вторичной профилактики. Так, при оценке модифицируемых кардиоваскулярных факторов риска установлено, что из 138 (43%) пациентов, куривших на момент госпитализации перед КШ, только 29 (9%) человек отказались от курения после операции. Количество пациентов с абдоминальным ожирением до КШ составило 68%, а через год после операции даже увеличилось на 8%. Не изменилось и количество пациентов, поменявших режим питания и занимавшихся физическими тренировками. Число пациентов, достигавших компенсации артериальной гипертензии, через год после КШ значимо не повысилось (с 58 до 61%, $p=0,665$). Через год отмечалось уменьшение количества пациентов с повышенным уровнем общего холестерина (ОХС) на 96 (30%) человек ($p<0,001$). При этом отмечено достоверное снижение уровня ОХС (с $5,57\pm 1,36$ до $4,67\pm 1,12$ ммоль/л, $p<0,001$) и липопротеидов низкой плотности (с $3,31\pm 1,23$ до $2,83\pm 0,95$ ммоль/л, $p=0,013$). Однако целевых средних значений достигнуто не было. Такая же тенденция прослеживается и по достижению целевого уровня гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом: его достигли в постоперационном периоде только 34% пациентов.

Выводы. Несмотря на то, что польза от мероприятий вторичной профилактики и контроля факторов риска у пациентов с тяжелой ИБС доказана, отмечается недостаточная приверженность больных выполнению рекомендаций после КШ, особенно это касается коррекции образа жизни в связи с болезнью. При этом даже больным, соблюдающим рекомендованное лечение, не всегда удается достичь основных целей вторичной профилактики.

К вопросу об эффективности реабилитации больных эссенциальной артериальной гипертонией с позиции изучения скорости кровотока в артериолах

Поселюгина О.Б.

ГБОУ ВПО «Тверская медицинская академия» Минздрава РФ, Тверь

Цель. Изучить влияние гипотензивной терапии на линейные скорости кровотока у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

Материал и 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 лица.

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 (ИМТ) 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 ($p<0,01$).

Выводы. Таким образом, у больных АГ с высоким ПВЧПС выше значения линейных скоростей как в систолу, так и 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.

Психокоррекционная работа в реабилитационном процессе при сердечно-сосудистых заболеваниях

Прокопец Т.П.
ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

В последние годы достигнут прогресс в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), но радикального снижения инвалидизации пациентов добиться не удастся. Оправданным является использование психотерапевтических и психологических методов в программах реабилитации.

Цель. Оценка психокоррекционных средств и методов в реабилитационно-профилактическом процессе при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Материал и методы. В реабилитации участвовали 183 больных в возрасте 28–56 лет ($43 \pm 7,5$ года), прошедших лечение в НИИ кардиологии СО РАМН (ИБС I–II функционального класса, перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия). Курс продолжался 12 мес, состоял из трех этапов по 10 занятий 2 раза в неделю с перерывом на 2 мес, в течение которых пациентам рекомендовались самостоятельные занятия. Контрольная группа (КГ, $n=95$) занималась физической реабилитацией в течение 30–45 мин. Основная группа (ОГ, $n=98$), кроме физических тренировок, предусматривала освоение методов телесно-ориентированных практик, прогрессирующей мышечной релаксации, креативной визуализации и когнитивно-поведенческих техник продолжительностью до 1,5 ч.

I – лечебный этап: снижение физического и нервного напряжения через методы телесной и аутогенной тренировки (мышечное расслабление с тихой музыкой).

II – восстановительный этап: нормализация состояния работой с мышечными блоками и фасциями. В психологической релаксации использовался метод креативной визуализации (развитие образного мышления и положительных эмоций).

III – оздоровительный этап: полное восстановление двигательной активности и психоэмоционального состояния за счет когнитивно-поведенческих технологий для осознания внутренних конфликтов и отработки позитивного мышления.

Результаты. Пациенты КГ и ОГ имели отклонения в показателях состояния психоэмоциональной сферы, но исходно различия отсутствовали. Депрессия по шкале Бека зафиксирована на отметке $14,57 \pm 0,59$ (КГ) и $17,49 \pm 0,46$ б. (ОГ), что соответствует среднему уровню тяжести. Реактивная и личностная тревожность (Спилбергера–Ханина) была повышенной: $37,28 \pm 1,18$ и $48,28 \pm 1,18$ б. (КГ) и $40,44 \pm 0,81$ и $49,24 \pm 0,72$ б. (ОГ). Фрустрированность (шкала Вассермана–Бойко) имела особенно высокие показатели: $3,17 \pm 0,12$ (КГ) и $3,39 \pm 0,08$ б. (ОГ). После проведения исследования было установлено, что у участников КГ произошли положительные изменения, но они оказались менее существенными, по сравнению с ОГ, которая добилась статистически значимых изменений во всех исследуемых показателях. За период исследования общий показатель депрессии в ОГ понизился на 48,4%: с $14,92 \pm 0,71$ до $9,11 \pm 0,46$ ($p < 0,001$). Степень фрустрации стала умеренной ($2,58 \pm 0,09$ и $1,87 \pm 0,08$; $p < 0,001$), а реактивная тревожность понизилась с $33,84 \pm 1,66$ до $24,96 \pm 0,98$; $p < 0,001$), что повлияло на улучшение общего самочувствия и уменьшение воображаемых страхов по отношению к будущему, а также на показатели личностной тревожности, с которой прослеживается прямая зависимость.

Развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца после реваскуляризации миокарда

Репин А.Н.¹, Сергиенко Т.Н.¹, Лебедева Е.В.², Нонка Т.Г.¹

¹ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск;

²ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Томск

Результаты ряда исследований (В.П.Зайцев, 1997; А.Л.Сыркин, 2004) свидетельствуют, что низкие показатели качества жизни и потери трудоспособности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в значительной мере связаны с психологическими факторами, что обуславливает необходимость проведения у них психологической реабилитации.

Цель. Оценить влияние эндоваскулярной реваскуляризации миокарда в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде на развитие тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС.

Материалы и методы. Наблюдение больных проводилось междисциплинарной рабочей группой кардиологов и психиатров. Обследованы 390 больных хронической ИБС, поступивших в отделение реабилитации больных НИИ кардиологии СО РАМН. На основании обследования больные были распределены на

3 группы: 1-я группа – консервативной терапии (n=18), 2-я группа – эндоваскулярного лечения (n=116) и 3-я группа – оперативного вмешательства (АКШ) (n=56). При поступлении всем больным проводилось скрининговое тестирование госпитальной шкалой самооценки тревоги и депрессии (HADS). При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии (более 8 баллов по HADS) пациентам проводилась консультация психиатра для уточнения диагноза и определения способа коррекции тревожно-депрессивных расстройств.

Результаты. При скринировании по шкале HADS обнаружен более высокий уровень депрессии у пациентов с АКШ по сравнению с группой эндоваскулярного вмешательства: $7,1 \pm 4,1$ балла vs $5,7 \pm 3,1$ балла ($p=0,03$). По уровню тревоги пациенты в группах не отличались ($p=0,1$). После консультации психиатра устанавливался диагноз в соответствии с МКБ-10, при необходимости назначались психотерапия и антидепрессанты группы СИОЗС. Депрессивные расстройства выявлены у 25% пациентов 1-й группы, во 2-й группе – у 22% больных, у 23% – 3-й группы ($p>0,05$). Тревожные расстройства чаще наблюдались у пациентов группы оперативного лечения, чем у больных с эндоваскулярной реваскуляризацией и консервативной тактикой лечения: 23% vs 12% vs 8% соответственно ($p=0,03$), у значительной части больных (72%) потребовалась медикаментозная коррекция выявленных психических расстройств.

Выводы. Всем пациентам с ИБС необходимо выявлять тревожно-депрессивные расстройства, их встречаемость у стационарных больных достигает 25%. Проведение операции коронарного шунтирования сопряжено с частым возникновением тревожных расстройств по сравнению с консервативным и эндоваскулярным способами лечения ИБС (23, 8 и 12% соответственно), что требует дополнительной подготовки больных и коррекции психических нарушений.

Роль плавания в лечебно-оздоровительном процессе

Родзинский И.Ю.¹, Родзинская Е.М.²

¹ФГБОУ ВПО РГУФКСМиТ, Москва;

²ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава РФ, Москва

Плавание относится к уникальным видам двигательной активности с благоприятным влиянием на физические качества человека при любом возрасте и уровне его физической подготовленности.

Цель. Оценить эффекты разного вида плавания – гидрокинезотерапии на основные параметры физического состояния и сердечно-сосудистую систему (ССС) человека.

Материал и методы. В исследование включались молодые мужчины (возраст от 18 до 25 лет, средний возраст $21 \pm 1,3$ года) без признаков поражения ССС, которые способны были плавать и выполняли курс физических тренировок (ФТ). Однако, если обследуемый не умел плавать, это не являлось противопоказанием для его участия в исследовании, поскольку он предварительно проходил курс обучения. Исследуемые рандомизировались в три группы: 1-я группа – свободное плавание, 2-я группа – выполнение в воде дозированных физических упражнений, 3-я группа – плавание с подводным вытяжением. Вопрос выбора вида и объема дозированных физических нагрузок (ФН), которые обследуемые должны были выполнять в воде, решался индивидуально с учетом их физической подготовленности, общего состояния, умения держаться на воде.

Температура воды в бассейне составляла 25–37°C (комфортной считается температура 28–32°C).

Результаты. Во всем группах обследуемых отмечалось благоприятное воздействие плавания на основные показатели физического развития: достоверно снижались масса тела и индекс массы тела. Все виды плавания, а особенно его сочетание с подводным вытяжением, способствовали исправлению у обследуемых нарушений осанки, сколиоза и плоскостопия. Плавание отлично тренировало деятельность ССС и дыхательной системы: наблюдалось сокращение частоты сердечных сокращений: в 1-й группе в среднем на 8% ($p<0,05$), во 2-й – на 15,4% ($p<0,05$) и в 3-й – на 16,9% ($p<0,05$); отмечалось достоверное ($p<0,05$) возрастание жизненной емкости легких в среднем на 15,7, 20,4 и 25,8% соответственно. По данным эхокардиографии после занятий разными видами плавания выявлялось достоверное ($p<0,05$) возрастание ударного объема. После курса ФТ в виде разных видов плавания происходило снижение уровня общего холестерина крови, но в большей степени это проявлялось у обследуемых, выполнявших при плавании дозированные ФН.

Выводы. Занятия исследуемыми плаванием рекомендуется включать в комплекс лечебной физкультуры для повышения физической работоспособности человека и улучшения показателей функционирования ССС и дыхательной системы, укрепления костно-мышечного аппарата (особенно у молодых для исправления осанки, сколиоза и т.п.). Показаниями к проведению лечебного плавания могут быть разные заболевания, например, заболевания нервной системы, опорно-двигательного аппарата, ССС (ишемическая бо-

лезнь, периферический атеросклероз, артериальная гипертензия в условиях нормализации уровня артериального давления), органов дыхания, эндокринная патология (ожирение, сахарный диабет).

Оценка диастолической функции левого желудочка у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий

Руденко В.Г., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Нуртдинова Э.Г., Багманова З.А.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа

У больных артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) с сохранной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) нередко случаи увеличения размеров левого предсердия (ЛП) с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП).

Цель. Оценка диастолической функции ЛЖ и размеров ЛП у больных с пароксизмами ФП.

Материал и методы. Проведена оценка размеров ЛП, диастолической функции ЛЖ у 60 больных с пароксизмами ФП на фоне ИБС, АГ 1–2-й степени, миокардитического кардиосклероза (39 мужчин, 21 женщина). Средний возраст составил $55,6 \pm 1,21$ года. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых людей: 13 мужчин и 7 женщин (средний возраст $54 \pm 1,8$ года). Объем ЛП в диастолу рассчитывали по формуле эллипсоида. Индекс объема ЛП считали увеличенным, если он превышал $20,1 \text{ см}^3/\text{м}^2$. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась на аппарате «HDI-5000» (фирма ATL, США) методом доплероэхокардиографии в импульсном режиме по показателям трансмитрального потока на фоне спокойного дыхания в фазу выдоха по 5 сердечным циклам на синусовом ритме. Определялась максимальная скорость потока раннего наполнения ЛЖ (V_e), максимальная скорость предсердной систолы (V_a), V_e/V_a , время замедления раннего наполнения ЛЖ (DTe), время изоволюметрического расслабления (IVRT). Признаками нарушения диастолической функции ЛЖ считали увеличение IVRT более 100 мс и/или уменьшение соотношения V_e/V_a менее 1,0, увеличение DTe более 240 мс.

Результаты. У больных с пароксизмальной ФП индекс объема ЛП выходил за нормальные значения и составил $22,3 \pm 0,86$ мл, что было достоверно выше, чем в контрольной группе, – $18,4 \pm 1,08$ мл ($p < 0,01$). Выявлено достоверное увеличение значения скорости трансмитрального потока в фазу предсердной систолы (V_a) у больных с пароксизмальной ФП, чем в группе контроля ($63 \pm 1,5$ и $54 \pm 2,9$ см/с в 1-й группе и в контроле соответственно; $p < 0,05$). Также достоверно различалось значение соотношения пиков V_e/V_a и составило $1,09 \pm 0,034$ у больных с пароксизмальной ФП и $1,29 \pm 0,07$ – в контрольной группе ($p < 0,05$). Величина времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) у больных с пароксизмальной ФП была недостоверно выше, чем в контрольной группе ($93 \pm 2,25$ и $86 \pm 4,57$ мс соответственно; $p > 0,05$). Показатель, отражающий жесткость стенок ЛЖ, – время замедления скорости раннего диастолического наполнения (DTe), – был несколько больше у больных с пароксизмальной ФП, чем в контроле, но не достигал степени достоверности ($200 \pm 4,37$ и $190 \pm 4,9$ мс соответственно, $p > 0,05$).

Выводы. 1. Проведенный анализ параметров трансмитрального потока в исследованных группах свидетельствует о наличии тенденции к диастолической дисфункции ЛЖ в группе больных с пароксизмальной ФП. 2. Увеличение объема ЛП у больных с пароксизмальной ФП на фоне ухудшения диастолической функции ЛЖ может являться предрасполагающим фактором для развития пароксизмов ФП.

Особенности диагностики и лечения врожденных коронарных фистул

Руденко В.Г.¹, Багманова З.А.¹, Плечев В.В.², Мазур Н.А.²

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа;

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа;

²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава РФ, Москва

В случае гемодинамически значимых коронарных фистул наблюдаются нарушение перфузии в миокарде и развитие недостаточности кровообращения, аритмии, ишемии миокарда, бактериального эндокардита.

Цель. Определение особенностей диагностики коронарных фистул для выбора последующей лечебной тактики.

Материалы и методы. 4570 больных, которым проведена диагностическая коронароангиография (КАГ) в РКД за период с 2004 по 2007 г. для диагностики ишемической болезни сердца. Всем больным проведено общеклиническое обследование, включающее ЭКГ покоя, мониторирование ЭКГ по Холтеру,

ЭхоКГ, по показаниям стресс-тесты (ВЭМ, добутаминовая стресс-ЭхоКГ). Стресс-ЭхоКГ проводилась на сканере «iE-33» (Phillips). КАГ проводилась с помощью установки Integris Allura (Phillips).

Результаты. Выявлены 10 больных в возрасте от 5 до 65 л (6 мужчин и 4 женщины) с коронарными фистулами: у 9 больных выявлены коронаро-легочные фистулы (КЛФ), у 1 больного – коронаро-правопредсердная фистула (КПФ). У 5 (50%) больных КЛФ оказались изолированными. Признаки выраженного атеросклероза обнаружались у 3 больных с КЛФ. В одном случае в огибающей артерии (ОА) в проксимальной трети 75% стеноз и 80% стеноз в средней трети. В другом случае, с рассыпчатым типом КЛФ, отмечался предельный стеноз в ОА и 40% стеноз в проксимальной трети передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), причем ПМЖВ и артерия интермедия были дисплазированы, с резкой извитостью и анатомически аномальным расположением. В третьем случае КЛФ ассоциировалась с окклюзией ПМЖВ от устья в 6-м сегменте. У 1 больного с выраженным митральным стенозом кроме КЛФ был выявлен 60% мышечный мостик в средней трети ПМЖВ. По две КЛФ обнаружено у 2 больных: в одном случае от ПМЖВ к легочной артерии (ЛА) отходили 2 параллельные фистулы диаметром 1,32 и 0,84 мм, в другом случае – от устья левой КА – диаметром 3,64 мм и от устья правой КА – диаметром 2,0 мм. По трансторакальный ЭхоКГ КЛФ и КПФ установлены у 4 (40%) больных. С целью определения гемодинамической значимости КЛФ, в том числе с ассоциированным атеросклерозом, 2 больным проведена ВЭМ. У 1 больного с сопутствующей окклюзией ПМЖВ проба была положительная, у другого, с 2 небольшими КЛФ от ЛКА и ПКА, – отрицательная. У больной с 2 небольшими фистулами от ПМЖВ проведена добутаминовая стресс-ЭхоКГ. На скорости инфузии 30 мкг/кг/мин зарегистрирован умеренный гипокинез апикальных переднего и перегородочного сегментов с депрессией сегмента ST на 1,5 мм в отведениях V₅ и V₆, сопровождавшийся чувством нехватки воздуха. Из 10 больных у 2 проведено хирургическое лечение: 1 больному с окклюзией ПМЖВ проведена ТЛБА со стентированием, другой больной с КПФ успешно перевязали аномальный сосуд.

Выводы. 1. Основным диагностическим методом КЛФ и КПФ является КАГ (чувствительность 100%), менее информативной является ЭхоКГ (40%). 2. Для определения гемодинамической значимости КЛФ с целью последующей хирургической коррекции рекомендуется проведение стресс-тестов.

Ранние физические тренировки как средство немедикаментозного воздействия на вегетативный дисбаланс у больных, перенесших инфаркт миокарда

Самохвалова М.В., Болдуева С.А., Леонова И.А.

ГОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Вегетативный дисбаланс, развивающийся при инфаркте миокарда (ИМ) и характеризующийся активацией симпатической нервной системы и угнетением парасимпатической, является самостоятельным и независимым фактором риска внезапной смерти. Ввиду того, что возможности медикаментозного воздействия на вегетативный дисбаланс ограничены, представляется актуальным поиск альтернативных методов воздействия, одним из которых являются физические тренировки (ФТ).

Цель. Оценить влияние ранних ФТ на вариабельность сердечного ритма (ВСР), как метода оценки вегетативного дисбаланса, у пациентов, перенесших ИМ.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов мужского пола с неосложненным Q-ИМ, которые были разделены на две группы: тренируемая (30 человек) и контрольная (30 человек). До начала исследования (10–18-е сутки ИМ) всем пациентам были выполнены ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, ВСР. Все исследования были проведены повторно через 4, 6 и 12 мес. Исходно все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию. Пациенты контрольной группы проходили стандартную программу реабилитации амбулаторно, пациенты тренируемой группы через 1,5 мес после ИМ цикл ФТ, который длился 8 нед и состоял из 1-часовых занятий 3 раза в неделю.

Результаты. В ходе обследования установлено, что у больных, перенесших ИМ, проходивших обычную систему реабилитации, к концу года наблюдается ухудшение ВСР за счет нарастания симпатических и снижения вагусных влияний. ФТ, проводимые в ранние сроки после ИМ, способствуют повышению ВСР и уменьшению вегетативного дисбаланса за счет снижения симпатикотонии и повышению тонуса вагуса. К концу 1-го года после ИМ ухудшения ВСР не наблюдается. ФТ у больных в ранние сроки ИМ приводят к снижению частоты сердечных сокращений, артериального давления, увеличению фракции выброса левого желудочка и повышению толерантности к физическим нагрузкам. ФТ способствуют уменьшению реактивной тревожности у больных, перенесших ИМ.

Выводы. Ранние ФТ, проводимые по разработанной методике, позволяют уменьшать вегетативный дисбаланс, развивающийся при ИМ, и, таким образом, играют важную роль во вторичной профилактике ИМ и внезапной смерти.

К вопросам организации этапного реабилитационного лечения после хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в многопрофильном стационаре

Сарана А.М., Щербак С.Г., Лебедева С.В., Юрченко Д.Л.
СПб ГБУЗ «Городская больница №40», Санкт-Петербург

Своевременное применение технологий реабилитации на всех трех этапах: специализированные отделения – реабилитационные центры – амбулаторное звено (поликлиники и санатории) значительно сокращает сроки выздоровления больных, предотвращает развитие осложнений и инвалидности, увеличивает сроки ремиссии хронических заболеваний. Все это в конечном итоге способствует профессиональному долголетию и имеет значительный социальный и экономический эффект.

Цель. Выяснить распределение по этапам реабилитационного лечения пациентов кардиологического профиля после проведения изолированного коронарного шунтирования (КШ) и операций на клапанах сердца (ОК), в том числе с шунтированием коронарных сосудов в многопрофильном стационаре.

Материал и методы. 300 пациентов после операций на сердце: из них у 258 (86%) – изолированное КШ и 42 (14%) – после операций на клапанах, в том числе с шунтированием коронарных сосудов. Статистический анализ.

Результаты. После проведения операции и нахождения пациентов в реанимации и сердечно-сосудистом отделении через $13,7 \pm 0,5$ дня больных переводили для дальнейшего лечения: в терапевтическое отделение 132 (44%) с КШ и 27 (9%) с ОК, в отделение кардиологической реабилитации – 114 (38%) и 4 (1,3%) соответственно, в санаторий кардиологического профиля – 9 (3%) и 2 (0,6%), выписаны домой – 4 (1,3%) и 2 (0,6%), умерли – 2 (0,6%) и 4 (1,3%).

В последующем из терапевтического отделения через 21 ± 2 дня 109 (68,5%) пациентов продолжили лечение в течение 21 дня в кардиологическом санатории, 8 (5%) – переведены в отделение кардиологической реабилитации стационара на 28 дней и 42 (26,5%) – выписаны домой. Из отделения кардиологической реабилитации стационара через 28 дней 116 (98,3%) больных выписаны домой и приступили к труду и лишь 2 (1,7%) были переведены на санаторный этап.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о необходимости перепрофилирования части терапевтических коек в койки отделения кардиологической реабилитации, где уже сразу после этапа лечения в сердечно-сосудистом отделении больным проводится реабилитационное лечение: ЛФК, дозированные физические нагрузки на кардиотренажерах, магнито-лазеротерапия, гидротерапия (ручные и ножные вихревые ванны), суховоздушные ванны, ингаляции, фитотерапия, психотерапия. Однако перепрофилирование возможно, только если отделение кардиологической реабилитации находится в многопрофильном стационаре при условии взаимодействия всех служб.

Особенности течения хронической сердечной недостаточности у пациентов с 5-летним анамнезом инфаркта миокарда в зависимости от приверженности терапии

Сафроненко В.А., Чесникова А.И., Хрипун А.В., Терентьев В.П., Баталина А.Ю.
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Цель. Оценить особенности течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с 5-летним анамнезом инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от приверженности терапии.

Методы. В исследование включены 72 больных с 5-летним анамнезом ИМ и признаками ХСН. Средний возраст пациентов $60,84 \pm 1,65$ года, 89,1% составляли мужчины. Течение ХСН оценивали по результатам структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) с учетом приема ингибиторов АПФ (ИАПФ), β -адреноблокаторов (БАБ) и их комбинации. В зависимости от приверженности терапии все пациенты были разделены на 4 группы: 1-ю группу составили пациенты, регулярно принимавшие ИАПФ, 2-ю группу – регулярно принимавшие БАБ, 3-ю группу – принимавшие ИАПФ+БАБ, 4-ю группу – пациенты, не принимавшие регулярно монотерапию ИАПФ или БАБ или их комбинацию. К приверженным терапии относили пациентов, которые непрерывно в течение 5 лет принимали указанные выше препараты. Оценивали результаты исследования в 2005–2006 гг. в период стационарного лечения по поводу ИМ, а также повторно через 5 лет.

Результаты. На протяжении всего периода наблюдения приверженных терапии ИАПФ – 23,6% пациентов, терапии БАБ – 25% пациентов, комбинированной терапии ИАПФ и БАБ – 29,2% пациентов, не приверженных монотерапии ИАПФ или БАБ или их комбинации – 22,2% пациентов. У пациентов, не привержен-

ных терапии, развивались более выраженные структурно-функциональные изменения ЛЖ: отмечалась достоверная отрицательная динамика линейных и объемных характеристик ЛЖ, отчетливо увеличивалась гипертрофия ЛЖ, снижалась функциональная активность миокарда, ухудшилась диастолическая функция ЛЖ, что свидетельствовало о прогрессировании ремоделирования ЛЖ при отсутствии регулярной терапии блокаторами РААС и БАБ. В группе пациентов, приверженных монотерапии ИАПФ, не наблюдалось регресса структурно-функциональных параметров ЛЖ, но не отмечалось и отрицательной динамики ЭхоКГ-показателей, что позволяет судить о замедлении прогрессирования процессов патологического ремоделирования. Также не выявлено положительной динамики ЭхоКГ-показателей и у пациентов, которые регулярно принимали только БАБ, однако важно подчеркнуть, что у данной группы больных отмечались статистически достоверное прогрессирование гипертрофии ЛЖ и снижение функциональной активности сердечной мышцы. По-видимому, применение только БАБ без ИАПФ или АРА II не предотвращает прогрессирование ремоделирования ЛЖ у больных с ХСН и сохранной систолической функцией ЛЖ.

Выводы. Обобщая вышеизложенное, следует подчеркнуть, что результаты проведенного исследования позволили судить не только о важности приверженности больных терапии, но и необходимости применения комбинации препаратов, снижающих активность РААС и САС, причем в оптимальных дозах, с целью регресса патологического ремоделирования сердца и уменьшения выраженности ХСН.

Реабилитация больных после коррекции многоклапанных пороков сердца

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А., Дудаков В.А., Ивашкин Б.В.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. Оценить возможность реабилитации больных после коррекции приобретенных пороков с поражением двух и более клапанов сердца на основе ретроспективного анализа отдаленных результатов.

Материалы и методы. Исследование проведено у 68 больных в возрасте от 34 до 64 лет. Протезирование митрального и аортального клапанов у 38 больных, из них у 5 больных выполнена пластика трикуспидального клапана. Протезирование митрального клапана и пластика аортального клапана у 12 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 8 лет (средний срок наблюдения 5,4 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%) находятся в I–II функциональном классе (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, дополненным пластическими операциями левого предсердия и трикуспидального клапана у больных с двухклапанным пороком сердца.

Выводы. Коррекция многоклапанного порока сердца, дополненная пластикой левого предсердия и сохранением подклапанного митрального аппарата, повышает сократительную функцию миокарда и достоверно способствует улучшению качества жизни и реабилитации больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Результаты физической реабилитации больных с врожденными пороками сердца в отдаленном периоде после операции

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А., Прохоров А.А., Юргенс Т.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Под наблюдением кардиоревматологов находились 1368 детей с врожденными пороками сердца (ВПС), из них 1128 – перенесли различные виды хирургической коррекции ВПС.

Цель. Оптимизировать диспансерное наблюдение и медикаментозную терапию сердечной недостаточности, представить клинико-функциональное обоснование рекомендаций физической активности после хирургической коррекции ВПС.

Материалы и методы. У 40 детей после коррекции ВПС в сроки от 10 дней до 2 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 пациентов, оперированных по поводу дефекта межпредсердной перегородки, 12 – тетрада Фалло, 32 – дефектов межжелудочковой перегородки, 18 – после чрескожной 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 до 1,5 Вт/кг массы тела 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-я группа), способны выполнять более высокие ступени физической нагрузки и характеризуются лучшими показателями насосной функции сердца и комплексными фазовыми показателями по сравнению с оперированными в более старшем возрасте.

Выводы. 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.

Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде после клапаносохраняющих операций и пластики левого предсердия

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А.

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. Оценить качество жизни 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 наблюдения 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%) находятся в I–II функциональном классе (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. Сохранение подклапанного аппарата сердца повышает сократительную функцию миокарда и достоверно улучшает реабилитационные возможности больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Значение сохранения подклапанных структур митрального клапана на качество жизни больных после коррекции и приобретенных пороков сердца

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. 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, 5-летняя выживаемость составила 85,7%, что обусловлено отсутствием таких серьезных осложнений, как тромбоз искусственного клапана и тромбоэмболия в группе пациентов после протезирования. В то же 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 5-летнюю выживаемость и более высокое качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

Реабилитация детей и подростков после имплантации электрокардиостимуляторов при брадиаритмиях

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Дудаков В.А., Прохоров А.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. 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 находились 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 уд/мин. 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 4 больных синдром слабости синусового узла – CCCУ сочетался с различными формами атриовентрикулярной блокады). 1 больная страдала брадикахисистолической формой CCCУ 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 CCCУ с атриовентрикулярными блокадами различных степеней (бинодальная болезнь) показана имплантация двухкамерного (секвенциального) частото-адаптивного кардиостимулятора или,

что менее предпочтительно, однокамерного желудочкового стимулятора с частото-адаптивной функцией.

Нерешенной проблемой при имплантации ЭКС, 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 миокардиальной электрокардиостимуляции остается актуальным не только при сочетанных операциях при коррекции врожденных пороков сердца, но и при первичных манипуляциях. Использование миниинвазивных доступов значительно снижает травматизм операции.

Выводы. 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 мес после имплантации пейсмекера, а затем не менее одного раза в полгода.

Физическая реабилитация пациентов с дефектом межпредсердной перегородки и аномальным дренажем легочных вен в отдаленные сроки после операции

Селиваненко В.Т., Мартаков М.А., Прохоров А.А., Дудаков В.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. В целях 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 проба (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 пациентам 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 до 1,5 Вт/кг массы тела пациента. Наиболее значимое усиление физической работоспособности отмечено через 2 года после операции как на субмаксимальном, так и на пороговом уровне, и она 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 (1-я группа), способны выполнять более высокие ступени физической нагрузки и характеризуются 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 нагрузки 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.

Выводы. Дозированная физическая нагрузка с определением параметров гемодинамики и фаз сердечного цикла является объективным методом функционального состояния пациентов с врожденными сердечными аномалиями после коррекции порока.

Пробы с физической нагрузкой у больных коарктацией аорты в отдаленные сроки после операции

Селиваненко В.Т., Юргенс Т.А., Мартаков М.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. 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 мес до 48 лет. У всех обследованных был положительный гемодинамический эффект после коррекции коарктации аорты. Все обследованные разделены на две группы: 1-я группа – 42 человека, оперированных по поводу изолированной коарктации аорты; 2-я группа – 32 пациента, у которых коарктация аорты сочеталась с другими врожденными пороками сердца. Анализ и оценка их физической работоспособности, уровня максимального потребления кислорода при выполнении субмаксимальных и пороговых нагрузочных тестов произведены с учетом возраста, пола, произведенной пластики коарктации аорты и срока, прошедшего после операции. При оценке количественных показателей обследованных в 1 и 2-й группах можно отметить, что во всех возрастных группах средние значения физической работоспособности и величины максимального потребления кислорода были выше у пациентов 1-й группы.

Выводы. Клиническое состояние больных после хирургической коррекции коарктации аорты вполне хорошее, и количественные значения работоспособности в основном находятся на уровнях, соответствующих здоровым нетренированным людям. На уровень физической работоспособности оказывает влияние сопутствующий врожденный порок сердца, как скорректированный (в меньшей степени), так и некорректированный (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.

Оценка клапаносберегающих операций у больных дисплазией аортального клапана на основании отдаленных результатов и морфологического анализа меди аорты

Селиваненко В.Т., Ивашкин Б.В., Павлова Т.В., Мартаков М.А., Дудаков В.А., Пронина В.П., Прохоров А.А.
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель. Определение показаний к клапаносберегающим операциям и оценка их эффективности в отдаленном периоде при различных формах дисплазии аортального клапана в зависимости от анатомических особенностей клапанного аппарата и меди восходящей аорты.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов у 78 пациентов в возрасте от 2 до 46 лет. У 40 пациентов выявлен изолированный стеноз аортального клапана с исходным градиентом систолического давления от 45 до 135 мм рт. ст. (в среднем 75 мм рт. ст.), у 25 пациентов аортальный стеноз сочетался с недостаточностью 1–2-й степени, 13 больных имели изолированную недостаточность аортального клапана. 19 – сопутствующие пороки сердца: 14 – коарктацию аорты, 3 – открытый артериальный проток, 2 – недостаточность митрального клапана. Морфологическая оценка аортального клапана и меди восходящей аорты проводилась с помощью световой микроскопии. Толщина эластических волокон меди восходящей аорты и расстояние между эластическими волокнами были измерены с использованием системы аналитического изображения. Отдаленные результаты и качество жизни оценивались с помощью функциональных методов исследования, опросника SF-36, построения актуарных кривых выживаемости и свободы от реопераций. Группу контроля составляли 45 больных, которым было выполнено протезирование аортального клапана в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиоopleгии. Изолированный стеноз двустворчатого аортального клапана без сопутствующего кальциноза аортального клапана и регургитации на нем у 25 больных скорректирован с помощью баллонной аортальной вальвулопластики. Диаметр баллона во всех случаях на 1–2 мм был меньше расчетного диаметра фиброзного кольца аортального клапана с целью предупреждения развития аортальной недостаточности после проведения дилатации. В результате градиент систолического давления левый желудочек/аорта после проведения баллонной

дилатации не превышал 35 мм рт. ст. Изолированная аортальная комиссуротомия проведена 15 пациентам, 25 – выполнены различные виды открытой аортальной вальвулопластики. Показаниями к клапаносберегающим операциям при дисплазии аортального клапана являлись: отсутствие выраженных макроскопических изменений створок аортального клапана, пролапса створок, кальциноза клапана. Морфологическое исследование показывает достоверную разницу гистологического строения стенки восходящей аорты у больных с двустворчатым и трехстворчатым аортальными клапанами. Хотя не было различий в толщине стенки собственно меди и в обеих группах, больные с двустворчатым аортальным клапаном имели более тонкие эластические волокна в меди аорты и большее расстояние между самими волокнами по сравнению с больными с трехстворчатым аортальным клапаном. Отдаленные результаты, изученные у 35 больных, которым были выполнены пластические операции на аортальном клапане, показали, что в первые 5 лет после оперативного лечения происходит нарастание степени недостаточности аортального клапана, что в свою очередь приводит к ухудшению состояния больных и требует проведения повторных операций.

Выводы. Двустворчатый и четырехстворчатый аортальный клапан является общим звеном патологии развития, в которую входят коарктация аорты и патология стенки аорты, и является проявлением соединительнотканной дисплазии сердечно-сосудистой системы. Открытая вальвулопластика аортального клапана при его дисплазии представляет собой паллиативную процедуру.

Отношение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к своим лечащим врачам

Семенова О.Н., Наумова Е.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

От того, как сложатся отношения между врачом и пациентом, во многом зависит эффективность лечения.

Цель. На основании опроса пациентов кардиологического отделения оценить их отношение к лечащим врачам.

Материалы и методы. В 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы анкеты были посвящены взаимоотношениям врача и пациента на момент нахождения в стационаре, отношению к предыдущему врачу, доверию врачам стационара и поликлиники. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение. Пациенты могли выбрать несколько вариантов ответов. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента.

Результаты. В опросе приняли участие 92 пациента: 48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. В анамнезе у 76 (82,6%) пациентов – артериальная гипертония, у 65 (70,6%) – ишемическая болезнь сердца, у 42 (45,6%) – перенесенный инфаркт миокарда, у 65 (70,7%) – хроническая сердечная недостаточность, у 26 (28,3%) – сахарный диабет. Из опрошенных пациентов 66 (71,7%) человек оценивают отношения со своим лечащим врачом как сотрудничество, 13 (14,1%) – как дружеские, 12 (13%) – как официальные, 1 (1,1%) – как равнодушие и «халтура» со стороны врача, 6 (6,5%) – не ответили. При оценке отношения к лечащему врачу 7 (7,6%) пациентов указали различные комбинации ответов, в основном, они оценивают отношения как совокупность сотрудничества, дружеских и официальных взаимоотношений. При расспросе предыдущий врач был вежлив в отношении 41 (44,6%) пациента, был мягок в отношении 23 (25%), придерживался официального тона при общении с 16 (17,4%), иногда был груб с 2 (2,1%) пациентами, 17 (18,5%) пациентов не ответили. При ответе на вопрос относительно общения с предыдущим врачом 8 (8,7%) пациентов указали комбинации ответов: предыдущий врач был вежлив, мягок и придерживался официального тона. Предыдущий врач, назначая лечение, старался объяснить, зачем лечиться, 56 (60,8%) пациентам, мягко упраскивал выполнять назначенные рекомендации – 5 (5,6%), старался использовать свой авторитет – 5 (5,6%), проявил равнодушие – 5 (5,6%), угрожал неблагоприятными последствиями в отсутствие терапии – 3 (3,2%), проявил все действия, кроме проявленного равнодушия, в общении с 1 (1,1%) пациентом, 20 (21,7%) – не ответили. Доверяют врачам стационара 69 (75%), не доверяют – 11 (11,96%) пациентов, не ответили – 12 (13%). Доверяют врачам поликлиники – 29 (31,5%), отчасти доверяет – 21 (22,8%), не доверяют – 25 (27,2%) пациентов, не ответили – 17 (18,5%).

Выводы. Сотрудничество между врачом и пациентом, а также умение и желание правильно объяснить пациенту процесс лечения, расставить акценты и суметь достичь доверительных отношений с больным – главное во взаимоотношениях между врачом и больным, по мнению пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Продолжение терапии и регулярность приема препаратов в лечении сердечно-сосудистых заболеваний

Семенова О.Н., Наумова Е.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ, Саратов

В исследованиях по оценке приверженности пациентов лечению целесообразно анализировать отдельно регулярность приема препаратов и факт полного прекращения пациентом терапии.

Цель. На основании опроса пациентов кардиологического отделения оценить приверженность лечению: регулярность и продолжение терапии.

Материалы и методы. В 2012 г. проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Вопросы анкеты были посвящены проводимой терапии на амбулаторном этапе: ее постоянству, частоте приема, количеству применяемых препаратов, возможных причинах прекращения лечения. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение, или написать свой собственный вариант. При ответах на вопросы о причинах прекращения назначенной терапии пациенты могли выбрать несколько вариантов ответов. При анализе результатов учитывалось общее количество ответов каждого пациента.

Результаты. В опросе приняли участие 92 пациента: 48 (52,2%) мужчин и 44 (47,8%) женщины, медиана возраста 64 года. В анамнезе у 76 (82,6%) пациентов – артериальная гипертония, у 65 (70,6%) – ишемическая болезнь сердца, у 42 (45,6%) – перенесенный инфаркт миокарда, у 65 (70,7%) – хроническая сердечная недостаточность. Из опрошенных пациентов принимают назначенные им препараты постоянно 64 (69,6%) пациента, курсами – 16 (17,4%), иногда, когда «прижмет», – 7 (7,65%), почти никогда – 1 (1,1%), 4 (4,3%) пациента не ответили. Систематически под контролем врача принимают препараты 66 (71,4%) пациентов, редко при ухудшении самочувствия – 20 (21,7%), не принимает даже при ухудшении самочувствия – 1 (1,1%), по возможности – 1 (1,1%), не ответили 4 (4,3%) пациента. 42 (45,6%) пациента, как правило, принимают 4 препарата и более одновременно, 20 (21,7%) – 3 препарата, 11 (11,9%) – 2 препарата, 3 (3,2%) – 1 препарат, 16 (17,4%) человек не ответили. Прекращали ранее назначенное лечение 67 (72,8%) пациентов. Из пациентов (64 человека), которые ответили, что принимают препараты постоянно, 39 (60,9%) прекращали лечение ($p=0,01610$). Основные причины прекращения терапии: у 25 (27,2%) пациентов – хорошее самочувствие, у 17 (18,5%) – несоответствие стоимости назначенного лечения и материального положения, у 12 (13%) – возникновение побочных эффектов, у 6 (6,5%) – сложный и неудобный режим приема, у 6 (6,5%) – опасение возникновения побочных эффектов, у 6 (6,5%) – назначенные препараты не улучшали самочувствие, у 4 (4,3%) – существование более серьезных проблем, чем болезнь, у 4 (4,3%) – не сложились отношения с врачом, назначившим препараты, у 1 (1,1%) – ухудшение самочувствия на фоне терапии, 26 (28,2%) пациентов не ответили.

Выводы. Большинство опрошенных пациентов отвечают, что принимают назначенные препараты постоянно и регулярно. Однако те же пациенты признаются, что ранее по каким-либо причинам прекращали лечение. Прекращение пациентами терапии является осознанным действием. Хорошее самочувствие пациентов может приводить к прекращению дальнейшей терапии.

Реакция сердечно-сосудистой системы на локомоторную тренировку у пациентов с позвоночно-спинальной травмой

Сикорская И.С., Емельянов Г.А., Грицевич Н.М.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Цель. Изучение реакции сердечно-сосудистой системы в процессе роботизированной локомоторной тренировки на комплексе «Lokomat» у пациентов после позвоночно-спинальной травмы (ПСТ).

Материалы и методы. Роботизированная локомоторная терапия на комплексе «Lokomat» использовалась в реабилитации 60 пациентов в промежуточном периоде спинномозговой травмы. Тренировки проводились 5 раз в неделю в течение 4 нед с продолжительностью занятия 20–45 мин. Непосредственно перед началом тренировки оценивался исходный функциональный уровень пациента и определялись параметры нагрузки. Средняя скорость ходьбы составила до 1,5–2 км/ч, пройденная за одну тренировку дистанция колебалась от 500 до 1200 м. В день направления на первую процедуру проводилось суточное мониторирование артериального давления (АД), в том числе в процессе роботизированной тренировки.

Результаты. Проведенные перед направлением на локомоторную тренировку полуортостатическая и ортостатическая пробы свидетельствовали об удовлетворительном и хорошем уровне адаптивных реак-

ций у абсолютного числа пациентов и их способности находиться в вертикальном положении до 30 мин при устойчивых показателях гемодинамики. Еще до начала тренировки у пациентов наблюдалось увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 30–50% (по сравнению с данными ортостатической пробы), а у пациентов с гипертензивным профилем АД отмечена тенденция к увеличению как систолического (САД), так и диастолического АД (ДАД) за 60–30 мин до процедуры.

В процессе тренировки отмечено повышение САД на 14–35% и ДАД – на 20–54%, а также увеличение ЧСС на 23–45% по сравнению с исходным уровнем у подавляющего числа пациентов. Гипертонический тип реакции на физическую нагрузку не коррелировал с суточным профилем АД и уровнем поражения спинного мозга. У пациентов с гипотензивным типом суточного профиля АД зарегистрировано снижение САД в среднем на 10% и ДАД – на 30%, что сопровождалось значительным возрастанием ЧСС (на 66%). У пациентов с поражением шейного отдела и нормотоническим профилем АД в процессе тренировки не было отмечено увеличения ЧСС по сравнению с исходным уровнем. К исходным показателям цифры АД возвращались через 10–20 мин после окончания тренировки, в то время как показатели ЧСС нормализовались через 5–10 мин. Во время проведения тренировки ни у одного из пациентов не отмечалось выраженных и стойких изменений показателей центральной гемодинамики, потребовавших прекращения процедуры.

Выводы. Реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку в процессе локомоторной тренировки у пациентов с позвоночно-спинальной травмой значительно отличаются от физиологических и не зависят от исходного суточного профиля АД. Повышение АД и ЧСС перед процедурой коррелирует с повышенным уровнем тревожности у пациентов по данным психологического тестирования.

Лечение дислипидемии у больных стабильной стенокардией в амбулаторно-поликлинической практике

Симаков А.А.¹, Поляева Л.В.², Рязанова Е.И.³

¹ММБУ ГКП №15;

²ОАО санаторий им. В.П.Чкалова, Самарская область;

³НГОУ ВПО «Самарский медицинский университет «РЕАВИЗ»

Цель. Анализ эффективности лечения статинами больных стабильной стенокардией на амбулаторной практике. Оценка функции эндотелия методом компьютерного анализа объемной пульсовой волны (компьютерная фотоплетизмография).

Материал и методы. Исследованы 130 больных стабильной стенокардией I–III функционального класса (ФК). Все мужчины. Средний возраст $50,9 \pm 11,5$ года. У 61 больного в анамнезе инфаркт миокарда без зубца Q, у 69 – с зубцом Q. 53 больных перенесли операции реваскуляризации (40 – АКШ, 13 – стентирование). У всех больных была артериальная гипертензия. 22 больных страдали сахарным диабетом. 119 больных имели проявления сердечной недостаточности (СН) I ст. (II ФК по NYHA), 11 – СН IIa (II ФК). Значение индекса массы тела составляло $27,4 \pm 8$.

Больные обследованы согласно диагностическим критериям (ЭКГ, ЭхоЭКГ, тредмил-тест или суточный мониторинг ЭКГ). Липидный спектр определяли исходно и через 3 и 6 мес. Функцию эндотелия исследовали путем компьютерного анализа формы объемной пульсовой волны, с помощью фотоплетизмографического датчика, расположенного на ногтевой фаланге пальца руки больного, с предварительной 5-минутной компрессией плечевой артерии.

Все пациенты рандомизированы на 2 сопоставимые группы: 60 больных контрольной лечились согласно стандартам, но без статинов, 70 больных опытной группы обязательно принимали статины (симвастатин, аторвастатин 20–40 мг или розувастатин 10–20 мг). При плохой переносимости дозу статина снижали и добавляли 10 мг эзетрола. При высоком уровне триглицеридов назначали 145 мг трайкора. Всем больным была рекомендована гипохолестериновая диета.

Результаты. Исходный уровень общего холестерина составлял $6,85 \pm 2,4$ мм/л; липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – $1,14 \pm 0,5$ мм/л; липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – $5,3 \pm 2,1$ мм/л; триглицеридов – $2,7 \pm 1,75$ мм/л; коэффициент атерогенности – $5,85 \pm 2,95$.

Через 3 мес целевой уровень липидов достигнут у 39 (55,7%), 12 (17,1%) больным доза статина была увеличена, 3 больным, получавшим трайкор, добавлен симвастатин 10 мг. У 6 (8,6%) больных из-за повышения в 2 раза уровня трансаминаз печени доза статина снижена до 10 мг и добавлен эзетрол 10 мг. 6 (8,6%) больных прекратили прием статина по разным причинам.

Через 6 мес у 62 (88,5%) больных опытной группы сохранялся стойкий целевой уровень липидов крови. Уровень ЛПНП снизился на 38,2%.

Наиболее значимый параметр оценки скорости пульсовой волны: показатель функции эндотелия (процентное соотношение индекса отражения на 3-й минуте к исходному индексу отражения) был больше в опытной группе ($13,5 \pm 7,4\%$), что отражало улучшение функции эндотелия на фоне постоянного приема статинов (в контрольной группе – $11,6 \pm 6,7\%$).

Выводы. Исследование показало эффективность и относительную безопасность лечения статинами. Метод компьютерного анализа объемной пульсовой волны является простым и доступным в оценке функции эндотелия сосудов.

Определение выраженности тревожно-депрессивных расстройств и оценка качества жизни у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией

Скибицкий А.В., Фендрикова А.В., Скибицкий В.В.

Кафедра госпитальной терапии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ, Краснодар

Цель. Изучение выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и качества жизни у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ).

Материалы и методы. Обследованы 38 больных с НКАГ (25 женщин и 13 мужчин). Средний возраст составил $49,8 \pm 2,7$ года. Критерии включения:

- 1) артериальная гипертензия (АГ) длительностью более 6 мес;
- 2) отсутствие достижения целевого уровня артериального давления (АД) на фоне двух- и трехкомпонентной антигипертензивной терапии;
- 3) наличие ТДР;
- 4) подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Всем пациентам проводились измерение АД, тестирование с использованием шкал тревоги и депрессии HADS, самооценки депрессии Цунга, тревоги и тревожности Спилбергера–Ханина, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), методики оценки качества жизни SF-36.

Результаты. Исходно систолическое АД в среднем составило 164,7 мм рт. ст., диастолическое – 101,4 мм рт. ст. В результате тестирования по шкале HADS у 32 (84,2%) пациентов выявлена клинически выраженная тревога/депрессия, у 6 (15,8%) – субклинически выраженная тревога/депрессия. При анализе результатов по шкале самооценки депрессии Цунга у 33 (86,8%) пациентов – истинное депрессивное состояние, у 5 (13,2%) – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Анализ результатов опроса по шкале тревоги и тревожности Спилбергера–Ханина позволил диагностировать у 35 (92,1%) пациентов высокую тревожность, у 3 (7,9%) – умеренную тревожность. Тестирование с использованием опросника СМОЛ показало наличие высоких значений шкал ипохондрии, депрессии, истерии, психастении. У пациентов с НКАГ и ТДР выявлен достаточно низкий уровень качества жизни по опроснику SF-36: средние баллы физического функционирования составили 41,7 балла; ролевого физического функционирования – 12,4 балла; боль – 26,5 балла; общего здоровья – 40,4 балла; жизнеспособность – 32,3 балла; социальное функционирование – 43,6 балла; ролевое эмоциональное функционирование – 34 балла; психическое здоровье – 33,2 балла.

Выводы. 1. У большинства пациентов с НКАГ имеют место клинически значимые ТДР. 2. При наличии НКАГ отмечаются значимые изменения психоэмоционального статуса с преобладанием ипохондрических, депрессивных, истероидных, психастенических типов личности. 3. У больных с НКАГ и ТДР значительно снижены показатели качества жизни.

Гендерные особенности влияния различных вариантов гиполипидемической терапии на показатели липидного спектра и уровня С-реактивного белка при метаболическом синдроме

Скибицкий В.В., Сокаева З.Т., Фендрикова А.В., Спирипулос Н.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ, Краснодар

Цель. Определить эффективность влияния различных вариантов гиполипидемической терапии у мужчин и женщин с метаболическим синдромом (МС) на показатели липидного спектра и С-реактивного белка (СРБ).

Материалы. В исследование включены 193 больных с МС (96 мужчин и 91 женщина), которые были распределены в 3 группы: 1-я группа ($n=66$, мужчин – 32, женщин – 34) – больные, которые получали сим-

вастатин (Зокор, MSD) 40 мг/сут; 2-я группа (n=77, мужчин – 39, женщин – 38) – пациенты, получавшие симвастатин 20 мг + эзетимиб 10 мг (Инеджи, MSD); 3-я группа (n=50, мужчин – 25, женщин – 25) – пациенты, которым был назначен фенофибрат (Трайкор, Solvay-Pharma) 145 мг/сут. Всем пациентам до и через 1, 2, 6 мес лечения определялись уровни общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), СРБ.

Результаты. Исходно показатели ОХС и ЛПНП в группе женщин были достоверно выше, чем у мужчин, и составляли: ОХС 6,1 (5,6–6,5) ммоль/л у женщин и 5,7 (5,3–6,0) ммоль/л у мужчин ($p<0,001$), ЛПНП 3,98 (2,95–4,36) и 3,41 (2,98–3,8) ммоль/л соответственно ($p<0,05$). Через 6 мес в 1-й группе целевой уровень (ЦУ) ЛПНП достоверно чаще регистрировался у мужчин, чем у женщин (87,6% против 67,7% соответственно; $p<0,004$). Отмечалось достоверное снижение у мужчин и женщин ОХС на 27,7 и 32,3%, ЛПНП – на 47,9 и 54,1%, ТГ – на 25,9 и 26,4% соответственно, увеличились показатели ЛПВП на 43,7 и 49,2% соответственно ($p<0,001$). Во 2-й группе ЦУ ЛПНП также чаще был достигнут у женщин (97,4%), чем у мужчин (82,1%) ($p<0,05$). На фоне приема Инеджи как у женщин, так и мужчин имело место достоверное снижение уровня ОХС на 33,3 и 27,8%, ЛПНП – на 57,5 и 53,5%, ТГ – на 27,4 и 24,6% соответственно, а также увеличение ЛПВП на 59,6 и 46,2% соответственно ($p<0,001$). В 3-й группе на фоне приема фенофибрата ЦУ ЛПНП достигнут у 28% мужчин и 40% женщин ($p=0,06$), выявлено статистически значимое снижение у мужчин и женщин ОХС на 19,6 и 23,3%, ЛПНП – на 39,7 и 43,1%, ТГ – на 30,6 и 36,7% соответственно, увеличились показатели ЛПВП на 33,7 и 40,6% ($p<0,001$). Во всех группах зарегистрировано достоверное уменьшение уровня СРБ: в 1-й группе у мужчин на 37,6%, у женщин – на 38,2%, во 2-й группе – на 38,3 и 39,1% соответственно, в группе фенофибрата – на 28,5% у мужчин и 31,3% у женщин ($p<0,001$).

Выводы. 1. У женщин с метаболическим синдромом исходно отмечалось достоверно более высокий уровень ОХС, ЛПНП в сравнении с мужчинами. 2. В группе получавших симвастатин 40 мг/сут достижение ЦУ ЛПНП достоверно чаще отмечалось у мужчин, чем у женщин. 3. Прием Инеджи у женщин обеспечивал значимое улучшение показателей липидного спектра, большую частоту достижения ЦУ ЛПНП, чем у мужчин. 4. На фоне применения фенофибрата частота достижения ЦУ ЛПНП была сопоставима у мужчин и женщин. 5. Во всех группах больных, независимо от пола, зарегистрировано достоверное снижение уровня СРБ.

Оценка госпитального этапа ведения молодых пациентов, переносящих острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST

Скопец И.С.¹, Везикова Н.Н.¹, Марусенко И.М.¹, Рябков В.А.¹, Малыгин А.Н.²

¹ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»;

²Республиканская больница им. В.А. Баранова, Петрозаводск

Цель. Оценка наличия факторов риска ишемической болезни сердца, особенностей течения заболевания, госпитального этапа ведения пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с подъемом сегмента ST в молодом возрасте

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 46 пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 50 лет, госпитализированных в Региональный сосудистый центр г. Петрозаводска с диагнозом «ОКС с подъемом сегмента ST».

Результаты. В ходе работы были проанализированы факторы риска, имевшиеся у пациентов на момент госпитализации. Было установлено, что практически все пациенты (97,8%) имели многолетний стаж курения, никогда не курил только 1 (2,2%) человек, 63% больных страдали артериальной гипертензией, у 1/3 (34,8%) пациентов имелась отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность, каждый 5-й (21,7%) – страдал абдоминальным ожирением. Наличие дислипидемии было выявлено у 97,8% больных, нормальный липидный спектр имелся только у 1 пациента. Больных сахарным диабетом в исследуемой группе не оказалось. Таким образом, у всех пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, несмотря на молодой возраст, имелось не менее 2 факторов риска. При оценке сердечно-сосудистого анамнеза было установлено, что 4,4% пациентов ранее уже переносили острый инфаркт миокарда, 8,7% – страдали стабильной стенокардией, у 1 больного имелась хроническая сердечная недостаточность. В группу исследования вошли пациенты, госпитализированные с ОКС с элевацией сегмента ST, которым было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Более чем у 1/2 (54,4%) пациентов пластика коронарных артерий была выполнена в кратчайшие сроки от начала заболевания (0–3 ч), в 10,9% случаев ЧКВ было проведено в период от 3 до 6 ч, в 8,7% – в течение 6–12 ч и 17,4% пациентов реваскуляризация была выполнена позднее 12 ч от начала клинических проявлений. У 1/2 (52,2%) пациентов с инфарктзависимым поражением была окклюзия правой коронарной артерии, в 41% случаев на коронарографии было выявлено

критическое поражение передний нисходящей артерии, и только в 6,5% случаев клинко-определяющим оказалось поражение огибающей артерии 87% пациентов были имплантированы голометаллические стенты, 10,7% – стенты с лекарственным покрытием, и 1 больному была выполнена баллонная ангиопластика участка рестеноза ранее установленного стента. При оценке медикаментозной терапии установлено, что все пациенты в исследуемой группе получали двойную дезагрегантную терапию (ацетилсалициловая кислота + клопидогрел или ацетилсалициловая кислота + тикагрелор), а также терапию статинами. β -Блокаторы не были назначены 1 пациенту, страдающему бронхиальной астмой, у 1 пациента были отменены ингибиторы АПФ вследствие тенденции к гипотонии.

Выводы. В ходе работы было установлено, что пациенты мужского пола, в молодом возрасте переносящие ОКС с подъемом сегмента *ST*, имеют сочетание 2 и более факторов риска. Самые распространенные факторы риска: курение, дислипидемия, артериальная гипертензия – являются коррегируемыми, что свидетельствует о неадекватности проведения первичной профилактики. Пациентам, госпитализированным с ОКС с элевацией *ST*, достаточно быстро выполняется ЧКВ. Задержка реперфузионной терапии чаще всего связана с поздним обращением пациентов за медицинской помощью, что обусловлено, вероятно, низкой информированностью населения о клинических проявлениях острого инфаркта миокарда и о необходимости своевременного обращения за медицинской помощью. Медикаментозная терапия на госпитальном этапе проводится в необходимом объеме согласно рекомендациям по ведению пациентов с ОКС с подъемом *ST*.

Диастолическая функция левого желудочка у больных артериальной гипертензией и синдромом обструктивного апноэ сна

Талагаев С.В.¹, Стаценко М.Е.²

¹ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»;

²НУЗ ОКБ на ст. Волгоград I ОАО «РЖД», Волгоград

Цель. Оценить параметры, характеризующие диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы. В исследование включены 150 больных (все мужчины) АГ в возрасте 30–50 лет. Основную группу составили 75 пациентов с АГ и СОАС, группу сравнения – 75 пациентов с АГ без СОАС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ, средним значениям систолического и диастолического артериального давления (АД) и индексу массы тела. Всем больным было предложено ответить на вопросы анкеты, разработанной J.R.Stradling, проводили кардиореспираторное мониторирование, выполняли эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование АД.

Результаты и обсуждения. Изучена взаимосвязь СОАС с нарушениями систолической и диастолической функций ЛЖ. В обеих группах больные АГ нарушений систолической функции ЛЖ не было выявлено. Диастолическая дисфункция (ДД) отмечена у 47 (62,7%) пациентов основной группы, из них I тип ДД (замедленное расслабление миокарда) – у 40 (85,1%), II тип ДД (псевдонормальный) – у 7 (14,9%) человек и у 17 (22,7%) пациентов группы сравнения – у всех из них ДД I типа. Обращает внимание высокая распространенность диастолических нарушений у больных с СОАС по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). У больных с I типом ДД легкое течение СОАС выявлено у 15 (37,5%), течение средней тяжести – у 21 (52,5%), тяжелое течение – у 4 (10%) человек. У пациентов со II типом ДД СОАС средней тяжести диагностирован у 1 (14,3%), тяжелое течение – у 6 (60%) человек. При сравнении параметров, характеризующих ДД, в подгруппе с СОАС средней тяжести достоверно преобладают пациенты с I типом ДД по сравнению с легким течением СОАС ($p < 0,05$). Между подгруппами со средней тяжестью и тяжелым течением апноэ не было установлено достоверных различий, что объясняется преобладанием пациентов со II типом ДД (псевдонормализация) в подгруппе с тяжелым течением СОАС ($p < 0,001$). В подгруппе с тяжелым течением СОАС наряду с нормальными показателями ДД характерны максимальные величины размеров толщины задней стенки ЛЖ, индекса массы миокарда ЛЖ, относительной толщины стенки ЛЖ. Все пациенты со вторым типом ДД имели СОАС средней тяжести и тяжелое течение, и количество эпизодов апноэ во сне было максимальным. Дилатация левого предсердия (ЛП) достоверно чаще встречалась у пациентов с АГ и СОАС по сравнению с группой сравнения ($p < 0,001$). ДД приводит к возрастанию ригидности ЛЖ и его полости, тем самым увеличивается сопротивление ЛП, развивается дилатация последнего.

Выводы. Сочетание АГ и СОАС характеризуется более выраженными нарушениями ДД ЛЖ и увеличением размеров ЛП.

Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных артериальной гипертонией и синдромом обструктивного апноэ сна

Талагаев С.В.¹, Стаценко М.Е.²

¹ГОУ ВПО «Вологодский государственный медицинский университет»;

²НУЗ ОКБ на ст. Волгоград I ОАО «РЖД», Волгоград

Цель. Изучить особенности типов геометрии левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертонии (АГ) у больных с синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы. Обследованы 150 пациентов с АГ в возрасте 30–50 лет. Все больные были рандомизированы на 2 группы: в 1-ю (n=75) включены пациенты с АГ и СОАС, во 2-ю (n=75) – пациенты с АГ без СОАС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ и индексу массы тела. Всем пациентам предлагалось ответить на вопросы анкеты, разработанной J.R.Stradling, проводили кардиореспираторное мониторирование, выполняли эхокардиографическое исследование, суточное мониторирование артериального давления.

Результаты и обсуждения. У пациентов с АГ без СОАС нормальная геометрия (НГ) ЛЖ выявлена у 52 (69,3%), концентрическое ремоделирование (КР) ЛЖ – у 12 (16%), гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) – у 11 (14,7%) человек, из них концентрическая ГЛЖ – у 7 (63,6%), эксцентрическая ГЛЖ – у 4 (36,4%) пациентов. При сочетании АГ и СОАС НГ ЛЖ отмечена у 27 (36%), КР ЛЖ – у 23 (30,7%), ГЛЖ – у 25 (33,3%) человек, из них концентрическая ГЛЖ – у 23 (92%), эксцентрическая ГЛЖ – у 2 (8%) пациентов. У больных АГ и СОАС достоверно чаще определялись КР ($p<0,05$) и концентрическая ГЛЖ ($p<0,001$), у больных без СОАС чаще встречалась НГ ЛЖ ($p<0,001$). У пациентов с легким течением СОАС НГ ЛЖ отмечена у 17 (50%), КР – у 14 (41,2%), концентрическая ГЛЖ – у 3 (8,8%) человек; СОАС средней тяжести НГ ЛЖ – у 9 (29%), КР – у 8 (25,8%), концентрическая ГЛЖ – у 12 (38,7%), эксцентрическая ГЛЖ – у 2 (6,5%) человек; с тяжелым течением СОАС НГ – у 1 (10%), КР – у 1 (10%), концентрическая ГЛЖ – у 8 (80%) человек. В подгруппе с легким течением СОАС по сравнению с СОАС средней тяжести преобладают больные с НГ ($p<0,05$) и КР ЛЖ (статистически недостоверно), количество пациентов с ГЛЖ минимально. В подгруппе с АГ и СОАС средней тяжести статистически достоверно чаще встречаются пациенты с концентрической ($p<0,001$) и эксцентрической ГЛЖ ($p<0,05$) по сравнению с 1-й подгруппой. У пациентов с АГ и тяжелым течением СОАС преобладает концентрическая ГЛЖ по сравнению со 2-й подгруппой ($p<0,01$), при этом количество больных с НГ минимально. Выявлена достоверная отрицательная корреляция между индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ) и НГ ($\tau=-0,2$; $p<0,05$) и положительная – между ИАГ и концентрической ГЛЖ ($\tau=0,35$; $p<0,0001$).

Выводы. В группе больных АГ и СОАС достоверно чаще отмечаются КР и концентрическая ГЛЖ. С увеличением тяжести СОАС возрастает удельный вес пациентов с ГЛЖ, в большей степени за счет концентрической ГЛЖ.

Анализ назначения β -адреноблокаторов при лечении хронических форм ишемической болезни сердца в реальной клинической практике

Тарловская Е.И., Чудиновских Т.И., Казаковцева М.В.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Киров

Цель. Оценить применение β -адреноблокаторов в лечении хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Методом случайной выборки отобраны 198 пациентов с хроническими формами ИБС, из них 102 (51,5%) мужчины и 96 (48,5%) женщин. Средний возраст всех пациентов составил $67,92\pm 8,27$ года.

Результаты. Из 198 пациентов β -адреноблокаторы принимали 146 (73,7%) человек, у 13 (6,57%) пациентов имелись противопоказания к назначению β -адреноблокаторов. Остальным 39 (19,7%) пациентам β -адреноблокаторы не назначались. Наиболее часто назначались метопролол и бисопролол: метопролол получали 68 (46,6%) пациентов, бисопролол – 65 (44,5%). В меньшей степени назначались карведилол и небиволол: карведилол получали 10 (6,8%) пациентов и небиволол – 3 (2%). Средние дозы β -адреноблокаторов были далеки от рекомендованных. Средние дозы составили для метопролола – $77,86\pm 46,84$ мг, бисопролола – $5,73\pm 2,36$ мг, карведилола – $20,125\pm 10,85$ мг, небиволола – $5,83\pm 2,7$ мг. Целевая частота сердечных сокращений (ЧСС) не была достигнута. Средняя ЧСС в группе метопролола составила $69,01\pm 5,57$ в минуту, в группе бисопролола – $65,1\pm 3,2$ в минуту, в группе карведилола – $67,4\pm 6,2$ в минуту, в группе небиволола – $66,66\pm 0,88$ в минуту.

Выводы. В реальной клинической практике терапия β -адреноблокаторами не соответствует клиническим рекомендациям, что проявляется прежде всего в назначении нецелевой дозы препарата, что приводит к недостижению целевой ЧСС у пациентов с хроническими формами ИБС.

Характеристика факторов риска ишемической болезни сердца, ассоциированных с кислотозависимыми заболеваниями, среди лиц молодого возраста

Тихонова Н.В., Гуляев П.В., Лянцевич С.Ф., Токуев Л.В., Зяблицева В.В.

Кафедра поликлинической терапии ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Киров

Цель. Выявление факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС), ассоциированных с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ) и хеликобактериозом, у лиц молодого возраста.

Методы. Проведен анализ распространенности основных факторов риска ИБС у 125 лиц от 18 до 45 лет, страдающих КЗЗ, ассоциированных с хеликобактериозом (хронический гастрит, язвенная болезнь). Группа наблюдения (75 человек) и контрольная группа (50 человек). Выделение группы КЗЗ проводилось согласно Московским соглашениям «Диагностика и терапия кислотозависимых заболеваний, в том числе и ассоциированных с *Helicobacter pylori*». Анализировались ведущие факторы риска ИБС: социально-бытовой (среди них фактор питания, гиподинамии), генетический, инфекционный, профессиональный факторы, фактор медицинской активности.

Результаты. Анализ факторов риска показал, что, несмотря на индивидуальное их сочетание у каждого исследуемого, можно выделить ведущие: социально-бытовой (фактор питания, гиподинамии), который встречался в 96%, генетический (45%), профессиональный (39%). Фактор низкой медицинской активности в 83%. Приоритеты на сохранение здоровья были низкими (18%), при этом в большинстве случаев (71%) не имелось достаточной информированности о пользе диспансерного метода. Анализ структуры КЗЗ показал, что в 43% случаев это была неязвенная диспепсия, язвенная болезнь – в 32%. Взаимосвязь с НР отмечена в 81% случаев в группе наблюдения и в 37% – в группе сравнения. Госпитальная заболеваемость в 3,6% случаев была по экстренным показаниям. Среди лиц с впервые выявленными заболеваниями более 1/2 (71%) нуждались в дополнительном обследовании, причем первичная диагностика хеликобактериоза осуществлялась лишь в 21% случаев.

Выводы. Отмечается высокая распространенность факторов риска ИБС среди больных КЗЗ, ассоциированными с НР, у лиц молодого возраста. С целью наиболее раннего выявления возможных нарушений метаболизма сочетанной направленности у лиц молодого возраста необходимо проводить комплексное обследование, в том числе на НР, что необходимо учитывать в процессе углубленной диспансеризации и разработки здоровьесберегающих технологий в профилактике ИБС у лиц молодого возраста с сочетанной патологией.

Особенности первичной профилактики инфаркта миокарда у женщин в различных возрастных группах

Третьякова Н.С., Леонова И.А., Болдуева С.А.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

В последние десятилетия смертность от инфаркта миокарда (ИМ) у женщин старше 60 лет выросла в 2 раза, а среди женщин моложе 50 лет – в 3 раза, в связи с чем исследования, посвященные данному вопросу, весьма актуальны. Одной из ведущих причин высокой смертности при ИМ у женщин является поздняя госпитализация в стационар, связанная с трудностями диагностики ИМ у женщин, что в первую очередь связано с трудностями дифференцировки болевого синдрома.

Цель. Изучить факторы риска, особенности клинической картины, приверженность терапии у женщин с ИМ в различных возрастных группах.

Материал и методы. Исследование проводилось как проспективно (153 женщины), так и ретроспективно (191 женщина). У 344 женщин, поступивших в клинику кардиологии с диагнозом ИМ, была проведена оценка анамнестических данных, наличие факторов риска. Женщины были разделены на три группы: молодые женщины (до 44 лет) – 26 (7,5%), среднего возраста (45–59 лет) – 147 (42,7%) и пожилые (старше 60 лет) – 171 (49,7%).

Результаты. Показано, что у молодых женщин наиболее распространенным фактором риска является курение и составляет 83%, а также отягощенная наследственность (70%), с возрастом увеличивается роль гипертонической болезни, сахарного диабета и дислипидемии. Средний срок госпитализации молодых женщин с клиническими проявлениями острого коронарного синдрома (ОКС) составляет $162 \pm 38,4$ ч, в то время как у пожилых женщин – $84,6 \pm 18,3$ ч ($p < 0,05$), при этом время госпитализации от начала затяжного ангинозного приступа составляет от 2 ч в молодом возрасте до 6 ч в пожилом. У женщин молодого возраста в 75% и у 65% женщин среднего возраста ИМ является дебютом заболевания и в половине случаев развивается без типичной клинической картины. Осложненное течение ИМ наблюдается одинаково часто во всех возрастных группах (47–43%). В течение года после выписки с повторным коронарным событием госпитализируются 34% молодых женщин. Наиболее частой причиной госпитализации в постинфарктный период является развитие нестабильной стенокардии независимо от возраста. Через год после выписки наблюдается снижение приверженности терапии во всех возрастных группах, особенно это касается β -блокаторов статинов ($p < 0,05$).

Выводы. У молодых пациенток ведущими факторами являются курение и отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Женщины молодого возраста достоверно позже госпитализируются по поводу ОКС. У женщин молодого и среднего возраста в большинстве случаев ИМ является дебютом заболевания и в половине случаев развивается без типичной клинической картины. Осложненное течение ИМ наблюдается одинаково часто во всех возрастных группах (47–43%). Самой частой причиной госпитализации во всех возрастных группах является нестабильная стенокардия. Через год после выписки отмечается снижение приверженности терапии во всех возрастных группах, особенно β -блокаторов статинов.

Влияние розувастатина на показатели памяти и внимания у пациентов после прямой реваскуляризации миокарда

Трубникова О.А., Малева О.В., Сырова И.Д., Мамонтова А.С., Барбараш О.Л.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово

Цель. Изучение влияния розувастатина на показатели нейропсихологического статуса у пациентов после прямой реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Методы. Обследованы 109 мужчин в возрасте 45–70 лет, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 69 пациентов (средний возраст $56,82 \pm 5,2$ года), принимавшие за 10–14 дней до операции розувастатин (крестор, Astra Zeneca) в дозе 20 мг/сут, во 2-ю группу – 40 пациентов (средний возраст $55,9 \pm 5,3$ года), не принимавшие статины. Пациенты двух групп были сопоставимы по клинико-anamnestическим и нейропсихологическим показателям. Для оценки когнитивных функций использовали автоматизированный программный комплекс «Status-PF». Исследовали внимание (корректирующая проба Бурдона) и память (тесты запоминания 10 чисел и слов) до операции и на 7–10-е сутки после оперативного вмешательства. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программы Statistica 6.0, использовали непараметрический критерий Манна–Уитни.

Результаты. До назначения розувастатина значимых различий по показателям памяти и внимания между группами не выявлено. На 7–10-е сутки послеоперационного периода пациенты, принимавшие розувастатин, демонстрировали лучшие показатели памяти по сравнению с пациентами без розувастатина в тестах запоминания 10 чисел ($5,0 \pm 0,5$ и $4,17 \pm 0,23$ балла соответственно, $p = 0,01$) и запоминания 10 слов ($4,7 \pm 0,6$ и $4,0 \pm 0,2$ балла соответственно, $p = 0,05$). При выполнении корректирующей пробы Бурдона на 7–10-е сутки после операции пациенты с розувастатином, по сравнению с группой не принимавших статины, перерабатывали большее количество знаков на 1-й ($70,8 \pm 8,9$ и $66,2 \pm 6,9$ соответственно, $p = 0,005$) и 4-й минутах ($100,1 \pm 10,3$ и $92,0 \pm 16,5$, $p = 0,01$) теста.

Выводы. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что периоперационная терапия розувастатином оптимизирует показатели нейропсихологического статуса пациентов, перенесших прямую реваскуляризацию миокарда в условиях ИК.

Выраженность гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией в зависимости от психосоматического статуса, содержания магния и гормонов в крови

Усенко Г.А., Машков С.В., Усенко А.Г., Иванов С.В., Козырева Т.Ю., Величко Н.П., Ницета О.В.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Новосибирск

Цель. На фоне антигипертензивной терапии (АГТ) определить выраженность массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в зависимости от содержания магния и гормонов в крови у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным темпераментом, а также высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности.

Методы. Исследовали трудоспособных и работающих ВТ и НТ мужчин (средний возраст $54,2 \pm 1,8$): 447 здоровых и 409, страдающих АГ II (ГБ II в течение $11,6 \pm 1,4$ года), с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента. Пациенты получали β -адреноблокаторы или ингибиторы АПФ + диуретик. В отличие от НТ, ВТ/Х и ВТ/С пациенты получали анксиолитик (сибазон), а ВТ/Ф и ВТ/М, имеющие легкую степень депрессивности, – антидепрессант коаксил. Через 3, 6, 12 и 18 мес АГТ в сыворотке крови определяли содержание магния (Mg), кортизола, альдостерона и инсулина. В указанные сроки посредством доплерэхокардиографии определяли ММЛЖ, а также определяли индекс массы ММЛЖ (ИММЛЖ).

Результаты. Содержание кортизола и Mg снижалось, а альдостерона, инсулина, ММЛЖ и ИММЛЖ – увеличивалось в «темпераментальном» ряду: ВТ (НТ) Х-С-Ф-М. Иначе говоря, у М и Ф содержание альдостерона было выше, а кортизола ниже, чем у Х и С. У первых содержание инсулина также было выше, чем у вторых. С такими различиями по содержанию гормонов и Mg сочетался тот факт, что именно у Ф и М ММЛЖ и ИММЛЖ были самыми высокими из всех исследуемых групп.

Вместе с тем, полученные различия по гормональному спектру показали, что у ВТ-лиц концентрация Mg оказалась ниже, а кортизола, альдостерона, инсулина, а также ММЛЖ и ИММЛЖ – выше, чем у НТ соответствующего темперамента. Близкие различия (но без гипертрофии ЛЖ) отмечены в группах здоровых лиц. При этом ММЛЖ у ВТ (НТ)/Ф и ВТ (НТ)/М была выше, чем у здоровых ВТ (НТ) Х и ВТ (НТ) С.

Из этого следует, что наиболее уязвимыми в аспекте риска развития осложнений АГ оказались высокотревожные флегматики и меланхолики.

Выводы. 1. Из всех высоко- и низкотревожных пациентов, страдающих АГ II ст., именно у высокотревожных флегматиков и высокотревожных меланхоликов отмечено самое низкое содержания Mg, которое сочеталось с самыми высокими – содержанием альдостерона и инсулина, а также ММЛЖ и ИММЛЖ. 2. Высокотревожные флегматики и высокотревожные меланхолики потенциально относятся к группам риска возможных осложнений АГ II ст.

Психосоматические особенности у больных артериальной гипертензией и профилактика негативных сдвигов содержания магния и липидов в крови

Усенко Г.А., Машков С.В., Усенко А.Г., Васендин Д.В., Ницета О.В., Козырева Т.Ю., Величко Н.П.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Новосибирск

Цель. Оценка эффективности антигипертензивной терапии, основанной (Ц-АГТ) и не основанной (Э-АГТ) на коррекции преимущественной симпатикотонии у пациентов с холерическим (Х) и сангвиническим (С) темпераментом, а также преимущественной активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у флегматиков (Ф) и меланхоликов (М) на примере снижения содержания общего холестерина, суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП, величины индекса атерогенности (ИА) и повышения ЛПВП и магния в сыворотке крови.

Методы. В период с 1995 по 2013 г. исследовали мужчин (средний возраст $54,2 \pm 1,8$): 422 здоровых и 848 пациентов, страдающих АГ II в течение $11,6 \pm 1,4$ года, с превалированием Х-, С-, Ф- и М-темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Депрессивность легкой степени обнаружена только у ВТ/Ф и ВТ/М. Содержание общего холестерина (ОХС), ЛПНП+ЛПОНП возрастало, а магния и ЛПВП – снижалось в «темпераментальном» ряду: ВТ (НТ) Х>С>Ф>М. В течение 18 мес лица основной группы Х и С получали β -адреноблокаторы (БАБ) + диуретик + анксиолитик (сибазон), а Ф и М – ингибиторы АПФ + диуретик + антидепрессант (коаксил) (варианты Ц-АГТ). Лица группы сравнения получали такие же препараты и такие же дозы, но ВТ (НТ) Х и С получали ингибиторы АПФ, а Ф и М – БАБ. При этом анксиолитики получали

только ВТ/Х и ВТ/С, а антидепрессанты – ВТ/Ф и ВТ/М. Низкотревожные анксиолитики и антидепрессанты не получали.

Результаты. В отличие от Э-АГТ, Ц-АГТ сочеталась с более ранним (на 6 мес) и более выраженным приближением содержания липидов крови и магния к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности. В группах, получавших Ц-АГТ, ниже оказалась доля лиц с осложнениями АГ (острым инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения).

Выводы. Определение темперамента и тревожности позволило определить группы риска осложнений АГ. Ими оказались высокотревожные Ф и высокотревожные М. Антигипертензивная терапия, целенаправленная на купирование превалирования симпатикотонии у ВТ (НТ) Х и ВТ (НТ) С-пациентов, а также активности РААС у ВТ (НТ) Ф и ВТ (НТ) М-пациентов оказалась более эффективной, нежели терапия без купирования особенностей психосоматического статуса.

Ремоделирование миокарда левого желудочка у женщин с артериальной гипертонией и метаболическим синдромом

Фаткуллина Е.З., Закирова А.Н., Закирова Н.Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в зависимости от степени ожирения.

Материал и методы. В исследование включены 108 женщин, страдающих АГ 2–3-й степени и МС. Все пациентки с АГ и МС были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1-я группа с избыточной массой тела ($n=36$), 2-я – с ожирением 2-й степени ($n=38$), 3-я – с ожирением 3-й степени ($n=34$). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности АГ. В контрольную группу вошли 28 здоровых женщин. Состояние внутрисердечной гемодинамики исследовали методом эхокардиографии с оценкой конечно-систолического размера (КСР), конечно-диастолического размера (КДР), массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса ММ ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП).

Результаты. При сравнительной оценке структурно-функциональных параметров миокарда у женщин с ожирением 2 и 3-й степени были получены значимые различия показателей КДР, КСР, ММЛЖ, ИММЛЖ, ТМЖП, ТЗС по сравнению с контролем ($p<0,05$). Установлено увеличение структурно-функциональных параметров ЛЖ, ассоциированное с возрастанием ИМТ. Показатель ММЛЖ в группе женщин с АГ и ожирением 2-й степени на 22% превышал этот параметр у женщин с АГ и избыточной массой тела, а у пациенток с ожирением 3-й степени был на 13,4% выше, чем в группе лиц с ожирением 2-й степени. Однако наиболее существенные различия были установлены при сравнении данных пациенток с избыточной массой тела и ожирением 3-й степени (38,3%, $p<0,05$). При изучении показателя ИММЛЖ выявлено, что у пациенток с ожирением 2-й степени этот индекс был на 38,3% выше, чем у женщин с избыточной массой тела. У пациенток с ожирением 3-й степени значение ИММЛЖ на 16,3% превышало этот параметр у пациенток с ожирением 2-й степени. Значимое изменение этого показателя было выявлено только при сопоставлении данных ИММЛЖ у женщин с избыточной массой тела и ожирением 3-й степени (60,9%; $p<0,05$).

Выводы. Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ с МС ассоциируется с выраженностью ожирения и наиболее существенно при ожирении 3-й степени.

Лазерная терапия как метод оптимизации реабилитационной программы больных артериальной гипертензией старших возрастных групп (по данным суточного мониторирования артериального давления)

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Честнова Ю.А., Халтурина И.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Цель. Исследовать влияние лазерной терапии (ЛТ) на параметры суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Обследованы 58 больных АГ в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,4\pm 0,8$ года), из них 8 женщин. При офисном измерении артериального давления (АД) АГ 1-й степени выявлена у 38% больных, 2-й – у 22%, 3-й – у 18%, у 22% – нормальное АД на амбулаторной коррекции. Изолированная систо-

лическая АГ имела у 28% пациентов, у остальных – гипертоническая болезнь (ГБ) III стадии. У всех больных АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца – ИБС и хронической сердечной недостаточностью – ХСН (средний ФК $2,3 \pm 0,4$). Больные рандомизированы в группы: основная – 30 больных, получавших в комплексе с анитигипертензивными препаратами ЛТ в красном диапазоне на кардиальные зоны Захарьина–Геда, сравнения – 28 больных, получавших только фармпрепараты. Всем больным проведено СМАД на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург) в начале и конце курса стационарного лечения с интервалом 20 дней. Оценивали средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового (ПАД) АД, индексы нагрузки давлением, вариабельность (Var) САД и ДАД днем и ночью, а также суточный профиль (СП) и величину утреннего подъема (ВУП) АД. Статистическая обработка результатов проведена при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты. Исходно в связи с медикаментозной коррекцией критерии АГ по данным СМАД выявлены у 78% больных. Высокие индексы гипертензии (ИГ) имели: для САД днем – 42% больных, ночью – 28%, для ДАД днем – 12% больных, ночью – 25%. Повышение индекса гипотензии для САД днем отмечено у 18% больных, ночью – у 29%, для ДАД ночью – у 7%. Повышенная Var отмечена: по САД днем – у 35% больных, ночью – у 12%, по ДАД днем – у 18%, ночью – у 15%. ВУП АД повышалась только для САД – у 32% больных. Патологический СП имели: по САД 82% больных («нон-диппер» – 52%, «найт-пикер» – 18%, «овер-диппер» – 12%), по ДАД – 69% больных («нон-диппер» – 48%, «найт-пикер» – 13%, «овер-диппер» – 9%). На фоне лечения значительно снизились средние значения САД, ДАД и ПАД в обеих группах. САД ночью и ПАД у больных основной группы в конце лечения были ниже таковых в группе сравнения ($p < 0,05$). При ЛТ снизились ИГ САД днем и ДАД ночью, уменьшилась Var САД и ДАД днем ($p < 0,05$). В группе сравнения уменьшилась ВУП САД ($p < 0,05$). В основной группе 17% больных перешли из «нон-диппер» в группу «диппер», 10% – из «найт-пикер» в «нон-диппер», 7% – из «овер-диппер» в «диппер». В группе сравнения указанные изменения произошли в 11, 7 и 7% случаев соответственно.

Выводы. У больных АГ старших возрастных групп имеются значительные нарушения СП АД с повышением нагрузки давлением и Var АД. Фармакотерапия позитивно влияет на их параметры СМАД. ЛТ способствует усилению гипотензивного эффекта препаратов и оптимизации СП АД.

Особенности фактора фон Виллебранта у пациентов с артериальной гипертонией

Хаишева Л.А., Хоролец Е.В., Бекетов П.А., Шлык С.В., Ионова М.С.
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Цель. Оценить фактор фон Виллебранда (vWF) у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от поражения органов-мишеней и наличия ассоциированных клинических состояний (АКС).

Материалы и методы. Включены 82 человека, все пациенты разделены на группы: с АГ – 28 человек; АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 22; АГ и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе – 2 человека. Группа контроля – практически здоровые ($n=34$). Оценивали vWF в зависимости от поражения органов-мишеней на основе определения: микроальбуминурии, толщины интима-медиа (ТИМ), гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). ТИМ оценивалась ATL APOGEE 800 PLUS (США). Активность фактора фон Виллебранда ($n=100$) в центрифугированной плазме определяли методом прямого количественного ферментсвязанного иммуносорбентного химического анализа (Axis-Shield Diagnostic Limited, United Kingdom). Статистическая обработка материала – Statistica версии 6.0, $p < 0,05$.

Результаты. В среднем по группе обследованных пациентов с АГ значения vWF не превышали верхнюю границу нормы для данного показателя, однако активность его у пациентов с АГ была в 2 раза выше, чем у здоровых обследованных лиц ($151,50 \pm 11,59$ и $76,28 \pm 4,48\%$ соответственно, $p < 0,05$). Среди больных с ассоциированными клиническими состояниями выявлены достоверно более высокие значения vWF в группах: АГ+ИМ в анамнезе ($175,6 \pm 4,8\%$), АГ и ИБС ($140,82 \pm 14,8\%$) по сравнению с группой пациентов с АГ ($89,51 \pm 11,67\%$). Увеличение vWF в зависимости от наличия или отсутствия поражения органов-мишеней: микроальбуминурии ($165,16 \pm 9,81$ и $114,72 \pm 10,08\%$) и ТИМ ($151,08 \pm 12,13$ и $102,17 \pm 13,43\%$) ($p < 0,05$). Установлена взаимосвязь между активностью vWF и наличием микроальбуминурии ($r=0,462$, $p < 0,05$), ТИМ ($r=0,473$, $p < 0,05$) среди изучаемых пациентов с АГ. Не было получено достоверных различий значений vWF от наличия ГЛЖ ($125,91 \pm 16,17$ и $143,11 \pm 12,92\%$). При наличии ассоциированных клинических состояний у пациентов с АГ выявлено, что степень корреляции между пульсовым артериальным давлением и vWF становится более выраженной ($r=0,713$, $p < 0,05$).

Выводы. Фактор фон Виллебранда коррелирует с поражением органов-мишеней, увеличивается при наличии ассоциированных клинических состояний у пациентов с АГ.

Характеристика факторов ангиогенеза у пациентов с артериальной гипертонией и ассоциированными клиническими состояниями

Хаишева Л.А., Хоролец Е.В., Бекетов П.А., Шлык С.В., Ионова М.С.
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Цель. Оценить уровень факторов ангиогенеза (эндотелиального фактора роста – VEGF и эндостатина) у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от наличия ассоциированных клинических состояний (АКС).

Материалы и методы. В исследование включены 82 человека, в зависимости от наличия АКС, пациенты разделены на группы: с АГ без АКС ($n=28$); АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца – ИБС ($n=22$); АГ и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе ($n=32$). Группа контроля – практически здоровые, сопоставимы по возрасту. Критерии исключения: сахарный диабет; онкологические заболевания; окклюзирующие заболевания артерий конечностей. Все обследования проводились утром натощак. Оценивали значения VEGF и эндостатина методом количественного иммуноферментного сэндвич-анализа набором реактивов Quantikine «R&D Systems». Статистическая обработка материала – Statistica версии 6.0, $p<0,05$.

Результаты. В среднем по группе пациентов с АГ уровень VEGF ($196,0\pm 17,2$ пг/мл) значимо не отличался от уровня, определенного у здоровых людей ($176,78\pm 14,34$ пг/мл). Уровень же эндостатина (С-терминального фрагмента коллагена типа XVIII) при АГ практически в 3 раза превышал средние значения здоровых ($313,73\pm 13,34$ и $97,42\pm 7,25$ нг/мл соответственно, при $p<0,05$) и имел существенно больший разброс значений, чем у здоровых лиц (соответственно от 80,50 до 396,50 и от 36,78 до 148,05 нг/мл). Среди больных АГ в сочетании с ИБС уровень VEGF составил $192,98\pm 30,78$ пг/мл, при этом выявлены достоверные различия VEGF у пациентов с АГ с перенесенным ИМ ($242,15\pm 33,30$ пг/мл) по сравнению с группой гипертоников ($142,15\pm 16,89$ пг/мл) ($p<0,05$). Максимальные значения эндостатина среди пациентов с АГ и ИМ в анамнезе $385,22\pm 16,25$ нг/мл достоверно отличались от уровня эндостатина в группе АГ ($287,05\pm 23,06$ нг/мл) и АГ и ИБС ($239,20\pm 21,77$ нг/мл) ($p<0,05$).

Выводы. АГ приводит к активации процессов ангиогенеза, что проявляется повышением эндостатина. Наличие коронарной патологии у пациентов с АГ приводит к одновременному повышению VEGF и эндостатина.

Показатели гемостаза у больных артериальной гипертонией пожилого возраста при использовании электромагнитного излучения миллиметрового диапазона

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Цель. Изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на показатели гемостаза у больных пожилого возраста с артериальной гипертонией (АГ).

Методы. Обследованы 125 больных АГ II–III стадии в возрасте от 60 до 85 лет ($68,4\pm 1,1$ года), из них 22 женщины, с АГ II стадии – 32 больных, III стадии – 93. У всех больных АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца (ИБС). Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: основная – 85 больных АГ и ИБС, получавших ЭМИ в комплексе с медикаментозной терапией; сравнения – 40 больных, получавших только фармакотерапию. Воздействие ЭМИ миллиметрового диапазона осуществлялось аппаратом «Явь-1», 10 сеансов на курс лечения по 20 мин ежедневно длиной волны 7,1 мм на область третьего–четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины. У всех больных исследовали показатели тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза в начале и конце курса лечения.

Результаты. При поступлении в стационар у больных основной группы концентрация фибриногена была близка к верхней границе нормы, показатель РФМК у всех пациентов был высоким. Остальные исследуемые показатели гемостаза (количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, АПТВ, МНО, антитромбин III) были в пределах нормы. К концу лечения в обеих группах отмечена тенденция к снижению тромбоинового времени, концентрации фибриногена, РФМК и антитромбина III ($p>0,05$). Динамика показателей гемостаза в процессе лечения была рассмотрена в зависимости от их исходных значений. По каждому показателю больные делились на 3 подгруппы: 1-я – пациенты с показателем ближе к нижней границе нормы, 2-я – пациенты со средними значениями показателя, 3-я – пациенты со значениями ближе к верхней границе нормы. Отмечено, что у больных 1-й подгруппы к концу курса лечения произошло достоверное возрастание показателей (количество тромбоцитов, агрегация тромбоцитов, АПТВ, фибриноген, РФМК). У больных 2-й подгруппы эти показатели значимо не изменились. У больных 3-й подгруппы значения ука-

занных показателей достоверно снизились. В группе сравнения наметилась лишь тенденция к улучшению показателей гемостаза. Показатели МНО и антитромбин III к концу лечения в группах исследования статистически значимо не изменились.

Выводы. Таким образом, включение ЭМИ миллиметрового диапазона в комплекс лечения больных АГ пожилого возраста оказывает нормализующее влияние на коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз.

Клинико-биохимическая характеристика пациентов с острым инфарктом миокарда и артериальной гипертонией

Хоролец Е.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Ионова М.С.
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Цель. Изучить клинические особенности течения, показатели пуринового обмена у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента *ST* (ИМпST) и артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материалы и методы. Включен 91 пациент с ИМпST среднего возраста $60,86 \pm 1,2$ года и 30 практически здоровых добровольцев среднего возраста $59,83 \pm 0,79$ года. Критерии включения: АГ с ИМпST передней стенки левого желудочка. Критерии исключения: сахарный диабет, мочекаменная болезнь, хроническая почечная и печеночная недостаточность, женщины репродуктивного возраста, больные подагрой или повышение уровня мочевой кислоты (МК) в анамнезе. Учитывая ЧСС менее и более 70 уд/мин, все больные были разделены на две группы. Оценивали объективные данные и показатели пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантиноксидазы и уровень МК). Статистическая обработка с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Среди изучаемых пациентов всего лишь 13% имели ЧСС < 70 уд/мин, что, вероятно, обусловлено активностью симпатической нервной системы при ИМ. При изучении биохимических параметров пациентов ЧСС > 70 уд/мин было выявлено увеличение индекса атерогенности – ИА ($4,67 \pm 0,09$), снижение холестерина липопротеидов высокой плотности ($1,0 \pm 0,01$), увеличение систолического артериального давления – АД ($136,21 \pm 2,44$ мм рт. ст.), диастолического АД ($80,08 \pm 0,92$ мм рт. ст.) и пульсового АД ($55,65 \pm 1,81$ мм рт. ст.), $p < 0,05$ по сравнению со здоровыми добровольцами и у лиц с ИМпST с ЧСС < 70 уд/мин, что более отражает выражение нарушения липидного обмена. Достоверных различий среди групп пациентов с ИМпST в зависимости от ЧСС не получено. Увеличение ЧСС у больных ИМ отражает нарушение гемодинамики, что играет основную роль в провоцировании нестабильной атеросклеротической бляшки. При изучении показателей пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантиноксидазы и уровень МК) у пациентов с ИМпST были выше по сравнению с группой контроля. При этом, в зависимости от ЧСС > 70 уд/мин у больных ИМ было выявлено увеличение активности 5-нуклеотидазы ($7,96 \pm 0,62$ и $9,08 \pm 0,17$ нмоль/мин $\times$ мг, $p < 0,05$). Другие изучаемые показатели пуринового обмена в зависимости от ЧСС достоверно не различались. На фоне повышения ЧСС увеличивается потребность в АТФ, что приводит к увеличению активности фермента 5-нуклеотидазы.

Выводы. При повышении ЧСС > 70 уд/мин среди пациентов с ИМпST и АГ выявлены наиболее выраженные нарушения гемодинамики, изменения липидного обмена, что усугубляет тяжесть течения заболевания. ЧСС является маркером интенсивности метаболизма пуринового обмена и отражает более выраженный дефицит энергии у больных ИМ.

Реабилитационная программа с включением лазерной терапии для лиц геронтологического профиля с хронической сердечной недостаточностью I–III функционального класса

Честнова Ю.А., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Цель. Оценить влияние различных методик низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на структурно-функциональное состояние сердца у пациентов старших возрастных групп с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с определением наиболее эффективного медикаментозно-лазерного комплекса.

Методы. Обследованы 149 пациентов пожилого и старческого возраста (средний возраст $78,18 \pm 0,5$ года) с ХСН I–IIIb стадии I–III функционального класса (ФК), из них 16 женщин. Пациенты были рандомизи-

рованы в группы: «Фармтерапия» – 52 пациента, получавших базисную фармтерапию; «Фармтерапия + НИЛИ» – 97 пациентов, получавших фармтерапию + НИЛИ по различным методикам: накожное лазерное облучение – НЛО (n=28), 5 или 10 сеансов внутривенного лазерного облучения крови – ВЛОК (n=23 и n=22 соответственно), комбинация ВЛОК+НЛО (n=24). Методом эходоплеркардиографии определяли основные параметры геометрии и функции сердца, а также показатели объема крови в конце диастолы/сistolы для левого желудочка (ЛЖ) по формулам:

1. Объем крови в ЛЖ в конце диастолы (мл): $VKD = UO / FB \times 100\%$, где УО – ударный объем ЛЖ, FB – фракция выброса ЛЖ.

2. Остаточный объем крови в ЛЖ в конце систолы (мл): $ООКС = VKD - UO$.

Статистический анализ проводился с использованием Statistica for Windows ver. 6.0. Критический уровень достоверности p считался равным 0,05.

Результаты. К концу лечения у лиц с ХСН I ФК применение базисной фармтерапии, а также ее сочетание с НЛО или ВЛОК-5 не улучшало геометрию и функцию сердца ($p > 0,05$). В группах «ВЛОК-10» и «ВЛОК+НЛО» улучшилось диастолическое наполнение правого желудочка ($p < 0,05$). У лиц с ХСН II ФК улучшение сократительной способности и диастолической функции сердца наблюдалось во всех исследуемых группах ($p < 0,05$), при этом наиболее эффективным терапевтическим комплексом оказалось лечение с ВЛОК+НЛО, позволившее более значимо снизить диастолическую дисфункцию ЛЖ ($p < 0,05$). У пациентов с ХСН III ФК фармтерапия улучшила систоло-диастолическую функцию обоих желудочков ($p < 0,05$) без изменения конфигурации камер сердца ($p > 0,05$). Присоединение НЛО дополнительного эффекта не дало ($p > 0,05$). Использование ВЛОК-5 дополнительно уменьшило систолическую дисфункцию ЛЖ ($p < 0,05$), а ВЛОК-10, кроме того, – улучшило геометрию сердца ($p < 0,05$). ВЛОК+НЛО в лечении данной когорты лиц обеспечило тенденцию к уменьшению толщины задней стенки ЛЖ ($p < 0,07$).

Выводы. Базисная фармтерапия улучшает систоло-диастолическую функцию сердца у лиц старших возрастных групп с ХСН II–III ФК. Присоединение НЛО к терапии пациентов старших возрастных групп с ХСН I–III ФК не оказывает дополнительного влияния. Использование 10 сеансов ВЛОК в лечении данной когорты лиц в большей степени по сравнению с 5 сеансами данной методики НИЛИ улучшает геометрию и функцию сердца. Наиболее гемодинамически эффективным, рекомендованным к практическому применению реабилитационным курсом у лиц геронтологического профиля с ХСН I–III ФК является комплексная терапия с ВЛОК+НЛО.

Периоперационные когнитивные и психологические нарушения у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование

Чугунова Ю.В.¹, Чумакова Г.А.^{1,2}, Гриценко О.В.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул;

²ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово

Цель. Изучение динамики и взаимосвязей периоперационных психологических и когнитивных нарушений у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы. В исследование включены 57 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст составил $58,4 \pm 0,9$ года), из которых 73,7% составили лица мужского пола. Критериями исключения служили: плохое зрение пациента, нарушения мозгового кровообращения и черепно-мозговые травмы в анамнезе. Психологический статус пациентов оценивался по шкале депрессии Цунге в адаптации Т.И.Балашевой до оперативного вмешательства, через 2 нед и через 6 мес после него. Для оценки когнитивных функций использован программно-аппаратный комплекс «Status PF», предназначенный для персонального компьютера типа IBM. Комплекс разработан на базе Кемеровского государственного университета. С помощью данной программы оценивались показатели объема смысловой и образной памяти, внимания, мышления, нейродинамики. Сбор материала производился перед АКШ, через 2 нед и через 6 мес после него.

Результаты. При сравнительном анализе когнитивных функций у пациентов перед АКШ и через 2 нед после него обнаружена тенденция к снижению памяти у пациентов, особенно образной памяти, которая снизилась статистически значимо через 2 нед после АКШ, внимание и мышление имели тенденцию к улучшению, в том числе статистически значимо улучшился показатель мышления по тесту «простые аналогии» ($19,02 \pm 6,47$ балла через 2 нед после АКШ против $17,89 \pm 6,29$ балла перед АКШ, $p = 0,02$). Показатели нейродинамики через 2 нед после АКШ практически не изменились, однако пациенты стали совершать меньшее количество ошибок ($1,96 \pm 1,61\%$ ошибок через 2 нед после АКШ против $2,09 \pm 1,47\%$ ошибок перед АКШ, $p > 0,05$). При сравнении показателей когнитивных функций у пациентов через 6 мес после АКШ с показателями перед операцией выявлено улучшение когнитивных функций. Статистически значимо улучшились

память (тест «объем механической памяти»: $5,22 \pm 1,41$ балла через 6 мес после АКШ против $4,61 \pm 1,89$ балла перед АКШ, $p=0,02$), мышление (тест «простые аналогии»: $19,86 \pm 7,24$ балла через 6 мес после АКШ против $17,89 \pm 6,29$ балла перед АКШ, $p<0,01$). Также проведен сравнительный анализ показателей когнитивных функций у пациентов через 2 нед и через 6 мес после операции: имела тенденция к улучшению показателей. Статистически значимо улучшились объем механической памяти, образная память, тест «отыскивание чисел». Средний балл депрессии по шкале Цунге перед АКШ составил $46,8 \pm 8,26$ балла, через 2 нед после АКШ – $47,3 \pm 11,1$ балла, через 6 мес после АКШ – $47,7 \pm 11,4$ балла. Имелось некоторое увеличение количества депрессивных состояний через 2 нед после операции и ее уменьшение через 6 мес после хирургического вмешательства по сравнению с данными через 2 нед после АКШ $40,4\%$ ($4,9 \pm 1,57$ балла, $p=0,01$), образной памяти ($7,2 \pm 1,47$ балла против $8,21 \pm 1,19$ балла, $p<0,01$), объем ($4,0 \pm 1,56$ балла против $5,36 \pm 1,83$ балла, $p<0,01$) и поле внимания ($30,29 \pm 9,17$ с против $24,15 \pm 5,26$ с, $p<0,01$), показатель мышления по тесту «простые аналогии» ($16,83 \pm 5,26$ балла против $20,6 \pm 6,87$ балла, $p=0,02$); остальные показатели имели тенденцию к ухудшению.

Выводы. Оперативное вмешательство негативно сказывается на памяти пациентов через 2 нед после АКШ. Около 40% пациентов имеют депрессивные расстройства перед операцией, через 2 нед и 6 мес после нее, при этом уровень депрессии значимо не изменялся. У пациентов с депрессией выявляются более выраженные нарушения когнитивных функций перед АКШ и через 2 нед после него.

Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий: ретроспективное исследование

Чумак Е.Л.^{1,2}, Сердечная Е.В.²

¹ФГБУЗ «СМКЦ им. Н.А.Семашко» ФМБА России, Архангельск;

²ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск

Цель. Оценить качество антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

Методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни 304 пациентов с ФП, проходивших лечение в ФГБУЗ «СМКЦ им. Н.А.Семашко» ФМБА России в период с января 2007 г. по декабрь 2011 г. Оценка риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у пациентов с ФП проводилась по шкале CHA₂DS₂-VASc. Время нахождения в терапевтическом диапазоне было подсчитано как отношение значения международного нормализованного отношения (МНО) в пределах терапевтического интервала (от 2,0 до 3,0), деленное на общее число измерений у всех пациентов, получавших варфарин в течение года (2011 г.).

Результаты. В исследование были включены 304 пациента, из них 205 (67,4%) мужчин и 99 (32,6%) женщин. В соответствии со шкалой CHA₂DS₂-VASc показания для назначения антикоагулянтной терапии были у 292 (96%) пациентов, однако назначена она была только 112 (38,4%). Доля времени нахождения в терапевтическом диапазоне МНО составила 40,6%, значения МНО были на субтерапевтическом уровне в 48% времени, выше терапевтического уровня в 11,4% времени. За время наблюдения у 14 (12,5%) пациентов, получавших варфарин, развился инсульт.

Выводы. Качество антикоагулянтной терапии у пациентов среднего и высокого риска тромбоэмболических осложнений не соответствует национальным и международным рекомендациям. Результаты исследования показали необходимость разработки специальных программ с целью повышения качества антикоагулянтной терапии.

Роль психологических и социальных особенностей пациентов в оптимизации результатов лечения артериальной гипертензии с кризовым течением в амбулаторной практике

Чумакова Е.А., Гапонова Н.И.

ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», Москва

Цель. Повышение приверженности лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторной практике на основе анализа их психологических и социальных особенностей.

Материалы и методы. В исследовании под наблюдением находились 300 пациентов с АГ и сопутствующей ишемической болезнью сердца – ИБС (100 мужчин и 200 женщин), средний возраст $72,14 \pm 4,0$ года,

длительность АГ – от 4 до 36 лет. Из исследования исключались пациенты с симптоматической АГ. Проводилось анкетирование на выявление социальных факторов риска, сопутствующих заболеваний, психологическое анкетирование тестами-опросниками Стреляу и Спилберга–Ханина, исследован ряд биохимических показателей, анализировалась клиническая картина, ЭКГ, параметры ЭхоКГ, результаты суточного мониторирования артериального давления (АД) и по Холтеру, оценена приверженность лечению.

Результаты. У пациентов с АГ и ИБС подвижность нервных процессов высокая – 54,67%, нормальная – 43,33% и в 2% случаев низкая; сила процессов возбуждения оказалась высокой в 40,67% и нормальной в 67% случаев; сила процессов торможения высокая у 69,33% пациентов, у 30,67% – в норме. Среди факторов риска гиперхолестеринемия присутствовала у 44% пациентов, повышенный индекс массы тела – у 34%, табакокурение – 12% и злоупотребление алкогольными напитками – 10%. Среди сопутствующих заболеваний преобладают бронхочечечные (37%). В анамнезе имели место острый инфаркт миокарда и инсульт – 14 и 17% соответственно. Не имеют перечисленных сопутствующих заболеваний 34% пациентов. Не имели стационарного лечения 45% пациентов, в связи с гипертоническим кризом госпитализируются 1–2 раза в год 34% пациентов. За 1,5 года наблюдения количество пациентов с некротическим течением АГ увеличилось с 22 до 63%. При первичном тестировании регулярно антигипертензивные препараты принимались пациентами в 79% случаев, к концу исследования – в 100%. Полностью выполняли рекомендации врача до начала исследования 79% женщин и 74% мужчин, частично – 24% мужчин и 21% женщин, 2% среди мужского населения не выполняли рекомендаций вообще.

Выводы. Среди пациентов с АГ с сопутствующей ИБС пациенты, перенесшие инфаркт миокарда и инсульт, имеют большую приверженность лечению, чем лица, в анамнезе которых нет перечисленных событий. Это можно объяснить тем, что среди пациентов, имеющих кризовое течение заболевания, преобладают личности с неуравновешенными нервными процессами, в которых преобладает возбуждение над торможением. При изменении лечения у таких пациентов помимо упрощения схемы лечения антигипертензивными препаратами необходимо добавление курсового лечения седативными средствами и анксиолитиками, тогда достижение целевого уровня АД и приверженность лечению увеличиваются.

Прогностические факторы сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном периоде ишемического инсульта: проспективное наблюдение

Шандалин В.А., Фонякин А.В., Гераскина Л.А.
ФГБУ «Научный центр неврологии РАМН», Москва

Цель. Изучить прогностические факторы сердечно-сосудистых осложнений в отдаленные сроки после ишемического инсульта.

Методы. Проведено проспективное наблюдение за 164 больными, перенесшими ишемический инсульт и имеющими синусовый ритм. Медиана возраста составила 59 [53; 68] лет. Всем выполнено детальное клинико-инструментальное обследование состояния сердечно-сосудистой системы. С помощью суточного холтеровского мониторирования на 21-е сутки от развития инсульта (окончание острого периода) проводился спектральный анализ вариабельности сердечного ритма (BCP): мощность в диапазоне высокочастотных (ВЧ) и низкочастотных (НЧ) колебаний (мс^2). Продолжительность последующего наблюдения составила 21 [15; 44] мес. В качестве осложнений регистрировали повторный инсульт, транзиторную ишемическую атаку, острый инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, острую сердечную недостаточность, сосудистую смерть, составившие суммарную конечную точку (СКТ). Результаты представлены в виде медианы значений и межквартильного интервала.

Результаты. За время наблюдения у 38 (23%) пациентов, составивших 1-ю группу, зарегистрирована СКТ. Остальные 126 (77%) пациентов составили 2-ю группу. Группы были сопоставимы по длительности проспективного наблюдения, полу, величине и локализации инфаркта мозга, подтипу инсульта, приверженности базисной антигипертензивной, антитромботической и гиполипидемической терапии, выраженности неврологических расстройств (по шкале Рэнкина), выраженности атеросклероза, наличию сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности и пароксизмальной мерцательной аритмии. Больные 1-й по сравнению со 2-й группой были старше – 65 [57; 71] лет против 58 [49; 67] лет соответственно ($p < 0,01$), в анамнезе чаще имели указания на повторные инсульты – 11 (29%) пациентов против 16 (13%) пациентов ($p < 0,05$), чаще страдали ишемической болезнью сердца (ИБС) – 18 (47%) больных против 34 (27%) больных ($p < 0,01$) и имели более низкие значения BCP: мощность ВЧ составила 38 [25; 132] мс^2 против 96 [46; 188] мс^2 ($p < 0,05$), НЧ – 195 [94; 466] мс^2 против 415 [212; 767] мс^2 ($p < 0,01$) соответственно.

При анализе кривых безрецидивной выживаемости (по методу Каплана–Мейера) установлено, что предикторами неблагоприятного исхода являются возраст старше 57 лет, перенесенный инсульт, значения ВЧ менее 46 мс^2 и НЧ менее 212 мс^2 ($p < 0,02$).

Выводы. Таким образом, у 23% пациентов в среднем через 21 мес после ишемического инсульта развиваются сердечно-сосудистые осложнения. Пациенты пожилого и более старшего возраста, имеющие повторные инсульты в анамнезе, ИБС и снижение на момент окончания острого периода инсульта спектральных характеристик ВСР, относятся к категории лиц с неблагоприятным отдаленным прогнозом сердечно-сосудистых осложнений.

Восстановительное лечение пациентов, перенесших операцию на сердце и сосудах, в раннем послеоперационном периоде на санаторном этапе

Шапиро Е.Г., Беликова А.А., Мазуровская Л.В., Рябова Н.О., Паршина Н.И., Долбилова Е.В., Несват Г.А., Гамов А.Н.

ОАО «Санаторий-профилакторий «Солнечный», Оренбургская область

Цель. Оценить эффективность реабилитационной программы и динамику факторов риска у больных после операции на сердце в процессе санаторной реабилитации.

Актуальность. Ежегодно растет число выполняемых дорогостоящих и трудоемких кардиохирургических вмешательств, эффективность которых находится в прямой зависимости от тактики ведения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В санатории «Солнечный» функционирует отделение долечивания больных после перенесенного острого инфаркта миокарда и операций на сердце на 37 коек, куда поступают больные на 12–18-й день после перенесенного события. В зависимости от типа реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку, класса тяжести и ступени активности больному разрабатывается реабилитационная программа, которая включает дозированную ходьбу, лечебную гимнастику, физиотерапию, занятия с психотерапевтом, медикаментозное лечение, обучение в тематической школе. Одним из ведущих принципов построения программы физических тренировок является постепенное расширение двигательных режимов. Методами контроля за состоянием пациента были: тест 6-минутной ходьбы, велоэргометрия (ВЭЛ), суточное ЭКГ-мониторирование, ЭхоКС, контроль частоты пульса и артериального давления до, во время и после проведения физической нагрузки. Для оптимизации реабилитационной программы у части больных в этом году применили метод «свободного выбора» нагрузок на тредмиле, основанный на произвольном дозировании самим больным скорости и времени ходьбы, причем, начальная тренировочная нагрузка не превышала 60% пороговой. Прирост нагрузки в процессе занятий напрямую зависел от исходного функционального состояния больного. На основании субъективных ощущений пациент самостоятельно подбирал индивидуальную оптимальную дозу нагрузки. Эта методика тренировок более адаптивна к конкретному больному. В этом году метод «свободного выбора» нагрузок был включен в реабилитационную программу 36 пациентов. Больного ориентировали на выполнение работы «по желанию», не ограничивая его в продолжительности тренировки, мощности нагрузки, и получения удовлетворения от выполнения физической нагрузки. При анализе оказалось, что в начале тренировок больные выбирают физическую нагрузку низкой и средней интенсивности. В дальнейшем после проведения курса тренировок интенсивность нагрузок возрастала и их мощность (в большинстве случаев) достигала пороговой. Включение в реабилитационную программу метода выбора свободных нагрузок сопровождалось повышением толерантности к нагрузке (по показаниям ВЭМ-теста), улучшением гемодинамических показателей, увеличением фракции выброса левого желудочка, уменьшением размеров сердца.

Оценка эффективности реабилитации проводилась на основании клинико-инструментальных данных с помощью карт эффективности, включающих в том числе динамику факторов риска для конкретного больного. При анализе карт эффективности с улучшением было выписано 98,3%. Отмечалась тенденция к снижению массы тела, нормализации гемодинамических показателей, стабилизации ЭКГ, улучшению показателей ЭхоКС: фракция выброса увеличилась на 5,8%, снизилось давление на легочной артерии, уменьшился функциональный класс сердечной недостаточности. Также отмечалось снижение холестерина низкой плотности в среднем на 6,4%. Около 5% больных бросили курить.

Выводы. 1. Метод выбора «свободных нагрузок» увеличивает приверженность физическим занятиям и быстрее восстанавливает психосоматический статус больного. 2. Полученные нами результаты подтверждают эффективность вторичной профилактики в условиях кардиологического санатория.

Влияние комбинированной антигипертензивной терапии на показатели вариабельности артериального давления, определяемые по данным аутометрии

Шапошник И.И., Осипенко Т.С.

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Челябинск

Цель. Определить влияние комбинированной терапии кандесартаном (атакандом) 8 мг в сочетании с метопрололом сукцинатом (беталок ЗОК) 50 мг на показатели вариабельности артериального давления (АД), определяемой по данным аутометрии АД.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с гипертонической болезнью II стадии, средний возраст – $54,5 \pm 1,5$ года, мужчин – 19, женщин – 31. Больные принимали данное сочетание препаратов в течение 3 мес. Всем пациентам проведено рутинное клинко-инструментальное и лабораторное обследование, а также они были обучены методу аутометрии АД в школе для больных с данным заболеванием. Для исследования использовали данные аутометрии за 10 дней до начала лечения и последние 10 дней 3-месячного курса. Рассчитывали следующие показатели вариабельности АД: среднесуточное, среднеутреннее, средневечернее, максимальное, максимальное утреннее и вечернее, утренний подъем, вариабельность утреннего, вечернего, внутри- и межсуточную вариабельность, а также индекс вариабельности АД.

Результаты. Первоначально средние значения АД составили $161 \pm 2,71/97,3 \pm 1,84$ мм рт. ст., в конце 3-месячного курса – $124 \pm 1,25/80 \pm 1,35$ мм рт. ст. Если в начале лечения разница между утренним и вечерним АД составила $15,2 \pm 3,39/10,2$ мм рт. ст., то к концу наблюдения – $10,2 \pm 1,48/5,64$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Вариабельность утреннего давления составила соответственно $10,3 \pm 1,79/6,78$ и $7,63 \pm 1,24/5,21$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Вариабельность вечернего АД составила соответственно $8,60 \pm 2,47/5,62 \pm 1,75$ и $5,42 \pm 1,21/4,24$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Межсуточная вариабельность составила $7,82 \pm 3,12/5,82 \pm 2,14$ и $4,37 \pm 2,14/3,14 \pm 1,92$ мм рт. ст. ($p < 0,005$). Внутрисуточная вариабельность составила соответственно $8,42 \pm 2,46/4,84 \pm 1,24$ и $5,24 \pm 2,26/2,34 \pm 1,11$ мм рт. ст. ($p < 0,005$). При сравнении с данными суточного мониторирования АД установлено, что у пациентов типа «dipper» разница между утренним и вечерним АД составила $12,3 \pm 0,64/8,71 \pm 1,51$, а у «nondipper» – $8,01 \pm 0,71/4,81 \pm 0,84$ мм рт. ст. ($p < 0,001$). У пациентов с гипертрофией левого желудочка среднее, максимальное, утреннее и вечернее систолическое АД, вариабельность утреннего и межсуточная вариабельность оказались достоверно выше, чем у пациентов с нормальной массой миокарда левого желудочка. У лиц с гипертензивной реакцией на динамическую физическую нагрузку показатели вариабельности оказались достоверно выше, чем у лиц с нормотензивной реакцией.

Выводы. Таким образом, комбинированная терапия сартанами и β -адреноблокаторами при гипертонической болезни оказывает положительное влияние не только на средние цифры АД, но и на различные показатели вариабельности АД. В дальнейшем необходимо изучить также влияние других антигипертензивных средств и их сочетаний на показатели вариабельности АД.

Организация профилактики инфекционного эндокардита в практике стоматолога

Шефтелович Т.К., Ермошенко Л.С., Окунь А.М.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ, Краснодар

Научно-технический прогресс в медицине, в частности кардиологии, проявляется повышением эффективности лечения многих тяжелых заболеваний. Вместе с тем группа пациентов с высоким риском развития инфекционного эндокардита (ИЭ) заметно пополняется за счет кардиохирургических больных. Росту случаев ИЭ способствуют также нозокомиальные факторы, широко используемые в диагностике и лечении (эндоскопия, инвазивные методы, катетеризация), приводящие к транзиторной бактериемии, а также распространение наркомании. В этих условиях распознавание, лечение и прогноз ИЭ остаются весьма сложной медико-социальной проблемой, а летальность достигает довольно высокого уровня. В этих условиях первичная и вторичная профилактика ИЭ, направленная на предотвращение или минимизацию транзиторной или постоянной бактериемии, становится задачей первоочередной важности, особенно у стоматологических больных.

Цель. Определить уровень знаний практикующих стоматологов об ИЭ и выработать оптимальный алгоритм реализации современных рекомендаций по профилактике ИЭ в повседневной работе. Для достижения поставленной цели проведен тематический опрос стоматологов на этапе постдипломного обучения на выявление знаний и умений по профилактике ИЭ. Как показали наши наблюдения, большинство учащихся (около 50%) имеют недостаточные знания о профилактике ИЭ при стоматологических манипуля-

циях, а сведения о выборе режима и препарата антибактериальной профилактики (АБП) оказались весьма расплывчатыми и ограничивались применением одного-двух антибиотиков.

Исходя из изложенного, совместными усилиями стоматологов и кардиологов разработаны конкретные меры по реализации рекомендаций по профилактике ИЭ в амбулаторной практике. Алгоритм организационных мероприятий включает:

1. Лекции по теме ИЭ для студентов стоматологического факультета, профильно адаптированные к будущей практической работе.
2. Учебный план постдипломного обучения врачей, содержащий вопросы современного учения об ИЭ.
3. Целевые выступления преподавателя-кардиолога на научно-практических стоматологических конференциях и съездах ассоциации врачей-стоматологов.
4. Совместные публикации по вопросам конкретной роли стоматолога в первичной и вторичной профилактике ИЭ.
5. Выпуск информационных писем для реализации рекомендаций по профилактике ИЭ в различных формах: общегигиенические мероприятия по поддержанию здоровья органов ротовой полости; отбор диспансерной группы по согласованию с территориальным кардиологом; АБП при выполнении стоматологического пособия; санация ротовой полости как этапа подготовки пациентов к кардиохирургическому лечению и диспансерное наблюдение в послеоперационном периоде.

Выводы. Следование рекомендуемому алгоритму поможет стоматологу избежать врачебных ошибок при оказании помощи больным, имеющим риск развития ИЭ.

Особенности микроциркуляторного русла у пациентов с артериальной гипертензией и сочетанием артериальной гипертензии и хронической обструктивной болезни легких

Шлык С.В., Разумовский И.В., Хаишева Л.А., Гарина И.А.
ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава РФ, Ростов-на-Дону

Цель. Изучить изменения показателей микроциркуляторного русла (МЦР) исходно и после воздействия функциональных проб у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сочетанием АГ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В настоящем исследовании приняли участие 140 человек. Были сформированы две группы: 1-я – 95 пациентов, страдающих АГ, 2-я – 45 пациентов, страдающих АГ и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с АГ составил $66,1 \pm 5,8$ года, средний возраст пациентов с АГ и ХОБЛ – $68,4 \pm 7,8$ года ($p > 0,05$). По уровню артериального давления (АД) обе группы пациентов были сопоставимы. Так систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД) в 1-й группе составили в среднем $167,17 \pm 7,86$ и $96,51 \pm 3,82$ мм рт. ст., во 2-й – $156,13 \pm 6,24$ и $88,47 \pm 4,32$ мм рт. ст. Изучения МЦР проводили с использованием аппарата «Минимакс-доплер-К» датчиком 20 МГц. Были проведены две пробы: холодовая проба с погружением, изучали редукцию кожного кровотока на 1, 3, 5-й минутах, процент редукции кожного кровотока (Q%) выражали как: $Q_{\% \text{сниж}} = (Q_{\text{исх}} - Q_{\text{min}}) / Q_{\text{исх}} \times 100$, где $Q_{\text{исх}}$ – исходный кровоток в коже, Q_{min} – минимальный кровоток в коже, и проба с реактивной гиперемией, проводившаяся по методике C.Celermayer (1999 г.).

Результаты. Максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости (V_{as}) среди пациентов 1-й группы варьировала от 0,06 до 1,51 см/с и составила в среднем по группе $0,549 \pm 0,040$ см/с, причем она достоверно не отличалась от пациентов 2-й группы, у которых максимальная систолическая скорость кровотока варьировала от 0,07 до 1,72 см/с и составила $0,76 \pm 0,15$ см/с. У пациентов с АГ в ответ на холодовое воздействие на 1, 3 и 5-й минутах происходила вазодилатация, максимальные значения которой достигались к 5-й минуте (в среднем по группе 8,9%). Следовательно, реакция в ответ на холодовое воздействие у пациентов с АГ слабая, изменения объемной скорости кровотока от исходной не более чем на 10%. У пациентов 2-й группы максимальные значения вазодилатации достигаются также к 5-й минуте, в среднем по группе 6,2%, ($p < 0,05$). В пробе с РГ среди пациентов с АГ наблюдается прирост кровотока, который в среднем по группе составил 18,2%, и к 3-й минуте от начала пробы он начал снижаться до 11,4%, практически не изменившись на 5-й минуте – 10,8%. Среди пациентов с АГ и ХОБЛ прирост кровотока в среднем по группе составил лишь 14,6%, к 3-й минуте от начала пробы он начал снижаться до 10,2%, не изменившись на 5-й минуте – 9,9%.

Вывод. Пациенты с АГ и ХОБЛ имеют нарушенную реакцию МЦР в ответ на функциональные пробы, которая проявляется в виде медленного и неадекватного ответа на раздражители.

Эффективность вторичной профилактики инфаркта миокарда на амбулаторном этапе

Шуркевич А.А.², Куимов А.Д.¹

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ;

²ГБУЗ НСО «ГКБ №2», Новосибирск

Цель. Повысить эффективность вторичной профилактики инфаркта миокарда (ИМ) и реабилитации больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Методы. Обследованы 165 пациентов с перенесенным ИМ с различными методами реперфузии миокарда в остром периоде – 112 мужчин (67,9%) и 53 женщины (32,1%) в возрасте 30–80 лет. Проведена оценка качества жизни в баллах по Миннесотскому опроснику, биохимических показателей крови, данных инструментальных методов исследования, теста 6-минутной ходьбы в сравнительном анализе с оценкой хронической сердечной недостаточности по ШОКС, в динамике 1, 3 мес.

Результаты. Пациенты были разделены на 3 группы: группа контроля (А) – 78 человек, из них 54 (69,2%) мужчины и 24 (30,8%) женщины; группа, прошедшая реабилитационный курс в отделении восстановительного лечения (В), – 20 человек, из них 15 (75%) мужчин и 5 (25%) женщин; группа, проходившая реабилитационный курс в условиях амбулаторно-поликлинического лечения (С), – 67 человек, из них 43 (64,2%) мужчины и 24 (35,8%) женщины. В ходе 1 мес наблюдения было установлено: в группе С без динамики остались 38 (56,7%) человек, с ухудшением – 10 (14,9%), с улучшением – 19 (28,4%). При этом у пациентов группы В не было динамических изменений у 4 (20%) человек, имели ухудшение гемодинамики – 1 (5%) и улучшение – 15 (75%) человек. Группа А за предоставленный период без динамики составила 46 (59%) человек, с ухудшением – 20 (25,6%), с улучшением – 12 (15,4%). В оценке клинического состояния пациентов, данных инструментальных и лабораторных методов исследования за 3 мес во всех группах имела тенденция на уменьшение пациентов подгруппы без изменений, с увеличением двух других. Так, в группе А без изменения состояния остались 40 (51,3%) человек, с ухудшением – 24 (30,7%), с улучшением – 14 (18,0%); в группе В – 2 (10%) человека, 2 (10%), 16 (80%) соответственно и в группе С – 24 (35,8%) человека, 12 (17,9%), 31 (46,3%) соответственно. По Миннесотскому опроснику качества жизни значимых отличий в группах А, В, С при сравнительном анализе подгрупп без динамики, с улучшением и с ухудшением существенных отличий не выявлено. Так в группе А средний балл по опроснику составил 68,6, 57,3 и 84,7 соответственно подгруппам. В группе В – 63,4, 55,3 и 83,0, а в группе С – 64,7, 52,1 и 89,4 соответственно выделенных подгрупп.

Выводы. Среди пациентов выделенных групп положительная динамика наблюдалась в большей степени в группе пациентов, прошедших курс реабилитации в отделении восстановительного лечения, в меньшей степени – в группе контроля. Доказано значительное улучшение прогноза перенесенного ИМ и качества жизни пациента при проведении реабилитации, независимо от метода реперфузии миокарда в остром периоде, начиная с амбулаторного этапа лечения на фоне базисного медикаментозного лечения и изменения образа жизни.

Возможности метода хронотерапии артериальной гипертензии в условиях вахты в Заполярье

Шуркевич Н.П.¹, Ветошкин А.С.², Гапон Л.И.¹, Губин Д.Г.¹, Белозерова Н.В.¹, Пошинов Ф.А.²

¹Филиал ФГБУ НИИК СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;

²МСЧ ООО «Газпром добыча Ямбург», Тюменская область, Надымский район, п. Ямбург

Цель. Изучены особенности хроноструктуры ритмов артериального давления (АД) и возможность метода хронотерапии АД у лиц, работающих вахтовым методом в Заполярье.

Методы. Представлены результаты годичного наблюдения 294 пациентов с АД II стадии, 1–2-й степени, пролеченных в условиях хронотерапии и традиционного назначения гипотензивных препаратов: амлодипин/норваск фирмы Pfizer GmbH (Германия) в дозе 5–10 мг/сут; лизиноприл/диротон фирмы Gedeon Richter, Plc. (Венгрия) в суточной дозе 5–10 мг/сут; бисопролол/конкор фирмы MERCK, KGaA (Германия) в суточной дозе 5–10 мг/сут. Исследование выполнено непосредственно в условиях Крайнего Севера. Проведены суточное мониторирование АД и хронобиологический анализ данных: определялись период ритма, МЕЗОР, амплитуда, акрофаза, процентный вклад. Анализ результатов проведен с использованием программного пакета Statistica, версии 6.0 (США). Применены два метода хронотерапии (превентивный и метод навязывания ритма), основанные на учете фармакодинамики лекарственного препарата и времени наступления акрофазы суточных изменений АД. Назначение лекарственного средства проводилось «методом случайных чисел» с

учетом индивидуального хронобиологического статуса – хронотипа АД. Индивидуальный подбор препарата проводили до нормализации АД и исчезновения фазовых или амплитудных нарушений суточного ритма.

Результаты. В условиях северной вахты в группе пациентов с АГ ведущими были хронотипы МЕЗОР АГ, аперiodическая АГ, фазовая АГ (46,6, 32,6, 24,2% соответственно), устойчивые суточные ритмы АД выявлены только у 1/2 больных, у 25% пациентов были ведущими 12-часовые гармоника, у 50% – преобладали экстрациркадианные ритмы с периодами от 3,43 до 8 ч), что свидетельствует о десинхронозе, неустойчивости и малой мощности суточной ритмики АД. Препараты изучаемых групп показали высокую эффективность в режиме хронотерапии: это нормализация суточной ритмики АД, возможность приема в режиме монотерапии, значимо меньшие поддерживающие дозы, минимизация возникновения нежелательных эффектов лечения. В результате сотрудничества врача и пациента, необходимости самоконтроля АД хронотерапия оказала выраженный эффект, направленный на повышение приверженности лечению, устранение модифицируемых факторов риска (курение, употребление алкоголя, увеличение физической активности), что отразилось на повышении качества жизни.

Выводы. Метод хронотерапии АГ в условиях вахтового режима труда имеет прямые показания к применению, так как направлен не просто на нормализацию АД, но и на восстановление патологически измененной ритмики АД, устранение прогрессирующей экстрациркадиальной диссеминации, являющейся следствием десинхроноза и незавершенной адаптации.

Клинико-экономический анализ в обосновании необходимости прохождения больными после коронарного шунтирования медицинской реабилитации

Эфрос Л.А.

ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава РФ, Челябинск

Актуальность. Использование клинико-экономического анализа при принятии управленческих решений в здравоохранении – современный метод в оценке эффективности медицинской помощи.

Цель. Провести утилитарный анализ и обосновать необходимость поэтапной реабилитации больных после коронарного шунтирования.

Материалы и методы. В основу положен анализ материалов Регистра больных после коронарного шунтирования Челябинского межобластного кардиохирургического центра ($n=2398$); из них 2169 (90,4%) мужчин и 229 (9,6%) женщин. Средний возраст больных на момент операции составил $54,8 \pm 6,3$ года, у мужчин – $54,5 \pm 5,8$ года, у женщин – $57,4 \pm 7,5$. На основании данных регистра были сформированы две группы пациентов: прошедшие ($n=602$) и не прошедшие ($n=1796$) этап реабилитации. Выживаемость рассчитана по методу Kaplan–Meier. Применялся метод «затраты–полезность» (cost-utility analysis – CUA) для проведения клинико-экономического анализа и опросник качества жизни EuroQol Group, 2011.

Результаты. Анализ дожития по методу Kaplan–Meier у больных, прошедших этап реабилитации, показал, что 3-, 5- и 10-летняя выживаемость значимо выше, чем у больных, не прошедших реабилитационный этап. Два теста – Gehan's Wilcoxon Test ($p=0,01835$), Cox-Mantel Test ($p=0,02820$) подтвердили достоверность сравниваемых групп. Из числа прооперированных больных имели инвалидность до операции 34,5%. В отдаленном периоде (от 1 года до 10 лет) доля лиц, имеющих инвалидность, составила 65,5%. Расчет интегрального показателя DALY проведен среди лиц с III группой инвалидности. В III группе инвалидности преобладают лица среднего возраста (45–55 лет), у мужчин в 48%, женщин в 50,8% по сравнению с инвалидами II группы, где пик инвалидности приходится на старший возраст (55–64 года), у мужчин эта доля составила 46,8%, у женщин – 61,5%. При снижении степени утраты трудоспособности с 70 до 40% число лет «неполноценной жизни» значительно сокращается по каждой возрастной категории. По данным анализа установлено, что в случае прохождения реабилитации увеличение трудоспособности хотя бы на 1% приведет к снижению числа лет «неполноценной жизни». При изменении шага расчета с 1 до 5% и изменении степени утраты трудоспособности с 70 до 65% количество лет «неполноценной жизни» сократится с 7,45 до 6,92 года у мужчин и с 7,65 до 7,10 года – у женщин. Таким образом, продолжительность потенциально качественной жизни увеличится более чем на 6 мес (у мужчин на 6,4 мес, у женщин на 6,6 мес соответственно). Наименьшие затраты на одного больного с учетом качества жизни дает медицинская реабилитация (не прошедшие реабилитационный этап – 18 306,67 рублей/1 ед. QALY; прошедшие – 8585,8 рублей/1 ед. QALY).

Выводы. Выполненный анализ подтверждает целесообразность использования метода «затраты–полезность» в обосновании необходимости прохождения больными после коронарного шунтирования реабилитационного этапа.

Ранняя профилактика формирования врожденных септальных пороков сердца

Яковлева Л.В., Сафиуллина А.Р.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа

Цель. Установление факторов риска формирования врожденных септальных пороков сердца у детей в Республике Башкортостан.

Методы. Проведено комплексное изучение состояния здоровья 102 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет с врожденными септальными пороками сердца, которые составили основную группу. Всем детям проводилось клинично-инструментальное обследование. Контрольную группу составили 50 условно (практически) здоровых детей без врожденных пороков сердца (ВПС) аналогичного возраста.

Для изучения факторов риска была составлена анкета с кодификатором из 44 признаков, отражающих медико-биологические, социально-гигиенические и внешнесредовые факторы. Прогнозирование факторов риска возникновения врожденных септальных пороков сердца у детей проводилось на основе непараметрической статистической процедуры Вальда.

Результаты. По нашим данным, факторами риска формирования врожденных септальных пороков сердца являются следующие медико-биологические критерии: порядковый номер беременности 4 и более; угроза прерывания беременности в I триместре; медицинский аборт в анамнезе; отягощенность следующими инфекциями матерей: цитомегаловирусной, герпетической; уреоплазмозом, вирусным гепатитом В, хламидиозом, сифилисом; преждевременное излитие околоплодных вод, анемия матери во время беременности, а также обострения хронических заболеваний матери во время беременности.

К социально-гигиеническим факторам риска развития данной патологии нами отнесены курение матерей, а также уровень образования родителей. Большинство из родителей со средним специальным образованием работали по следующим специальностям: строители, средний медицинский персонал, работники сферы обслуживания, в том числе повара. Родители имели контакт с профессиональными вредностями: медсестры – с дезинфицирующими растворами, химическими реактивами; строители – с красками; водители, механики – с бензином и горючесмазочными маслами, шумом.

Выводы. Основными направлениями профилактики рождения детей с врожденными септальными пороками сердца являются устранение управляемых факторов риска формирования этого порока, которое включает выявление и санацию хронических очагов инфекции, отказ от курения. Беременные с риском ВПС плода нуждаются в пристальном внимании и проведении скрининга – эхокардиографии плода, консультации и наблюдении детского кардиолога с интранатального периода. Выявление факторов риска важно не только с теоретической, но и с практической точки зрения, так как ранняя диагностика позволяет во многих случаях оказать действенную помощь и предупредить рождение ребенка с ВПС.