

CardioСоматика

Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика
Научно-практический рецензируемый журнал РосОКР

**XI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ (РосОКР)
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

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

23–24 апреля 2015 г.,
Москва

Материалы конференции

**XI RUSSIAN CONFERENCE (RSCSR)
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

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

April 23–24, 2015
Moscow

Abstract Book



ВЫБОР СПЕЦИАЛИСТОВ¹ для первичной и вторичной профилактики²

- инфаркта миокарда
- ишемического инсульта
- стабильной и нестабильной стенокардии
- тромбозов глубоких вен
- тромбоемболии после операций

Рег. Уд. П NO13722/01 от 01.11.2011

ТРОМБО АСС[®]

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА 50 мг и 100 мг
таблетки, покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой №28 и №100



таблетка покрыта кишечнорастворимой пленочной оболочкой



уменьшает раздражающее действие на слизистую оболочку желудка²



имеет 2 оптимальные дозировки 50 мг и 100 мг для приема один раз в сутки²



можно купить в аптеке без рецепта врача



доступен каждому пациенту для длительной терапии



новая экономичная упаковка №100

ЗАЩИТА ОТ ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА!

Информация предназначена для медицинских работников и фармацевтов

1. Частота назначений специалистами ТН АСТ группы, Сотсон, апрель 2013

2. Более подробная информация в инструкции по медицинскому применению препарата.

Производитель: Ланнахер Хайльмиттель ГмБХ, Австрия
Держатель регистрационного удостоверения:

ООО «Валеант», Россия, 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д.31, стр.5

 **VALEANT**

Главные спонсоры конференции

AstraZeneca 

 VALEANT



Спонсор

 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

Участники

Адвенсум

•

Актавис

•

Астрокард

•

Байер

•

ООО «Берлин-Хеми/А.Менарини»

•

Берингер Ингельхайм

•

Геден Рихтер

•

ПИК-ФАРМА

•

Сервье

•

Такеда

•

ЗАО «Шиллер»

•

Фармстандарт

CardioСоматика
(КардиоСоматика)
Приложение №1, 2015

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете
Российской Федерации по печати.
Рег. номер: ПИ № ФС77-41500
от 4 августа 2010 г.
Общий тираж 10 тыс. экз.
Учредитель ЗАО «Медицинские издания».
Издание распространяется бесплатно.
Каталог «Пресса России» 13100.

Авторы, присылающие статьи для публикации,
должны быть ознакомлены
с инструкциями для авторов
и публичным авторским договором.
Информация на сайте www.hrmp.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. 2015 г.



«Объединённая редакция»
«Об'єднана редакція»
Телефон/факс: +7 (499) 500-38-83
E-mail: or@hrmp.ru

Медицинский директор:

Б.А. Филимонов

Исполнительный директор:

Э.А. Батова

Научные редакторы:

А.В. Шухова (руководитель отдела),

М.Б. Капелович, Д.А. Катаев,

Е.В. Наумова

Арт-директор:

Э.А. Шадзевский



MEDIAMEDICA

ММА «МедиаМедика»

ММА «MediaMedica»

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

(tatiana@con-med.ru)

Менеджер по работе с ключевыми клиентами:

Н.А. Зуева (nelly@con-med.ru)

Директор по рекламе:

Н.М. Сурова

Менеджеры по рекламе:

Т.А. Романовская, С.Ю. Шульгина,

Е.Д. Кандина, А.С. Барнинова

Работа с подписчиками:

Телефон: +7 (495) 926-2983 (доб. 125)

E-mail: subscribe@con-med.ru

Научное производственно-практическое издание

для профессионалов в области здравоохранения.

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск

и распространение данного производственно-практического издания
допускается без размещения знака информационной продукции.

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) – д-р мед. наук, проф.,

акад. РАН

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

Довгалевский 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. РАН

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

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

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

акад. РАН

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. РАН

Редакционный совет

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

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

Галывич 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.

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

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

чл.-кор. РАН

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

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

Никулина С.Ю. (Красноярск) – д-р мед. наук, проф.

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

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

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

Международная редакционная коллегия

Belardinelli R. (Анкаона, Италия) – проф.

Burgarella F. (Бергамо, Италия) – проф.

Downey H.F. (Техас, США) – проф.

Manukhina E.B. (Техас, США) – проф.

Suceveanu M.-C. (Ковасна, Румыния) – проф.

Tenenbaum A. (Тель-Авив, Израиль) – проф.

Vasiliauskas D. (Каунас, Литва) – 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 (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 (Tomsk)

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

Prof. Martynov A.I., MD, Academician

of Russian Academy (Moscow)

Prof. Nikitin Yu.P., MD, Academician

of Russian Academy (Novosibirsk)

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

Petersburg)

Prof. Perepech N.B., MD (Moscow)

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

Prof. Shestakova M.V., Associate Member

of Russian Academy (Moscow)

Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Kukharchuk V.V. Associate Member

of Russian Academy (Moscow)

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

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

Prof. Niculina S.Yu., MD (Krasnoyarsk)

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

Prof. Repin A.N. (Tomsk)

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

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)

International Editorial Board

Prof. Belardinelli R., MD (Ancona, Italy)

Prof. Burgarella F., MD (Bergamo, Italy)

Prof. Downey H.F., MD (Texas, USA)

Prof. Manukhina E.B., MD (Texas, USA)

Prof. Suceveanu M.-C., MD (Covasna, Romania)

Prof. Tenenbaum A., MD (Tel-Aviv, Israel)

Prof. Vasiliauskas D., MD (Kaunas, Lithuania)

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

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КАРДИОСОМАТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (РосОКР)
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО (РКО)
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ (РНМОТ)
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ (СРР)
ФГБУ «ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ» МЗ РФ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**XI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ (РосОКР)
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

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

23–24 апреля 2015 г.,
г. Москва

Материалы конференции

**XI RUSSIAN CONFERENCE (RSCSR)
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

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

April 23–24, 2015
Moscow

Abstract Book

Факторы сердечно-сосудистого риска глазами пациентов: результаты анкетирования слушателей школы артериальной гипертензии

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю., Верхотурова С.В., Горбунова Т.А.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита

Введение. В настоящее время только 23,2% пациентов контролируют артериальное давление (АД) на целевом уровне, большое значение придается обучению пациентов в школе артериальной гипертензии (ШАГ).

Цель. Изучить информированность больных АГ о факторах сердечно-сосудистого риска (СС риска) и оценить эффективность их обучения в ШАГ.

Материал и методы. Нами были обследованы 80 больных АГ I–III стадии в возрасте 35–60 лет, находящихся на лечении в Дорожной клинической больнице ст. Чита-2; из них на долю мужчин приходилось 62,5%, женщин – 37,5%. Пациенты обучались в ШАГ в течение 3 дней. До и после обучения проводился опрос пациентов по авторской анкете.

Результаты. До обучения большинство пациентов (68%) не имели представления о нормальном уровне АД; 60% считали, что целевое АД – это «рабочее давление», при котором «я хорошо себя чувствую»; 53% не знали уровень целевого АД, 87% не знали, каким должен быть нормальный индекс массы тела (ИМТ). Среди факторов СС риска наиболее часто назывались такие варианты, как стресс – 42% и тяжелая работа – 15%. Только 1/2 пациентов считали оптимальными приборы для измерения АД на плече, 20% измеряли АД только при плохом самочувствии, 80% опрошенных дали неверный ответ на вопрос о должном уровне АД дома. После обучения 92% пациентов знали о нормальном уровне АД; 97,5% знали, что целевое АД – это давление, при котором снизится риск осложнений АГ и его уровень должен быть менее 140/90 мм рт. ст. Среди факторов СС риска указывались такие варианты, как повышенное потребление поваренной соли – 14%, ожирение – 21%, курение – 19% и злоупотребление алкоголем – 17%. Снизилось число пациентов, которые в качестве факторов, способствующих повышению АД, указывали стресс и тяжелую работу. Абсолютное большинство (97,5%) знали, что АД предпочтительнее измерять на плече ежедневно 2 раза в сутки утром и вечером; 62,5% правильно указали должный уровень АД дома; 97,5% знали, что самостоятельно изменять лечение нельзя. Тем не менее около 1/2 (47%) пациентов не усвоили расчет ИМТ и его нормальные значения. Этот и некоторые другие не усвоенные определенными пациентами вопросы, свидетельствуют о необходимости преемственности обучения.

Заключение. До обучения более 1/2 пациентов не знали о нормальных значениях АД, ИМТ и называли не все факторы СС риска. После обучения появилась положительная динамика: большинство пациентов знали о целевом уровне АД, необходимости измерять АД дома двукратно с ведением дневника, были информированы в отношении приборов для измерения АД, лучше ориентированы о факторах риска АГ и необходимости преемственности терапии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения ШАГ в стационаре и продолжения обучения амбулаторно.

Составляющие качества жизни, влияющие на степень выраженности сезонных изменений амбулаторного артериального давления у больных стабильной артериальной гипертензией

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

Цель. Выявить возможное влияние качества жизни больных артериальной гипертензией (АГ) на выраженность сезонных колебаний амбулаторного артериального давления (АД).

Материал и методы. Была проанализирована база данных исследований, проведенных с 1996 по 2011 г., которая включала результаты 724 суточных мониторингов АД (СМАД). Критерии включения в исследование были сходными. Больным АГ I–2-й степени без серьезных сопутствующих заболеваний на фоне отмены антигипертензивной терапии проводилось СМАД прибором SpaceLabs 90207 и затем пациенты заполняли опросник, оценивающий качество жизни – КЖ (J.Siegrist и соавт.). Опросник КЖ содержит следующие шкалы: I – физическое самочувствие (жалобы), II – работоспособность, III – позитивное или IV – негативное психологическое самочувствие, V – психологические способности, VI – социальное самочувствие, VII – способность к социальным контактам, VIII – сексуальные способности у мужчин. Для статистической обработки использовалась процедура обобщенной линейной модели регрессионного анализа с учетом пола, возраста и длительности АГ и рассчитывался критерий Фишера (F).

Результаты. Было выявлено, что показатели шкалы VI (социальное самочувствие), которая оценивает уровень социальной поддержки со стороны друзей, семьи, коллег по работе, наиболее значим для выраженности сезонных изменений следующих показателей амбулаторного АД: 1) для среднесуточного систолического АД – САД (Fisher's criterion – $F=11,34, p<0,001$); 2) дневного САД ($F=11,91, p<0,001$); 3) ночного САД ($F=5,04, p<0,03$); 4) дневного диастолического АД – ДАД ($F=5,17, p<0,02$). Кроме того, возраст имел значение для сезонных колебаний частоты сердечных сокращений ($F=22,25, p<0,0001$). Таким образом, уровень социальной поддержки мог нивелировать сезонные колебания амбулаторных показателей САД (среднесуточные, дневные, ночные) и в меньшей степени ДАД (только дневные показатели).

Заключение. Показано, что из всех составляющих КЖ только высокий уровень социальной поддержки мог нивелировать сезонные колебания амбулаторного уровня АД, причем в большей степени это касалось показателей САД, чем ДАД.

Особенности реабилитации женщин с инфарктом миокарда

Анкин В.В., Николаева Т.О.

ГБОУ ВПО «Тверская медицинская академия» Минздрава России, Тверь

Цель. Охарактеризовать особенности реабилитации женщин с инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Для изучения клинико-функционального статуса и особенностей реабилитации больных с ИМ обследованы 120 женщин в возрасте от 36 до 74 лет (средний возраст – $56,1\pm 1,9$ года) и 50 мужчин от 37 до 72 лет (средний возраст – $55,8\pm 1,2$ года). Проводились анализ жалоб, факторов риска, липидного и гликемического профиля, холтеровское мониторирование, ЭхоКГ.

Результаты. Установлено, что при ИМ у женщин по сравнению с мужчинами в 3 раза чаще выявлялся сахарный диабет, в 1,5 раза – артериальная гипертония (АГ), в 2 раза – отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца, в 2,5 раза – избыточная масса тела. Несмотря на то, что курение в 3 раза чаще встречалось у мужчин, его встречаемость у женщин была очень высока (25%). В 27% случаев у них выявлялась преждевременная менопауза или овариэктомия. При ИМ жизнеопасные аритмии (фибрилляция желудочков, полная атриовентрикулярная блокада) несколько чаще встречались у больных мужского пола (4,6–6%). Пароксизмы фибрилляции предсердий (12,6–7%) и пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (36,4–20%) достоверно чаще наблюдались в группе женщин старше 60 лет по сравнению с мужчинами, при этом во всех группах преобладал злокачественный характер наджелудочковых аритмий. «Пробежки» желудочковой тахикардии преобладали в группе мужчин, внутрижелудочковые блокады в 4 раза чаще отмечались у женщин старше 60 лет по сравнению с более молодыми пациентками и мужчинами. Полиморфные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) достоверно преобладали среди мужчин и женщин старше 60 лет по сравнению с женщинами моложе 60 лет (74, 41,8 и 29,2%). Наблюдалась прямая зависимость выраженности аритмического синдрома от длительности и степени предшествующей АГ. Тяжесть градаций ЖЭ тесно коррелировала с обширностью и глубиной ИМ и преобладала у женщин с Q-ИМ. Эпизоды ишемии возникали чаще и были выраженнее у больных женского пола. При исследовании вариабельности сердечного ритма у 92,8% женщин наблюдались признаки вегетативной дисфункции с преобладанием симпатикотонии с изменениями показателей как временного, так и спектрального анализа.

Заключение. Реабилитация женщин с ИМ должна осуществляться в тесной взаимосвязи с анализом его клинико-функциональных особенностей, так как возрастание риска внезапной смерти и ухудшение прогноза требуют более тщательных подходов к ступеням их реабилитации, что может существенно снизить число осложнений и летальных исходов заболевания у такой категории больных.

Эбрантил при гипертоническом кризе в стационаре на фоне длительной гипотензивной терапии

Арабидзе Г.Г., Полякова О.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России

Проблема купирования гипертонического криза у больных, длительно получающих гипотензивную терапию, остается достаточно актуальной.

Цель. Оценить эффективность применения внутривенной формы α_1 -адреноблокатора Эбрантила (урапидила) у больных с гипертоническим кризом, находящихся на стационарном лечении.

Материал и методы. В исследование были включены 20 пациентов – 15 женщин и 5 мужчин в возрасте $74,3 \pm 10,9$ года ($M \pm s$) с артериальной гипертонией (АГ) 3-й степени с очень высоким уровнем риска осложнений, на фоне гипертонического криза со средним артериальным давлением (АД) $136,8 \pm 10,26$ мм рт. ст. (по формуле Хикема). Все больные получали амбулаторно и в стационаре гипотензивную терапию, включающую антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы AT_1 -рецепторов ангиотензина II, тиазидные и тиазидоподобные диуретики, в разных комбинациях и не менее 3 препаратов в полной дозировке. У 10 пациентов отмечались ишемические изменения на ЭКГ при поступлении в стационар (депрессия сегмента *ST* и/или инверсия зубца *T*). Уровень креатинина в плазме крови был в пределах нормальных значений $82,3 \pm 21,8$ мкмоль/л, так же как и уровень мочевины – $6,4 \pm 1,8$ ммоль/л. С целью купирования возникшего гипертонического криза пациентам внутривенно капельно применялся Эбрантил в средней дозе $25 \pm 7,9$ мг, разведенный в 100 мл 0,9% раствора NaCl (при достижении уровня АД $130/80$ мм рт. ст. или снижения среднего АД на 25% от исходного, а также при появлении головной боли, тошноты, слабости – отмечено у 3 пациентов, введение препарата прекращали).

Результаты. На фоне лечения отмечалось достоверное снижение среднего АД до $99,5 \pm 8,3$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$). Такая же достоверность снижения отмечалась для систолического АД с $206,0 \pm 14,3$ до $143,3 \pm 12,3$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$) и диастолического – с $102,3 \pm 13,2$ до $77,8 \pm 9,2$ мм рт. ст. ($p < 0,0001$). Частота сердечных сокращений достоверно не менялась: $75,7 \pm 13,4$ уд/мин до введения Эбрантила и $71,4 \pm 8,9$ уд/мин – после. Достигнутое снижение АД проявлялось в среднем к $40,2 \pm 21,4$ мин. Никаких побочных эффектов и осложнений в течение суток наблюдения не отмечено. На ЭКГ после терапии – без отрицательной динамики.

Заключение. Препарат Эбрантил (урапедил) показал эффективность в снижении АД и купировании клинических проявлений гипертонического криза у всех пролеченных пациентов с АГ 3-й степени и очень высоким уровнем риска, получавших до этого недостаточно эффективную полнотозовую комбинированную гипотензивную терапию. Проведение исследования на госпитальном этапе позволило применять данный препарат внутривенно капельно, с полноценным контролем АД и состояния пациентов лечащим врачом, как в период введения препарата, так и в течение суток наблюдения после введения, и показало безопасность его применения у пациентов с гипертоническим кризом.

Физическая реабилитация военнослужащих с неревматическими миокардитами

Балахнов Д.О., Белянкина Н.В., Бутиков В.П., Ковалев И.С., Матюхина М.М., Рывкин В.М., Холод Е.А., Чеснакова Т.В., Шишова Н.В.
ФГКУ «1469 Военно-морской клинический госпиталь» Минобороны России, Североморск, Мурманская область

Лечение пациентов с миокардитами, в том числе неревматической этиологии, определено стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Минздрава России. Общие вопросы организации медицинской реабилитации регламентированы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №1705н от 29 декабря 2012 г. Медицинская реабилитация конкретно при миокардитах Минздравом России не регламентирована.

Цель. Представить опыт физической реабилитации пациентов с миокардитами неревматической этиологии.

Материал и методы. Применение индивидуальной стратегии в рамках разработанной реабилитационной программы. Такая программа включает в себя: 1. Режим постельный и палатный, состоящий из психологической поддержки, использования механизмов адаптационной кардиопротекции и метаболической адаптации (ишемическое прекодиционирование), дыхания с экспираторным сопротивлением, физических тренировок на педальном тренажере с частотой сердечных сокращений (ЧСС) и артериальным давлением (АД) в пределах расчетных параметров, пробы с задержкой дыхания с контролем показателей реакции на пробы по АД и ЧСС в пределах расчетных параметров, интеллектуальной тренировки. 2. Режим общий, основанный на коррекции содержания реабилитационной программы режима постельного и палатного с включением функционального реабилитационного комплекса – упражнений на вело-тренажере (эллипсоиде), интенсивность которых увеличивается, и степ – тренировки с ориентацией на расчетные показатели ЧСС, АД и самочувствия. Функциональный реабилитационный комплекс выполняется в зале лечебной физкультуры.

Результаты. Методика применялась в нашей медицинской организации с 2012 по 2014 г. у 39 пациентов из числа военнослужащих. По физическому статусу все пациенты восстановлены до полной самостоятельности и уровня физической выносливости не менее 2 Вт/кг массы тела.

Респираторный статус пациентов с ишемической болезнью сердца перед плановым проведением коронарного шунтирования

**Баздырев Е.Д., Поликутина О.М., Слепынина Ю.С., Каличенко Н.А., Барбараш О.Л.
ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово**

Цель. Провести комплексную оценку «респираторного статуса» и определить степень первостепенного вклада различных параметров дыхания (ПД) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Включены 662 пациента с ИБС, поступившие для планового проведения коронарного шунтирования, средний возраст 59,0 лет (54,0; 65,0). Исследование респираторной системы (РС) осуществлялось в несколько этапов (проведение спирометрии, бодиплетизмографии и определение диффузионной способности легких). Комплексная оценка функции дыхания и степени первостепенного вклада скоростных, объемных параметров и показателя диффузии газов осуществлялась с применением дисперсионного анализа (ДА). Для построения интегрального показателя функции легких (ИПФЛ) в модель были включены: форсированная жизненная емкость легких (FVC), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (FEV_1), индекс Тиффно, жизненная емкость легких (SVC), уровень внутригрудного объема (TGV), общая емкость легких (TLC), уровень остаточного объема (RV) и диффузионная способность легких (Dlco).

Результаты. В ходе проводимого исследования были сформированы три группы. 1-я группа – пациенты с ИБС и ранее известными заболеваниями легких – 74 (11,2%). Данную группу составили пациенты с хроническим бронхитом – 50 (67,6%), хронической обструктивной болезнью легких – 22 (29,7%) и бронхиальной астмой – 2 (2,7%). 2-я группа – пациенты с впервые выявленной патологией бронхо-легочной системы – 222 (33,5%). В 3-ю группу вошли пациенты без заболеваний и инструментальных признаков поражения респираторной системы – 366 (55,3%). По результатам однофакторного ДА по определению уровня значимости ПД были рассчитаны их весовые коэффициенты. Чем меньше уровень значимости ПД и выше значение его весового коэффициента, соответствующего конкретному показателю функции легких, тем больше и весомее его вклад в комплексную оценку респираторного статуса пациентов с ИБС. В результате этого сформирован ИПФЛ, включающий FEV_1 , FVC, индекс Тиффно, SVC, Dlco, TLC, RV, TGV. ПД выстроены в порядке значимости вносимого ими вклада в респираторный статус. ИПФЛ пациентов со стабильной ИБС, поступивших для проведения коронарного шунтирования, не имел статистических различий среди пациентов с респираторной патологией (как впервые выявленной, так и установленной ранее), но был достоверно ниже, чем у пациентов с ИБС без признаков поражения бронхо-легочной системы.

Заключение. При построении модели ИПФЛ, характеризующего комплексную оценку респираторного статуса функции легких, основываясь на уровне значимости различий и рассчитанных весовых коэффициентов, было показано, что первостепенный вклад в ИПФЛ вносят показатели, оценивающие бронхиальную проводимость, жизненную емкость легких (как форсированная, так и обычная), а также показатель, отражающий способность альвеолярно-капиллярной мембраны к газообмену (Dlco).

Влияние уровня тревожности на течение ишемической болезни сердца после аортокоронарного шунтирования

**Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О.
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар**

Определение уровня тревожности у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), планируемых на прямую реваскуляризацию миокарда, может иметь важное значение с целью улучшения прогноза и течения заболевания после аортокоронарного шунтирования (АКШ). Недиагностированные патологические психические состояния перед операцией могут ухудшить прогноз ИБС после нее.

Цель. Определить влияние уровня тревожности на течение ИБС у пациентов, перенесших АКШ.

Материал и методы. В исследование были включены 50 пациентов, планируемых к операции АКШ в условиях искусственного кровообращения. Средний возраст по всей выборке составил $56,9 \pm 8,8$ года. Средняя длительность дооперационного периода была $3,8 \pm 1,3$ дня. Все пациенты проходили тестирование по опросникам уровня тревожности Тейлора (в адаптации Немчинова), Спилбергера–Ханина, SF-36 перед АКШ, перед выпиской из стационара после АКШ и через год после него. В исследовании проводился множественный регрессионный анализ влияния уровня тревожности на параметры субъективного восприятия качества жизни.

Результаты. Высокий уровень ситуативной тревожности у пациентов по Спилбергеру–Ханину перед АКШ – 48,0% (24 пациента), как высокий уровень тревожности, средний уровень тревожности составил 46%. Высокий уровень личностной тревожности составил 20% (10 человек). Уровень тревожности по Дж.Тейлору перед АКШ – 20,0% (10 пациентов), как высокий уровень тревожности. В ближайшие сроки послеоперационного периода уровень ситуационной тревожности в ближайшие сроки послеоперационного периода сохраняется в том же диапазоне, что и до операции, и является достоверно значимым ($p < 0,05$): на уровне среднего 60% (30 человек) и высокого – 28% (14 пациентов). Через год после АКШ: уровень ситуативной тревожности составил у пациентов по Спилбергеру–Ханину после АКШ 24,0% (12 пациентов), как высокий уровень тревожности.

Заключение. Показано, что личностная тревога имеет положительное влияние. При этом мишенями воздействия выступает физическое функционирование до момента проведения АКШ, отражающее степень, ограничения в выполнении физических нагрузок. Ситуативная тревожность, так же как и в дооперационном периоде, является предиктором неблагоприятного течения ИБС и имеет отрицательное влияние. Мишенями воздействия при этом выступает психическое здоровье. Клинически это проявляется снижением выраженности показателей положительных эмоций, настроения, усиливая депрессию и тревогу. Ситуативная тревожность и через год от АКШ – предиктор неблагоприятного течения ИБС. Причем мишенями воздействия выступают общее состояние здоровья и социальное функционирование, отрицательное влияние проявляется в ограничении социальной активности и снижении уровня общения.

Результаты десятилетнего наблюдения пациентов после маммарокоронарного шунтирования при изолированном поражении передней нисходящей артерии

Белан И.А., Барбухатти К.О., Порханов В.А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1

им. проф. С.В.Очаповского», Краснодар;

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) остается самой высокой в структуре общей смертности. При этом большую ее часть составляют пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), среди которых самое неблагоприятное течение имеют пациенты с изолированным поражением передней нисходящей артерии (ПНА). В связи с этим необходим поиск оптимального способа лечения таких пациентов с ИБС.

Цель. Оценить отдаленные результаты маммарокоронарного шунтирования (МКШ) при изолированном поражении ПНА.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты, перенесшие МКШ ПНА в 2005 г. ($n=86$, средний возраст – 56 ± 9 лет). Более 1/2 пациентов имели высокий функциональный класс (ФК) стенокардии, все пациенты со стабильным ее течением, у 86% больных в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). У всех пациентов при проведении коронароангиографии выявлено изолированное поражение ПНА, что явилось показанием к проведению МКШ. В течение 10 лет пациенты наблюдались в поликлинике ГБУЗ «НИИ – ККБ №1». При появлении клиники стенокардии, проводился тест с физической нагрузкой. При диагностированном высоком ФК проводилась коронарошунтография с целью исключения прогрессирования атеросклероза, оценки проходимости шунтов.

Результаты. Частота возникновения стенокардии в отдаленном периоде после проведенного МКШ при изолированном поражении передней межжелудочковой артерии составила 20%, при проведении коронарошунтографии во всех случаях выявлено прогрессирование атеросклероза в системе огибающей или правой коронарной артерии. Проходимость МКШ к ПНА диагностирована у всех пациентов. У 82% пациентов отмечаются отсутствие потребности в нитратах, высокая толерантность к физической нагрузке. Повторных ИМ в бассейне левой коронарной артерии не зарегистрировано. Летальность в группе составила 7,0% (6 человек). Причина смерти во всех случаях – прогрессирование злокачественной онкологии легких, желудка и молочной железы.

Заключение. При изолированном поражении ПНА лечение методом прямой реваскуляризации миокарда эффективно. Однако имеется прогрессирование атеросклероза в системе правой и огибающей артерии, что свидетельствует о необходимости продолжения адекватной медикаментозной терапии, включая антитромботическую и липидснижающую.

Особенности нарушений сердечного ритма при коморбидности ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) усугубляет течение обоих заболеваний, способствует развитию сосудистых осложнений и в несколько раз повышает абсолютную смертность. Нарушения вегетативной регуляции деятельности сердца сопровождаются истощением функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, способствуют ухудшению коронарного кровообращения и развитию аритмий.

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с ИБС и СД 2-го типа (СД 2) и определить взаимосвязь ВСР с показателями состояния липидного и углеводного обмена.

Материал и методы. Обследованы 68 больных с ИБС и СД 2 (из них 36 женщин), средний возраст $56,4 \pm 3,5$ года. Длительность ИБС составляла $8,3 \pm 3,4$ года, длительность СД 2 – $4,2 \pm 1,4$ года. ВСР оценивали временным методом с записью ритмограммы в течение 5 мин с последующим статистическим анализом полученных индексов. Показатели липидного (общий холестерин – ОХС; ХС липопротеидов низкой – ЛПНП и очень низкой плотности – ЛПОНП; содержание триглицеридов – ТГ) и углеводного обмена (гликозилированный гемоглобин – HbA_{1c}) сравнивали с показателями обследования 16 здоровых лиц.

Результаты. У больных с ИБС и СД 2 установлен дисбаланс вегетативной регуляции деятельности сердца: уменьшение стандартного отклонения величины кардиоинтервалов, общей мощности спектра, увеличение соотношения мощности в диапазоне низких и высоких частот. Липидный обмен характеризовался повышением уровня ОХС ($7,32 \pm 0,24$ ммоль/л; контроль $4,32 \pm 0,12$ ммоль/л; $p < 0,05$) у 28 больных; повышением ХС ЛПНП ($5,22 \pm 0,19$ ммоль/л; контроль $2,82 \pm 0,08$ ммоль/л; $p < 0,05$) у 21 больного; повышением ТГ ($2,10 \pm 0,06$ ммоль/л; контроль $0,76 \pm 0,12$ ммоль/л; $p < 0,05$) у 18 больных. Состояние компенсации углеводного обмена (HbA_{1c}) характеризовалось (при контрольных значениях HbA_{1c} $4,8 \pm 0,02\%$) повышением HbA_{1c} от 7 до 8% (в среднем на $7,6 \pm 0,04\%$) у 26 больных ($p < 0,01$); повышением HbA_{1c} от 8 до 10% (в среднем на $8,8 \pm 0,14\%$) у 31 больного ($p < 0,01$); увеличением HbA_{1c} выше 10% (в среднем на $11,4 \pm 0,42\%$) у 11 больных ($p < 0,01$).

Заключение. При коморбидности ИБС и СД 2 выявлены изменения ВСР, происходившие на фоне изменений липидного и углеводного обмена. Нарушение компенсации углеводного обмена было более значимым, чем нарушения липидного. Раннее выявление и постоянный контроль нарушений ВСР у больных с ИБС и СД 2 необходимы для проведения своевременного адекватного лечения с целью предотвращения развития аритмий и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений.

Особенности течения посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций на фоне хронической обструктивной болезни легких на амбулаторном этапе реабилитации

Беренштейн Н.В., Лохина Т.В.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза;

ГБУЗ «ГКБ скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель. Сравнительный анализ клинических и инструментальных проявлений посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургической операции на амбулаторном этапе реабилитации в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследованы 57 больных (все мужчины) 46–72 лет (средний возраст $59 \pm 4,8$ года) с посткардиотомным синдромом, развившимся после коронарного шунтирования (КШ) или оперативной клапанной коррекции в послеоперационном периоде. Диагноз ХОБЛ (средней степени тяжести по классификации GOLD) был установлен на предоперационном этапе у 27 (47,4%) больных. Проводились динамические УЗИ плевральной полости и перикарда, стандартные клинические, лабораторные исследования, анализ клинических проявлений, спирометрия однократно.

Результаты. Во всех случаях посткардиотомный синдром диагностирован на этапе стационарного лечения. На момент включения в исследование на амбулаторном этапе реабилитации в 12 (21%) случаях обнаружено сочетание выпота в перикарде и плевральных полостях; у 37 (64,9%) больных отмечен выпот в плевральные полости, а в остальных случаях – перикардальный выпот (14,1%). Клинические проявления посткардиотомного синдрома: у 15 (26,3%) больных повышение температуры; шум трения пе-

рикарда – у 5 (8,8%), шум трения плевры – у 9 (15,8%); одышка беспокоила 33 (57,9%) больных, торакалгия и/или кардиалгия – 23 (40,3%). Проводилась терапия нестероидными противовоспалительными препаратами и антибиотиками, длительность лечения подбиралась индивидуально по результатам клинико-инструментальных и лабораторных исследований. Пациенты с ХОБЛ также получали стандартную базисную терапию. В случаях без сопутствующей ХОБЛ регресс проявлений посткардиотомного синдрома (жалобы, клинические проявления, показатели инструментальных исследований) отмечен в достоверно более короткие сроки в сравнении с группой пациентов с ХОБЛ (средние сроки соответственно составили $10 \pm 3,5$ и $32 \pm 4,5$ сут). Причем в большинстве случаев субъективные проявления не коррелировали с данными УЗИ.

Заключение. Таким образом, выявлено более длительное течение посткардиотомного синдрома у больных с ХОБЛ на амбулаторном этапе реабилитации в виде клинических и инструментальных проявлений. Вероятно, это связано с наличием у пациентов данной категории системного воспаления, являющегося одним из ключевых моментов в патогенезе ХОБЛ. Эти наблюдения позволяют предложить у больных с затяжным течением посткардиотомного синдрома активное выявление ХОБЛ, а при наличии установленной ХОБЛ – пересмотреть степень тяжести данной патологии и, соответственно, скорректировать базисную терапию ХОБЛ. Стертость течения посткардиотомного синдрома подтверждает определяющую роль УЗИ в динамическом контроле проявлений посткардиотомного синдрома на амбулаторном этапе.

Организационные и правовые аспекты становления системы реабилитации детей с врожденными пороками сердца в Российской Федерации

Бокерия Л.А., Крупяно С.М., Миливская Е.Б.

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

На государственном уровне в последние годы большое значение придается развитию реабилитационной помощи населению. Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. №294 утверждена Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с подпрограммой 5, регламентирующей развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям. Задачей подпрограммы 5 стала «поддержка развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации».

Цель. Провести анализ нормативно-правовых актов, касающихся работы реабилитационного центра для детей с врожденными пороками сердца (ВПС), и выделить основные направления совершенствования законодательства по данному направлению.

Методы. Выполнен обзор основных нормативно-правовых актов, касающихся вопросов медицинской реабилитации в РФ. Представлены направления становления и развития реабилитационного центра для детей с ВПС.

Результаты. Наличие в ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статьи 40, посвященной медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, говорит о государственном приоритете в этой области. Приказ МЗ РФ №1705н от 29 декабря 2012 г. «О порядке организации медицинской реабилитации» определяет понятие медицинской реабилитации, четко выводит дефиниции этапов ее оказания, регламентирует порядки медицинской реабилитации, места осуществления медицинской деятельности, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации, ее условия, сроки оказания. В то же время приказ не является универсальным, требует рубрикации по возрасту, а вероятнее всего, и издания отдельного порядка по медицинской реабилитации детского контингента, и уже внутри подобного документа должна быть четкая дифференциация по нозологиям, в частности, медицинская реабилитация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в том числе и после хирургического лечения.

Приоритетными задачами Реабилитационного центра для детей с пороками сердца на базе кардиохирургического стационара на данном этапе становления являются:

- Разработка порядков оказания реабилитационной помощи детям с ВПС в зависимости от вида ВПС, срока хирургической коррекции, возраста.
- Разработка алгоритмов стандартизированной оценки реакции сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС при физических нагрузках, в зависимости от вида ВПС, срока хирургической коррекции, возраста.
- Разработка рекомендаций по допуску к занятиям спортом детей с ВПС.
- Разработка рекомендаций по оценке психоэмоционального статуса у детей с ВПС, выявлению особенностей нервно-психического развития детей, которые оперированы по ВПС, влияющих на качество жизни.

- Разработка критериев к установлению инвалидности у детей с ВПС.
- Внедрение дистанционного телемониторинга пациента (частота сердечных сокращений, дыхания, сатурация, МНО, в дальнейшем – параметры электростимуляции).

Заключение. Необходимо дальнейшее развитие специальности врача по медицинской реабилитации, которая включена в номенклатуру должностей медицинских работников, но квалификационные требования к таким специалистам не утверждены.

Оценка эффективности программ для кардиологических пациентов на II этапе медицинской реабилитации

Бондаренко Е.Г.¹, Ишекова Н.И.¹, Удовенкова Л.П.², Черноземова А.В.², Милехина О.Б.², Альбина Ю.Б.²

¹ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск;

²ГБУЗ Архангельской области «Городская клиническая больница №1 им. Е.Е.Волосевич»

Цель. Изучить критерии эффективности реабилитационных программ для пациентов кардиологического профиля на II этапе.

Материал и методы. Проведение теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), холтеровского мониторирования для оценки эффективности программ реабилитации у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на базе отделения восстановительного лечения ГБУЗ АО «ГКБ №1 им. Е.Е.Волосевич».

Медицинская реабилитация осуществляется согласно Приказу Минздрава РФ от 29.12.12 г. №1705н «О порядке организации медицинской помощи по медицинской реабилитации». Основной целью кардиореабилитации на II этапе является полная ликвидация клинических симптомов болезни или стойкая компенсация нарушенных функций и приспособление пациента к условиям внешней среды, наращивание объемов реабилитационных мероприятий. Для составления реабилитационной программы каждому пациенту проводится реабилитационно-экспертная диагностика (обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований, особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияния физических дефектов на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей), определение реабилитационного прогноза – предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения, а также определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности. Программа пациентам с ишемической болезнью сердца острым инфарктом миокарда, состоянием после баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий включала в себя занятия лечебной физкультурой (ЛФК), лазеротерапию на рефлексогенные зоны сердца №10, массаж шейно-воротниковой зоны – при отсутствии других противопоказаний, аромофитотерапию №10, сухие углекислые ванны (СУВ) №10, гипербарическую оксигенацию (ГБО) по показаниям, психотерапию. Программа пациентам с пороком сердца (ревматической, атеросклеротической этиологии), состоянием после протезирования клапанов включала в себя индивидуальные или групповые занятия ЛФК, СУВ №10, аромафитотерапию №10, инфракрасную лазеротерапию на рефлексогенные зоны сердца или паравертебрально №10 (при отсутствии противопоказаний), фотохромотерапия, массаж спины – при отсутствии других противопоказаний, ГБО – по показаниям, психотерапию.

Заключение. Все пациенты по результатам ТШХ были переведены на III этап реабилитации с положительной динамикой.

Синдром эмоционального выгорания в производственных коллективах по данным популяционного исследования

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

¹ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва;

²Федеральное медико-биологическое агентство, Москва;

³ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород;

⁴ФГБУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», Нальчик;
⁵ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск;
⁶ГБОУЗ «Центр медицинской профилактики», Великий Новгород

Цель. Изучить влияние психосоциальных факторов на здоровье организованной популяции и параллельно – синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

Материал и методы. По специальной шкале были протестированы 2227 рабочих и служащих в 5 городах России. СЭВ – это неминуемое последствие неадекватного разрешения стресса на рабочем месте и профессионального кризиса (самоощущение собственной профессиональной некомпетентности). Непрерывающееся воздействие на человека стрессовых ситуаций приводит к интеллектуальному, душевному и физическому переутомлению. Если стресс имеет негативные последствия для здоровья – это дистресс (СЭВ). Проявления СЭВ – организационные недостатки. К ним относятся такие коллизии, как высокая рабочая нагрузка и при этом дефицит времени для выполнения работы; отсутствие поддержки со стороны коллег и начальства; недостаточное вознаграждение за работу. Сюда же следует отнести противоречивые требования к сотруднику, постоянную угрозу штрафных санкций и т.п. Опасность СЭВ заключается в том, что «выгоранию» свойственно изо дня в день прогрессировать. На его фоне могут обостряться разные хронические заболевания, развиваться новые болезни и меняться физиологические параметры с саногенных на патогенные. Как правило, профессиональная помощь врача не приносит быстрого и стойкого облегчения.

Результаты. Низкие значения (0–1) СЭВ (характерно для эмоционально здоровой части популяции) отмечены у 47,6 и 58,7% наиболее молодых (25–34 года) мужчин и женщин. С возрастом этот процент снижается до 23,3 и 32,4% в 35–44 года и до 9,1 и 10,9% – в 65–74 года. Зато возрастает частота менее благоприятных значений СЭВ (2–6 балла), это касается лиц зрелого и особенно пожилого возраста. В 35–44 года такие значения отмечены более чем в 60% наблюдений, а у пожилых – более чем в 80%. Явный же СЭВ диагностирован, конечно, существенно реже, но все же у ~15% мужчин и 6–8% женщин зрелого и пожилого возраста (65–74 года).

Заключение. При проведении профилактики хронических неинфекционных заболеваний в производственных коллективах должны учитываться психологическая обстановка и правильная организация труда.

Эффективность реабилитационного консультирования больных, перенесших острый коронарный синдром

Бубнова М.Г., Красницкий В.Б., Аронов Д.М.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва

Цель. Оценить клиническую эффективность реабилитационного консультирования больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), в рамках Российского исследования РИФТ ПРОКИ.

Материал и методы. В исследование были включены 83 пациента, которые проходили индивидуальное консультирование по вопросам приверженности медикаментозной терапии и антиатеросклеротическому питанию, повышения ежедневной двигательной активности (ДА) и выполнения занятий лечебной физкультурой (ЛФК) в домашних условиях. Повторное реабилитационное консультирование пациентов проводилось в рамках их последующих визитов в клинику через 6 мес и 1 год. Для оценки эффективности консультирования применялись анкеты и опросники.

Результаты. Выявлено, что регулярно занимались ЛФК дома только 38 (45,8%) пациентов, прошедших индивидуальное реабилитационное консультирование, что является сравнительно неплохим результатом и указывает на достаточно высокий уровень их мотивации и приверженности рекомендациям. От регулярности занятиями ЛФК в большей степени зависела динамика других показателей. Регулярные занятия ЛФК через 12 мес сопровождалась повышением физической работоспособности пациентов: ростом продолжительности физической нагрузки при ВЭМ-пробе (на 28,4%, $p < 0,05$) и общего объема выполненной физической работы (на 71,7%, $p < 0,05$) против отсутствия динамики этих показателей у больных с низкой приверженностью рекомендациям врача. У пациентов, занимающихся ЛФК дома, через 12 мес имелось увеличение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (на 9,3%, $p < 0,05$) и уровня ежедневной ДА (на 22%, $p < 0,05$) на фоне повышения (на 14,5%, $p < 0,05$) показателей качества жизни (КЖ). Напротив, у больных с низкой приверженностью занятиям ЛФК через 12 мес ФВ сердца не изменилась, уменьшился уровень ДА (на 12,6%, $p < 0,05$), повысились уровни систолического артериального давления (на 7,8%, $p < 0,01$) и диастолического (на 11,5%, $p < 0,001$), индекс массы тела (на 2,2%, $p < 0,05$), концентрация холестерина нелипопро-

теидов высокой плотности – ЛПВП (на 9,2%, $p < 0,05$) и величина атерогенного отношения холестерина липопротеидов низкой плотности/ЛПВП (на 38,5%, $p < 0,05$) при отсутствии улучшения показателей КЖ. Через 12 мес у больных с низкой приверженностью занятиям ЛФК дома и другим рекомендациям врача при реабилитационном консультировании было 11 сердечно-сосудистых событий, из которых 6 «больших» в виде внезапной смерти (1), ОКС (2), тромбоэмболии легочной артерии (2) против 2 случаев (1 госпитализация и 1 реваскуляризация) у больных, с высокой приверженностью занятиям ЛФК и другим врачебным рекомендациям.

Заключение. Индивидуальное реабилитационное консультирование положительно влияет на приверженность пациентов терапии и здоровому образу жизни.

Клинические эффекты фиксированной комбинации блокатора рецепторов к ангиотензину II валсартана с антагонистом кальция амлодипином у курящих больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией

Бубнова М.Г.¹, Сулим Ю.Н.², Выгодин В.А.¹, Аронов Д.М.¹

¹ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Минздрава России, Москва;

²ООО «Скандинавский центр здоровья», Москва

Цель. Изучение клинических, кардиогемодинамических и респираторных эффектов фиксированной комбинации валсартан/амлодипин (препарат Эксфорж) у курящих больных с сочетанной патологией – артериальная гипертония (АГ), ишемическая болезнь сердца и хроническая обструктивная болезнь сердца (ХОБЛ).

Материал и методы. В исследование были включены 36 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет. Все больные принимали статины, ацетилсалициловую кислоту и селективные β -адреноблокаторы; 16,7% больных получали диуретики и 19,4% – пролонгированные нитраты. После рандомизации больных разделили на две группы: 1-я группа ($n=18$, средний возраст $55,8 \pm 5,9$ года) дополнительно к перечисленной терапии получала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), а 2-я группа ($n=18$, средний возраст $58,0 \pm 4,9$ года) – комбинированный препарат Эксфорж (амлодипин 5–10 мг/валсартан 160 мг). Продолжительность исследования – 4 мес. В исследовании проводились клиническое обследование, ВЭМ-проба, ЭхоКГ, суточное мониторирование артериального давления (АД), спирометрия, определение концентрации липидов, глюкозы, фибриногена, мочевой кислоты, креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации по MDRD. Применялись: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросники госпиталя Святого Георгия (SGRQ) и качества жизни SF-36.

Результаты. Назначение препарата Эксфорж сопровождалось достоверным снижением уровней «офисного» систолического АД (САД) на $39,2 \pm 9,7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$), диастолического (ДАД) – на $16,9 \pm 5,7$ мм рт. ст. ($p < 0,001$) и пульсового – на $22,2 \pm 5,9$ мм рт. ст. ($p < 0,001$) против отсутствия его снижения у больных 1-й группы. На препарате Эксфорж все 18 больных достигли целевого значения АД. При этом отмечались и позитивные изменения в суточном профиле АД: снижение уровней среднесуточного САД ($-10,6\%$, $p < 0,001$) и ДАД ($-9,3\%$, $p < 0,01$), среднедневного САД ($-11,6\%$, $p < 0,001$) и ДАД ($-9,8\%$, $p < 0,01$), средненочного САД ($-9,6\%$, $p < 0,01$) и ДАД ($-8,4\%$, $p < 0,001$). Вариабельность АД за сутки снизилась на $21,3/18,1\%$ ($p < 0,001$) в отличие от больных 1-й группы. Через 4 мес приема препарата Эксфорж у больных с сочетанной патологией наблюдался благоприятный рост физической работоспособности в виде увеличения продолжительности (на $22,2\%$, $p < 0,01$) и мощности (на $23,6\%$, $p < 0,01$) нагрузки при ВЭМ-пробе, удлинение времени до развития приступа стенокардии (на $8,6\%$, $p < 0,05$) и ишемии миокарда (на $8,3\%$, $p < 0,05$). Напротив, у больных, получавших ИАПФ, отмечалось уменьшение продолжительности нагрузки (на $10,2\%$, $p < 0,05$) и укорочение времени (на 29% , $p < 0,05$) до развития приступа стенокардии. У больных, принимавших препарат Эксфорж, выявлялись положительные изменения в структурно-функциональных показателях сердца по данным ЭхоКГ: уменьшение размеров левого предсердия, конечного систолического и диастолического размера, конечно-систолического и конечно-диастолического объема на фоне снижения индекса массы миокарда левого желудочка (на $-9,25 \pm 2,54$ г/м², $p < 0,01$) против отрицательной динамики у больных 1-й группы. Также на терапии комбинацией валсартан/амлодипин отмечалось снижение (на $-1,1 \pm 1,8$ мм рт. ст., $p < 0,001$) среднего давления в легочной артерии против его повышения (на $1,2 \pm 2,0$ мм рт. ст., $p < 0,001$) у больных 1-й группы, принимавших ИАПФ. Респираторные эффекты комбинации валсартан/амлодипин проявлялись достоверным ($p < 0,05$) повышением жизненной емкости легких (на $14,8\%$), объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (на $11,7\%$), пиковой объемной скорости (на $23,7\%$), максимальной объемной скорости воздуха на уровне выдоха

25% – МОС 25 (на 21,9%), МОС 50 (на 15,7%) и МОС 75 (на 13,3%) против их снижения в 1-й группе. Согласно литературным данным у больных ХОБЛ на фоне приема ИАПФ могут возникнуть проблемы из-за появления кашля с возможным усилением бронхообструкции. Важным показателем улучшения клинического состояния больных на фоне приема комбинированного препарата явилось сокращение числа лиц с симптомами тревоги (с 94,4 до 33,3%, $p < 0,05$) и депрессии (с 94,4 до 33,3%, $p < 0,05$). Также улучшились показатели респираторного статуса по опроснику SGRQ и качества жизни по опроснику SF-36 против их отрицательной динамики у больных 1-й группы.

Заключение. Комбинированный препарат Эксфорж следует рассматривать в качестве препарата первого выбора у больных с сочетанной сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией ввиду его высокой клинической эффективности и хорошей переносимости.

Воздействие дыхательных гипоксически-гиперкапнических тренировок на сердечно-сосудистую систему человека

Вартанова О.В., Радыш И.В.

ООО НПП «Самоздрав», Москва;

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. Среди общей смертности в России ССЗ составляют 57%. В связи с этим актуальным вопросом является поиск альтернативных вариантов лечения и профилактики ишемических изменений миокарда как первопричины возникновения большинства ССЗ.

Цель. Изучение воздействия гипоксически-гиперкапнических тренировок на состояние миокарда.

Материал и методы. В течение 24 мес мы наблюдали за показателями группы людей в составе 100 человек в возрасте от 40 до 80 лет, имеющих ишемические изменения миокарда и тренирующихся на дыхательном тренажере гипоксически-гиперкапнического типа (тренажер физкультурный имитатор «Самоздрав»). Тренировки представляли собой ежедневную дыхательную гимнастику с использованием тренажера, в ходе которой уровень содержания CO_2 во вдыхаемом воздухе плавно увеличивался, вызывая легкую гиперкапнию, значительной гипоксии при этом выявлено не было. Для измерения CO_2 в выдыхаемом воздухе использовался метод капнографии, основанный на инфракрасной абсорбционной спектроскопии, на приборе «МПР6-03-ТРИТОН». Оценка изменений зубца T и анализ портрета сердца осуществлялись с помощью прибора «Кардиовизор», принцип действия которого основан на новом методе анализа случайных низкоамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала – дисперсионном картировании ЭКГ.

Результаты. Было выявлено закономерное увеличение напряжения CO_2 на 6,2 мм рт. ст. от исходной величины, что обеспечило улучшение кровоснабжения миокарда на 12% от нормы (100%). Данное изменение объясняется длительным воздействием на организм гиперкапнической нагрузки, в результате которой организм претерпевает ряд положительных изменений, а именно: регуляция ритма дыхания, снятие спазма сосудов, что стимулирует кровообращение и способствует уменьшению гипоксии. После курса гиперкапнических тренировок у большинства обследуемых (68%) наблюдалось восстановление параметров зубца T до нормы. Также наблюдалось снижение признаков ишемии, отражаемых портретом сердца.

Заключение. Гипоксически-гиперкапнические тренировки на дыхательном тренажере «Самоздрав» способствуют восстановлению ишемических изменений миокарда и препятствуют развитию ССЗ.

Изменение липидного спектра крови у больных с ишемической болезнью сердца под влиянием повторных курсов лазерного облучения

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Исследования последних лет показали, что важнейшими детерминантами развития острых коронарных синдромов (ОКС) являются состав и ранимость атеросклеротической бляшки. Одним из существенных факторов дестабилизации бляшки может быть гиперхолестеринемия. В развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) отводят большую роль окисленным липопротеидам низкой плотности (ЛПНП), которые могут быть вовлечены в патогенез спазма коронарной артерии. К сказанному следует добавить факты негативного влияния гиперхолестеринемии на микрогемодиализацию, ухудшение капиллярно-тканевой диффузии кислорода, рост агрегационного потенциала тромбоцитов и т.д. Продемон-

стрированное ранее отчетливое гипополипидемическое действие однократного курса лазерного облучения (ЛО) у больных с ИБС естественно порождает вопрос: можно ли использовать повторные курсы квантовой терапии для пролонгирования желаемого эффекта?

Цель. Оценить динамику липидного спектра крови у больных с ИБС под влиянием многократных курсов неинвазивного ЛО.

Материал и методы. Под наблюдением в течение 2 лет находились 123 больных с ИБС мужского пола со стенокардией напряжения I–IV функционального класса, из которых 40 пациентов, получавших каждые 6 мес в течение 2 лет 10-дневные курсы ЛО на фоне медикаментозной терапии, составили основную группу, а 83 пациента, находившихся только на медикаментозном лечении, – контрольную. Липидный спектр крови (общий холестерин – ХС; ХС ЛПНП, липопротеидов высокой плотности – ЛПВП, триглицериды – ТГ, индекс атерогенности – ИА) исследовали на исходном этапе и в дальнейшем каждые 6 мес.

Результаты. За период наблюдения в группе контроля уровень липидов не претерпел достоверных сдвигов. Под влиянием ЛО содержание ХС в крови у пациентов основной группы снизилось с $6,15 \pm 0,2$ до $4,8 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,001$) через 6 мес, до $5,1 \pm 0,3$ ммоль/л спустя 12 мес ($p < 0,05$) и составило $5,1 \pm 0,1$ ммоль/л через 2 года. Такая же закономерность наблюдалась при исследовании ХС ЛПНП, уровень которого достоверно снизился в названные периоды с $4,7 \pm 0,2$ до $3,3 \pm 0,1$ ммоль/л; $3,6 \pm 0,2$ и $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно. ИА также претерпел положительные сдвиги, достоверно снизившись на 37,3% через 6 мес, на 27,7% – через 12 мес и на 15,0% – спустя 2 года. В меньшей мере гипополипидемическое действие ЛО проявлялось в отношении ТГ и ХС ЛПВП. Изменение этих липидов в большинстве случаев было невелико и статистически недостоверно.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что многократные курсы ЛО в течение 2 лет сопровождаются снижением уровня атерогенных липидов в крови и могут быть использованы в комплексных мероприятиях по вторичной профилактике ИБС.

Сравнение эффективности нагрузочных доз статинов при плановом эндоваскулярном лечении ишемической болезни сердца

Вершинина Е.О., Сальникова Е.С., Репин А.Н.
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск

Цель. Сравнить влияние нагрузочных доз аторвастатина и розувастатина на величину острого повреждения миокарда, определяемую по динамике МВ-фракции креатинфосфокиназы (КФК-МВ) при плановых эндоваскулярных вмешательствах на коронарных артериях (КА).

Материал и методы. Проведено открытое проспективное рандомизированное исследование, включившее 68 пациентов, которым было выполнено успешное плановое эндоваскулярное лечение по поводу стенозирующего атеросклероза КА в отделении реабилитации НИИ кардиологии г. Томска в 2012–2014 гг. В 1-ю группу включили 33 пациентов, которым была назначена нагрузочная доза аторвастатина 80 мг за 12 ч до вмешательства с последующим сохранением этой дозы в течение 2–6 дней [за 7 дней госпитального периода средняя общая доза препарата на 1 пациента составила 320 (260–400) мг – Me (Q_1 – Q_3)]. Во 2-ю группу включили 35 больных, получивших розувастатин 40 мг/сут [Me (Q_1 – Q_3) 260 (240–280) мг за 7 дней госпитального периода]. По основным клинико-анамнестическим характеристикам, степени поражения КА и объему выполненного вмешательства группы исходно не различались. Средний возраст пациентов был $58,9 \pm 7,2$ года (M \pm SD) в 1-й группе и $57,7 \pm 10,2$ года – во 2-й ($p = 0,61$). Мужчины составили 87,8 и 88,6% соответственно ($p = 1,0$). Постинфарктный кардиосклероз диагностирован у 72,7 и 82,9% пациентов соответственно ($p = 0,39$). Всего было установлено 46 стентов пациентам 1-й группы и 50 – пациентам 2-й, из них 91,3 и 86% соответственно были стенты с лекарственным покрытием ($p = 0,53$). Вмешательства выполнялись на сосудах бассейна передней нисходящей артерии у 45,5% больных 1-й группы и 57,1% – 2-й ($p = 0,47$); в бассейне огибающей артерии – у 36,4 и 28,6% ($p = 0,61$); на артериях бассейна правой коронарной артерии – у 36,4 и 45,7% соответственно ($p = 0,47$).

Результаты. Исходно уровень КФК-МВ составил $14,5 \pm 14,4$ и $11,6 \pm 5,9$ Ед/л (M \pm SD) в 1 и 2-й группах соответственно ($p = 0,78$). Через 12 ч после вмешательства уровень КФК-МВ увеличился до $24,9 \pm 18,6$ Ед/л в 1-й группе и $16,9 \pm 8,9$ Ед/л – во 2-й ($p = 0,04$). Пиковое значение КФК-МВ после вмешательства также было достоверно выше в группе аторвастатина ($34,4 \pm 27,3$ в сравнении с $21,5 \pm 10,4$ Ед/л соответственно; $p = 0,029$). Повышение КФК-МВ после вмешательства выше 3 верхних границ нормы (ВГН) было выявлено у 4 пациентов в 1-й группе. В группе розувастатина этот порог увеличения КФК-МВ не был достигнут ни у одного больного ($p = 0,05$). Перипроцедурный инфаркт миокарда, диагностируемый по повышению КФК-МВ выше 5 ВГН, не был выявлен ни у одного пациента, включенного в данное исследование.

Заключение. При плановом эндоваскулярном вмешательстве на КА применение нагрузочной дозы розувастатина лучше профилактирует острое повреждение миокарда, диагностируемое по повышению кардиоспецифического биомаркера КФК-МВ, по сравнению с нагрузочной дозой аторвастатина.

Способ оценки коронарного риска у пациентов с висцеральным ожирением

Веселовская Н.Г.^{1,2}, Чумакова Г.А.^{1,3}, Отт А.В.^{2,3}, Шенкова Н.Н.^{3,4}

¹НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово;

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул;

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул;

⁴ЗАО «Санаторий «Россия», Белокуриха, Алтайский край

Современные шкалы стратификации коронарного риска не учитывают вклад висцерального ожирения в риск сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Создать Шкалу риска развития субклинического коронарного атеросклероза у больных с ожирением (СКАБО).

Материал и методы. В исследование были включены 67 мужчин 40–65 лет ($50,95 \pm 6,54$ года) с отсутствием клиники стенокардии и клинических проявлений атеросклероза других локализаций. Пациенты имели общее ожирение 1–3-й степени, индекс массы тела $35,16 \pm 3,32$ кг/м² и висцеральное ожирение по показателю толщины эпикардиальной жировой ткани 7 мм и более. В результате проведения коронароангиографии или мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий были выделены 2 группы сравнения: 1-я группа (n=25) – пациенты с наличием коронарного атеросклероза, 2-я группа (n=42) – пациенты с отсутствием коронарного атеросклероза. Всем пациентам была проведена оценка основных и дополнительных метаболических факторов риска. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS-21.

Результаты. Потенциальными предикторами риска коронарного атеросклероза в результате сравнения 2 групп стали: наличие артериальной гипертензии, углеводных нарушений, а также триглицериды, лептин, адипонектин и С-реактивный белок (СРБ). Для определения пороговых значений количественных предикторов и редукции интервальных переменных в категориальные был проведен ROC-анализ. Так, для триглицеридов оптимальной точкой отсечения стало значение 1,8 мм/л (чувствительность 72%, специфичность 66,7%), для лептина – 12,8 нг/мл (чувствительность 80%, специфичность 64%), для адипонектина – 10 мкм/мл (чувствительность 84%, специфичность 45%), для СРБ – 5 мг/мл (чувствительность 64%, специфичность 76%). В результате регрессионного анализа с оптимальным шкалированием каждому предиктору присвоены коэффициенты важности. Величина верных классификаций в результате логистической регрессии составила 79,1%, что говорит о хорошей прогностической способности данной регрессионной модели. Для определения порогового значения суммарного балла, связанного с высоким риском субклинического коронарного атеросклероза, была построена ROC-кривая. Оптимальный порог отсечения суммы баллов (cut-off value), позволяющий разделить больных на 2 группы, соответствовал значению 58 баллов. Таким образом, при вероятности коронарного атеросклероза 58 и выше риск его относится к градации высокого.

Заключение. Шкала СКАБО позволяет учитывать основные патогенетические механизмы, связывающие ожирение и коронарный атеросклероз. Разработанная шкала позволяет с вероятностью 79,1% оценить риск коронарного атеросклероза у асимптомных больных с ожирением.

Эпикардиальное ожирение как фактор риска поражения миокарда и его ремоделирования

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

¹НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово;

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул;

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

Изучение факторов риска и доклинических маркеров хронической сердечной недостаточности (ХСН) является важным направлением кардиологии. Роль эпикардиального ожирения (ЭО) в ремоделировании левого желудочка изучена недостаточно.

Цель. Оценить взаимосвязь толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) со структурными и функциональными показателями миокарда.

Материал и методы. В исследование были включены 104 мужчины (54,8±8,2 года) с ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения I–III функционального класса на фоне ожирения (индекс массы тела 34,26±2,80 кг/м²). Из исследования были исключены пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда. Были выделены 2 группы пациентов: 1-я группа с тЭЖТ≥7 мм (n=49), 2-я – пациенты с тЭЖТ<7 мм (n=55). Всем пациентам проводилась оценка основных адипокинов висцеральной жировой ткани (лептин, адипонектин, резистин). Оценка структуры и функции миокарда проводилась с помощью ЭхоКГ. Степень ЭО оценивалась с помощью ЭхоКГ (определялась линейная тЭЖТ за свободной стенкой правого желудочка – ПЖ в конце систолы в В-режиме).

Результаты. Было выявлено, что у пациентов 1-й группы (тЭЖТ≥7 мм) показатели лептина – 19,9 (11,3; 25,6) нг/мл и резистина – 12,6 (5,9; 18,6) нг/мл были выше, чем во 2-й группе (тЭЖТ<7 мм), – 9,3 (6,8; 13,2) нг/мл ($p=0,001$) и 8,3 (1,8; 11,7) нг/мл ($p=0,028$) соответственно. Уровень адипонектина в 1-й группе был ниже, чем во 2-й, и составил 7,9 (5,2; 9,7) и 9,9 (7,7; 22,2) мкг/мл соответственно ($p=0,005$). Выявлено, что средние значения конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) в 1-й группе составили 132,67±15,67 и 51,89±8,31 мл и были значительно выше, чем у пациентов 2-й группы, – 124,45±12,69 мл ($p=0,005$) и 43,76±6,54 мл ($p=0,002$). Кроме того, у пациентов 1-й группы с тЭЖТ≥7 мм были выше размеры левого предсердия (ЛП) – 44,37±4,97 мм и конечный диастолический размер правого желудочка – 29,31±3,48 мм, чем у пациентов 2-й группы, – 40,54±2,98 мм ($p=0,001$) и 25,43±3,12 мм ($p=0,001$). Было выявлено, что показатель тЭЖТ положительно коррелировал с объемами левого желудочка: КДО ($r=0,364$; $p=0,001$), КСО ($r=0,392$; $p=0,001$) и отрицательно – с фракцией выброса по Симпсону ($r=-0,409$; $p=0,001$). Кроме того, показатель тЭЖТ определил положительную взаимосвязь с размерами ЛП ($r=0,218$; $p=0,030$). В 1-й группе диастолическая дисфункция (ДД) 1-го типа определялась у 28,5% (n=14) пациентов, во 2-й – у 14% (n=8). Кроме того, у 2 пациентов 1-й группы была выявлена ДД 2-го типа, у пациентов 2-й – данный вид ДД не встречался.

Заключение. В клинической практике может стать важной оценка степени ЭО, которая связана как с выраженностью нейрогуморальной активности самой ЭЖТ, так и активности в целом висцерального жира в организме. ЭО возможно является важным патогенетическим механизмом ремоделирования миокарда и модифицируемым фактором риска развития и прогрессирования ХСН.

Основы построения программы физической реабилитации для детей с функционально единственным желудочком сердца

Витомский В.В.^{1,2}, Лазарева Е.Б.¹, Позняк Ю.В.²

¹Национальный университет физической культуры и спорта Украины, Украина;

²ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии», Украина

Цель. Определить основы построения программы физической реабилитации детей с функционально единственным желудочком сердца (ФЕЖС).

Материал и методы. Анализ научной литературы, синтез, обобщение.

Результаты. Использование средств физической реабилитации как до, так и после оперативных вмешательств у детей положительно влияет на здоровье и качество жизни ребенка. Особенностью детей с ФЕЖС является их гемодинамика, а также то, что большинство из них подлежат этапному хирургическому лечению, которое направлено на гемодинамическую коррекцию, а не анатомическую. Целью программы физической реабилитации детей с ФЕЖС является улучшение физического здоровья и качества жизни. Задачи программы физической реабилитации: способствовать улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем; активизации экстракардиальных факторов кровообращения; формированию навыка правильной осанки; совершенствованию двигательных качеств; повышению толерантности к физическим нагрузкам; улучшению психоэмоционального статуса больного.

Программа физической реабилитации строится и реализуется на практике с учетом следующих принципов:

1. Рациональное и комплексное использование и расширение спектра средств физической реабилитации, их форм и методов применения с учетом механизма действия, патогенетической направленности и особенностей пациентов детской кардиохирургии.
2. Принцип партнерства специалиста по физической реабилитации, медицинских работников, ребенка и его родителей.
3. Целенаправленное и дифференцированное применение средств физической реабилитации в зависимости от этапа лечения, функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, характеристик осанки.

4. Последовательная коррекция функциональных нарушений в соответствии с задачами каждого из периодов физической реабилитации.

Поскольку дети с ФЕЖС не занимаются физическими упражнениями на уроках физической культуры в школе, то при обучении физическим упражнениям особенно важным является соблюдение дидактических принципов.

Заключение. Физическая реабилитация детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, является одной из самых сложных задач физической реабилитации, детской кардиологии и кардиохирургии. Для улучшения состояния здоровья, функциональных возможностей и социальной адаптации каждому больному необходим индивидуальный подход в проведении реабилитационных мероприятий.

Факторы, требующие учета при составлении программы физической реабилитации для детей с функционально единственным желудочком сердца

Витомский В.В.^{1,2}, Лазарева Е.Б.¹, Позняк Ю.В.²

¹Национальный университет физической культуры и спорта Украины, Украина;

²ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии», Украина

Цель. Определить факторы, влияющие на составление программы физической реабилитации детей с функционально единственным желудочком сердца (ФЕЖС).

Материал и методы. Анализ научной литературы, синтез, обобщение.

Результаты. При составлении программы реабилитации на всех ее этапах учитывается следующее: особенности гемодинамики; морфологические и анатомические особенности желудочка и всего сердца; характер и объем хирургического вмешательства, оперативный доступ; течение послеоперационного периода; степень проявления функциональных нарушений в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; уровень толерантности к физическим нагрузкам и уровень развития опорно-двигательного аппарата, вид нарушения статического стереотипа (осанки); социальная активность, возраст, пол. К особенностям гемодинамики относятся: степень коррекции (состояние после наложения анастомоза Гленна или операции Фонтена), соотношение объемов легочного и системного кровотока, среднее диастолическое давление в предсердии, желудочке, систолическое давление в легочной артерии, верхней и нижней полых венах, сопротивление сосудов легких, а также другие факторы, важность которых обуславливается анатомией и этапом гемодинамической коррекции. Следует считать более благоприятным состояние при ФЕЖС по левому типу и менее благоприятном – по правому, особенно при увеличенном конечно-диастолическом объеме желудочка. Учету подлежат также сократительная способность миокарда, недостаточность атриовентрикулярного клапана и обструкция на системном выводном тракте. Состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уровень физического развития и показатели толерантности к физическим нагрузкам, так же как и течение послеоперационного периода, обуславливают сроки и степень активизации после операции, а также параметры физической нагрузки в отдаленном периоде. Вид нарушения статического стереотипа влияет на подбор специальных корректирующих упражнений. Социальная активность, возраст, пол обуславливают методику обучения физическим упражнениям и проведения процедуры лечебной гимнастики.

Заключение. Составление комплексной программы физической реабилитации для детей с ФЕЖС требует учета множества факторов как кардиологического, так и соматического профиля.

Применение эплеренона в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью, перенесших аортокоронарное шунтирование

Ворсин О.Э., Юдин В.Е., Чурсина Т.В., Сычев В.В.

Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского»

Минобороны России, Москва

Цель. Оценить клинико-гемодинамические эффекты эплеренона у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материал и методы. Обследованы 58 пациентов в возрасте от 56 до 65 лет (50 мужчин, 8 женщин) с ХСН II–IV функционального класса (ФК) по NYHA и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45%, перенесших АКШ. В ходе исследования 37 пациентам в дополнение к стабильной базисной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, диуретиками и β-адреноблокаторами назначался

14-дневный курс селективного антагониста минералокортикоидных рецепторов – эплеренона в дозе 25 мг/сут. Контрольную группу составил 21 больной. В качестве конкурирующего антагониста альдостерона больные контрольной группы получали Верошпирон 25 мг/сут. Для оценки структурно-функционального состояния миокарда проводилось стандартное эхографическое исследование с определением параметров систолической и диастолической функции ЛЖ на аппарате Mylab 70 фирмы Esaote, а также проводился тест 6-минутной ходьбы для оценки ФК ХСН.

Результаты. У больных, получавших эплеренон, в отличие от больных контрольной группы, к окончанию периода наблюдения отмечалось достоверное уменьшение конечно-систолического и диастолического объемов ЛЖ, возрастание ФВ ЛЖ с $32,4 \pm 1,5$ до $39,6 \pm 2,4\%$ ($p < 0,05$), а также увеличение толерантности к физической нагрузке по данным теста с 6-минутной ходьбой с 265 ± 25 до 312 ± 21 м ($p < 0,05$). При включении эплеренона в лечение больных с ХСН, перенесших АКШ, выявлено улучшение качества жизни больных – повышение физической и социальной активности, энергичности, способности к физическому функционированию.

Заключение. Полученные данные позволяют рекомендовать эплеренон в качестве компонента комбинированной медикаментозной терапии ХСН у больных, перенесших АКШ.

Оценка эффективности медицинской реабилитации у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование с включением эплеренона

Ворсин О.Э., Чурсина Т.В.

Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского»
Минобороны России, Москва

По данным Европейского общества кардиологов, среди населения Европы хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имеется не менее чем у 14 млн человек.

Цель. Оценить показатели сократительной способности миокарда, динамику функционального класса (ФК) ХСН (NYHA) у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ) при применении эплеренона.

Материал и методы. В исследование включены 50 больных в возрасте от 56 до 65 лет (50 мужчин, 6 женщин), перенесших АКШ с проявлениями ХСН I–III ФК по NYHA. Всем пациентам проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиография), эхокардиография, при поступлении в отделение и перед выпиской, также исследовался уровень мозгового натрийуретического пептида. ФК ХСН определяли по тесту 6-минутной ходьбы. Медикаментозная терапия включала ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины, ацетилсалициловую кислоту, лечебную физкультуру, физиопроцедуры (лазер на область грудины). Для лечения ХСН пациенты основной группы (26 человек) использовали эплеренон в дозе 25 мг/сут, пациенты контрольной – спиронолактон в дозе 25–50 мг/сут.

Результаты. У пациентов основной группы отеки нижних конечностей, застойные явления в малом круге кровообращения исчезли к 3–4-му дню лечения, в то время как у пациентов контрольной группы – к 7–8-му. Также у пациентов основной группы улучшились показатели сократительной функции миокарда левого желудочка, хотя и недостоверно, ФК ХСН составил $1,6 \pm 0,4$. У пациентов контрольной группы ФК ХСН составил $2,1 \pm 0,3$. Улучшение качества жизни отметили 92,4% пациентов в обеих группах.

Заключение. Своевременное и адекватное хирургическое лечение осложненных форм ишемической болезни сердца в сочетании с применением в комплексной медикаментозной терапии селективного блокатора альдостероновых рецепторов эплеренона определяет улучшение клинического состояния больных, показателей центральной гемодинамики, уменьшение проявлений сердечной недостаточности, что в конечном итоге приводит к улучшению прогноза и качества жизни у данной категории больных.

Диспансерное наблюдение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на региональном уровне

Гомова Т.А.¹, Дроздова Л.Ю.², Кушунина Д.В.², Соин И.А.¹, Калинина А.М.²

¹ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» Департамента здравоохранения Тульской области, Тула;

²ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель. Изучение структуры больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), подлежащих диспансерному наблюдению (ДН), выявленных в ходе диспансеризации взрослого населения в Тульской области (ТО), оценка показателя охвата ДН больных с разными нозологическими формами ССЗ в ТО и Российской Федерации, нагрузки участковых врачей-терапевтов и структур медицинской профилактики (кабинетов и отделений) по ДН этих больных в условиях их активного выявления.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диспансеризации взрослого населения ТО в отношении выявления ССЗ, оценены необходимые объемы ДН этих больных. Проведен расчет средней численности выявляемых больных, подлежащих ДН, на 1 врачебный участок и нагрузку на 1 участкового врача-терапевта с учетом территориального показателя укомплектованности участковой службы.

Результаты. Укомплектованность участковой службы в ТО составляет 52,6%, что, к сожалению, характерно для большинства субъектов РФ. Кроме этого, имеет место низкая укомплектованность врачебными кадрами кабинетов и отделений медицинской профилактики – 30 и 20% соответственно, в результате этого 87% углубленных профилактических консультирований проводится средним медицинским персоналом. Численность групп ДН увеличивалась в ходе диспансеризации в среднем на 2–2,8% от уровня предыдущего года, одинаково в городах и селах. В реальной практике на ДН в ТО в 2013 г. находились 59,8% от всех зарегистрированных в области больных с ССЗ, что выше, чем по РФ, в целом (36,8%). Больные с ССЗ составляют более 1/2 (54,8%) больных группы ДН при расчете на средний терапевтический участок. В ТО по сравнению с РФ в целом на ДН находятся больше пациентов с болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением, соответственно 78,8 и 49,5%, больных с ишемической болезнью сердца (61,5 и 44,4%), цереброваскулярными заболеваниями (22,8 и 18,3%), хотя величина охвата ДН последней категории больных низкая. Из числа лиц, подлежащих ДН в отделениях/кабинетах медицинской профилактики, повторно их посетили за 2014 г. только 11% пациентов.

Заключение. Показана реальная практика формирования группы ДН больных с ССЗ с разными нозологическими формами в ходе диспансеризации взрослого населения на примере ТО. В условиях низкой укомплектованности врачебными кадрами на терапевтических участках необходимы разработка эффективных организационных моделей динамического наблюдения этих больных, усиление взаимодействия участковых врачей-терапевтов со структурами медицинской профилактики поликлиники для обеспечения реализации одной из основных задач профилактики преждевременной смертности населения от этих заболеваний.

Липотоксическое поражение миокарда у больных с ожирением

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

¹КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул;

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

³НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Висцеральное ожирение сердца при метаболическом синдроме (МС) может приводить к липотоксическому поражению миокарда, его ремоделированию и, возможно, развитию хронической сердечной недостаточности.

Цель. Выявить возможные факторы риска развития липотоксического поражения миокарда у больных с ожирением.

Материал и методы. В исследование были включены 48 мужчин, средний возраст 43,8±5,2 года, с МС и общим ожирением. Пациенты имели ожирение 1–3-й степени, индекс массы тела 33,86±4,23 кг/м². Критериями исключения пациентов из исследования являлись сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Всем пациентам измерялась толщина эпикардальной жировой ткани (тЭЖТ) по ЭхоКГ (определялась линейная тЭЖТ за свободной стенкой правого желудочка – ПЖ в конце систолы в В-режиме), определялись уровни метаболических факторов риска, насыщенных свободных жирных кислот (НСЖК) и проводилась МРТ с отсроченным контрастированием гадолинием для выявле-

ния участков фиброза миокарда как возможного исхода липотоксического поражения кардиомиоцитов. Пациентов, включенных в исследование, разделили на 2 группы: 1-я группа – 26 пациентов с МС и тЭЖТ > 7 мм, 2-я – 22 пациента с МС и тЭЖТ < 7 мм.

Результаты. В 1-й группе были выявлены более высокие показатели глюкозы ($p=0,004$), инсулина ($p=0,02$), НСЖК ($p=0,003$), триглицеридов – ТГ ($p=0,04$) и липопротеинов очень низкой плотности – ЛПОНП ($p=0,002$). Кроме того, в 1-й группе чаще выявлялось отсроченное накопление контрастного препарата гадолиния, которое определялось по удлинению времени инверсии. Время инверсии в 1-й группе составило $341,2 \pm 5,6$ мс, а во 2-й – $263,2 \pm 4,9$ мс ($p=0,04$). Проведена оценка ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и выявлено, что средние значения конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) в 1-й группе составили $133,67 \pm 15,67$ и $53,78 \pm 8,31$ мл и были значительно выше, чем у пациентов 2-й группы ($p=0,005$). Кроме того, у пациентов 1-й группы с тЭЖТ > 7 мм были больше размеры левого предсердия (ЛП) – $44,42 \pm 4,89$ мм и конечный диастолический размер ПЖ – $29,41 \pm 3,52$ мм, чем у пациентов 2-й группы ($p=0,001$). тЭЖТ положительно коррелировал с объемами ЛЖ: КДО ($r=0,364$; $p=0,001$), КСО ($r=0,392$; $p=0,001$), и отрицательно – с фракцией выброса по Симпсону ($r=-0,409$; $p=0,001$). Кроме того, показатель тЭЖТ определил положительную взаимосвязь с размерами ЛП ($r=0,218$; $p=0,030$). В 1-й группе диастолическая дисфункция (ДД) 1-го типа определялась у 28,5% ($n=14$) пациентов, во 2-й – у 14% ($n=8$). Кроме того, у 2 (4%) пациентов 1-й группы была выявлена ДД 2-го типа, у пациентов 2-й – данный вид ДД не встречался.

Заключение. При МС существенно возрастает риск развития липотоксического поражения миокарда. Данный риск возрастает при наличии выраженного висцерального ожирения. Следствием липотоксического поражения миокарда при МС является развитие фиброза миокарда, маркерами развития которого является повышенный уровень НСЖК, ТГ и ЛПОНП, критерии МРТ.

Влияние дифференцированной программы физической реабилитации на показатели медико-социальной эффективности у пациентов с инфарктом миокарда после выполнения чрескожного коронарного вмешательства

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

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

Цель. Оценить влияние дифференцированной программы физической реабилитации на показатели медико-социальной эффективности у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. Обследованы 65 пациентов с острым ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ. 31 пациент составил контрольную группу (КГ), 34 пациента – основную группу (ОГ). Пациенты КГ и ОГ не различались по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии, полноте реваскуляризации и проводимой медикаментозной терапии ($p>0,05$). Физическая реабилитация (ФР) пациентов КГ осуществлялась традиционным способом, включающим лечебную гимнастику (ЛГ) и дозированную ходьбу (ДХ). У пациентов ОГ использовалась разработанная дифференцированная программа ФР, включающая, кроме ЛГ и ДХ, велотренировки (ВТ). ВТ назначались дифференцированно, с учетом реабилитационного класса 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 ходе выполнения исследования изучены длительность стационарного лечения и продолжительность пребывания на больничном листе по поводу ИМ, первичный выход на инвалидность, перенесенные повторные ИМ и повторные ЧКВ, а также случаи смерти от ишемической болезни сердца среди пациентов ОГ и КГ на протяжении 12 мес с момента наблюдения.

Результаты. При анализе полученных данных установлено, что средняя длительность стационарного лечения у пациентов ОГ была достоверно ниже по сравнению с лицами КГ ($12,84 \pm 0,32$ и $13,71 \pm 0,25$ соответственно; $p<0,05$). Продолжительность же пребывания на больничном листе по поводу ИМ у пациентов обеих групп была практически одинаковой: $75,8 \pm 2,4$ дня у лиц ОГ и $75,0 \pm 1,28$ дня – КГ ($p>0,05$). Использование дифференцированной программы физической реабилитации у пациентов ОГ благоприятно отразилось на показателе первичного выхода на инвалидность. Так, стойкая утрата трудоспособности на протяжении года наблюдения установлена у 17,6% больных ОГ и 29,0% – КГ ($p<0,05$). В течение года наблюдения в ОГ не зарегистрировано случаев развития повторного ИМ, а также не возникло нестабильности клинического течения заболевания, потребовавшего повторного ЧКВ. В то же время среди лиц КГ зафиксировано два таких случая: 1 – развитие повторного ИМ и 1 – выполнение повторного ЧКВ в связи с рестенозом стента. Среди лиц ОГ в течение года наблюдения отмечен 1 летальный исход, в КГ – 2 летальных случая.

Заключение. Применение разработанной дифференцированной программы физической реабилитации у лиц ОГ позволило достоверно уменьшить длительность стационарного лечения, существенно снизить стойкую утрату трудоспособности, а также частоту развития повторных ИМ и летальных исходов, что свидетельствует о повышении медицинского и социального аспектов реабилитации данной категории лиц. Использование традиционной ФР у пациентов с ИМ, подвергшихся ЧКВ в острой фазе болезни, не оказывает существенного влияния на течение заболевания и показатели трудоспособности.

Влияние различных программ физической реабилитации на показатели мозговой гемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией

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

Цель. Изучить влияние различных программ физической реабилитации (ФР) на показатели мозговой гемодинамики у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включены 45 пациентов с АГ. Методом рандомизации сформировано 2 группы пациентов: основная группа – ОГ (n=24), средний возраст 46,4±2,5 года, и контрольная группа – КГ (n=21), средний возраст 48,6±2,7 года ($p>0,05$). В ОГ ФР была представлена разработанным индивидуализованным подходом с учетом толерантности к физической нагрузке. В КГ ФР осуществлялась традиционно. Всем пациентам, включенным в исследование, осуществлялась регистрация мозговой гемодинамики (МГ) по методике, разработанной в Белорусском НИИ кардиологии. При оценке МГ оценивались показатели: артериальное кровенаполнение головного мозга (А, Ом), тонус мелких мозговых артерий (В/А, %), венозный отток крови (В/О, %), скорость объемного кровотока (F, Ом/с).

Результаты. При анализе МГ в исходном состоянии установлено, что показатель А у пациентов ОГ и КГ существенно не различался и был ниже возрастной нормы. Среди лиц ОГ он составил: левая сторона – 0,07±0,009 Ом, правая – 0,13±0,06 Ом, в КГ: 0,07±0,007 и 0,07±0,007 Ом соответственно. Снижение показателя А у обследуемых ОГ и КГ было обусловлено повышенным тонусом мелких мозговых артерий. Показатель В/А превышал уровень возрастной нормы. У пациентов ОГ он составил: справа – 145,3±58,1% и 97,1±11,0% – слева, а у лиц КГ – 117,2±9,7 и 116,9±7,6% соответственно. В исходном состоянии у лиц ОГ имело место нарушение геометрии мозгового кровотока. Так показатели А и В/А справа были выше, чем слева: А – 0,07±0,009 и 0,13±0,06, В/А – 145,3±58,1 и 97,1±11,0 соответственно. Причем коэффициент асимметрии (КА) по показателю А был равен 46,2, а по показателю В/А – 33,3, что соответствует наличию значительной асимметрии мозгового кровотока. Показатели В/О и F у пациентов обеих групп значимо не различались и находились в пределах возрастной нормы. При обследовании через 3 мес значимых изменений со стороны показателей А, В/О и F у пациентов сопоставляемых групп не выявлено. У лиц ОГ наметилась положительная динамика в снижении показателя А, а также существенно улучшилась геометрия мозгового кровотока. КА уменьшился от выраженного до незначительного (с 33,3 до 13,2; $p<0,005$). В то же время в КГ при II тесте отмечена тенденция к увеличению значения показателя, характеризующего тонус мелких мозговых артерий, и тенденция к развитию асимметрии мозгового кровотока.

Заключение. При использовании интенсивной ФР у лиц ОГ отмечается некоторое ($p>0,05$) уменьшение тонуса мелких мозговых артерий, значительно улучшается геометрия мозгового кровотока ($p<0,005$). При отсутствии интенсивной ФР у лиц КГ через 3 мес появляется тенденция к повышению тонуса мелких мозговых артерий и развитию отсутствовавшей исходно асимметрии мозгового кровотока.

Опыт этапной физической реабилитации больных с ишемической болезнью сердца с коморбидной патологией на базе клинических кафедр и клиник вуза в рамках сотрудничества с практическим здравоохранением

Гуляева С.Ф., Мальчикова С.В., Гуляев П.В., Швецова Д.В., Тихонова Н.В., Царев Ю.К.
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров;
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова»
Минздрава России, Москва

Цель. Совершенствование этапной физической реабилитации больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с коморбидной патологией, перенесших острое коронарное событие (ОКС). Это обосновано ре-

зультатами многоцентрового исследования РИФТ ПРОКИ, которое проводилось под руководством ГНИЦ профилактической медицины. В результате исследования было выявлено, что наибольшие проблемы в системе приверженности реабилитации и занятиям физическими тренировками (ФТ) возникают у больных с ИБС с коморбидной патологией, когда в сроки от 6 до 12 мес от начала занятий ФТ 53% пациентов прекращают занятия.

Материал и методы. Обследованы 300 больных с ИБС в возрасте от 37 до 68 лет, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в том числе оперативные вмешательства на сердце, которые протекали на фоне коморбидной патологии. Среди сопутствующих заболеваний преобладала гастроэнтерологическая патология (60%). Период наблюдения составил 24 мес. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний в соответствии со стандартами и порядками ведения. Проводились ФТ по программе, рекомендуемой ГНИЦ профилактической медицины (Аронов Д.М. и соавт.). Особое место в системе диспансеризации отводилось разработке программы реабилитации для больных с ИБС с коморбидной патологией на базе академической клиники восстановительного лечения и системы диспансерного наблюдения больных, направленной на повышение информированности пациента. В качестве технического персонала для проведения индивидуальной работы с пациентом привлекались аспиранты, интерны, студенты в процессе обучения на клинической кафедре в плане сотрудничества с практическим здравоохранением, работе школ здоровья, «воскресных прогулок» с профессором кафедры (руководителем школы здоровья) и образования пациента по семейному подходу.

Результаты. Внедрение разработанной нами программы физической реабилитации и вторичной профилактики больных с ИБС с коморбидной патологией, которая направлена на повышение приверженности занятиям ФТ, приводит к улучшению течения ИБС, проявляющегося снижением функциональных классов и частоты приступов стенокардии на 42,2% и потребности в нитратах – на 41%. Длительные ФТ у больных с ИБС положительно влияют на психофизиологический статус данных больных, способствуют улучшению качества жизни, снижению избыточной массы тела, благоприятному влиянию на липидный состав плазмы крови, повышают приверженность занятиям ФТ у лиц, прошедших систему образования по семейному подходу (93%). При этом выявлено, что, поскольку приверженность занятиям ФТ больных с ИБС с коморбидной патологией затруднена (47%), необходим поиск новых подходов к совершенствованию системы образования и повышению мотивации пациентов к занятиям ФТ. При этом использование ресурсов клинических кафедр и клиник вуза, а в качестве технического персонала – студентов в плане совместной работы и сотрудничества с практическим здравоохранением может быть одним из эффективных подходов в решении проблемы.

Положительное влияние адаптации к периодической гипоксии на мозговое кровообращение и предупреждение цереброваскулярных нарушений

Дауни Г.Ф.¹, Ши С.¹, Александрин В.В.², Горячева А.В.², Манухина Е.Б.^{1,2}

¹Центр медицинских наук Университета Северного Техаса, Форт-Уэрт, США;

²ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии», Москва

Нарушения мозгового кровообращения являются ведущей причиной неврологической заболеваемости, инвалидизации и смертности. Однако в настоящее время эффективной лекарственной терапии и профилактики этих нарушений не существует. Новые возможности защиты мозга от гипоксии и ишемии, обусловленной гипоперфузией мозговой ткани, могут открыть нефармакологические методы лечения. В качестве одной из таких возможностей изучается адаптация к периодической гипоксии (АПГ). Экспериментальные исследования показали, что АПГ обладает нейропротекторным действием при геморрагическом инсульте, вызванном эпилептиформными судорогами, а также уменьшает размер инфаркта мозга, ограничивает воспаление и повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера после транзиторной окклюзии средней мозговой артерии. АПГ оказывает выраженное благоприятное действие на мозговое кровообращение при экспериментальной болезни Альцгеймера (БА), которая рассматривается как «цереброваскулярное расстройство с нейродегенеративными последствиями». У крыс с экспериментальной БА АПГ почти полностью предупреждала дисфункцию эндотелия церебральных и внецеребральных сосудов, изреживание сосудистой сети и утрату нейронов в коре мозга. Благодаря этим защитным эффектам АПГ в конечном счете предупреждала нарушения памяти и развитие экспериментальной БА у животных. У крыс со спонтанной гипертензией АПГ также предупреждала изреживание артериол и капилляров в мозге, что рассматривается как один из возможных механизмов антигипертензивного эффекта АПГ. Несмотря на многообещающие доклинические данные, переход от экспериментальных протоколов адаптации к гипоксии/ишемии к клиническому применению труден,

и клинические исследования с использованием этого нефармакологического подхода все еще немногочисленны. Тем не менее на здоровых добровольцах показано, что повторная нормобарическая гипоксия значительно уменьшает изменения перфузии мозга, возникающие в ответ на гипер- и гипоканию, не нарушая при этом оксигенации мозговой ткани. Этот механизм может оказаться протективным при апноэ сна. Парадоксальным образом обнаружилось, что пожилые люди, страдающие умеренным апноэ сна, обладают преимуществом по продолжительности жизни. Возможно, апноэ сна способно активировать адаптивные механизмы в пожилом возрасте. АПГ успешно применялась для лечения энцефалопатии благодаря улучшению окислительного гомеостаза. В нескольких клинических исследованиях использовалось повторное билатеральное ишемическое преко кондиционирование рук, что снижало частоту рецидивов инсульта у пациентов со стенозом внутричерепных артерий. В клинических условиях отмечалась способность мозга формировать реакцию на адаптирующий стимул, которая обеспечивает защиту от последующих повреждений. Исходы инфаркта мозга были более благоприятными у пациентов, ранее перенесших спонтанные транзиторные ишемические атаки, чем у пациентов без предшествующих атак. Повреждающие эффекты гипоксии особенно ярко выражены при эмбриональном развитии и асфиксии у новорожденных, приводя к аномалиям развития мозга, шизофрении, корковому параличу и задержке умственного развития. С другой стороны, оказалось, что умеренная АПГ в ранний период жизни ускоряет развитие мозга и улучшает функции обучения и запоминания, что связывают с увеличением концентраций ДНК в мозге, стимулированием нейрогенеза и экспрессии белков, вовлеченных в синаптическую пластичность. АПГ беременных женщин в группе риска эклампсии приводит к более успешным родам, снижению частоты нефропатии, гипоксии плода, преждевременных родов и улучшает физическое состояние новорожденных. Для более эффективного использования благоприятного действия АПГ на мозговое кровообращение требуется проведение новых трансляционных исследований.

Beneficial effects of intermittent hypoxic conditioning on cerebral circulation and prevention of cerebrovascular disorders

Downey H.F.¹, Shi X.¹, Aleksandrin V.V.², Goryacheva A.V.², Manukhina E.B.^{1,2}

¹University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, USA

²Institute of General Pathology and Pathophysiology, Moscow, Russia

Disorders of cerebral circulation are a leading cause of neurological morbidity, disability and death. However, there is currently no promising drug therapy or prevention for these disorders. Non-pharmaceutical therapies might provide new opportunities for protection of brain from hypoxia and ischemia induced by tissue hypoperfusion. Intermittent hypoxic conditioning (IHC) has been studied as a potential therapy. Experimental studies showed that IHC was neuroprotective in hemorrhagic stroke induced by epileptiform seizure and reduced the size of infarct, inflammation, and increased blood-brain barrier permeability after transient middle cerebral artery occlusion. In experimental Alzheimer's disease (AD), which is considered "a cerebrovascular disorder with neurodegenerative consequences", IHC exerted pronounced beneficial effects on cerebral circulation. In rats with experimental AD, IHC almost completely prevented endothelial dysfunction of both cerebral and extracerebral blood vessels, rarefaction of brain vascular net and the loss of neurons in the brain cortex. Due to these protective effects, IHC eventually prevented the impairment of memory and development of experimental AD. In spontaneously hypertensive rats, IHC also prevented rarefaction of arterioles and capillaries in brain, which is, interestingly, considered a possible mechanism for the antihypertensive effect of IHC. Despite promising preclinical data, the translation of preclinical hypoxic/ischemic conditioning protocols to a clinical application has been difficult, and clinical studies using this non-pharmacological approach are still scarce. In healthy human subjects, repetitive normobaric IHC significantly diminished variations of cerebral perfusion in response to hypercapnia and hypocapnia without compromising cerebral tissue oxygenation. This mechanism may be protective in sleep apnea. Paradoxically, elderly people with moderate sleep apnea have a survival advantage. Perhaps apneas during sleep may activate adaptive pathways in the elderly. IHC was successfully used for treatment of encephalopathy due to improvement of oxidative homeostasis. Several clinical studies have used repetitive bilateral arm ischemic preconditioning, which reduced stroke recurrence in patients with intracranial arterial stenosis. The ability of the brain to produce an endogenous response to a conditioning stimulus that leads to subsequent protection against future injury has been observed in clinical settings. Patients with previous spontaneous, transient ischemic attacks before cerebral infarction had a more favorable outcome than those without such previous attacks. Deleterious effects of hypoxia are strikingly pronounced during prenatal development and asphyxia at birth resulting in anomalous brain development, schi-

zophrenia, cerebral palsy, and mental retardation. On the other hand, it appears that moderate IHC in early life accelerates brain development, leading to greater learning and memory capacity. IHC-increased learning capacity is associated with increased brain DNA concentrations, increased neurogenesis, and expression of proteins involved in synaptic plasticity. IHC treatment of mothers at risk of eclampsia resulted in more successful delivery, less frequent occurrence of nephropathy, fetal hypoxia, premature labor, and better physical condition of newborns. More translational research is needed to more completely utilize beneficial effects of IHC on cerebral circulation.

Особенности ангиогенеза у пациентов с острым инфарктом миокарда после тромболитической терапии

Девришбекова З.М., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Димарова О.Б., Самокаев А.С., Самохина Л.Ю.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону

Цель. Изучить динамику уровня факторов ангиогенеза и фактора некроза опухоли α (TNF- α) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ), выявить предикторы развития сердечно-сосудистых осложнений на госпитальном и амбулаторном этапах.

Материал и методы. В исследование включены 106 пациентов: из них 78 пациентов с ОИМ и 28 – относительно здоровых лиц. Включались больные с ОИМ передней стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST, поступившие в стационар в первые сутки от момента развития ИМ. Пациенты были разделены на следующие группы: 1-я группа – больные с ОИМ (39 человек), которым восстановление кровотока не проводилось в связи с поздними сроками поступления в стационар; 2-я группа – больные с ОИМ, которым была проведена тромболитическая терапия (39 человек), они поступили в отделение кардиореанимации через $6,02 \pm 3,51$ ч от момента развития ангинозного приступа; 3-я группа – группа контроля – 28 практически здоровых лиц. Исследование проводилось в 2 этапа: госпитальный этап – от момента поступления в стационар по поводу ОИМ до выписки, амбулаторный этап – пациенты приглашались на повторный визит через 6 мес после выписки из стационара. Определение уровня эндостатина, фактора роста фибробластов (β FGF), человеческого тромбоцитарного фактора роста AA (PDGF-AA) и человеческого TNF- α проводили при помощи иммуноферментного анализа (ELISA) и твердофазного иммуноферментного сэндвич-анализа для количественного определения в плазме крови – R and D Systems (США). Статистическая обработка проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты. При изучении факторов ангиогенеза на госпитальном этапе нами получено, что средний уровень индукторов ангиогенеза – PDGF-AA и β FGF оказался статистически значимо выше среди пациентов с ИМ, чем у практически здоровых лиц, однако средний уровень ингибитора ангиогенеза – эндостатина, по сравнению со здоровыми добровольцами, был сопоставим. Концентрация TNF- α оказалась на 63% выше в 1-й группе пациентов, в то время как в группе пациентов с тромболитической терапией (ТЛТ) она была в 2 раза меньше и в среднем в 12 раз выше нормы среди пациентов с ОИМ по сравнению с относительно здоровыми лицами. Сопоставление концентраций PDGF-AA и β FGF на амбулаторном этапе в группах пациентов, которым была проведена коронарная реваскуляризация (2-я группа) и нет (1-я группа), показало статистически значимое повышение данных индукторов ангиогенеза после развития ОИМ независимо от проводимой терапии. Снижение уровня TNF- α как в 1-й, так и во 2-й группе произошло в среднем на 52% и оказалось статистически значимым. Динамика сопоставима между группами, что свидетельствует о снижении воспалительного процесса через 6 мес от развития острого коронарного синдрома. Динамика уровня эндостатина после лечения пациентов оказалась статистически незначимой, что свидетельствует о том, что в условиях борьбы за выживание организм в процессе развития ИМ подавляет ингибирование ангиогенеза. При помощи логарифмического регрессионного анализа путем построения модели прогнозирования исходов ИМ было выявлено, что на госпитальном этапе наиболее значимыми факторами риска развития летального исхода у пациентов в остром периоде ИМ являются риск по шкале ТМТ, частота сердечных сокращений (ЧСС), уровень β FGF. На амбулаторном этапе на вероятность летального исхода не оказывают влияния уровень факторов ангиогенеза, продолжает играть большую роль ЧСС, количество баллов по шкалам риска и использование традиционной терапии повышают шансы летального исхода в 142 раза по сравнению с использованием ТЛТ.

Заключение. Таким образом, повышение уровня факторов, активирующих ангиогенез у больных с ОИМ после ТЛТ и через 6 мес после индексного события, доказывает, что ТЛТ является перспективным методом лечения ОИМ и снижает шансы развития летального исхода у данной группы пациентов в 142 раза.

Эффективность II этапа реабилитации больных, перенесших острый коронарный синдром, с сохраненной и сниженной фракцией выброса левого желудочка

Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново

Эффективность различных программ реабилитации больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) и имевших признаки сердечной недостаточности (СН), продемонстрирована во многих исследованиях. Однако имеющиеся данные о дифференцированной эффективности этих программ у пациентов после ОКС со сниженной и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) противоречивы.

Цель. Сравнительная оценка эффективности 3-недельной программы реабилитации больных, перенесших ОКС, со сниженной и сохраненной ФВ ЛЖ.

Материал и методы. Обследованы 120 пациентов, перенесших ОКС и имевших симптомы СН (87 мужчин – 72,5% и 33 женщины – 27,5%). В зависимости от величины ФВ ЛЖ все обследованные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 26 больных со сниженной ФВ ЛЖ (<50%); 2-ю группу – 94 пациента с сохраненной ФВ ЛЖ (≥50%). Программа реабилитации включала в себя классическую групповую лечебную физкультуру (20–30 мин), дозированную ходьбу, занятия на кардиотренажерах серии Kardiomed-700 с индивидуальным подбором мощности и продолжительности нагрузки, коррекцию выявленных факторов риска, медикаментозную терапию, ежедневный контроль показателей гемодинамики. До начала курса реабилитации и после его завершения оценивались результаты теста 6-минутной ходьбы (ТШХ), показатели нагрузочного тестирования: пиковая мощность и продолжительность нагрузки, количество затраченных метаболических единиц (МЕТ).

Результаты. По итогам реабилитации улучшили функциональный класс СН в 1-й группе 9 (34,6%) пациентов, во 2-й группе – 23 (24,5%). При сравнительной оценке ТШХ до начала курса реабилитации пройденное расстояние оказалось значимо меньше в 1-й группе – 393 ± 79 м против 447 ± 48 м во 2-й группе ($p=0,02$). По окончании курса реабилитации в 1-й группе отмечен достоверный прирост пройденной дистанции с 393 ± 79 до 453 ± 92 м ($p=0,03$), у пациентов 2-й группы ее прирост не был статистически значимым (с 447 ± 48 до 478 ± 52 м; $p=0,13$). До вхождения в программу пациенты обеих групп достоверно не различались по мощности и времени выполненной нагрузки, величине МЕТ. К моменту окончания II этапа реабилитации мощность выполненной нагрузки возросла в 1-й группе с $89,8 \pm 21,2$ до $127,4 \pm 34,0$ Вт ($p<0,05$), во 2-й – с $99,7 \pm 12,1$ до $130,2 \pm 16,8$ Вт ($p<0,05$). Количество затраченных в ходе ее выполнения МЕТ увеличилось в 1-й группе с $5,4 \pm 1,6$ до $7,8 \pm 1,8$ ($p<0,05$), во 2-й – с $5,7 \pm 0,9$ до $7,5 \pm 0,9$ ($p<0,05$). Продолжительность нагрузочного тестирования увеличилась в обеих группах, но статистически значимо возросла во 2-й группе – с $5,0 \pm 1,8$ до $7,8 \pm 1,3$ мин.

Заключение. Применение 3-недельной программы кардиореабилитации увеличивает толерантность к физическим нагрузкам как у больных с сохраненной, так и со сниженной ФВ ЛЖ. Несмотря на исходно более низкую толерантность к физической нагрузке, пациенты со сниженной ФВ ЛЖ демонстрируют более выраженный ее прирост, чем больные с сохраненной ФВ ЛЖ.

Возможности лечебного эффекта курорта «Талги»

Джалилова Р.А., Габиева Т.Я.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Махачкала

Основным природным лечебным фактором курорта «Талги» являются термальные сероводородо-хлоридно-натриевые минеральные ванны, которые используются для наружного применения в виде ванн. Из всех составных частей талгинских вод сероводород играет ведущую роль, определяя их активность и основные лечебные свойства. Об изменениях в организме, наступающих под влиянием сероводородных вод, судят не только по клиническим данным, показывающим благоприятное действие при ряде заболеваний, но и по данным изменения активности ферментов, показателей гуморального иммунитета.

Цель. Изучение лечебного эффекта бальнеолечения высококонцентрированной сероводородной водой (ВКСВ) курорта «Талги» у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных с неуклонно прогрессирующим течением РА на фоне традиционной фармакотерапии с развитием ряда осложнений лекарственной терапии. Из них 20 (66,7%) больных с установленным диагнозом РА суставной формы, 10 (33,3%) – суставно-висцеральной. У большинства диагностирован серопозитивный вариант – 23 (76,7%) больных,

у 7 (23,3%) – серонегативный. Давность заболевания составляла 7–11 лет. Курс бальнеолечения состоял из 12 ванн через день, первая ванна назначалась на 2–3-й день поступления, продолжительность ее составляла 2 мин, с постепенным увеличением на 2 мин, при максимальной ее длительности до 6 мин.

Результаты. Бальнеолечение ВКСВ оказало значимый клинический эффект у 27 (94%) наблюдавшихся больных. Отмечалось отчетливое улучшение, т.е. уменьшение или исчезновение болей, прекращение или сокращение длительности утренней скованности, спад периартикулярного отека, возрастание мышечной силы и повышение манипуляционной способности кистей рук, сокращение времени, затрачиваемого на ходьбу по пешеходной дорожке. Исходно суставной индекс у больных РА составлял $12,7 \pm 0,9$, после курсового бальнеолечения он снизился вдвое, что указывает на отчетливое противовоспалительное и обезболивающее действие сероводородных вод курорта «Талги». Также отмечено уменьшение числа воспаленных суставов с $8,1 \pm 1,98$ до $4,8 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). Индекс припухлости с исходных значений $21,3 \pm 1,0$ снизился до $18,9 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). Эти данные коррелировали со снижением болевого индекса, который на фоне лечения ВКСВ достоверно снижался с $1,8 \pm 0,11$ до $0,8 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). При 2–3-й степени активности отмечено достоверное увеличение силы сжатия кисти с $21,7 \pm 1,3$ до $28,9 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). В результате улучшения трофики мышц и снижения активности воспаления отмечена нормализация сниженного мышечного тонуса с $27,9 \pm 1,34$ до $34,5 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). На фоне положительной клинической динамики снижались острофазовые показатели крови (С-реактивный белок, фибриноген, СОЭ). На фоне бальнеотерапии выявлено снижение числа циркулирующих в крови иммунных комплексов (ЦИК) на 30% от исходного уровня $0,456 \pm 0,038$ ед опт. пл., что составило $0,30 \pm 0,038$ ед опт. пл. ($p < 0,05$).

Заключение. Положительный эффект бальнеотерапии ВКСВ курорта «Талги» у больных РА коррелирует с нормализацией острофазовых показателей крови и уровней ЦИК. Бальнеолечение оказывает выраженный положительный эффект, выражающийся в стойком уменьшении болевого синдрома, снижении утренней скованности, возрастании силы мышц, достижении стойкой ремиссии и, следовательно, улучшении качества жизни пациентов.

Региональные особенности организации диспансерного наблюдения в разных субъектах Российской Федерации

Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Кушунина Д.В., Егоров В.А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Минздрава России, Москва

Цель. Оценить различные аспекты организации диспансерного наблюдения, кадровую обеспеченность отделений и кабинетов медицинской профилактики, динамику числа пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за 2013–2014 гг.

Материал и методы. Во все субъекты Российской Федерации была разослана анкета «Структуры и кадры медицинской профилактики, участвующие в диспансеризации взрослого населения, обеспеченность профилактического консультирования, численность контингентов, взятых под диспансерное наблюдение», которая содержала пять блоков вопросов. Всего были получены заполненные анкеты из 72 субъектов РФ.

Результаты. Среди амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), участвующих в диспансеризации, с численностью прикрепленного населения менее 20 тыс. имеют: 68% – кабинеты медицинской профилактики (КМП), 5% – отделения медицинской профилактики (ОМП); с численностью прикрепленного населения более 20 тыс.: 50% – КМП, 44% – ОМП. Укомплектованность КМП врачебными кадрами составляет 50%, фельдшерскими кадрами – 72%. Укомплектованность ОМП врачебными кадрами составляет 66%, фельдшерскими кадрами – 70%. В среднем под наблюдением 1 участкового врача находятся 426 пациентов, 1 фельдшера – 91 пациент, укомплектованность участковыми терапевтами составляет 73%, участковыми фельдшерами – 79%. Наименьшее число лиц под диспансерным наблюдением терапевтов отмечается в Республике Коми, Вологодской области, Краснодарском крае, Ростовской области, Республике Ингушетии. Также в ряде регионов наблюдается уменьшение числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением: Астраханская область, Краснодарский край, Республика Дагестан, Приморский край. Доля пациентов, требующих диспансерного наблюдения в КМП или ОМП, составляет 21%.

Заключение. Обращает на себя внимание недостаточная укомплектованность кадрами как подразделений профилактической направленности, так и участковой службы. Число лиц под диспансерным наблюдением участковых терапевтов остается недостаточным, тенденция в ряде регионов к снижению числа лиц под диспансерным наблюдением требует дополнительного анализа.

Оценка качества жизни в процессе физической реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Евдокимова Т.А., Кутузова А.Э., Никитина Е.А., Богданова М.Ю., Мальнева О.Э.
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова» Минздрава России;
ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови, эндокринологии им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург

Цель. Анализ качества жизни больных с сердечно-сосудистой патологией, участвовавших в программах физической реабилитации различной продолжительности.

Материалы и методы. Обследованы 92 пациента в возрасте 61 ± 1 год с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией 2–3-й степени и хронической сердечной недостаточностью (НУНА II–III), вовлеченные в программу краткосрочных (стационарных) тренировочных занятий дозированной ходьбой (группа К); и 101 больной в возрасте 44 ± 1 год с артериальной гипертензией 1–2-й степени и ожирением 1-й степени (индекс массы тела – $32,9 \pm 0,85$ кг/м²), участвующие в 6-месячной программе аэробных тренажерных тренировок и аквааэробики (группа Д). Исходно и по завершении физической реабилитации выполнялся тест с 6-минутной ходьбой, оценивались: качество жизни (методика SF-36), тревожность (опросник Спилбергера) и депрессия (шкалы Зунга и Бека).

Результаты. За время госпитального лечения пациенты группы К посетили 10 ± 1 тренировочных занятий, на которых освоили прохождение дистанции до 2050 ± 138 м в течение 54 ± 3 мин. Заключительное исследование выявило: улучшение переносимости стресс-теста, уменьшение реактивной тревожности ($p < 0,02$), рост качества жизни (физического и социального функционирования, энергичности, $p < 0,05$). Улучшение качества жизни коррелировало с ростом показателей заключительной нагрузочной пробы ($r = 0,61$, $p < 0,01$). Результатами тренировочных занятий в группе Д стали: уменьшение индекса массы тела, величины окружности талии, реактивной тревожности ($p < 0,05$). Несмотря на то, что изменений переносимости нагрузочной пробы выявлено не было, качество жизни пациентов, в том числе их физическое функционирование и энергичность, возросло ($p < 0,05$). Также больные выше оценивали свое эмоциональное ($p < 0,02$) и социальное функционирование ($p < 0,01$), общее здоровье ($p = 0,001$).

Заключение. Методика исследования качества жизни может быть рекомендована как информативный инструмент индивидуализированной оценки результатов краткосрочного (в том числе стационарного) и долгосрочного физического реабилитационного вмешательства у больных с сердечно-сосудистой патологией.

Клинико-anamнестические и лабораторно-функциональные особенности инфаркта миокарда у мужчин и женщин пожилого возраста

Елисеева М.А.¹, Курочкина О.Н.²
¹ГБУЗ РК «Центральная поликлиника г. Сыктывкара», Сыктывкар;
²Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Сыктывкар

Цель. Определить особенности клинического течения и лабораторно-функциональных показателей у пациентов пожилого возраста в период острого инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Методом случайного бесповторного отбора выбраны истории болезни женщин с ИМ, госпитализированных в Коми республиканский кардиологический диспансер в 2003–2012 гг. Создание базы данных и обработка результатов проводились при помощи Microsoft Excel 2007 г. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Biostat, с применением критерия χ^2 , z-критерия, критерия Стьюдента.

Результаты. Всего проанализировано 960 историй болезни больных с инфарктом миокарда (ИМ), из них 428 (44,58%) были пациенты мужского пола, 532 (55,42%) – женского. Средний возраст мужчин составил $70,14 \pm 6,68$ года, женщин – $73,21 \pm 7,27$ года ($p = 0,000$). В обеих группах преобладал острый коронарный синдром с подъемом ST – у 258 (60,28%) мужчин и 311 (58,46%) женщин. В структуре сопутствующих заболеваний среди мужчин и женщин преобладали ишемическая болезнь сердца – 335 (78,27%) и 427 (80,26%) соответственно, в том числе перенесенный ранее ИМ – 168 (39,25%) и 207 (38,91%), гипертоническая болезнь 318 (74,3%) и 468 (87,97%); $p = 0,000$, гиперлипидемия – 217 (50,7%) и 322 (60,53%); $p < 0,05$, сахарный диабет – 40 (15,19%) и 154 (28,95%); $p = 0,000$, последствия острого нарушения мозгового кровообращения – 70 (16,36%) и 104 (19,55%), ожирение – 25 (5,84%) и 80 (15,04%); $p = 0,000$, соответственно.

Осложнения в острый период ИМ среди мужчин и женщин встречались у 301 (70,33%) и 409 (76,88%) соответственно, среди них ранняя постинфарктная стенокардия – у 148 (34,58%) и 218 (40,98%); $p=0,05$, острая аневризма сердца – у 32 (7,48%) и 37 (6,95%), мерцательная аритмия – у 64 (14,95%) и 99 (18,61%), фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия – у 36 (8,41%) и 30 (5,64%), внутрисердечные блокады – у 35 (8,18%) и 43 (8,08%), острая левожелудочковая недостаточность – у 98 (22,9%) и 159 (29,89%); $p<0,05$, рецидив ИМ – у 37 (8,64%) и 44 (8,27%). При поступлении у мужчин и женщин уровень гемоглобина составил $130,84\pm 18,33$ и $123,47\pm 16,45$ г/л ($p=0,000$), общего холестерина – $5,0\pm 1,33$ и $5,7\pm 1,35$ ммоль/л ($p=0,000$), глюкозы крови – $7,19\pm 2,72$ и $9,21\pm 4,51$ ммоль/л ($p=0,000$), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – $71,08\pm 25,09$ и $58,06\pm 19,42$ мл/мин/1,73 м² ($p=0,000$), фракция выброса левого желудочка – $48,41\pm 11,71$ и $49,24\pm 11,78\%$, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – $173,99\pm 62,09$ и $160,61\pm 46,33$ соответственно ($p=0,000$), относительная толщина левого желудочка – $0,42\pm 0,1$ и $0,43\pm 0,09$ соответственно. Госпитальная летальность среди мужчин и женщин пожилого возраста составила 55 (12,85%) и 77 (14,47%) соответственно.

Заключение. У женщин чаще имелись сопутствующая сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет, ожирение. Женщины при поступлении имели более высокие показатели холестерина, глюкозы крови и более низкие показатели СКФ, ИММЛЖ. Течение острого периода ИМ характеризовалось более частым развитием осложнений, таких как ранняя постинфарктная стенокардия, острая левожелудочковая недостаточность, что вероятно связано с большим количеством сопутствующих заболеваний.

Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в условиях стационара многопрофильной больницы

Ефимова Л.П.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», Сургут

Цель. Разработка и реализация эффективной массовой стратегии вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в условиях стационара многопрофильной больницы.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения медицинской профилактики БУ ХМАО–Югры «Сургутская окружная клиническая больница» в 2014 г. Основанием для разработки системы мероприятий послужили нормативные документы Минздрава России, национальные и международные клинические рекомендации по профилактике ССЗ, нормативные документы Департамента здравоохранения ХМАО–Югры. Система мероприятий включала реорганизацию информационного обеспечения профилактической работы на уровне лечебного учреждения, внедрение модульной системы организации лектория в рамках Школы здорового образа жизни, разработку и апробацию бригадного подхода в обучении пациентов в Школе самоконтроля, кино- и видеодемонстрации сюжетов профилактического направления. Подбор пациентов для обучения методам самоконтроля при профилактике ССЗ осуществляли с помощью программы МИС «Пациент» и рекомендаций лечащих врачей.

Результаты. Всего в Школе здорового образа жизни по программе профилактики факторов риска были обучены 94 пациента. Преподаватели лектория – врачи-специалисты отделений стационара, вели занятия в группах из 7–8 человек по программе, рассчитанной на 5 занятий. В Школе самоконтроля для больных артериальной гипертензией за год были обучены 112 человек, в рамках Коронарного клуба для пациентов с ишемической болезнью сердца прошли обучение 110 пациентов. Особое внимание при профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы было уделено психологической поддержке пациентов, которую осуществляли не только врачи, но и медицинский психолог отделения медицинской профилактики. В 2014 г. была расширена программа профилактики ССЗ среди сотрудников учреждения – врачей, медицинских сестер, вспомогательного персонала. Кроме ставшего традиционным мониторинга факторов риска (курение), внедрена программа психологического консультирования, Школа профилактики стресса для сотрудников. Сотрудники отделения медицинской профилактики участвовали в пропаганде Клуба скандинавской ходьбы. Проводилось обучение персонала методам медицинской профилактики (обучены 108 человек). Бригадная форма профилактической работы включала совместную согласованную деятельность врачей, медицинских сестер, медицинского психолога. Медицинские сестры учреждения в течение года провели 1313 бесед с пациентами по профилактике ССЗ.

Заключение. Совершенствование форм и методов вторичной профилактики ССЗ в условиях стационара многопрофильной больницы позволяет провести профилактические мероприятия не только среди пациентов, но и среди сотрудников лечебного учреждения без вовлечения дополнительных средств.

Влияние физических тренировок на центральную гемодинамику больных пожилого возраста с артериальной гипертонией и хронической сердечной недостаточностью

Ефремушкин Г.Г., Ломакина Н.А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

Цель. Изучить особенности морфофункционального состояния правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков сердца у больных пожилого возраста с артериальной гипертонией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и оценить степень влияния на гемодинамику комплексного лечения с применением физических тренировок (ФТ).

Материал и методы. Обследованы 122 больных АГ с ХСН в возрасте 60–90 лет ($76,8 \pm 1,3$ года), 92 мужчины и 30 женщин. Все больные рандомизированы на 2 группы: 1-я – лечение лекарственными средствами (ЛС) + ФТ; 2-я – только ЛС. Обследование проводилось в первые 3 дня при поступлении в госпиталь и при выписке через 18–20 дней. Курс велотренировок (ВТ) проводился со 2–3-го дня после госпитализации и состоял из 15–20 занятий. Для оценки центральной гемодинамики использовали эхокардиографический метод.

Результаты. У больных пожилого возраста с АГ+ХСН имеется значительное нарушение диастолической функции как ПЖ, так и ЛЖ сердца. Систолическая функция (СФ) снижена преимущественно справа, в то время как ударный объем (УО) и фракция выброса (ФВ) ЛЖ не отличались от таковых в группе контроля, и только был увеличен остаточный объем крови в ЛЖ в конце систолы (ООКС). СФ ЛЖ сохранялась, по-видимому, за счет адаптивного ремоделирования ЛЖ – увеличение толщины задней стенки и массы миокарда ЛЖ – ММЛЖ (на 63%). О нарушении гемодинамического баланса между ПЖ и ЛЖ свидетельствует также увеличение давления в легочной артерии на 63%. Степень структурно-функциональных изменений центральной гемодинамики была связана преимущественно с тяжестью функционального класса ХСН и меньше зависела от величины артериального давления (АД). Во 2-й группе в ПЖ отмечено только уменьшение конечного диастолического размера (КДР), в ЛЖ снижение КДР сопровождалось увеличением ФВ и уменьшением ООКС. Уменьшались частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД). В 1-й группе больных после комплексного лечения уменьшались конечный систолический размер и КДР, время изоволюмического расслабления (ВИВР) ПЖ и ЛЖ. Возрастала ФВ обоих желудочков без существенного изменения УО ЛЖ. Применение ФТ сопровождалось уменьшением объема крови в конце диастолы (ВКД) в ЛЖ с одновременным уменьшением в нем ООКС. И только в этой группе больных уменьшалась диастолическая дисфункция ПЖ и ЛЖ, что выразилось в уменьшении ВИВР в ПЖ на 8,6%, ЛЖ – на 11,4% ($p < 0,05$, $p < 0,01$). Пиковые скорости трансмитрального потока не менялись в обоих желудочках. Индекс ММЛЖ в конце лечения снижался только в 1-й группе больных на 8,6% ($p < 0,05$). ЧСС, САД и ДАД в 1-й группе больных снижались на 8, 8 и 10,8%, во 2-й – на 11, 7,9 и 9% ($p < 0,05$ – $0,001$) соответственно.

Заключение. У больных пожилого возраста с АГ+ХСН снижены диастолическая функция обоих желудочков сердца и систолическая функция ПЖ при сохранении ее в ЛЖ за счет адаптивного ремоделирования. Комплексное лечение больных пожилого возраста с АГ+ХСН с применением ФТ оказывало более выраженное по сравнению с лечением только ЛС положительное влияние на морфофункциональное состояние обоих желудочков сердца.

Психосоматические расстройства и гиподинамия – предикторы развития инфаркта миокарда у пациентов разных возрастных групп

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

Изучение особенностей влияния гиподинамии, депрессии и повышенного уровня тревожности в развитии инфаркта миокарда (ИМ) у мужчин и женщин является актуальным для возможности дифференцированного подхода к первичной и вторичной профилактике ИМ.

Цель. Оценить влияние психосоматических нарушений и гиподинамии в развитии ИМ у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста.

Материал и методы. Обследованы 188 пациентов среднего и пожилого возраста с ИМ в возрасте $60,8 \pm 0,6$ года, разделенных на 4 группы: 1-ю группу составили 66 (35,1%) мужчин среднего возраста ($53,9 \pm 0,5$ года), 2-ю – 46 (24,5%) пожилых мужчин ($66,2 \pm 0,7$ года), 3-ю – 44 (23,4%) женщины пожилого возраста ($69,8 \pm 0,7$ года), 4-ю – 32 (17%) пациентки среднего возраста ($54,7 \pm 0,9$ года). В группу контроля

включены 74 пациента (38 мужчин и 36 женщин), средний возраст которых составил $63,4 \pm 0,6$ года, не имеющие доказанную ишемическую болезнь сердца. У всех пациентов, кроме стандартных лабораторных и инструментальных методов диагностики, проводилась по опроснику оценка уровня гиподинамии (Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г.), уровня депрессии и тревожности (опросник HADS).

Результаты. Снижение уровня физической активности выявлено у 40 (60,6%) мужчин среднего возраста и 36 (78,3%) пожилых ($p=0,07$). Среди обследованных женщин гиподинамия диагностирована у 24 (75%) пациенток среднего возраста и 35 (79,5%) пожилых ($p=0,8$). Среди мужчин среднего возраста клиническая и субклиническая депрессия была выявлена у 5 (7,6%) пациентов, среди пожилых мужчин – у 8 (17,4%); $p=0,19$. В группах женщин депрессия диагностирована у 5 (16,5%) и 19 (43,2%) пациенток среднего и пожилого возраста соответственно ($p=0,02$), что свидетельствует об увеличении частоты встречаемости депрессивных расстройств с возрастом, связанной с развитием когнитивных нарушений, а также о значимом влиянии клинической и субклинической депрессии на развитие ИМ в женской популяции, особенно в пожилом возрасте. Повышенный уровень тревожности при тестировании диагностирован у 13 (19,7%) мужчин среднего возраста и 6 (13%) пожилых ($p=0,5$). Среди обследованных женщин повышение уровня тревожности было выявлено у 13 (40,6%) и 7 (15,9%) пациенток среднего и пожилого возраста соответственно ($p=0,03$), говоря о большей частоте встречаемости тревожных расстройств у пациентов среднего возраста и важном влиянии повышенного уровня тревожности в группе женщин среднего возраста.

Заключение. Таким образом, с помощью многофакторного анализа было показано, что снижение уровня физической активности и психосоматические факторы риска являются предикторами развития ИМ в исследуемых группах больных. Определено, что для мужчин, независимо от возраста, гиподинамия имеет большее значение, чем психосоматические факторы риска. Выявлено, что для женщин среднего возраста в развитии ИМ большее значение имеет повышенный уровень тревожности, для пожилых пациенток – депрессивные расстройства. Полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и коррекции психосоматических нарушений – как ведущих факторов риска развития ИМ на этапе первичной и вторичной профилактики с помощью медикаментозных и немедикаментозных методов.

Роль кардиомониторирования сердечного ритма сердца в ранней реабилитации пациентов с инфарктом миокарда

Женчевская Ю.В., Пантелеева Н.А., Нидбайкин В.А., Недбайкин А.М.
ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск

Роль физических тренировок (ФТ) в реабилитации пациентов после крупных коронарных событий неоспорима. Задача реабилитологии – не допустить развития гипокинезии больного и подобрать тот объем нагрузок, который ни в коем случае не превысил бы ограниченные возможности поврежденного миокарда.

Цель. Оптимизация ранней физической реабилитации пациентов, переносящих острый инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. 123 пациента в подострой стадии течения ИМ (14–28-й день), система кардиомониторирования TREDEX.

Результаты. На I этапе реабилитации в ГАУЗ БОКД применяются следующие виды физической нагрузки (ФН): дозированная ходьба, тренировочная ходьба по лестнице, выполнение комплексов лечебной физкультуры. Контроль состояния больных во время ФТ – обязательное условие, обеспечивающее их безопасность. Проведение мониторинга ЭКГ в онлайн-режиме с помощью комплекса TREDEX позволяет оценивать работу сердечно-сосудистой системы пациентов непосредственно во время выполнения ФН и повседневной активности, а также помогает оценить типы реакции больных на тренировочную ФН. Проанализированы данные кардиомониторирования 123 пациентов в возрасте от 43 до 64 лет (средний возраст 52,3 года) во время выполнения ими дозированной ходьбы, которые имели противопоказания для прохождения ВЭМ-пробы и получали стандартную медикаментозную терапию. Онлайн ЭКГ-контроль проведен при первой тренировке и за 1 день до выписки из стационара. Пациентам задавалась стандартная программа дозированной ФН – ходьба со скоростью 60 шагов в минуту по коридору до появления усталости, ухудшения самочувствия/приступа стенокардии; предварительно начато кардиомониторирование. Первично у 73 (59,34%) пациентов наблюдалась физиологическая реакция на выполнение ФН: отсутствие утомления, одышки, прирост частоты сердечных сокращений (ЧСС) до 20 уд/мин, нарушений ритма сердца не зафиксировано. У 50 боль-

ных выявлены промежуточная и патологическая реакции: 17 человек – появление кратковременного дискомфорта за грудиной, купировавшегося самостоятельно в покое без изменений ЭКГ; 12 – появление утомления, одышки, проходящей в течение 5 мин; 9 – повышение артериального давления (АД) более 20 мм рт. ст. от исходного; 9 – неадекватное учащение ЧСС по ЭКГ, без жалоб, ФН уменьшена; 3 – патологическая реакция на ФН в виде частой наджелудочковой экстрасистолии, субъективно неощущаемой, ФН прекращена. По прохождению курса ранней кардиореабилитации получены следующие показатели: физиологическая реакция – 94 (76,42%) человека, промежуточная – 29 (23,57%), в виде выраженного утомления и одышки, купировавшихся в течение 5 мин, изменений ЭКГ комплексом TREDEX не зафиксировано.

Заключение. Система кардиомониторирования TREDEX позволяет своевременно выявлять лиц, имеющих промежуточную и патологическую реакции на ФН, что особенно важно при отсутствии жалоб пациента. Онлайн-режим дает возможность своевременно уменьшить/остановить тренировку при появлении нефизиологических реакций. Полученные результаты подтверждают важную роль кардиореабилитации в восстановлении здоровья лиц трудоспособного возраста.

Поздние послеоперационные осложнения после реваскуляризации миокарда и оценка эффективности проведенной кардиореабилитации

**Женчевская Ю.В., Пантелева Н.А., Нидбайкин В.А., Недбайкин А.М.
ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск**

Цель. Изучение характера поздних послеоперационных осложнений после операций аортокоронарного (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ) и эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Методом случайной выборки из 325 историй болезни пациентов после АКШ и/или МКШ, прошедших лечение в 2014 г. в отделении кардиореабилитации №1 ГАУЗ БОКД, ретроспективно проанализирована 31 история болезни. В исследование были включены 29 мужчин, средний возраст которых составил 57,6 года (41–74 года) и 2 женщины, средний возраст 65,5 года. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), постинфарктный кардиосклероз в анамнезе отмечались у 22 (71%) человек, ИБС, стенокардия напряжения I–III функционального класса по NYHA – у 9 (25%), 2 больных имели ранее установленные искусственные водители ритма, у 1 пациента в раннем послеоперационном периоде развилась тромбоэмболия легочной артерии. Операция АКШ была выполнена 10 (32,3%) больным, 20 (64,5%) – АКШ и МКШ, 1 (3,2%) пациенту – МКШ. Больные поступили для проведения реабилитации в среднем на 22,9 сут (от 7 до 63 сут) после проведенного кардиохирургического вмешательства.

Результаты. Анализ послеоперационных осложнений в отдаленные сроки выявил по результатам рентгенологического и/или ультразвукового исследования: гидроторакс с незначительным количеством выпота – у 11 (35,5%) больных, гидроторакс с умеренным количеством выпота – у 5 (16,1%), в том числе у 1 пациента был парез купола диафрагмы. Существенно преобладал левосторонний гидроторакс (у 15 пациентов) и лишь у 1 больного выпот в плевральной полости был двусторонним. При ультразвуковом исследовании у 2 (6,5%) больных выявлен гидроперикард с незначительным количеством выпота и признаками организации. Послеоперационные осложнения были выявлены у 18 (58,1%). Других послеоперационных осложнений в позднем послеоперационном периоде в изучаемой нами группе выявлено не было.

Оценка эффективности проведенной кардиореабилитации после операций АКШ и/или МКШ осуществлялась на основе оценки глобальной систолической функции левого желудочка (ЛЖ) при эхокардиографии и оценки переносимости физической нагрузки в тесте с 6-минутной ходьбой. Фракция выброса ЛЖ при контрольном исследовании в раннем операционном периоде составляла 55,8% (37–69%), после проведенной медикаментозной, психологической и физической реабилитации фракция выброса ЛЖ увеличилась до 57,7% (40–70%). Тест с 6-минутной ходьбой проводился дважды: при поступлении и при выписке из отделения кардиореабилитации. При поступлении пациенты в среднем проходили 340,3 м (от 250 до 450 м), при выписке из отделения кардиореабилитации этот показатель увеличился до 369,7 м (от 300 до 475 м).

Заключение. Проведенные лечебные мероприятия в отделении кардиореабилитации №1 ГАУЗ БОКД можно признать необходимыми (выявлены послеоперационные осложнения в 58,1% случаев) и эффективными (увеличение фракции выброса ЛЖ на 3,4% и количества пройденных метров в тесте с 6-минутной ходьбой на 8,6% от исходных показателей).

Факторы риска развития легочной гипертензии и «легочного сердца» и роль иммунопрофилактики РСВ-инфекции у младенцев с бронхолегочной дисплазией

Зайцева Н.О., Дегтярева Е.А., Овсянников Д.Ю.

ГБУЗ «Детская инфекционная клиническая больница №6» Департамента здравоохранения г. Москвы; ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва

Цель. Оптимизировать тактику ведения детей с бронхолегочной дисплазией (БЛД), осложненной легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы. Обследованы 100 детей с БЛД в возрасте от 1 мес до 3 лет. Тяжесть БЛД устанавливалась на основании степени кислородозависимости в 36 нед постконцептуального возраста, или 56 сут жизни, или при выписке. ЛГ диагностировалась при значении систолического давления в легочной артерии (СДЛА) ≥ 36 мм рт. ст. методом доплер-эхокардиографии, «легочным сердцем» считали дилатацию полости или гипертрофию свободной стенки правого желудочка по эхокардиографии. Функциональный класс (ФК) ЛГ устанавливался на основании возраст-специфических признаков, согласно Панамской классификации легочной гипертензионной сосудистой болезни легких у детей (2011 г.). Степень гипоксемии определялась методом транскутанной пульсоксиметрии при сатурации (Sat) $O_2 < 95\%$. Обработка данных проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. ЛГ выявлена у 23 детей с тяжелой БЛД, при этом СДЛА составило от 36 до 120 мм рт. ст. Умеренная ЛГ (СДЛА 36–50 мм рт. ст.) диагностирована у 11 детей и тяжелая ЛГ (СДЛА > 50 мм рт. ст.) – у 12 детей. Признаки «легочного сердца» выявлены у 9 детей с тяжелой ЛГ. Клинически тяжесть ЛГ соответствовала у большинства детей III функциональному классу – ФК (74%). Установлена прямая количественная зависимость между ФК ЛГ и степенью повышения СДЛА ($p=0,00268$). Установлена зависимость развития ЛГ от гестоза беременности у матери ($p=0,02971$), тяжести БЛД ($p=0,00011$), длительности искусственной вентиляции легких с рождения ($p=0,1999$), степени тяжести хронической гипоксемии ($p=0,00364$). Медиана Sat O_2 у детей с ЛГ составила 88% [86; 89], тогда как у детей без ЛГ – только 95% [94; 96]. Формирование ЛС у обследованных детей было связано с тяжелой ЛГ ($p=0,00364$) и выраженной хронической гипоксемией ($p=0,01986$). Профилактика и терапия ЛГ при БЛД была направлена на коррекцию гипоксемии путем продолжительной оксигенотерапии у всех детей с БЛД при Sat $O_2 < 91\%$, а в случае развития ЛГ – Sat $O_2 < 94\%$. В случае развития ЛГ 14 детям назначался капотен 0,5–1 мг/кг в сутки, при отсутствии положительной динамики 10 детям в дальнейшем был назначен силденафил в дозе 0,5–2 мг/кг 3–4 раза в день. У 9 (90%) пациентов наблюдался гемодинамически значимый эффект в виде снижения уровня СДЛА ($p < 0,005$). После проведенной терапии было получено достоверное снижение абсолютного значения систолического артериального давления – САД (84 ± 36 мм рт. ст. vs 36 ± 12 мм рт. ст.; $p=0,005$), коэффициента СДЛА/САД на 20% от исходного ($1 \pm 0,4$ vs $0,94 \pm 0,17$; $p < 0,005$). На фоне проводимой терапии отмечено повышение показателей Sat O_2 с 82 ± 12 до $93 \pm 4\%$ ($p < 0,01$). Летальный исход в группе детей с БЛД без ЛГ составил 1,3% (1 пациент), при развитии ЛГ летальность увеличивалась до 17,3%. Летальность пациентов с БЛД, осложненной ЛГ, была связана с формированием «легочного сердца» ($p=0,01779$) и тяжелой хронической гипоксемией ($p=0,00975$). Курс пассивной иммунизации от РСВ-инфекции проведен 76 пациентам с БЛД, включая 23 ребенка с ЛГ, препаратом Синагис в течение эпидемического сезона, по 1 инъекции в месяц. В данной группе детей за период иммунизации не отмечено случаев острых респираторных инфекций, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом (РСВ) и потребовавших госпитализации.

Заключение. Мониторинг гипоксемии и уровня СДЛА у пациентов с тяжелой БЛД является необходимым компонентом для своевременного начала терапии с целью профилактики развития ЛС и неблагоприятного исхода. Иммунопрофилактика РСВ-инфекции препаратом моноклональных антител Синагис эффективна у наиболее тяжелой группы недоношенных детей с ЛГ на фоне БЛД.

Активность матриксных металлопротеиназ у пациенток с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом

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

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

Цель. Исследовать содержание маркеров фиброза миокарда: промателлопротеиназы (ПроММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназы (ТИМП-1) у пациенток с артериальной гипертензией (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 ($p>0,05$). Концентрация ПроММП-1 у лиц с ожирением 2-й степени значимо увеличилась на 62,7% по сравнению с контролем и на 39,7% превысило 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 пациенток с АГ и МС (общая группа) средняя концентрация 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 пациенток с 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 ПроММП-1.

Заключение. 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.

Ремоделирование миокарда левого желудочка у женщин с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом

Закирова А.Н., Фаткуллина Е.З., Закирова Н.Э., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель. Оценить выраженность ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациенток с артериальной гипертензией (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 конечного систолического размера (КСР), конечного диастолического размера (КДР), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса массы миокарда левого желудочка (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%; $p<0,05$).

Заключение. Развитие процессов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных АГ с МС ассоциируется с выраженностью ожирения и наиболее существенно при ожирении 3-й степени.

Применение ранолазина в комплексном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Прудько Е.Л., Мухамедрахимова А.Р., Фахретдинова Е.Р.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа.

Ишемическая болезнь сердца была и остается важнейшей проблемой кардиологии. Распространенность этого заболевания достигает 10% среди взрослого населения и более 30% – среди лиц пожилого возраста.

Цель. Оценить эффективность ранолазина в комплексном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование были включены 42 мужчины, перенесших острый ИМ и находившихся на лечении в РКЦ г. Уфы. Средний возраст пациентов $49 \pm 6,7$ года. Крупноочаговый ИМ был диагностирован у 21 (53,4%) больного. Повторный ИМ перенесли 16 (38,0%) больных. Всем больным проведены ЭхоКГ, динамика и мониторирование ЭКГ. Схема лечения кроме ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела, β -адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или сартанов, статинов включала в себя ранолазин в дозе 500 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту и полу, перенесшие острый ИМ, в схему их лечения ранолазин не входил. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

Результаты. У всех пациентов в процессе лечения были отмечены закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) достигала в среднем 70 уд/мин (в том числе у больных с фибрилляцией предсердий). Выявлено уменьшение эпизодов депрессии сегмента ST. Увеличения интервала QT не регистрировалось. По сравнению с контрольной группой достоверно реже выявлялись нарушения ритма, такие как желудочковая экстрасистолия, синусовая тахикардия. В отличие от контрольной группы не требовалось назначения дополнительных антиангинальных препаратов. Достоверных изменений показателей артериального давления, ЧСС и уровня глюкозы не отмечалось. Нами была выявлена хорошая переносимость ранолазина. Побочных действий, требующих отмены препарата, в нашем исследовании выявлено не было.

Заключение. Таким образом, включение в схему лечения острого ИМ ранолазина улучшает самочувствие больных после ИМ, снижает частоту ангинозных приступов, а также уменьшает частоту желудочковой экстрасистолии у больных, перенесших ИМ.

Опыт применения бетаксолола у женщин с гипертонической болезнью

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фаткуллина З.С., Фахретдинова Е.Р., Мамлеева А., Жузина А.К.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность терапии бетаксололом у женщин, больных гипертонической болезнью (ГБ) 1–2-й степени.

Материал и методы. В исследование были включены 32 пациентки с ГБ II стадии 1–2-й степени (средний возраст $46 \pm 6,8$ года). Среди них 24 женщины в период ранней менопаузы и 8 – поздней. Диагноз ГБ был верифицирован на основании объективного осмотра, данных ЭКГ, ЭхоКГ, осмотра невролога. Пациенты с нарушением функции почек, печени, страдающие ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом, а также с ГБ 3-й степени, в исследование включены не были.

Результаты. Нами выявлены при первичном осмотре следующие параметры: средние систолическое артериальное давление (САД) $153,8 \pm 9,74$ мм рт. ст. и диастолическое (ДАД) $96,0 \pm 7,05$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) $84 \pm 9,07$ уд/мин. Результаты биохимических исследований: глюкоза $5,07 \pm 0,68$ ммоль/л, общий холестерин (ХС) $5,3 \pm 0,37$ ммоль/л, триглицериды $1,51 \pm 0,15$ ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $2,73 \pm 0,19$ ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $1,22 \pm 0,39$ ммоль/л. Всем больным был назначен бетаксолол (Локрен) в дозе 5 мг. Затем доза препарата титровалась. Пациентам с гиперлипидемией были назначены статины (Симвастатин, Симло, Вазелип). После достижения целевого уровня АД всем к лечению добавлялась ацетилсалициловая кислота 0,125 мг. Всех пациентов осматривали вначале ежедневно (находясь в стационаре) и через 15, 30 и 60 дней после

начала лечения. Увеличена доза препарата до 1/2 таблетки у 25 пациентов (не достигнут целевой уровень АД), требовалось увеличить дозу до 1 таблетки у 7 больных. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. На ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось. В результате лечения были достигнуты следующие параметры: средние САД $126,8 \pm 5,86$ мм рт. ст. и ДАД $75,1 \pm 2,65$ мм рт. ст., ЧСС $73,7 \pm 4,07$ уд/мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до $135/85$ мм рт. ст. и ниже) были получены у 24 (75%) пациентов, хорошие результаты (снижение уровня АД менее чем на 20% от исходного) – у 7 (22%), удовлетворительных результатов получено не было. На фоне терапии бетаксололом показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения бетаксололом. Кроме того, 22 (69%) пациентки отметили уменьшение потливости, снижение интенсивности «приливов», улучшение сна. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, не выявлено.

Заключение. Таким образом, бетаксолол в виде монотерапии у женщин в период менопаузы эффективен и безопасно снижает давление до целевого уровня уже в дозе 10 мг/сут, при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен, а также улучшает качество жизни.

Особенности течения инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Гареева Л.Н., Кутдусов Р.Ф.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа; ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Выявить особенности развития, клиники, диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) у мужчин молодого возраста.

Материал и методы. Обследованы 30 мужчин моложе 45 лет (средний возраст $39 \pm 4,8$ года) с ОИМ, прошедшие лечение в РКЦ г. Уфы. В группу сравнения вошли 30 мужчин с ОИМ, но старше 45 лет (средний возраст $49 \pm 6,3$ года). Среди молодых больных на учете с гипертонической болезнью (ГБ) состояли 3 человека. Среди пациентов старшего возраста на учете с ишемической болезнью сердца (ИБС) состояли 7 человек, ГБ – 21, сахарным диабетом – 5 (в том числе впервые выявленным – 2).

Результаты. При анализе данных анамнеза было выявлено, что ОИМ у 28 молодых пациентов представлял собой первый признак атеросклероза, у 2 – до ИМ отмечались ангинозные боли. В то же время у лиц пожилого возраста развитию ОИМ чаще предшествовали прогрессирующая стенокардия и усиление проявлений сердечной недостаточности (СН). Надо отметить, что среди молодых чаще встречались такие факторы риска, как курение – 24 человека против 19 человек среди немолодых; ожирение – 11 против 7 среди немолодых; отягощенная по ИБС наследственность – 28 против 21. У молодых пациентов тяжелые осложнения встречались реже – лишь у 8 (27%) больных, в то время как течение ОИМ у 17 (56%) лиц пожилого возраста было тяжелое, сопровождалось развитием острой СН, тяжелых аритмий, тромбозов, кардиогенного шока. Установить диагноз ОИМ у молодых помогали характерные изменения на ЭКГ, выявление повышенного уровня тропонина, МВ-фракции креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы-1, которые выступают критериями диагностики у большинства (83%). В контрольной группе чаще встречается поздняя динамика ЭКГ, диагноз опирается на лабораторные методы. На коронароангиограмме у подавляющего большинства молодых больных – 27 (90%) человек наблюдается стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов сердца и лишь у 2 больных атеросклероз незначителен. Из немолодых пациентов у 4 выявлен незначительный атеросклероз. В лечении лиц молодого возраста применялись те же препараты, что и у старших: ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, тикагрелор, гепарины, β -адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, статины, Верошпирон.

Заключение. Таким образом, течение ОИМ у молодых имеет ряд особенностей: как правило, ИМ – первое клиническое проявление ИБС, у большинства при обследовании выявляется стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Диспансерное наблюдение и ранняя диагностика молодых лиц с факторами риска, такими как курение, ожирение и отягощенная наследственность, могут предотвратить развитие кардиологических заболеваний и способствовать увеличению продолжительности жизни.

Эффективность и безопасность валсартана в комбинированной терапии пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Хамидуллина Р.М., Иванова Г.М.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Повысить эффективность фармакотерапии у больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ), на госпитальном этапе реабилитации в условиях РКЦ г. Уфы.

Материал и методы. Под наблюдением находились 49 пациентов, перенесших операцию АКШ и проходивших лечение в отделении долечивания РКЦ г. Уфы и реабилитацию в кардиологическом санатории «Зеленая роща». Средний возраст больных составил $48,1 \pm 5,7$ года. У 28 больных был в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ), 12 человек перенесли повторный ИМ. 20 пациентов, включенных в исследование, до операции состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью (ГБ) различной степени. Наряду с другими препаратами (ацетилсалициловая кислота, гепарин, нитраты, β -адреноблокаторы, статины), традиционно входящими в схему лечения больных с ишемической болезнью сердца, к лечению уже в первые сутки после операции был добавлен валсартан. Доза препарата подбиралась индивидуально. Для пациентов без ГБ доза составляла 40 мг в день. Для больных с повышенным артериальным давлением (АД) доза валсартана титровалась от 80 до 160 мг в день. Эффективность препарата оценивалась по субъективному самочувствию больных, количеству эпизодов ишемии по данным холтеровского мониторирования ЭКГ, уровню АД по данным суточного мониторирования АД и уровню работоспособности по данным велоэргометрии (ВЭМ). Самочувствие и состояние больных оценивались ежедневно на стационарном этапе лечения и каждые 14 дней после выписки в течение 3 мес.

Результаты. Установлено, что у 24 больных после проведенного лечения отсутствовали жалобы на ангинозные приступы. Эпизодов ишемии по результатам мониторирования ЭКГ выявлено не было. Кроме того, из нарушений ритма выявлялись только редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы. Все пациенты достигли уровня работоспособности в 150 кг/мин (по результатам ВЭМ). У 43 больных АД стабилизировалось на уровне 90–120/80–60 мм рт. ст., у 5 пациентов АД снизилось по сравнению с исходным уровнем, но не достигло оптимальных значений. У 1 человека препарат оказался неэффективен. На санаторном этапе реабилитации препарат также хорошо переносился больными и не требовалось изменения дозы. Из побочных действий отмечалась гипотония у 5 больных. У всех снижением дозы препарата этот эффект был нивелирован. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, нами не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, валсартан хорошо переносится больными и в дозе 40 мг может быть в комбинированной терапии больных после операции АКШ. Кроме того, у пациентов с сопутствующей ГБ различной степени препарат эффективно снижает АД в дозе от 80 до 160 мг. Полученные данные позволяют рекомендовать применение валсартана не только в стационаре, но и на амбулаторном этапе реабилитации после перенесенной операции АКШ.

Клиническая значимость пролапса митрального клапана

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Закирова Н.Э., Фахретдинова Е.Р., Нуртдинова Э.Г., Фахретдинова Д.И.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенные хорды являются классическим проявлением дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Цель. Оценить клиническую значимость малых аномалий сердца.

Материал и методы. Обследованы 32 пациента, находившихся на обследовании в Республиканском кардиологическом центре (из них мужчин – 18, женщин – 14) в возрасте от 18 до 30 лет. Клинические диагнозы были выставлены: 19 больным – расстройство вегетативной нервной системы различных типов, 4 – миокардитический кардиосклероз, 9 – ПМК. Все пациенты проходили ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ, толерантность к физической нагрузке (ФН) определялась на велоэргометре (ВЭМ) по методике Аронова Д.М. По показаниям проводилась чреспищеводная электростимуляция (ЧПЭС), УЗИ внутренних органов, изотопная ренография. Пациенты со стойким повышением артериального давления (АД), расширением конечного систолического размера, зонами гипокинеза, снижением фракции выброса в исследование не включались.

Результаты. При проведении ЭхоКГ было выявлено: ПМК 1-й степени без митральной регургитации (МР) – 15 человек, ПМК 1-й степени и МР 1-й – 13, ПМК 2-й степени без МР – 1, ПМК 2-й степени с МР – 2, ПМК 3-й степени с МР – 1. Дополнительные хорды левого желудочка (ДХЛЖ) обнаружены у 22 больных. Левое предсердие было увеличено у 6 человек. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у 27 (84%) пациентов были выявлены различные нарушения ритма, в том числе у 11 (33%) – желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну, у 1 – пробежки наджелудочковой тахикардии, у 14 – зарегистрированы нарушения проводимости. Кроме того, были выявлены и другие проявления ДСТ: у 2 пациентов диагностирован нефроптоз, у 1 – дисплазия почек. Варикозная болезнь разной степени выявлена у 6 больных. Показано, что сочетание ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивает частоту встречаемости желудочковых нарушений ритма, в том числе высоких градаций. При ЧПЭС у 3 больных с сочетанием ПМК и ДХЛЖ выявлены атриовентрикулярная блокада 2-й степени 1-го типа. В той же группе больных чаще встречались внесердечные проявления ДСТ, такие как нефроптоз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Заключение. Таким образом, наличие у пациентов сочетания ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивает риск желудочковых нарушений ритма и нарушений проводимости. Полученные данные позволяют предложить использовать ЭхоКГ для оценки риска при несиндромных формах ДСТ.

Применение тикагрелора в лечении пациентов с острым коронарным синдромом

Закирова А.Н., Николаева И.Е., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Кильмаматова В.В., Прудько Е.Л., Исмагилова Э.Ф.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа; ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения тикагрелора у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента *ST*.

Материал и методы. В исследование были включены 153 больных, мужчин в возрасте $48 \pm 9,6$ года, находившихся на стационарном этапе лечения в Республиканском кардиологическом центре по поводу ОКС. Крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ) был диагностирован у 42 больных, в том числе трансмуральный – у 9 пациентов, мелкоочаговый ИМ – у 16 человек. ИМ нижней локализации был определен в 37 случаях, а передней – 21. У остальных 95 пациентов – нестабильная стенокардия. Коронароангиография (КАГ) проведена 145 больным, из них у 84 (58%) чрескожное вмешательство закончилось установкой стента. Всем больным проведены ЭхоКГ, ЭКГ в динамике, мониторирование ЭКГ и КАГ. У 12 пациентов схема лечения кроме ацетилсалициловой кислоты, β -адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, статинов и Верошпирона включала в себя тикагрелор. Его назначали: сначала нагрузочная доза 180 мг в день, затем 90 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили 50 больных, сопоставимых по возрасту и полу, перенесших ОКС, в схему лечения которых входил клопидогрел. В исследование не включали пациентов с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

Результаты. У всех пациентов в процессе лечения были отмечены закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. Все пациенты лечение переносили хорошо и выписаны в удовлетворительном состоянии. В группе, получавшей тикагрелор, выявлены такие побочные эффекты, как одышка – у 4 (3%) пациентов, незначительное повышение креатинина – у 1 (1%). Побочных действий, требующих отмены препаратов, в нашем исследовании выявлено не было. Геморрагических осложнений и тромбозов стента не выявлено. В контрольной группе у 2 больных отмечены повышенная кровоточивость и отечность десен. Всем пациентам было рекомендовано принимать препараты в течение года. На контрольном осмотре через полгода все пациенты продолжали терапию тикагрелором, продемонстрировав хорошую приверженность лечению.

Заключение. Тикагрелор эффективен и безопасен. Включение в схему лечения ОКС препарата тикагрелор улучшает самочувствие больных после ИМ и нестабильной стенокардии, хорошая переносимость и удобство применения позволяют рекомендовать тикагрелор для реабилитации больных после ОКС с подъемом сегмента *ST*.

Купирование гипертонических кризов метопрололом в амбулаторных условиях

Закирова Н.А., Николаева И.Е., Фаткуллина З.С., Мамлеева Н.А., Фахретдинова Е.Р.,
Халикова З.М., Ахметшина А.Ф.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения метопролола сукцината для купирования неосложненных гипертонических кризов в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Обследованы 28 пациентов (17 мужчин и 11 женщин), обратившихся в консультативную поликлинику Республиканского кардиологического центра, у них на приеме у врача артериальное давление (АД) соответствовало: систолическое (САД) >170 мм рт. ст. и/или диастолическое (ДАД) >110 мм рт. ст., без объективных признаков развития острого поражения органов-мишеней. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 8,7$ года. Всем больных назначался перорально метопролол в дозе 100 мг однократно. В качестве критериев эффективности препарата учитывали время наступления антигипертензивного эффекта и степень снижения АД по измерениям от момента приема препарата и через 15, 30 и 60 мин. В исследование не включали пациентов с осложненными гипертоническими кризами, принимавших ритмурежающие антагонисты кальция, имеющие противопоказания к приему β -адреноблокаторов.

Результаты. Исходный уровень САД у пациентов был $187,6 \pm 10,6$ мм рт. ст., ДАД $106 \pm 8,7$ мм рт. ст. Прием метопролола сукцината в дозе 100 мг через 15 мин приводил к снижению САД на 10–15 мм рт. ст. у 1/2 пациентов. Через 30 мин САД достоверно снизилось на $24 \pm 3,5$ мм рт. ст., а ДАД упало на $10,3 \pm 2,6$ мм рт. ст., кроме того, отмечалось урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) на $11,0 \pm 2,9$ уд/мин. Через 60 мин САД достоверно снизилось на $28 \pm 7,5$ мм рт. ст., а ДАД упало на $12,3 \pm 4,6$ мм рт. ст., урежение ЧСС – на $14,3 \pm 2,9$ уд/мин. Надо отметить, что снижение АД сопровождалось улучшением самочувствия больных. У 2 больных препарат вызвал избыточный гипотензивный эффект (падение АД более 30% от исходного). У 1 человека снизить АД не удалось, и его пришлось госпитализировать в стационар.

Заключение. Метопролол сукцинат безопасен и может рассматриваться в качестве эффективного препарата для лечения неосложненного гипертонического криза на амбулаторном этапе.

Оценка прогностической значимости эпизодов безболевого ишемии миокарда и эндотелиальной дисфункции при нестабильной стенокардии

Закирова Н.Э., Плотникова М.Р., Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Хамидуллина Р.М.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;

Цель. Установить прогностическую значимость эпизодов безболевого ишемии миокарда (БИМ) и дисфункции эндотелия у больных с нестабильной стенокардией (НС).

Материал и методы. Проспективное наблюдение за 117 больными с НС осуществлялось в течение 1 года. Конечными точками считали смерть больного, развитие крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ), повторную госпитализацию с НС, операции по реваскуляризации миокарда. По результатам наблюдения больные были разделены на 2 группы: с неблагоприятным ($n=39$) и благоприятным ($n=83$) исходом заболевания. Для оценки частоты и продолжительности эпизодов БИМ проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Вазодилатирующую функцию эндотелия изучали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией. Вазоконстрикторную функцию эндотелия оценивали по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1), об адгезивной функции эндотелия судили по концентрации молекул межклеточной адгезии (ICAM-1, VCAM-1, E-селектин), которые определяли иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что количество эпизодов ишемии миокарда, как безболевых, так и болевых, в группе больных с неблагоприятным исходом было в 3 раза больше, чем при стабильном течении заболевания. При длительном проспективном наблюдении выявлено, что наиболее высокий риск развития кардиальных событий на протяжении 12 мес имеется у больных с НС, у которых зарегистрировано наличие БИМ продолжительностью 50 мин и смещение сегмента ST на 3 мм (и более). У таких пациентов осложненное течение заболевания и неблагоприятный исход установлены в 87,5% случаев. При оценке прогностической значимости эндотелиальной дисфункции у больных с НС обнаружено, что тяжелое течение НС и неблагоприятный исход развиваются на фоне избыточной продукции ЭТ-1 и подавления ЭЗВД сосудов. При неосложненном течении НС регистрируются умеренные вазоконстрикторные реакции и относительное

снижение ЭЗВД сосудов, значения которых были сопоставимы с данными стабильной стенокардии. Показатели JСAM-1, VCAM-1, E-селектина у больных с НС с неблагоприятным исходом были чрезвычайно высокими и значимо отличались от данных контроля и стабильной стенокардии, а также превышали величины пациентов с НС с благоприятным исходом. При легком течении НС параметры молекул адгезии были сопоставимы с данными стабильной стенокардии.

Заключение. Результаты исследования позволяют рекомендовать оценку БИМ и определение параметров эндотелиальной дисфункции в качестве маркеров дестабилизации течения ишемической болезни сердца и предикторов развития сосудистых событий и неблагоприятного исхода.

Анализ динамики модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний за время обучения в вузе

Зволинская Е.Ю., Кимициди М.Г.

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

Цель. Изучение частоты встречаемости некоторых модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди студентов двух высших учебных заведений г. Москвы для дальнейшего апробирования технологии медико-профилактического индивидуального консультирования.

Материал и методы. В рамках ежегодной диспансеризации были обследованы 1912 студентов обоего пола 1-го курса двух московских вузов – МГМСУ им. А.И.Евдокимова и РХТУ им. Д.И.Менделеева (средний возраст 17,7 года). В те же сроки проведено обследование студентов 5-го курса РХТУ (278 человек).

Результаты. Установлено, что по сравнению со студентами 1-го курса частота встречаемости низкой физической активности повысилась, особенно у мужчин; первокурсники курят чаще, чем старшекурсники (23,2 по сравнению с 15,8%; $p < 0,05$); обращает на себя внимание резкое увеличение с возрастом ожирения, особенно абдоминального; по сравнению с младшекурсниками не отмечено положительной динамики в отношении потребления овощей и фруктов; у каждого десятого старшекурсника-мужчины и каждой шестой женщины отмечается высокое нормальное давление, что также достоверно выше по сравнению с первокурсниками. Требуется пристального внимания тот факт, что более 1/3 мужчин и почти 40% женщин отмечают ухудшение здоровья за время обучения в университете.

Заключение. Распространенность модифицируемых факторов риска ССЗ, за исключением курения, за время обучения в вузах возрастает. Этот факт требует дополнительного внимания и усилий со стороны администрации и дает основания начинать профилактические вмешательства в отношении ССЗ уже на этом жизненном этапе.

Особенности реабилитации больных, перенесших кардиоэмболический инсульт на фоне фибрилляции предсердий

Золотовская И.А.¹, Повереннова И.Е.², Черных Е.Ф.³

¹ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника №9», Самара;

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара;

³ОАО «Санаторий им. В.П.Чкалова», Самара

Развитие здравоохранения в Российской Федерации направлено на сохранение здоровья населения и увеличение продолжительности жизни. Современные технологии предполагают не только высокоэффективное оказание стационарной медицинской помощи, но и проведение активной реабилитации. Существенный вклад острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в структуру смертности и инвалидизации предполагает особое внимание к этой проблеме. В связи с увеличением продолжительности жизни мы имеем возможность наблюдать рост числа больных в популяции с фибрилляцией предсердий (ФП) и как следствие – увеличение в структуре ОНМК случаев кардиоэмболического инсульта. Этот тип инсульта требует особого внимания со стороны врачей, особенно на этапе реабилитации, так как крайне велик риск повторного ОНМК.

Цель. Изучить особенности восстановительного периода у пациентов, перенесших кардиоэмболический инсульт.

Материал и методы. В исследование включены 350 больных (227 женщин и 123 мужчины), перенесших кардиоэмболический инсульт в каротидном бассейне на фоне ФП. Пациенты разделены на 3 группы,

использована шкала NIHSS (по данным выписок стационарного этапа). Всем больным с учетом индивидуального реабилитационного потенциала определены реабилитационные программы. Для решения вопроса о возможности назначения антикоагулянтной терапии использована шкала HAS-BLED. Пациентам проводили комплексное клинико-инструментальное обследование, использованы шкала Рэнкина, индекс Бартела в начале исследования, через 3, 6 мес и через 1 год наблюдения. Оценивались когнитивные функции по шкале Mini-Mental State Examination и параметры системы коагуляционного гемостаза. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартной программы Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica for Windows.

Результаты. Анализ данных, полученных через 3 мес наблюдения, показал, что на фоне проводимых реабилитационных мероприятий отмечался достоверный регресс по шкале Рэнкина и индексу Бартел ($47,18 \pm 3,56$; $56,60 \pm 2,91^*$) у пациентов, применяющих антикоагулянтную терапию. У них отмечено уменьшение уровня фибриногена и стабилизация показателя активированного частичного тромбопластинового времени. В группе пациентов, не получавших антикоагулянты, он достоверно уменьшился через 3 мес, что может свидетельствовать об активации процессов тромбообразования и ухудшении прогноза в плане риска развития повторного ОНМК.

Заключение. Этап реабилитации больных с кардиоэмболическим инсультом следует рассматривать в тесной взаимосвязи первичной и вторичной профилактики, направленной на минимизацию негативного влияния ФП, как основного предиктора развития кардиоэмболического инсульта, и активного включения антикоагулянтной терапии во вторичную профилактику ОНМК. Вопросы методологического порядка реабилитации должны быть разработаны с учетом типа инсульта, сопутствующей патологии и возможностей проведения антикоагулянтной терапии.

Опыт реабилитации больных с патологией сердечно-сосудистой системы на базе БУ ХМАО–Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»

Игнатов С.В., Зуевская Т.В., Курчанова И.О. Блинникова А.Е.

**БУ ХМАО–Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр», Ханты-Мансийск;
БУ 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. Проект за прошедшие годы доказал свою неоспоримую эффективность. 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 такого 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 окружной клинический лечебно-реабилитационный центр – самое крупное медицинское реабилитационное учреждение в округе. Последние 7 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. Во время проведения медицинской реабилитации пациенты находятся под круглосуточным медицинским наблюдением. В отделении создаются максимально благоприятные и комфортные условия для нахождения пациентов (одно- и двухместные палаты). В первые дни после госпитализации пациентам проводят тредмилотрию для определения толерантности к физическим нагрузкам (ФН). Согласно полученному результату в индивидуальном порядке определяется нагрузка для занятий на велоэргометре, которые проводят под непосредственным контролем квалифицированного инструктора. Кроме дозированных ФН, пациенты получают все необходимое физиотерапевтическое лечение. По мере необходимости пациентам проводится групповая и индивидуальная психотерапия. Находясь в стационаре, согласно территориальной программе государственных гарантий ХМАО–Югры, все пациенты получают необходимую лекарственную терапию, включающую антигипертензивные, иполилипидемические, дезагрегантные 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 ФН и, как следствие, полноценной социальной адаптации и скорейшему возвращению пациента к труду.

Прогностическое значение профилактики острого повреждения почек у больных, подвергшихся кардиохирургическим вмешательствам

Искендеров Б.Г.¹, Сисина О.Н.¹, Казанцева Л.В.²

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза;

²ГБУЗ «ГКБ скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель. Оценить прогностическое значение пред- и послеоперационной медикаментозной профилактики острого повреждения почек (ОПП) у больных, подвергшихся кардиохирургическим вмешательствам.

Материал и методы. В клиническое исследование были включены 457 больных (247 мужчин и 210 женщин) в возрасте от 46 до 67 лет (средний возраст – 58,5±6,2 года). В плановом порядке у 215 больных проводилось аортокоронарное шунтирование, у 177 – протезирование клапанов сердца и у 63 – сочетание этих операций. До операции у 289 больных скорость клубочковой фильтрации (СКФ), определяемая по формуле EPI-СКД, была выше 60 мл/мин/1,73 м² (1-я группа) и у 168 – ниже 60 мл/мин/1,73 м² (2-я группа). Из исследования исключались больные, находящиеся на программном гемодиализе, и с первичными заболеваниями почек. В 1-й группе в анамнезе инфаркт миокарда выявлен в 21,1% случаев, ишемический инсульт – в 17,0%, артериальная гипертензия (АГ) – в 46,0%, застойная хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – в 7,3%, сахарный диабет (СД) 2-го типа – в 19,0%, анемия (Hb<110 г/л) – в 4,8%; во 2-й группе – соответственно в 26,2; 18,5; 60,7; 18,5; 22,6 и 9,5% случаев. Больным за 2–3 дня до операции, после операции в стационаре ежедневно и через 3, 6 и 12 мес после выписки определяли содержание креатинина сыворотки крови (сCr) и вычисляли СКФ по формуле EPI-СКД.

Результаты. В 1-й группе послеоперационное ОПП диагностировалось у 22,8% больных и во 2-й – у 36,9% ($p<0,001$). Сопоставление исходных клинико-инструментальных показателей выявило, что в обеих группах у больных, не имевших ОПП, по сравнению с больными с ОПП, значительно реже отмечались случаи некомпенсированной ХСН, неконтролируемой АГ, анемии и недолжного контроля уровня гликемии. Также показано, что развитие ОПП в обеих группах позднее 3 сут после операции нередко было связано с возникновением острых сердечно-сосудистых осложнений и проведением рестернотомии. Кроме того, нами установлено, что использование в раннем послеоперационном периоде мочегонных препаратов в неадекватно больших дозах и необоснованно продолжительное время (более 2 нед), а также рекомендации по ограничению приема жидкости и недостаточный объем гидратационной терапии наряду с приемом гипотензивных препаратов (β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) являются дополнительными риск-факторами развития ОПП. В течение 12 мес наблюдения после операции неблагоприятные сердечно-сосудистые события и смертность в обеих группах при развитии ОПП были достоверно выше, чем у больных, не имевших ОПП, а также во 2-й группе по сравнению с 1-й.

Заключение. Показано, что эффективное медикаментозное лечение основных риск-факторов ОПП в пред- и послеоперационный периоды операции на сердце способствуют снижению риска развития ОПП и улучшению ближайшего и отдаленного прогноза.

Прогностическое значение определения биомаркеров повреждения почек у больных, подвергшихся коррекции клапанных пороков сердца, осложненной острым повреждением почек

Искендеров Б.Г.¹, Сисина О.Н.¹, Тимофеева Н.А.²

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза;

²ГБУЗ «ГКБ скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель. Определить прогностическое значение биомаркера повреждения почек цистатина С у больных с сохранной клубочковой функцией, подвергшихся коррекции клапанных пороков сердца.

Материал и методы. В клиническое исследование были включены 133 больных (86 женщин и 47 мужчин) в возрасте от 46 до 67 лет (средний возраст – 56,2±4,8 года). Протезирование митрального

клапана (МК) проводилось у 49 больных, протезирование аортального клапана (АК) – у 37; одномоментно протезирование МК и АК – у 31; пластика МК и протезирование АК – у 16. Кроме того, у 92 больных дополнительно выполнялась пластика трикуспидального клапана. До операции у всех 133 больных скорость клубочковой фильтрации (СКФ), определяемая по формуле EPI-CKD, была выше 60 мл/мин/1,73 м². Критерием исключения из исследования являлось наличие первичных заболеваний почек и СКФ < 60 мл/мин/1,73 м². Больным за 2–3 дня до операции и после операции первые 3 сут ежедневно определяли содержание цистатина С и креатинина сыворотки крови (sCr), а также вычисляли СКФ до операции, при выписке домой, через 3, 6 и 12 мес после операции. Послеоперационное острое повреждение почек (ОПП) диагностировали по уровню sCr по критериям AKIN и содержанию цистатина С выше 1,2 мг/л.

Результаты. ОПП, по данным цистатина С, диагностировали у 34 (25,7%) больных, из них у 30 (22,6%) ОПП было подтверждено по показателю sCr. При этом содержание цистатина С у больных с ОПП (1-я группа) колебалось от 1,35 до 3,08 мг/л (2,14±0,65 мг/л), а у больных без ОПП – от 0,52 до 1,16 мг/л (0,74±0,28 мг/л), различие достоверно: $p < 0,001$. Между сравниваемыми методами диагностики достоверное различие выявлено и в зависимости от тяжести (стадии) ОПП. Так, патологически повышенный уровень цистатина С, составляющий 25 перцентилей и принимаемый за I стадию ОПП, выявлен в 98 (69,0%) случаях, 25–75 перцентилей (II стадия ОПП) – в 35 (24,6%) и выше 75 перцентилей (III стадия ОПП) – в 9 (6,3%), а по уровню sCr ОПП диагностировалось соответственно в 74 (60,7%), 35 (28,7%) и 13 (10,6%) случаях. Кроме того, у больных с I стадией ОПП, выявляемой по уровню цистатина С, информативность (чувствительность) показателя sCr составила 85,9% против 100% по уровню цистатина С ($p < 0,01$). Наоборот, в группе больных, имеющих I стадию ОПП по уровню sCr, чувствительность показателя цистатина С составила 96,7%. Еще одно преимущество определения уровня цистатина С заключается в том, что данный биологический маркер по сравнению с уровнем sCr на 8–14 ч (в среднем на 12,5 ч) раньше предсказывает развитие ОПП.

Заключение. Показано, что тест определения цистатина С в ранний период после коррекции клапанных пороков сердца позволяет своевременно и точно диагностировать развитие ОПП по сравнению с приростом показателя sCr: 21,9±1,4 нг/мл, 2,65±1,25 мг/л, норма – 0,58–1,02 мг/л. В недавнем широкомасштабном исследовании, включавшем 7596 лиц общей популяции, референтный интервал цистатина С (1 и 99-й перцентиль) составлял 0,57–1,12 мг/л для женщин и 0,60–1,11 мг/л для мужчин.

Региональные особенности выявления болезней системы кровообращения и риска их развития в ходе диспансеризации взрослого населения

Калинина А.М., Кушунина Д.В.

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

Цель. Изучить частоту выявления в ходе диспансеризации взрослого населения Российской Федерации случаев болезней системы кровообращения (БСК), разных нозологических форм БСК, риска их развития в сравнении с показателями заболеваемости БСК по данным официальной медицинской статистики с учетом региональных особенностей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диспансеризации взрослого населения РФ в 2013 и 2014 гг., проводившейся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ №1006н, изучены региональные особенности показателей частоты выявления БСК, в том числе ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертонии (АГ), цереброваскулярной болезни (ЦВБ). Выявление БСК основывалось на стандартном опросе, включавшем вопросы о болях в области грудной клетки, имевших характерные признаки стенокардии напряжения, о симптомах возможных транзиторных ишемических атак или перенесенных нарушений мозгового кровообращения, снятие ЭКГ покоя, осмотр врача-терапевта, а также по показаниям осмотр врача-невролога, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (ДСБА). Для выявления факторов риска (ФР) проводился опрос по унифицированной анкете, исследование уровня холестерина и глюкозы крови, измерение артериального давления, антропометрия, оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Результаты. Проанализированы результаты диспансеризации в 2013 и 2014 гг. в субъектах РФ, представивших полные отчетные данные. Всего прошли диспансеризацию в 2013 г. 20,5 млн человек. В 2014 г. – 22,3 млн. Изучена частота выявления случаев БСК, АГ, ИБС, ЦВБ, в том числе взаимосвязь с охватом исследованиями ДСБА, по РФ и субъектам РФ в разных возрастных группах. Показатель выявленных случаев БСК (на 100 тыс. обследованных) по данным диспансеризации составил в 2013 г. 8591,9, 2014 г. – 8264,9. Отме-

чен неполный охват методами обследования, предусмотренными программой диспансеризации, что могло повлиять и на выявляемость патологии. Вместе с тем при сопоставлении данных официальной статистики за 2012 г. (до внедрения программы диспансеризации) и 2013 г. (начало проведения диспансеризации) оказалось, что на фоне активного выявления заболеваний при диспансеризации повысилась выявляемость БСК в целом на 13,7% (с 3040,8 до 3456,9 случая на 100 тыс. населения), в том числе АГ – с 710,5 до 749,5, ИБС – с 633,1 до 963,1 и ЦВЗ – с 794,4 до 829,8, что важно для своевременной профилактики и эффективной реабилитации этих заболеваний. Оценены частота модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, суммарный сердечно-сосудистый риск у лиц без клинических форм сердечно-сосудистых заболеваний и потребность в профилактической помощи этим пациентам с учетом региональных особенностей.

Обоснованная терапия стрептококковой инфекции как профилактика метатонзиллярных заболеваний

Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Дегтярева Е.А.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва;

ГБУЗ «Детская инфекционная клиническая больница №6» Департамента здравоохранения г. Москвы

Очаг хронического воспаления в зоне лимфоглоточного кольца, распространяясь на небные миндалины, слизистую оболочку, лимфоидный аппарат, оказывает воздействие на организм гематогенным, нервно-рефлекторным и иммуноопосредованным путями, что приводит к развитию сопряженных метатонзиллярных заболеваний, часто сердечно-сосудистой, костно-мышечной и мочевыделительной систем. Метатонзиллярные осложнения со стороны сердца возникают в условиях преимущественно стрептококковой хронической инфекции.

Цель. Определить группы риска различной тонзиллогенной патологии, требующие патогенетически обоснованных реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. В исследование включены 72 ребенка 5–17 лет ($10,8 \pm 3,7$) с хроническим тонзиллитом (ХТ) и кардиоваскулярными изменениями. Пациенты были разделены на 2 группы: 37 (51%) детей с простой формой ХТ и 35 (49%) – с токсико-аллергической формой (ТАФ I и ТАФ II). Анализировались данные клинического анализа крови и мочи, биохимического анализ крови, уровень антистрептолизина О (АСЛО), креатинфосфокиназы МВ (МВ-КФК), тропонина, данные ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭхоКГ, определение уровня антикардиальных аутоантител (ауто-АТ) методом ЭЛИ-АНКОР-тест.

Результаты. Структура кардиоваскулярных изменений была статистически идентична при разных формах ХТ. В структуре кардиоваскулярных изменений преобладали астеновегетативный (52%) и кардиальный синдром (40%). Нарушения реполяризации (в двух и более отведениях) отмечались у 49% пациентов, дисфункция синусового узла – у 40%. Реже наблюдались нарушения проводимости в виде синоатриальной (13%) и атриовентрикулярной блокад (3%). Нарушение ритма сердца (суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы) регистрировалось у 17% детей. Повышение титра АСЛО отмечалось у 56% детей. Зарегистрировано повышение МВ-КФК у 65% пациентов. Выявлена статистически значимая зависимость самого факта повышения МВ-КФК от повышения АСЛО ($p < 0,05$), что может являться подтверждением кардиотоксического воздействия стрептококковой инфекции. При повышении титров АСЛО и МВ-КФК проводилось определение уровня антикардиальных ауто-АТ. Выявлено достоверное повышение ауто-АТ к мембране кардиомиоцитов (33%) и плазминогену (22%), умеренное повышение к кардиомиозину L (44%). Выявленные изменения не позволяют исключить течение аутовоспалительного процесса в миокарде и микроциркуляторном русле.

Заключение. Выявленные кардиоваскулярные изменения диктуют дифференцированные подходы к профилактике обострений ХТ и метатонзиллярных заболеваний. Возможными показателями к назначению местной терапии, антибактериальных средств (в том числе дюрантных форм пенициллина), тонзилэктомии могут являться показатели аутоиммунитета.

Привычки питания, характеризующие уровень сердечно-сосудистого здоровья в российской популяции. Результаты эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ

Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Бойцов С.А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ

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

Привычки питания наряду с уровнем физической активности, курением и показателями артериального давления, общего холестерина и глюкозы крови являются научно обоснованным компонентом оценки сердечно-сосудистого здоровья в популяции.

Цель. Изучить привычки питания взрослого населения России, имеющие протективный вклад в формирование сердечно-сосудистого здоровья.

Материал и методы. Обследована представительная выборка 13 регионов России: 21 530 человек (6919 мужчин и 11 386 женщин в возрасте 25–64 лет) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (2012–2013 гг.). Привычки питания изучены частотным методом, оценка «питания для ССЗ» проведена по критериям «FINRISK study». Оценивалось «рекомендуемое питание для ССЗ», «промежуточный вариант» и «неблагоприятное питание для ССЗ».

Результаты. Распространенность ежедневного потребления овощей и фруктов в общей популяции составила 58,9%: более высокая среди женщин – 63,4% и значительно ниже среди мужчин – 50,1%. Использование растительных масел в приготовлении блюд отмечено у 93,3% населения, среди женщин 95,5%, среди мужчин 89,9%. Рекомендуемое потребление рыбы выявлено у 64,0% взрослого населения: 66,5% среди мужчин и 62,4% среди женщин. Используют в рационе питания молочные продукты низкой жирности только 26,0% населения: каждая четвертая женщина (24,4%) и почти каждый третий мужчина (29,0%). «Рекомендуемое питание для ССЗ» имели 14,8% общей популяции: 15,4% мужчин и 13,8% женщин. В отдельных регионах отмечены как более высокие показатели (г. Владивостоке и г. Вологде – 26,7 и 23,2% соответственно), так и более низкий – 5,5% в г. Оренбурге. «Промежуточный вариант питания» отмечен у 85,4% взрослого населения: 86,1% женщин и 84,1% мужчин. «Неблагоприятное питание для ССЗ» имеют лишь 0,4% населения: 0,6% мужчин и втрое меньше женщин – 0,2%. Независимо от пола отмечены положительные ассоциации «рекомендуемого» и «промежуточного» вариантов питания с возрастом, статусом образования, проживанием в городе и отрицательные – с уровнем дохода. В оценочной комбинации «промежуточного варианта» питания чаще присутствовали: использование только растительных масел в приготовлении пищи (92,5%), ежедневное потребление фруктов и овощей (88,2%), реже – рекомендуемое потребление рыбы (59,3%) и молочных продуктов пониженной жирности (13,6%), что объективно демонстрирует резерв для популяционных образовательных профилактических программ, позволяя выделить конкретные акценты в формировании привычек питания у населения.

Заключение. В целом оценка привычек питания в российской популяции, проведенная по расширенным критериям соответствия «пирамиде питания ВОЗ», показала, что 7,0% взрослого населения имеют рацион, полностью соответствующий требованиям здорового питания.

Оценка фактического питания пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний

Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А.М.

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

Цель. Изучить современный характер питания пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска – ФР (избыточная масса тела, нарушения липидного и углеводного обмена, артериальная гипертензия).

Материал и методы. Обследованы 263 жителя г. Москвы (87 мужчин и 176 женщин), обратившиеся на прием к диетологу по поводу коррекции алиментарно-зависимых ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в поликлиническое отделение ФГБУ «ГНИЦПМ» в течение 2012 г. Средний возраст мужчин – 47,8±12,4 года, женщин – 52,9±13,5 года. Оценка фактического питания выполнена на программе «Анализ состояния питания человека», версия 1.2.4.

Результаты. Суточная калорийность рациона питания оказалась более высокой среди мужчин – 2506,2±831,6 ккал/сут в отличие от женщин – 1958,9±528,5 ккал/сут ($p<0,001$). Независимо от пола отмечена отрицательная ассоциация суточной калорийности рациона с возрастом пациентов. Потребле-

ние пищевого белка у мужчин было достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у женщин, – $84,4 \pm 25,0$ и $67,4 \pm 20,5$ г/сут соответственно, без возрастных различий. Также среди мужчин достоверно ($p < 0,001$) отмечено более высокое потребление общего жира, насыщенных жиров и пищевого холестерина ($114,1 \pm 44,7$, $37,9 \pm 15,7$ г/сут и $269,6 \pm 113,6$ мг/сут соответственно) по сравнению с женщинами ($92,8 \pm 25,2$, $29,3 \pm 10,5$ г/сут и $199,6 \pm 94,9$ мг/сут соответственно). В потреблении полиненасыщенных жиров установлена положительная ассоциация только с возрастным цензом ($p < 0,05$) без гендерных отличий: $24,5 \pm 10,1$ г/сут – среди мужчин и $22,6 \pm 7,1$ г/сут – среди женщин. Мужчины достоверно ($p < 0,001$) отличались более высоким потреблением добавленного сахара, крахмала и общих углеводов ($57,2 \pm 44,0$, $121,4 \pm 78,3$ и $248,8 \pm 8,3$ г/сут) в отличие от женщин ($34,7 \pm 29,9$, $85,3 \pm 45,7$ и $184,3 \pm 71,9$ г/сут соответственно). Независимо от пола установлено снижение потребления свободного сахара с возрастом ($p < 0,001$), в потреблении крахмала и общих углеводов достоверных изменений нет. Суточное потребление пищевых волокон, как и общих углеводов, составило меньше 1/2 рекомендуемого без половых и возрастных отличий – $8,1 \pm 4,2$ г/сут у мужчин и $8,4 \pm 4,2$ г/сут у женщин. Отмечен адекватный профиль потребления витаминов К, С и Fe и низкий профиль потребления витамина D, Ca и Mg ($3362,9 \pm 1118,9$, $168,7 \pm 101,8$ и $350,1 \pm 111,5$ мг/сут соответственно; $4,4 \pm 3,5$, $929,1 \pm 344,0$ и $350,1 \pm 111,5$ мг/сут соответственно) с пищей как среди мужчин, так и среди женщин ($3022,9 \pm 1040,8$, $198,3 \pm 120,0$, $15,0 \pm 4,7$, $3,7 \pm 2,6$, $916,3 \pm 375,1$ и $301,1 \pm 91,0$ мг/сут соответственно). Потребление Na, Mg, Fe с пищей у мужчин достоверно выше, чем у женщин ($p < 0,001$), без возрастных различий.

Заключение. У пациентов с алиментарно-зависимыми ФР ССЗ отмечены: низкий профиль потребления общих углеводов, пищевых волокон, витамина D, Ca и Mg и избыточный профиль потребления насыщенных жиров и свободных сахаров, что обосновывает модификацию диетологических рекомендаций с учетом современных данных.

Реабилитация больных с бронхиальной астмой на фоне гипертонической болезни

Каримова И.М.¹, Валеева Р.Н.¹, Голдобина Л.П.², Столярова Т.В.¹

¹ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа;

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

Цель. Поиск физиотерапевтических методов лечения бронхиальной астмы, направленных на устранение бронхообструкции и нормализацию гемодинамики.

Материал и методы. Под наблюдением находились 68 пациентов смешанной формы бронхиальной астмы в возрасте от 37 до 68 лет. У всех больных наблюдалось стойкое повышение артериального давления. Они были разделены на две группы, сопоставимые по основным клиническим и функциональным показателям: основная (38 человек) и контрольная (30 человек). Пациенты основной группы наряду с базисной медикаментозной терапией получали КВЧ-терапию (аппарат КВЧ-НД) на межлопаточную и шейно-воротниковую зоны. Длина волны составляла 5,6–7,1 мм. Воздействие проводилось по скользящей методике по зонам. Продолжительность воздействия – 15–20 мин. На курс лечения – 10 сеансов.

Результаты. В основной группе существенно сократилась частота предъявляемых жалоб на удушье и кашель, а также жалобы на головные боли и головокружение. У пациентов основной группы значительно улучшилась бронхиальная проходимость, что подтвердилось спирографическими показателями. Кроме этого, у данной категории больных наблюдалось снижение артериального давления, что было зафиксировано ежедневными измерениями и данными суточного мониторирования. Комплексная интегральная оценка результатов лечения, учитывающая динамику клинических, лабораторных и функциональных данных, показала эффективность применения КВЧ-терапии в лечении больных бронхиальной астмой на фоне гипертонической болезни: 87,9% в основной группе и 49% – контрольной. Нормализация гемодинамики в основной группе составила 64,3%.

Заключение. КВЧ-терапия является высокоэффективным методом реабилитации больных с сочетанной патологией бронхиальной астмы и гипертонии. Воздействуя на гемодинамические и бронхообструктивные звенья в патогенезе развития заболеваний, может с успехом применяться у данной категории пациентов.

Немедикаментозные методы в реабилитации больных с гипертонической болезнью при сопутствующем остеохондрозе шейного отдела позвоночника

Карамова И.М.¹, Валева Р.Н.¹, Голдобина Л.П.², Столярова Т.В.¹

¹ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа;

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

Цель. Изучить особенности реабилитации больных с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника, так как шейный остеохондроз отягощает течение ГБ, способствует повышению резистентности к проводимой гипотензивной терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 67 человек в возрасте от 40 до 58 лет с ГБ на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника. Пациенты были разделены на 2 группы. Больные 1-й группы (32 человека) получали стандартную гипотензивную, метаболическую и противовоспалительную терапию. Больные 2-й группы (35 человек) на фоне стандартной медикаментозной терапии был проведен курс магнитолазеротерапии на вертебральный очаг и паравертебральные зоны шейного отдела позвоночника на аппарате «Матрикс» с использованием инфракрасной головки ЛОЗ с зеркальной магнитной насадкой ЗМ 50, длина волны 0,89 мкм, импульсная мощность 7–10 Вт, частота 80 Гц, по 2 мин на зону. Через 2 ч – сеанс классической корпоральной иглотерапии по тормозной методике с использованием точек аши и соответствующих звучащих меридианов. На курс лечения 8–10 процедур.

Результаты. Выявлено снижение уровня систолического артериального давления (АД) на 8 и 11,7% соответственно у больных 1 и 2-й групп. У пациентов 1-й группы, не получавших комплексной немедикаментозной терапии, не происходило улучшения суточного профиля АД, в то время как у больных 2-й группы отмечались увеличение суточного индекса и уменьшение скорости утреннего подъема систолического АД. На фоне проводимой терапии у больных 2-й группы достоверно увеличились показатели пульсового кровенаполнения сосудов в бассейне внутренней сонной и позвоночной артерий и линейная скорость кровотока по этим сосудам. Так, амплитуда РЭГ в ФМ-отведении возросла в среднем более чем на 40% и 38% – в ОМ-отведении. Линейная скорость кровотока по общим сонным артериям увеличилась на 10%. Достоверных изменений церебральной гемодинамики у пациентов 1-й группы выявлено не было.

Заключение. Комплексное применение магнитолазеротерапии и рефлексотерапии в реабилитации больных с ГБ на фоне обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника оказывает положительное влияние на суточный профиль АД и церебральную гемодинамику.

Реабилитация больных с ревматоидным артритом на фоне артериальной гипертензии

Карамова И.М.¹, Валева Р.Н.¹, Голдобина Л.П.², Столярова Т.В.¹

¹ГБУЗ РБ «Больница скорой медицинской помощи», Уфа;

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

Цель. Поиск наиболее эффективного немедикаментозного метода в реабилитации больных ревматоидным артритом на фоне артериальной гипертензии, так как во многих исследованиях выявлена прямая зависимость повышения давления и увеличения удельного периферического сопротивления от продолжительности заболевания.

Материал и методы. Пролечены 62 человека в возрасте от 45 до 67 лет, из них 37 женщин и 25 мужчин с ревматоидным артритом. У всех пациентов диагностирована гипертоническая болезнь 1–2-й ст. На фоне стандартной гипотензивной, метаболической, противовоспалительной терапии нами был произведен курс надвенозного лазерного облучения крови – гелий-неоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм на аппарате LA, длительностью процедуры 20 мин, на курс 7–8 процедур. После этого проводилась магнитолазеротерапия (аппарат «Матрикс») по местной методике на суставы с использованием инфракрасной головки ЛОЗ с магнитной насадкой ЗМ 50, импульсная мощность 5–7 Вт, частота 80 Гц, по 1,5–2 мин на зону воздействия, на каждый сустав по 2–3 зоны. На курс лечения 7–8 процедур.

Результаты. После проведенного лечения отмечались значительное улучшение в виде стабилизации артериального давления (АД), уменьшения болевого синдрома, отека и увеличения подвижности пораженного сустава, а также положительная динамика показателей общего и биохимического анализа крови, суточного мониторинга АД. Наблюдалось снижение систолического АД на 14% (с 151,2±5,5 до 129,3±4,7 мм рт. ст.), диастолического – на 8% (с 92,8±2,7 до 85,5±1,8 мм рт. ст.). У 62 (100%) больных уменьшилась утренняя скованность суставов, у 60 (96,70%) – отечность суставов, у 55 (88,7%) – болезненность, а у 5 (8,06%) – боль исцезла.

Заключение. Надвенная лазеротерапия в сочетании с локальной магнитолазеротерапией имеет выраженный противовоспалительный, противоотечный, анальгезирующий, вазоактивный и гипотензивный эффекты. В связи с этим может эффективно использоваться в реабилитации больных ревматоидным артритом как для повышения двигательной активности, так и для стабилизации АД.

Генетические предикторы остеопороза

Кенц А.С., Мордовский В.С., Никулина С.Ю., Чернова А.А., Капустина Е.В., Большакова Т.Ю.
ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск

Остеопороз – хронически прогрессирующее системное, обменное заболевание скелета, проявляющееся снижением прочности кости и повышением риска переломов. По данным международного сообщества по изучению остеопороза, 8 млн 900 тыс. переломов ежегодно вызваны остеопорозом, что составляет 1 перелом каждые 3 с. В России примерно около 14 млн страдают остеопорозом, что составляет 10% населения. Остеопороз приводит к большому индивидуальному и государственному экономическому ущербу. Общая смертность – около 20% в первые 12 мес после перелома шейки бедра и выше у мужчин, чем у женщин. Остеопороз требует своевременных диагностики и профилактики.

Материал и методы. Число планируемых обследуемых пациентов – 60 человек. Клинический анализ крови (+СОЭ, С-реактивный белок – СРБ), молекулярно-генетический анализ. Рентгенография места перелома.

Результаты. Отобраны 54 человека: 6 мужчин и 48 женщин. Проведено клинико-инструментальное обследование. Планируемые гены: COL1A1, VDR и 2046 G->T.

Заключение. Гены COL1A1, VDR и 2046 G->T, возможно, будут служить ранними предикторами возникновения остеопороза.

Динамика качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией при поликлиническом этапе реабилитации

Кильдебекова Р.Н., Дмитриев А.В., Мингазова Л.Р.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель. Изучить эффективность влияния физических нагрузок (ФН) у больных артериальной гипертензией (АГ) на показатели качества жизни при реабилитации в поликлинических условиях.

Материал и методы. В проспективное открытое исследование были включены 92 пациента мужского пола с АГ 2-й степени, средний возраст составил $39,5 \pm 4,6$ года и давность заболевания – $4,1 \pm 0,8$ года. Диагноз АГ верифицировался при клиническом обследовании и исключении вторичных форм АГ по общепринятой схеме в соответствии с рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2010). В исследование не включали пациентов с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, индексом массы тела более 30 и сопутствующими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Для определения эффективности предложенного нами комплекса физической реабилитации на поликлиническом этапе были сформированы две группы из обследуемых пациентов с АГ, сопоставимые по возрасту: 1-я группа положительного контроля ($n=30$) получала медикаментозную терапию согласно рекомендациям ВНОК (2010 г.), было рекомендовано повысить двигательную активность в виде ежедневной ходьбы не менее 1 ч; 2-я – основная группа ($n=62$) дополнительно применяла физическую реабилитацию на велотренажерах 3 раза в неделю в течение 3 мес; 3-я группа отрицательного контроля ($n=25$) – здоровые лица, сопоставимые по полу и возрасту. Показатели качества жизни исследовали по опроснику SF-36.

Результаты. У всех больных АГ наблюдалась позитивная динамика уровня артериального давления (АД), более выраженная в группе, где дополнительно применяли ФН: систолическое АД уменьшилось на 22,9% и диастолическое – на 25,3%, а в 1-й группе – на 16,6 и 18,1% соответственно. Изучение качества жизни у больных АГ показало ухудшение восприятия физического здоровья. Так по шкале физического функционирования показатели были ниже на 20,9%, ролевое физическое функционирование – на 11,3%, общее здоровье – на 11,7%; по шкалам психического здоровья: жизнеспособность – на 9,4%, социальное функционирование – на 8,8%, психическое здоровье – на 7,3% в сравнении с группой отрицательного контроля. Проведенный анализ качества жизни у больных АГ на фоне физической реабилитации показал позитивную

динамику, более выраженную в основной группе, физическое функционирование повысилось на 26,5%, ролевое физическое функционирование – на 18,2%, общее здоровье – на 22,9%, жизнеспособность – на 13,7%, социальное функционирование – на 15,5% и психическое здоровье – на 19,4%, а в 1-й группе эти показатели улучшились в меньшей степени.

Заключение. У пациентов с АГ было исходно снижено качество жизни, применение физической реабилитации в амбулаторных условиях позволяет с большей эффективностью снижать уровень АД, что способствует улучшению физического и психологического компонентов здоровья.

Эффективность наблюдения пациентов с артериальной гипертензией в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики

Комков Д.С., Швабская О.Б., Линчак Р.М.

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

Цель. Оценить эффективность наблюдения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики.

Материал и методы. Для оценки эффективности мероприятий, проводимых отделением медицинской профилактики нашего центра, среди направленных на регистрацию факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на протяжении II полугодия 2013 г. (t1) сплошным методом были отобраны пациенты с АГ. Этим пациентам после проведения краткого профилактического консультирования предлагалось оценить готовность к изменению образа жизни по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При этом пациентам с 6–10 баллами по данной шкале предлагалось дополнительно пройти групповое профилактическое консультирование – школу здорового образа жизни и школу для пациентов с АГ. В дальнейшем вся когорта пациентов наблюдалась в отделении медицинской профилактики по обращаемости. Во II полугодии 2014 г. (t2) эта когорта пациентов снова прошла регистрацию факторов риска. Рассчитывалась доля пациентов, достигших и не достигших целевых уровней АД в периоды t1 и t2.

Результаты. Из 1331 человека, обратившегося в отделение медицинской профилактики за период t1, 580 (43,6%) человек имели фактор риска «Повышенное АД», а 340 (58,6%) из них – нецелевые уровни АД. Среди лиц, не достигших целевых уровней АД, 121 (35,6%) человек имел 6–10 баллов по ВАШ. Отклик в отношении посещения школ здоровья составил 69,4%. Медиана наблюдения пациентов в отделении медицинской профилактики составила $9,1 \pm 1,4$ мес. При повторной оценке факторов риска в когорте лиц, имеющих фактор риска «Повышенное АД» в период t2, целевые уровни АД не были достигнуты у 5,9% человек.

Заключение. Наблюдение в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и дифференцированный подход при выборе формы работы с пациентами (индивидуальное/групповое консультирование) позволяют в течение 1 года наблюдения достичь целевых уровней АД в 94% случаев.

Метаболические эффекты разных схем гиполипидемической терапии: данные сравнительного рандомизированного исследования

Кошельская О.А., Винницкая И.В., Кравченко Е.С., Сулова Т.Е.

ФГБНУ «НИИ кардиологии», Томск

Цель. В ходе открытого рандомизированного исследования сравнить гиполипидемическую эффективность, влияние на показатели углеводного обмена и уровень циркулирующих адипоцитокинов 24-недельной терапии розувастатином (Мертенил) в возрастающих дозах и умеренных доз аторвастатина в комбинации с эзетимибом у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа или нарушением толерантности к глюкозе (НТТ).

Материал и методы. Исследование составил 31 пациент, включая пациентов с СД или НТТ, из которых у 14 документирована ИБС со стабильной стенокардией, и 10 больных с ИБС без нарушений углеводного обмена. Рандомизированы на 2 группы: 1-я (n=16) – терапия розувастатином (средняя доза 12,5 мг/сут) и 2-я (n=15) – лечение аторвастатином (средняя доза 13,3 мг/сут) в комбинации с эзетимибом (10 мг/сут). Оценивали динамику показателей липидтранспортной функции крови, углеводного метаболизма, индекса НОМА-IR, уровень аполипопротеинов (апо), лептина и адипонектина крови.

Результаты. В 1 и 2-й группах значения холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и апоВ снизились на 51,7 и 42,3% и 51,8 и 44,9% соответственно. Во 2-й группе снижение уровня триглицеридов крови было более значительным: на 43,2% против 17,4% в 1-й группе ($p < 0,02$), тогда как достоверных изменений содержания ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и апоА-1 ни в одной из групп не происходило. Только во 2-й группе документировано возрастание базальной гликемии, инсулинемии, уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) от 6,47% (6,10–7,02) до 6,98% (6,23–8,18) и НОМА-IR от 2,14 (1,68–3,51) до 4,30 (2,31–5,77) [для всех $p < 0,05$], что имело место у 75% пациентов независимо от наличия исходных нарушений углеводного метаболизма, но в максимальной степени было выражено у пациентов с СД или НТТ. Выявлена разнонаправленная динамика уровня лептина: у 73% больных 1-й группы определялось уменьшение уровня лептина, тогда как у 67% пациентов 2-й группы его концентрация увеличивалась на 57%. В общей группе ($n=31$) степень возрастания базальной гликемии имела прямую связь с приростом уровня лептина ($R_s=0,37, p=0,04$), динамика которого во 2-й группе была ассоциирована со снижением концентрации адипонектина ($R_s=-0,57, p=0,034$).

Заключение. При равной степени снижения ХС ЛПНП 24-недельная терапия аторвастатином в комбинации с эзетимибом, в отличие от лечения розувастатином, индуцирует рост базальной гликемии, HbA_{1c} и НОМА-IR независимо от наличия исходных нарушений углеводного обмена. Наши данные предполагают участие адипонектина и лептина с вероятным развитием лептин-резистентности в реализации нежелательных метаболических эффектов комбинации аторвастатина с эзетимибом.

Влияние длительных контролируемых физических тренировок у больных артериальной гипертензией, перенесших острый инфаркт миокарда, на клиническое течение и исходы на амбулаторно-поликлиническом этапе

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

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

Известно, что артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – самые распространенные заболевания сердечно-сосудистой системы, они вносят наиболее существенный вклад в кардиоваскулярную смертность. Уровень смертности в течение первого года после инфаркта миокарда (ИМ) составляет около 10% (Р.Кемпбелл, 1997). В свою очередь, риск развития повторных коронарных событий в значительной мере зависит от величины артериального давления.

Цель. Оценить клиническое течение болезни и прогноз у больных АГ и ИМ в зависимости от эффективности антигипертензивного лечения и проведения мероприятий по вторичной профилактике.

Материал и методы. В исследование были включены 206 больных АГ, перенесших ИМ. Срок включения составил 3–8 нед от начала ИМ. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: основную (ОГ) – 102 человека и контрольную (КГ) – 104. Все больные получали стандартную поддерживающую терапию. В ОГ контролируемые физические тренировки (КФТ) проводились в режиме нагрузок средней интенсивности (50–60% от выполненной мощности при ВЭМ-пробе) 3 раза в неделю по 45–60 мин в течение 1 года. Эффективность воздействия оценивали по результатам лабораторного (липиды), инструментального (ВЭМ-проба, ЭхоКГ) и клинического исследований.

Результаты. Получены доказательства эффективности КФТ у данного контингента больных. Это выразилось в достоверном, в том числе при сравнении с КГ, увеличении физической работоспособности или объема выполненной работы при ВЭМ на 89,7% ($p < 0,001$), снижении систолического и диастолического АД и двойного произведения при физической нагрузке и в покое, увеличении фракции выброса левого желудочка на 7,6% ($p < 0,001$) и уменьшении диастолического и систолического объемов левого желудочка, а также в снижении массы тела на 3%; повышении уровня холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) на 13,1% ($p < 0,001$) и уменьшении индекса ХС липопротеидов низкой плотности/ХС ЛПВП на 11,2% ($p < 0,05$). В качестве основных клинических критериев эффективности выступили: достоверное уменьшение числа приступов стенокардии на 47,6% и потребности в нитратах – на 25% (все $p < 0,001$), улучшение качества жизни ($p < 0,001$) и, что особенно важно, – в ОГ наблюдалось существенно меньшее, чем в КГ, общее число кардиоваскулярных событий (смерть, нефатальный ИМ, нестабильная стенокардия, госпитализации в связи с обострением основного заболевания и необходимостью вмешательства на коронарных сосудах, в том числе плановом) – соответственно 12 случаев против 24 случаев ($p < 0,05$) и дней нетрудоспособности в течение 1 года (167 против 296, или в пересчете на одного человека – 1,9 против 4,9; $p < 0,05$).

Заключение. Длительные КФТ средней интенсивности у больных АГ и ИБС, осложненной острым ИМ, приводят к стабильному течению болезни, уменьшению заболеваемости и являются безопасным и эффективным методом реабилитации и вторичной профилактики у таких больных.

Роль оценки качества жизни в проведении реабилитационных мероприятий у детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца

Крупянка С.М., Милюевская Е.Б., Неведрова М.Н.

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

Цель. Изучить качество жизни детей и подростков после хирургического лечения врожденных пороков сердца и выявить причины его снижения.

Материал и методы. Использовалась методика определения качества жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, адаптированная для детей и подростков. Качество жизни (КЖ) изучено у 220 пациентов после хирургической коррекции врожденного порока сердца (ВПС). Возраст на момент исследования составил от 10 до 18 лет (в среднем $14,7 \pm 2,4$ года), возраст на момент операции – от 8 дней до 17 лет ($10,6 \pm 2,9$ года). Радикальная коррекция порока осуществлена 211 пациентам, гемодинамическая коррекция – 4, паллиативная операция – 5. Исследование явилось наблюдательным ретроспективным.

Результаты. КЖ пациентов составило от -23 до +2 балла (медиана – -3 балла). Нормальное КЖ отмечено в 96 (43,6%) случаев, умеренное его снижение – в 52 (23,6%), выраженное снижение – в 72 (32,7%). Основными причинами снижения КЖ были жалобы на боли в сердце и сердцебиения, ограничение физических усилий и занятий спортом, необходимость лечиться (принимать лекарства, часто посещать врачей). Выявлены отрицательная корреляция с категорией сложности и количеством проведенных операций. Лучшие показатели отмечены у подростков, проживающих в полных семьях, посещающих учебное заведение, занимающихся физической культурой и не имеющих инвалидности. КЖ лучше при радикальной коррекции порока по сравнению с гемодинамической коррекцией или паллиативным вмешательством ($p=0,027$). КЖ пациентов после хирургического лечения сложных цианотических пороков было ниже по сравнению с КЖ пациентов с нецианотическими пороками сердца ($p<0,001$).

Заключение. В результате хирургического лечения ВПС происходит нормализация многих аспектов жизни детей и подростков. В ряде случаев отмечалось снижение КЖ, причинами этого часто являлись ограничение физических нагрузок вследствие их плохой переносимости или запрета лечащих врачей, который редко бывает основан на данных исследований в условиях пробы с дозированной нагрузкой, а также психосоциальные факторы. Выявление показателей, играющих в снижении КЖ наиболее значимую роль, будет способствовать обоснованному проведению мероприятий, направленных на нормализацию жизни пациентов: медицинских, программы физической реабилитации, работы психологов с подростками и их родителями. Одним из способов оценки эффективности этих мероприятий также является оценка КЖ до и после их проведения.

Удовлетворенность пациентов с фибрилляцией предсердий оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях

Кузьминская Т.В., Сердечная Е.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск

У пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и принимающих антикоагулянты, в частности варфарин, должна быть высокая приверженность лечению в виду высокого риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений при недостаточной информированности, внимании и контроле медицинского персонала.

Цель. Улучшить качество ведения пациентов с ФП, получающих антикоагулянтную терапию на амбулаторном этапе. Изучить мнение пациентов по поводу оказания медицинских услуг в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Анкетирование пациентов проводилось с апреля по август 2014 г. по анкете PIECES QUESTION (S.Joffer) известной как Массачусетский опросник. CHADS2 и CHA2DS2-VASc-схемы были использованы для стратификации риска инсульта и тромбоэмболии.

Результаты. В исследование включены 400 пациентов, из них 226 (56,5%) женщин. Большинство пациентов, а это почти 70%, старше 65 лет. Наличие ФП – у 326 (82%) больных от общего числа, остальные – с тромбозами. 293 (73,3%) пациента принимают антикоагулянты. При анализе вопросов анкеты выяснилось, что полностью довольны лечением большая часть пациентов – 265 (66,3%), 121 (30,3%) – частично доволен, недовольны – 14 (3,5%). Рекомендовать лечение в этой поликлинике близким могут 256 (64%) пациентов, приблизительно 1/3 – 122 (30,5%) – частично, недовольны – 5%. Пациенты моложе 65 лет оценивали уровень врача как специалиста высоким – 83 (64,8%), а старше 65 лет доля таких больных уменьшалась. Увеличивалась доля больных, считающих уровень врача средним и низким. В старших возрастных группах реже объяснялась цель назначения медикаментов – 161 (59,2%), а значит, и варфарина; 32 (11,8%) пациента старшей возрастной группы вообще отрицают объяснение цели назначения медикаментов по сравнению с возрастной группой моложе. В обеих группах объяснялось побочное действие лекарственных препаратов менее чем 50% пациентов и 1/3 пациентов считают, что им вообще не объяснялись побочные эффекты, информированность пациентов низкая. Не имели возможности общаться с врачом (обсудить заболевание, состояние, лечение) в 7% случаев, в старших группах сообщали, что реже имели такую возможность.

Заключение. 73,3% пациентов принимают антикоагулянты, большинство пациентов удовлетворены лечением в поликлинике, но 1/3 недовольны и частично довольны. Удовлетворены возможностью общения с врачом меньшая доля больных в старшей возрастной группе. Также в старшей возрастной группе отметили недостаток времени общения с врачом, приблизительно 1/3 больных остаются не информированными о побочных эффектах назначенных медикаментов, хотя медицинские работники должны информировать пациентов с целью улучшения приверженности лечению.

Анализ эффективности методов контроля физических нагрузок на санаторном этапе кардиологической реабилитации

Куртина Т.Д., Волкова Т.А.

ООО «Санаторий «Зеленый город», Нижний Новгород

Цель. Сравнение эффективности методов контроля физических тренировок у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), аортокоронарное шунтирование (АКШ), стентирование коронарных артерий (КА) на санаторном этапе реабилитации.

Материал и методы. Анализ историй заболевания, клинические и функциональные методы исследования, карты лечебной физкультуры (ЛФК). За период с 2013 по 2014 г. был проведен анализ 103 историй заболеваний, ЭКГ-контроля, карт ЛФК, дневников самоконтроля. По нозологическим формам было выделено 3 группы: 34 больных, перенесших ОИМ; 32 – перенесших операции АКШ; 37 – перенесших стентирование КА. При проведении физической реабилитации: дозированной ходьбы, тренировки на велоэргометре, занятий лечебной гимнастикой контроль проводился путем определения артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), телеметрического ЭКГ-контроля, холтеровского мониторирования с учетом самочувствия и клинических симптомов. АД, ЧСС определяли путем измерения тонометрами и пульсометрами. Телеметрический контроль ЭКГ проводился с помощью двухканальной биометрической системы, регистрирующей ЭКГ в отведениях D и A по Небу. ЭКГ-мониторирование осуществлялось с помощью системы «Миокард». При появлении клинических симптомов контроль сердечно-сосудистой и дыхательной системы осуществлялся аускультативно.

Результаты. При подведении итогов и определении адекватности физических тренировок значительная информативность была получена при контроле телебиометрической системой: выявлены 11 больных с нарушениями ритма, которые ими не ощущались, у 8 – выявлено снижение сегмента ST на 1,5 мм, «немая ишемия». У этой группы больных при контроле АД и ЧСС в вечернее и утреннее время отмечена склонность к гипотонии и тахикардии, что позволило внести коррективы в медикаментозную терапию и уровень двигательной активности. У 16 пациентов при физической нагрузке восстановительный период гемодинамики практически совпадал с временем пальпаторного определения пульса, т.е. 15–20 с. Таким образом, у 35% больных данные теле-ЭКГ-контроля аргументированно позволяли проводить физические нагрузки более грамотно.

Заключение. Телебиометрический ЭКГ-контроль физической нагрузки отличается простотой в использовании системы, экономичностью, информативностью и позволяет вносить коррективы непосредственно во время физических тренировок.

Роль полиморфизма генов ACE и AGTR1 в развитии фибрилляции предсердий

Кускаева А.В., Никулина С.Ю., Чернова А.А.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее часто встречающаяся аритмия в клинической практике. Распространенность данной патологии составляет 1–2% в общей популяции и увеличивается с возрастом. D.Lloyd-Jones и соавт. предполагают, что именно первичная форма ФП в большинстве случаев является генетически детерминированной, но и при вторичной форме нельзя исключить генетический компонент.

Цель. Раннее выявление подверженности развитию ФП в семьях с наследственной отягощенностью по данной патологии и подсчетом генетического риска заболевания. Выявление мутаций в генах сердечных ионных каналов может рассматриваться как независимый генетический фактор риска развития нарушений сердечного ритма. Результаты ранней диагностики в семьях с ФП позволят спланировать методы профилактики и определить как можно более раннюю тактику лечения таких больных.

Материал и методы. Основная группа нашего исследования составила 250 человек, из них 100 пробандов с диагностированной ФП и 150 родственников 1, 2, 3-й степени родства. Набор пробандов производился за период их амбулаторного или стационарного лечения в кардиологическом центре КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С.Берзона» г. Красноярска. Родственники этих больных выявлялись путем их активного посещения на дому с последующим комплексным обследованием в кардиологическом центре. Группу контроля составили пациенты с отсутствием клинико-электрокардиографических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, в нее вошли молодые люди, студенты, люди среднего возраста без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу и возрасту. Набор пациентов осуществлялся на базе «КМКБ №20 им. И.С.Берзона», дневного кардиологического стационара. Клинико-генетический анализ проводится на базе ЦНИЛ КрасГМУ. В процессе обследования пациентов используются следующие методы: клинико-анамнестический метод (сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, жалоб, данных объективного осмотра); инструментальные методы исследования: стандартная электрокардиография (12 отведений), суточное холтеровское мониторирование ритма сердца, эхокардиография с цветным доплеровским картированием, чреспищеводная стимуляция левого предсердия, велоэргометрия; исследование гормонов щитовидной железы: Т3 св., Т4 св., ТТГ; молекулярно-генетическое исследование (гены ACE и AGTR1). Статистический метод обработки полученных результатов исследования.

Результаты. Всего проведены обследования 215 пациентов, из них 75 пробандов и 140 родственников 1, 2, 3-й степени родства. Среди пробандов 37 лиц мужского пола и 38 – женского. Средний возраст мужчин составил 45,8 года, женщин – 58,3 года. Среди родственников мужчины составили 43 человек, средний возраст 32,4 года, женщины – 97 человек, средний возраст 35,8 года. Набрана контрольная группа – 91 человек без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Из взятой крови пробандов и их родственников, пациентов контрольной группы выделена ДНК и протипирована на следующие гены: ACE и AGTR1.

Заключение. Исследование полиморфизма генов ACE и AGTR1 позволит заблаговременно обнаружить группы лиц повышенного риска возникновения и развития ФП.

Применение методики определения аутоантител для определения групп риска реализации внутриутробной инфекции в целях первичной профилактики

Куфа М.А.¹, Дегтярева Е.А.², Кантемирова М.Г.³

¹ГБУЗ «Детская инфекционная клиническая больница №6 Департамента здравоохранения г. Москвы»;

²Медицинский институт ФГАОУ ВО РУДН, Москва;

³ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва

Цель. Оценка перспектив использования определения аутоантител в парах «мать–новорожденный ребенок» для прогнозирования риска реализации внутриутробной инфекции (ВУИ) и другой перинатальной патологии, включая патологию сердечно-сосудистой системы у новорожденных для разработки индивидуальных программ профилактики.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 40 пар «мать–новорожденный ребенок», поступивших в неонатальные отделения ГБУЗ «ДИКБ №6 ДЗМ». В программу обследования бы-

ли включены анамнестические, общеклинические, инструментальные и лабораторные методы. Всем новорожденным на 1–3-и сутки пребывания в стационаре проводилось ЭКГ-исследование в положении лежа в 12 общепринятых отведениях. Методом иммуноферментного анализа определялись специфические антитела к цитомегаловирусу, герпес-вирусам, токсоплазме, уреоплазме. Для выявления изменений в сывороточном содержании аутоантител класса иммуноглобулина G определенной антигенной специфичности использовали сертифицированные тест-системы ЭЛИ-Тест (МИЦ «Иммункулус», Москва).

Результаты. Нами были выявлены высокоavidные антитела G к инфекционным агентам у матери и новорожденного ребенка в 95% случаев, причем более чем в 75% случаев было отмечено наличие антител к двум и более возбудителям. Наиболее часто у детей с документально подтвержденной внутриутробной инфекцией отмечались изменения уровня аутоантител к сердечно-сосудистой системе. Была получена статистически значимая взаимосвязь между наличием внутриутробной инфекции и повышением уровня аутоантител к цитоплазматическому белку CoS-05-40 [$\chi^2(df=2)=6,806349, p=0,03327$]. В 71% случаев у детей с ВУИ отмечался повышенный уровень к цитоплазматическому белку CoS-05-40, который характеризует изменения в миокарде сосудистого или инфекционно-воспалительного генеза. У детей без ВУИ повышенный уровень аналогичных аутоантител встречался только в 12,5%. Следует отметить, что полученные изменения аутоантител к белку CoS-05-40 сопровождалась изменениями на ЭКГ в виде нарушений процессов реполяризации в миокарде в 54% случаев у детей с ВУИ. В 67% случаев у детей с ВУИ [$\chi^2(df=2)=0,17544, p=0,00617$] выявлялся повышенный уровень аутоантител к нитроксидсинтазе, который может свидетельствовать о нарушениях процессов микроциркуляции; в то время как у детей без ВУИ повышенный уровень исследуемых антител встречался лишь в 18% случаев.

Заключение. Таким образом, наши исследования подтверждают возможность оценки тяжести и органотропности ВУИ, кроме того, статистически значимая взаимосвязь между наличием ВУИ и высоким уровнем некоторых кардиальных аутоантител позволяет доказать высокий риск поражения сердечно-сосудистой системы, что диктует необходимость разработки патогенетически обоснованных программ обследования и кардиопротекцию на ранних этапах наблюдения.

Профилактические аспекты кардиоренального анемического синдрома

Ларина В.Н., Барт Б.Я.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва

Вторичная профилактика как комплекс лечебно-профилактических мероприятий, предупреждающих рецидивы уже развившегося заболевания и его осложнений, направлена на предотвращение летального исхода и снижение частоты госпитализаций у лиц с уже имеющейся ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) или хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Основными ее принципами являются индивидуализированный подход, подразумевающий выявление и коррекцию факторов риска у конкретного больного. В пожилом возрасте, в отличие от более молодого, ХСН редко встречается в виде изолированного заболевания. Среди сопутствующих заболеваний особый интерес представляют анемия и сниженная функция почек из-за неблагоприятного влияния на течение сердечной недостаточности (СН) и прогноз жизни.

Цель. Изучение профилактических аспектов прогрессирования кардиоренального анемического (КРА) синдрома у лиц пожилого возраста с ХСН.

Материал и методы. Наблюдались 164 больных от 60 до 85 лет с ХСН II–IV функционального класса по NYHA в результате ИБС или АГ в течение 1,85 года (1,0–4,75). Исходно и в процессе наблюдения проводились клинико-лабораторное обследование, ЭКГ, ЭхоКГ. Статистическая обработка данных применялась с использованием пакетов программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0.

Результаты. КРА-синдром (наличие анемии – $Hb < 13$ г/дл у мужчин, $Hb < 12$ г/дл – у женщин, ВОЗ, и скорость клубочковой фильтрации – СКФ < 60 мл/мин) определялся у 38 (23,2%) из 164 больных. Вероятность развития данного синдрома увеличивалась при значении $Hb \leq 12$ г/дл и СКФ ≤ 49 мл/мин ($p=0,009$; отношение шансов – ОШ 5,32, 95% доверительный интервал – ДИ 1,53–18,54). За период наблюдения среди больных с КРА-синдромом умерли 15 (39,5%) из 38, без КРА-синдрома – 11 (16,4%) из 67 больных ($p=0,009$). Причинами летального исхода у 7 больных с КРА-синдромом был острый инфаркт миокарда (ИМ), у 2 – острая СН, у 2 – декомпенсация ХСН, у 3 – нарушение ритма сердца, у 1 – несердечная причина. По данным многофакторного регрессионного анализа, возраст старше 75 лет ($p=0,002$; ОШ 3,58, 95% ДИ 1,59–7,99), сахарный диабет ($p=0,018$; ОШ 2,68, 95% ДИ 1,19–6,04), наличие в анамнезе острого ИМ ($p=0,013$; ОШ 2,7, 95%

ДИ 1,24–6,04), систолическое АД < 110 мм рт. ст. ($p=0,030$; ОШ 2,49, 95% ДИ 1,09–5,71), полная блокада левой ножки пучка Гиса ($p=0,012$, ОШ 2,79, 95% ДИ 1,26–8,22), уровень креатинина более 130 мкмоль/л ($p=0,004$; ОШ 3,53, 95% ДИ 1,51–8,22) независимо ассоциировали с неблагоприятным исходом у пожилых больных с ХСН и КРА-синдромом.

Заключение. КРА-синдром определялся у 23,2% больных. Вероятность его развития повышалась более чем в 5 раз при снижении уровня Hb и СКФ. В свете современной проблемы ХСН и анемии приобретает важность мультидисциплинарное взаимодействие в диагностике и лечении КРА-синдрома. В рамках этой программы следует уделять пристальное внимание контролю функции почек, течения анемии, сахарного диабета, АГ и ИБС у таких больных. Со своей стороны кардиологам необходимо применять индивидуальный интенсивный подход к больным пожилого возраста с ХСН, назначая максимально рекомендуемые дозы препаратов. Результатом такого сотрудничества будет существенное улучшение самочувствия, качества и прогноза жизни.

Генетические предикторы синдрома Вольфа–Паркинсона–Уайта

Лебедева И.И., Никулина С.Ю., Чернова А.А.

ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАН, Новосибирск

По оценке Всемирной организации здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. В России смертность от ССЗ самая высокая – 57%. Нарушения ритма и проводимости сердца как причина смерти составляют около 10–15% от всех ССЗ. При этом в 3% случаев внезапной аритмической смерти у лиц моложе 35 лет и 5% – у лиц старше 35 лет никаких ССЗ не выявляется. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (WPW, ВПУ) или синдром предвозбуждения желудочков связан с наличием добавочных путей проведения между предсердиями и желудочками, что обуславливает характерные изменения ЭКГ-покоя. В большинстве случаев клиническая манифестация возникает в молодом возрасте (от 10 до 20 лет) и гораздо реже – у лиц старшей возрастной группы. Среди пациентов с синдромом WPW вероятность развития внезапной смерти в течение 10 лет составляет от 0,15 до 0,39%, что выше общепопуляционного риска внезапной сердечной смерти. Учитывая, что большинство пациентов с ВПУ-синдромом – это лица молодого трудоспособного возраста, которые влияют на социально-экономическое состояние страны, важной задачей являются раннее выявление и профилактика данной патологии. Решением этой проблемы может стать генетическая диагностика указанных состояний, основанная на определении генов-предикторов развития сердечных аритмий, вызванных синдромом ВПУ. Ассоциации синдрома ВПУ с генами SCN5A, NOS3, ADRA2B в популяции не исследованы.

Цель. Изучить связь ВПУ-синдрома с генами PRKAG2, NKX2.5 с целью раннего выявления ВПУ-синдрома в семьях с наследственной отягощенностью по данной патологии и расчетом генетического риска развития заболевания,

Материал и методы. В основную группу нами набраны 60 пробандов (пациентов с подтвержденным диагнозом ВПУ-синдрома) и 39 их кровных родственников обоих полов, разных возрастных групп. Группу контроля составили 130 пациентов с отсутствием клинико-электрокардиографических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы, сопоставимые по полу и возрасту. От всех пациентов получено информированное согласие на исследование. Для проведения данного исследования нами проведены: клинико-анамнестические методы (сбор анамнеза, жалоб, данных объективного осмотра, анализ амбулаторных карт, выписок из историй болезни); функциональные методы исследования на предмет верификации ВПУ-синдрома (стандартная ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, эхокардиоскопия); тест с физической нагрузкой на велоэргометре; чреспищеводная электростимуляция предсердий. У всех пациентов забраны образцы венозной крови, которые послужат материалом для генетической части исследования – выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови с помощью фенолхлороформной экстракции и полимеразной цепной реакции для детекции исследуемых однонуклеотидных полиморфизмов генов SCN5A, NOS3, ADRA2B в г. Новосибирске, «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАН). После окончания клинико-генетической части исследования полученные данные будут обработаны статистически, с проверкой статистических гипотез.

Заключение. Предположительно, гены SCN5A, NOS3, ADRA2B служат предикторами ВПУ-синдрома. Таким образом, с помощью генетического обследования можно выявить риск наличия данного синдрома еще до его клинических проявлений.

Организационно-профилактические мероприятия по выявлению скрытых признаков артериальной гипертензии

Лещук Т.Ю.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Республика Беларусь

Цель. Обосновать организационно-профилактические мероприятия по выявлению скрытых признаков артериальной гипертензии (АГ) – увеличение левого желудочка (УЛЖ) сердца на догоспитальном этапе при проведении профилактической цифровой рентгенофлюорографии.

Материал и методы. В Гродненской области ежегодно проводятся дифференцированные профилактические флюорографические исследования, в среднем 700 тыс. В структуре всех рентгенологических исследований 51% (543) приходится на органы грудной клетки. На амбулаторно-поликлиническом этапе все рентгенофлюорографические исследования проводятся на отечественных цифровых аппаратах. Данные рентгеновские аппараты имеют полноформатное изображение, что дает возможность качественно проводить диагностику всех органов и систем грудной клетки. При проведении массовых рентгенофлюорографических исследований обследованию подвергается большое число практически здоровых людей. Внедрение новой современной цифровой техники дает возможность использовать данный метод исследований более широко и эффективно. Во время проведения и анализа данных рентгенологических исследований органов грудной клетки частой находкой является обнаружение рентгенологического признака – УЛЖ (гипертрофия или дилатация). Данный признак на практике не учитывается и напрямую не используется.

Результаты. Проведены организационно-профилактические мероприятия по выявлению лиц со скрытыми признаками АГ на базе медицинских пунктов городских предприятий и учреждений. Все обследованные пациенты были трудоспособного возраста. Пациентам предлагалось дополнительно измерить артериальное давление (АД) при проведении скрининговых цифровых рентгенофлюорографических исследований. Уровень АД 130/85 мм рт. ст. был принят за высокое нормальное. Из 3113 проведенных цифровых рентгенофлюорографических исследований в 437 (14%) случаях определялся рентгенологический признак УЛЖ. Количество случаев одновременного УЛЖ и повышенного уровня АД было 164 (37,5%). Количество впервые выявленных случаев УЛЖ и повышенного уровня АД – 79 (18%). Все впервые выявленные пациенты были направлены к участковому терапевту для комплексного обследования.

Заключение. Организационно-профилактические мероприятия позволяют на догоспитальном этапе выявить случаи скрытой АГ у лиц трудоспособного возраста, которые субъективно не ощущают симптомы повышенного АД. Профилактические мероприятия позволяют на раннем этапе провести комплексное обследование и своевременно начать лечение, уменьшить сроки реабилитации, снизить число пациентов с осложнениями АГ. Внедрение в Гродненской области широкоформатной современной цифровой рентгенофлюорографии позволяет эффективно и качественно проводить диагностику патологических изменений органов грудной клетки.

Предикторы развития посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде

Лохина Т.В., Казанцева Л.В.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза;
ГБУЗ «ГКБ скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель. Установить основные факторы риска посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций в реабилитационном периоде.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезни 480 больных (280 мужчин, 200 женщин) от 24 до 76 лет (средний возраст $56 \pm 3,7$ года), поступивших после операции (на 5–21-е сутки) коронарного шунтирования или клапанной коррекции (протезирование, пластика клапанов) в отделение кардиологии для стационарного реабилитационного лечения.

Результаты. Выявлены признаки посткардиотомного синдрома у 374 (77,9%) больных. Среди них в 294 (78,6%) случаях диагностированы нарушения углеводного обмена, преимущественно сахарный диабет 2-го типа, причем в предоперационном периоде отмечалась стадия компенсации данного заболевания, подтвержденная лабораторными тестами. В группе больных без посткардиотомного синдрома сахарный диабет 2-го типа диагностирован у 11 (10,4%) больных. Выявлено статистически значимое

отличие по показателю исходного клинического состояния пациента, выраженному расчетным показателем риска интраоперационной летальности (EuroSCORE), групп с наличием и отсутствием посткардиотомного синдрома ($p < 0,01$). Проведен анализ частоты хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сравниваемых группах: в группе больных с посткардиотомным синдромом выявлены случаи ХОБЛ у 40 (10,7%) человек, во 2-й группе – в 5,7% случаев. Статистически малодостоверные различия, требующие дополнительного дифференцированного анализа различных вариантов и тяжести изменений, отмечены в отношении патологии щитовидной железы и заболеваний почек в анамнезе. Кроме того, группы достоверно отличались по объему выполненного оперативного вмешательства (количество сформированных анастомозов; количество оперированных клапанов – протезирование, пластика; сочетанные операции), количеству повторных операций, в том числе по экстренным показаниям в раннем послеоперационном периоде. Значение p составило, по перечисленным позициям, от 0,05 до 0,0001 в сравниваемых группах.

Заключение. Прединдикторами развития посткардиотомного синдрома можно рассматривать: нарушения углеводного обмена (прежде всего сахарный диабет 2-го типа); ХОБЛ; большой объем оперативного вмешательства (количество коронарных анастомозов, оперированных клапанов, сочетанные операции); повторные операции по экстренным показаниям в раннем послеоперационном периоде; исходное клиническое состояние в предоперационном периоде, выраженное в интегральном расчетном показателе риска EuroSCORE. Выделение группы больных высокого риска посткардиотомного синдрома позволит выработать специализированную тактику всех реабилитационных этапов лечения после выписки из кардиохирургического стационара, в том числе в отношении схем превентивного лечения нестероидными противовоспалительными средствами, а также целенаправленной диагностики плевральных, перикардиальных выпотов.

Особенности диагностики посткардиотомного синдрома у больных после кардиохирургических операций на стационарном реабилитационном этапе

Лохина Т.В.¹, Беренштейн Н.В.²

¹ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза;

²ГБУЗ «ГКБ скорой медицинской помощи им. Г.А.Захарьина», Пенза

Цель. Анализ клинических проявлений посткардиотомного синдрома у больных после операции коронарного шунтирования или клапанной коррекции в период стационарного реабилитационного этапа.

Материал и методы. Обследованы 62 больных (36 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 46 до 72 лет (средний возраст $59 \pm 4,8$ года) с посткардиотомным синдромом, развившимся после коронарного шунтирования или оперативной клапанной коррекции (протезирование и/или пластика клапанов) в послеоперационном периоде (на 5–21-е сутки после операции). Исследование проводилось в условиях стационара на базе отделения реабилитации, специализирующегося на реабилитации больных после кардиохирургических операций. В обследовании применялись стандартные клинические, лабораторные исследования, УЗИ сердца, плевральных полостей.

Результаты. Во всех случаях наличие посткардиотомного синдрома подтверждено данными УЗИ. Причем на момент включения больных в исследование в 17 (27,4%) случаях обнаружено сочетание выпота в перикардиальной и плевральных полостях. У 30 (48,4%) больных отмечен этот синдром в виде изолированного выпота в плевральные полости, а в остальных случаях был диагностирован выпот в полость перикарда – 15 (24,2%) больных. Повышение температуры тела выявлено только у 9 (14,5%) больных, причем только в 3 случаях были эпизоды фебрильной температуры, тогда как в остальных – только субфебрильное повышение. Шум трения перикарда выявлен у 12 (19,4%) пациентов, шум трения плевры – у 19 (30,6%). Кроме того, одышка беспокоила 15 (24,2%) больных, жалобы на плевральные боли отмечались лишь у 7 (11,3%), в 13 (21%) случаях пациенты предъявляли жалобы на неопределенный дискомфорт в правой либо левой половине грудной клетки; у 10 (16,1%) больных появлялся дополнительный дискомфорт в области сердца или кардиалгия неспецифического характера. Как правило, в большинстве случаев жалобы на болевые ощущения больные сами активно не предъявляли и лишь целенаправленные вопросы позволили выявить те или иные проявления.

Заключение. Таким образом, на стационарном этапе реабилитации больных после кардиохирургических операций отмечено превалирование бессимптомных, стертых, малосимптомных клинических форм посткардиотомного синдрома. Модифицирующее влияние на выраженность клинических проявлений посткардиотомного синдрома оказывает, наряду с другими факторами, назначение с раннего послеоперационного периода высокоэффективных анальгетических, нестероидных противовоспалительных, анти-

бактериальных препаратов. Учитывая сложность диагностики посткардиотомного синдрома (малосимптомное течение с преобладанием неспецифических проявлений) у данной категории больных, необходимы целенаправленное активное выявление симптоматики, обязательное использование для всех больных динамического УЗИ плевральных полостей и перикарда.

Эффективность медикаментозной терапии пациентов с сочетанной кардиальной патологией с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений

Лунова Ю.В., Безуглова Е.И., Поветкин С.В., Филиппенко Н.Г.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

По степени влияния на риск преждевременной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место среди модифицируемых факторов риска. Антигипертензивная терапия является основой не только первичной, но и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, страдающих АГ. Уровень частоты сердечных сокращений (ЧСС) достоверно коррелирует с размерами инфаркта миокарда (ИМ), летальностью и частотой повторных ИМ. Таким образом, для пациентов с высоким риском ССЗ особое значение приобретает коррекция повышенного артериального давления (АД) и ЧСС.

Цель. Оценить клиническую эффективность комбинированной медикаментозной терапии пациентов с сочетанной кардиальной патологией.

Материал и методы. В исследование включены 50 пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца: стабильная стенокардия (I–III функциональные классы – ФК), хроническая сердечная недостаточность (I–III ФК), АГ (1–3-й степени). Все больные получали Престариум А в дозе 5–10 мг/сут, карведилол – 12,5–50 мг/сут, амлодипин – 5–10 мг/сут, гипотиазид – 12,5–25 мг/сут, верошпирон – 25 мг/сут, препараты ацетилсалициловой кислоты – 75–100 мг/сут, аторвастатин – 20–40 мг/сут. Назначение препаратов проводилось методом титрования под тщательным контролем клинического состояния больного, уровня АД, ЧСС, лабораторных показателей. Подбирались клинически эффективные дозы препаратов. Период наблюдения составил 6 мес. Оценивалась динамика следующих симптомов и показателей: количество приступов стенокардии в неделю, проба с 6-минутной ходьбой, ЧСС, АД. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 8.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Комплексная терапия пациентов с сочетанной кардиальной патологией хорошо переносилась всеми пациентами. Отмены, отказов и побочных эффектов от приема препаратов не было. К концу срока наблюдения отмечались положительная динамика показателей толерантности к физической нагрузке (тест с 6-минутной ходьбой – улучшение на $11,1 \pm 7,1\%$), уменьшение количества приступов стенокардии в неделю (на $48,42 \pm 18,48\%$), улучшение основных показателей гемодинамики: урежение ЧСС (на $10,52 \pm 5,69\%$), снижение систолического ($11,84 \pm 5,6\%$) и диастолического АД ($11,73 \pm 7,18\%$).

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на выраженную клиническую эффективность комплексной терапии пациентов с сочетанной кардиальной патологией в виде улучшения показателей гемодинамики, уменьшения приступов стенокардии, увеличения толерантности к физической нагрузке, что повышает качество жизни пациентов и является значимым компонентом вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

Нарушения дыхания во сне и восстановление неврологических функций в остром периоде ишемического инсульта

Лутохин Г.М., Шандалин В.А., Гераскина Л.А., Фонякин А.В.

ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва

Цель. Выявить связь тяжести нарушений дыхания во сне (НДС) с неврологическим восстановлением в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. Обследованы 28 пациентов (15 мужчин), средний возраст 66 (57; 72) лет, в остром периоде ИИ. На 2–5-е сутки от дебюта заболевания и повторно через 15–18 дней проводили суточное кардиореспираторное мониторирование [КТ-04-3Р(М), «Инкарт», Санкт-Петербург) и оценку неврологических расстройств по шкалам NIHSS и Рэнкина (msR). Регистрировали в динамике: индекс апноэ–гипопноэ (ИАГ), индекс гипоксемии (ИГ), общее число эпизодов НДС, центрального апноэ (ЦА), обструктивного апноэ (ОА).

ноэ (ОА). Оценивали динамику баллов по шкалам NIHSS и msR в абсолютных и процентных значениях. Результаты представлены в виде медианы (Me), межквартильного интервала (25%; 75%).

Результаты. Дыхательные нарушения верифицировали у 27 (96%) больных. В зависимости от значения ИАГ пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 10 (35%) пациентов с легкими дыхательными нарушениями (ИАГ от 3 до 15) или без таковых. При поступлении у них число эпизодов НДС составило 37 (20; 87), ЦА – 4 (1; 7), ОА – 35,5 (15; 54), ИАГ – 9 (3; 9), ИГ – 2 (0; 3). Выраженность неврологических расстройств по NIHSS равнялась 3 (1; 4), по msR – 0 (0; 1). При повторном обследовании статистически значимой динамики дыхательных нарушений не зарегистрировано. Отмечено хорошее неврологическое восстановление: NIHSS снизился до 1 (1; 2) балла, что составило -50% (0; 60) от исходных значений ($p<0,02$). Значения msR не изменились.

Вторая группа была представлена 18 (65%) больными с дыхательными нарушениями средней и тяжелой степени (ИАГ>15). Число эпизодов НДС исходно составило 175 (153; 232), ЦА – 33 (19; 92), ОА – 85 (74; 144), ИАГ – 24,5 (18; 31), ИГ – 7 (2; 27). Оценка NIHSS при поступлении – 3,5 (2; 7), msR – 1 (0; 3) без значимых различий с показателями 1-й группы. При повторном исследовании уменьшилось число эпизодов НДС до 136 (56,5; 196,5) и ИАГ – до 19 (11; 23,5); $p<0,04$ и $p<0,02$ соответственно. Остальные показатели нарушения дыхания существенно не изменились. Оценка по NIHSS уменьшилась до 2 (1; 4) баллов ($p<0,001$), msR – до 0 (0; 2) баллов ($p<0,007$). При этом снижение NIHSS составило -33% (20; 50), msR – -20% (0; 33). При повторном исследовании в 1-й группе по сравнению со 2-й значения NIHSS ($p=0,06$) и msR ($p=0,07$) стали ниже, что свидетельствовало о более полном неврологическом восстановлении в 1-й группе. Также при повторном обследовании в 1-й группе выявлена обратная корреляция между ИГ и динамикой показателя msR ($r=-0,84$; $p=0,009$). Во 2-й группе также установлена обратная корреляция между тяжестью дыхательных расстройств (число эпизодов НДС) и неврологическим восстановлением – оценкой по msR ($r=-0,5$; $p=0,037$).

Заключение. В остром периоде ИИ выраженность НДС не зависит от тяжести неврологических нарушений, однако наличие дыхательных расстройств сопряжено с ухудшением неврологического восстановления. Коррекция дыхательных расстройств средней и тяжелой степени может позитивно повлиять на темпы ранней постинсультной реабилитации.

Телемедицинская система скрининга и мониторинга факторов риска на основе «облачных» технологий в системе профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Наливаева А.В.

НИИ кардиологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов

В Концепции развития здравоохранения до 2020 г. дистанционный мониторинг сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и скрининг донозологических состояний представлены как наиболее перспективные направления. Создание мобильных информационных систем в области профилактики ССЗ определено как современное технологическое решение.

Цель. Изучить возможности применения телемедицинской информационно-аналитической системы (ТИАС) «РеаПроф» для дистанционного скрининга и мониторинга факторов риска (ФР) у здоровых лиц и больных с ССЗ.

Материал и методы. В работе использована ТИАС «РеаПроф» (ООО НПП «Волготех», Саратов), разработанная на основе «облачных» технологий для профилактики ССЗ. Скрининг ФР проводился с использованием мобильных персональных компьютеров в условиях лечебного учреждения, по месту учебы/работы обследуемых. Автоматизированная диагностика ФР осуществлялась в соответствии с доказательными критериями, изложенными в клинических рекомендациях. В рамках краткого профилактического консультирования давались рекомендации по здоровому образу жизни и необходимости углубленного обследования. Отклик среди обследуемых составил 65%: в группу мониторинга были включены пациенты с документированными ССЗ ($n=12$) и лица молодого возраста ($n=25$). Телемедицинский мониторинг ФР проводился в течение 2 мес, контролировались параметры, необходимые для коррекции лекарственной терапии у пациентов с диагностированными ФР и/или контроля динамики отдельных ФР при выполнении врачебных профилактических рекомендаций. Этап мониторинга включал отсроченные профилактические онлайн-консультации в соответствии с индивидуальными терапевтическими целями, информационные блоки мотивации в рамках опции «Школа пациента», предоставляемой системой. Оценивался уровень приверженности в процентах соответствия количества онлайн-отчетов пациентов всем врачебным назначениям.

Результаты. Использование алгоритма углубленного профилактического консультирования в ТИАС позволяет автоматически формировать персонализированные программы мониторинга ФР и «Карты здоровья» на этапах первичной и вторичной профилактики. Результаты дистанционного мониторинга констатировали высокий уровень приверженности врачебным рекомендациям: студенты – 97%; молодые работающие пациенты – 45%; больные с КВЗ показали удовлетворительный уровень приверженности лекарственным (92%) и немедикаментозным рекомендациям (83%).

Заключение. Применение современных технологических решений на основе «облачных» технологий расширяет возможности использования доказательных знаний в персонализации профилактических программ и мониторинге ФР КВЗ и донологических состояний.

Результаты комплексной терапии аритмий у детей

Майтбасова Р.С.

РГКП «Научный центр педиатрии и детской хирургии» Минздрава Республики Казахстан, Алматы

Цель. Изучить эффективность комплексной терапии с сочетанным применением Грандаксина и Актовегина у детей с аритмией.

Материал и методы. Сочетанное лечение Грандаксином и Актовегином было выполнено 49 детям (основная группа) с аритмией в возрасте 9–15 лет, из них 26 детей с экстрасистолией, 11 – с пароксизмальной тахикардией (ПТ), 12 – с идиопатическим пролапсом митрального клапана (ИПМК) с аритмическим синдромом. Девочек – 32, мальчиков – 17. Назначение данных препаратов проводилось одновременно со стандартной терапией. Дозы и длительность лечения Грандаксином составили 50–100 мг 2 раза в день в течение 4 нед. Актовегин назначался по 4,0–6,0 мл внутривенно капельно на 100,0–150,0 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в день №10, продолжали пероральный прием по 200–400 мг 2 раза в день в течение 4 нед. В контрольную группу вошли 47 детей в возрасте 9–15 лет, из них с экстрасистолией – 25, ПТ – 10, ИПМК – 12; девочек – 27, мальчиков – 20. Обследование проводилось в стационарных условиях и включало сбор анамнеза, общеклинические исследования, ЭКГ в покое и после физической нагрузки, суточное (холтеровское) мониторирование, ЭхоКГ, кардиоинтервалографию и др.

Результаты. На фоне лечения у детей основной группы с экстрасистолией наряду с регрессией признаков психовегетативного синдрома по клиническим данным и данным кардиоинтервалографии, по результатам ЭКГ наблюдалось исчезновение редких экстрасистол – у 4 (15,4%), трансформация аллоритмированных (по типу би- и тригеминии) экстрасистол в редкие – у 16 (61,5%). В общей совокупности регрессия частоты или их исчезновение достигнуто у 76,9% детей с экстрасистолией. Миграция источника ритма по предсердиям исчезла у 16 из 20 детей. Продолжительность интервала PQ нормализовалась у 25 из 33 детей. Нормализация частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое по данным стандартной ЭКГ достигнута как у детей с экстрасистолией (с $59,0 \pm 17,8$ до $70,0 \pm 12,1$) – 46,1%, ПТ (с $61,0 \pm 2,6$ до $71,0 \pm 1,8$), так и у детей с ИПМК, у 60,0% которых выявлено значимое снижение ЧСС (с $99,2 \pm 5,7$ до $80,5 \pm 9,3$). Наряду с этим наблюдалось и восстановление нарушенных реполяризационных процессов в миокарде желудочков у детей данной группы (65,8%). Положительная динамика наблюдалась и у детей контрольной группы, но в меньшей степени: нормализация ЧСС у 31,6% у детей с экстрасистолией, 45,4% – ПТ, 41,7% – ИПМК. На фоне комбинированного приема Грандаксина и Актовегина наблюдаются улучшение показателей ЭКГ, в том числе исчезновение или урежение частоты экстрасистол, нормализация ЧСС, а также восстановление реполяризационных процессов в миокарде желудочков.

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о положительных сдвигах в клинико-функциональной картине аритмий на фоне сочетанного применения в базисной терапии Грандаксина и Актовегина.

Комплексное лечение детей с вторичной легочной гипертензией

Майтбасова Р.С.

РГКП «Научный центр педиатрии и детской хирургии» Минздрава Республики Казахстан, Алматы

Цель. Провести анализ результатов комплексного лечения детей с врожденными пороками сердца (ВПС), осложненными легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы. В исследование были включены 62 пациента с септальными дефектами (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, атриовентрикулярная коммуникация), осложненными ЛГ 2–4-й степени, зарегистрированной до и после операции, а также 2 пациента (9 и

12 лет) с неоперабельными дефектами межжелудочковой перегородки в связи с развитием у них синдрома Эйзенменгера. Исследуемые были разделены на 3 группы и 4 подгруппы в зависимости от степени ЛГ и терапии. Возраст детей – от 6 мес до 12 лет. Мальчиков – 34 (54,8%), девочек – 28 (45,2%). Обследование и лечение проводились в стационарных условиях и включали сбор анамнеза, общеклинические исследования, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографию органов грудной клетки и др. Обследование в катмнезе пациентов с ВПС, получавших в составе комплексной терапии силденафил, проведено через 3 и 6 мес.

Результаты. Первая группа представлена 47 пациентами со 2-й степенью ЛГ, вторая – 13 с 3-й степенью ЛГ и третья – 2 с синдромом Эйзенменгера. Все пациенты со 2-й степенью ЛГ, 4 пациента с 3-й степенью в дооперационном периоде наряду с диуретиками и 17 с сердечным гликозидами получали в лечении Капотен (каптоприл) в дозе 0,5–1,0 мг/кг в сутки, а 4 пациентам с 3-й степенью ЛГ вместо Капотена назначался силденафил 1 мг/кг в сутки. В раннем послеоперационном периоде у 16 пациентов не было выявлено значимого уменьшения легочного сосудистого сопротивления. Поэтому из них 11 детей с резидуальной ЛГ получали Капотен; 5 детей, а также дети с синдромом Эйзенменгера – силденафил. У пациентов, принимавших силденафил в течение 6 мес, отмечались уменьшение выраженности одышки, исчезновение кашля, улучшение общего самочувствия и состояния, а также снижение функционального класса – ФК (с IV до III – у 4 детей и с III до II – у 7). По результатам ЭхоКГ снижение среднего давления в легочной артерии (СДЛА) достигало 17–31% от СДЛА дооперационного периода (9). Но в связи с малым числом наблюдений детей с ВПС и вторичной ЛГ, принимавших в терапии силденафил, результаты исследования не являются достоверными. У пациентов, получавших в лечении Капотен в дооперационном периоде, со 2-й (47) и 3-й степенью ЛГ (4), а также с резидуальной ЛГ (11) отмечалась высокая эффективность терапевтического действия. Диуретики назначались пациентам с ВПС, осложненным ЛГ, как для лечения, так и для профилактики застойных явлений. Антагонисты альдостерона (спиронолактон, верошпирон, 1–2 мг/кг в сутки) использовали для длительного приема при развитии хронической сердечной недостаточности, особенно у пациентов с сердечной недостаточностью III–IV ФК в связи с небезопасностью длительного приема фуросемида.

Заключение. Таким образом, своевременно проведенная комплексная медикаментозная терапия позволила либо отсрочить оперативное вмешательство, либо подготовленных к операции больных направить на хирургическую коррекцию, а также уменьшить степень выраженности резидуальной ЛГ, тем самым снизить летальность и инвалидность детей с ВПС.

Особенности использования полиненасыщенных жирных кислот у больных с ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с нарушениями ритма

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

Представляет интерес исследование препаратов, которые обладают антиаритмическим действием и нормализуют липидный обмен.

Цель. Проанализировать клиническую эффективность препарата омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК) – Омакор в коррекции гиперлипидемии (ГЛП) у больных с ишемической болезнью сердца – ИБС с постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с нарушениями ритма.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 90 мужчин в возрасте от 51 до 59 лет ($55,1 \pm 4,8$) с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом и первичной ГЛП на фоне нарушений ритма.

Результаты. При терапии больных с IV типом ГЛП Омакором на протяжении 8, 16 и 24 нед установлено снижение уровня триглицеридов (ТГ) на 38,4% ($p < 0,05$), 39,2% ($p < 0,05$), 42% ($p < 0,05$) соответственно. А при терапии больных с II типом ГЛП на протяжении 8, 16 и 24 нед установлено снижение уровня ТГ на 35,5% ($p < 0,05$), 35,6% ($p < 0,05$), 36,4% ($p < 0,05$) соответственно. Анализ изменений количества эпизодов наджелудочковых нарушений ритма выявил следующее: после 8-недельного курса терапии омега-3 ПНЖК удалось снизить количество наджелудочковых экстрасистол на 43,9% ($p < 0,05$), эпизодов бигеминии – на 63,5% ($p < 0,05$), тригеминии – на 83,7% ($p < 0,05$). Дальнейшее изучение воздействия Омакора на выраженность как желудочковой, так и наджелудочковой экстрасистолии после 12- и 24-недельной терапии показало нарастание антиаритмического эффекта. Количество наджелудочковых экстрасистол уменьшилось на 49,9% ($p < 0,05$), желудочковых экстрасистол – на 66,4% ($p < 0,05$).

Заключение. Наличие у омега-3 ПНЖК (Омакора) значимого гипотриглицеридемического эффекта при коррекции IIБ и IV типа ГЛП в сочетании с антиаритмическим воздействием на выраженность желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии делает его использование целесообразным и фармакоэкономически обоснованным.

Кардиопротекторный эффект адаптации к гипоксии и его механизмы: экспериментальные и клинические исследования

Манухина Е.Б.^{1,2}, Белкина Л.М.¹, Лямина Н.П.³, Буданова О.П.¹, Смирин Б.В.¹, Мэллет Р.Т.², Дауни Г.Ф.²

¹ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии», Москва;

²Центр медицинских наук Университета Северного Техаса, Форт-Уэрт, США;

³НИИ кардиологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов

Адаптация к факторам среды, таким как холод, физические нагрузки, гипоксия в горах, высокие температуры, дозированный стресс и т.д., эмпирически использовалась для повышения резистентности организма к повреждающим факторам задолго до начала систематических исследований ее защитных эффектов и механизмов. После открытия Ф.З.Меерсоном перекрестных защитных эффектов адаптации особое внимание привлекла адаптация к периодической гипоксии (АПГ), обладавшая наибольшим количеством таких эффектов. Адаптация к гипо- и нормобарической гипоксии в настоящее время особенно успешно применяется в клинике для профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и модификации факторов риска. В частности, АПГ устойчиво уменьшает ишемические и неишемические аритмии, улучшает липидный профиль у пациентов с гиперхолестеринемией и повышает толерантность к физическим нагрузкам. У пациентов улучшается субъективное самочувствие и уменьшается количество и продолжительность эпизодов депрессии сегмента *ST*. В ряде клинических исследований было показано, что АПГ способствует потере массы тела у пациентов с ожирением. Важным терапевтическим эффектом АПГ является ее антигипертензивный эффект, который вначале казался неожиданным в свете хорошо известных данных о том, что периодическая гипоксия, сопровождающая апноэ во сне, напротив, способствует повышению артериального давления. Однако к настоящему времени уже убедительно доказано, что главными детерминантами направленности эффекта периодической гипоксии являются ее интенсивность и продолжительность, и поэтому в зависимости от режима периодической гипоксии ее эффекты могут быть прямо противоположными. Недавние исследования показали, что не только АПГ, но и адаптация к ишемии миокарда обладает выраженным кардиопротекторным эффектом и способствует повышению толерантности к физическим нагрузкам у кардиологических пациентов. Экспериментальные исследования на животных позволили выявить основные механизмы кардиопротекторных эффектов АПГ, среди которых ключевыми являются активация антиоксидантной защиты за счет периодической умеренной активации свободнорадикальных процессов, повышение эффективности энергопродукции в клетках, ограничение Са-перегрузки, предупреждение дисфункции эндотелия коронарных и некоронарных сосудов за счет активации синтеза и депонирования оксида азота, усиление экспрессии белков теплового шока и увеличение плотности микрососудистой сети в скелетных мышцах, головном мозге и миокарде. Таким образом, АПГ является перспективным нефармакологическим средством, которое может использоваться у кардиологических пациентов в качестве дополнения к лекарственной терапии, а в некоторых случаях, возможно, и самостоятельно.

Отдаленные результаты влияния разных программ реабилитации на физическую работоспособность и развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных, перенесших эндоваскулярное вмешательство на коронарных артериях

Матвеева И.Ф., Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Красницкий В.Б., Новикова Н.К.

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

Цель. Изучить влияние разных программ медицинской реабилитации на показатели физической работоспособности, ежедневной физической активности и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов, подвергнутых эндоваскулярным вмешательствам (ЭВВ) на коронарных артериях (КА), через 8–10 лет наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включены больные (n=64), перенесшие ЭВВ на КА за период 2004–2005 гг. и проходившие обследование в консультативно-диагностической поликлинике ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии». Исходно пациенты были рандомизированы на основную – ОГ (n=34) и контрольную группы – КГ (n=30). Пациенты ОГ прошли курс обучения в образовательной Школе для больных, перенесших ЭВВ на КА, и физических тренировок в течение 1,5 мес по методике, разработанной Д.М.Ароновым и соавт.; пациенты КГ участвовали только в Школе

для больных, перенесших ЭВВ на КА. Через 8–10 лет пациентам проводилось повторное обследование: телефонный опрос по специально разработанной анкете; велоэргометрическая проба, оценка двигательной активности (ДА) по опроснику ОДА23+. В работе сравнивались показатели через 1 год после ЭВВ (исходно) с показателями через 8–10 лет.

Результаты. По данным телефонного опросника в ОГ получена информация о смерти 3 пациентов (8,8%), при этом у 2 пациентов смерть была связана с ССО. В КГ умерли 7 человек (23,3%), из них у 4 пациентов смерть была обусловлена ССО. Повторные ИМ перенесли 2 пациента (5,9%) из ОГ и 1 больной (3,3%) из КГ. Повторные ЭВВ на КА и коронарное шунтирование в ОГ были выполнены у 8 пациентов (23,5%) и в КГ – у 4 пациентов (13,3%). В ОГ отмечался 1 случай транзиторной ишемической атаки (2,9%), и в КГ 1 пациент перенес острое нарушение мозгового кровообращения (3,3%). В целом в ОГ выявлялись случаи ССО, включая смерть, у 14 пациентов (41,2%) и в КГ – у 12 (43,3%). Всего на прием в ФГБУ «ГНИЦПМ» явились 40 человек – 24 из ОГ (средний возраст $62,5 \pm 6,8$ года) и 16 – из КГ (средний возраст $63 \pm 7,3$ года). Через 8–10 лет наблюдения время нагрузки при велоэргометрической пробе составило в ОГ $13,6 \pm 2,5$ мин и в КГ – $12,3 \pm 3,4$ мин, что не отличалось от исходного значения, суммарный объем работы был $58,0 \pm 19,0$ и $51,8 \pm 25,4$ Дж \times мин (без динамики от исходного значения). В ОГ и КГ ДА исходно составила 78 ± 13 и 84 ± 14 баллов соответственно без динамики через 8–10 лет наблюдения (79 ± 20 и 72 ± 21 баллов соответственно). В настоящее время в ОГ занимаются домашними физическими тренировками 53,8% пациентов, а в КГ – 43,8%.

Заключение. В работе не отмечена отрицательная динамика по показателям физической работоспособности и ДА через 8–10 лет наблюдения у пациентов, перенесших ЭВВ на КА. В настоящее время идет набор материала, который в последующем позволит сделать окончательные выводы о долгосрочных эффектах кардиореабилитации.

Ацетиляторный полиморфизм: ассоциации с липидным профилем у мужчин с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом

Матвеева С.А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань

Цель. Изучить взаимодействия между показателями ацетиляторного статуса: степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и липидного спектра сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеидов низкой (ЛПНП), высокой (ЛПВП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА) – у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Обследованы 102 пациента (мужчины, средний возраст $48,9 \pm 0,6$ года) с ИБС, ССН I–IV функционального класса и МС. Комплексное обследование включало сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Для ацетиляторного фенотипирования был использован классический «полиморфный» субстрат – сульфадимезин. Проведен анализ взаимодействий каждого отдельного показателя ацетиляторного статуса: СТАЦК, САЦСПО и липидного спектра сыворотки крови – общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ.

Результаты. Проведенный многофакторный корреляционный анализ позволил установить, что у мужчин с ИБС, ССН и МС между показателями варианты, $\leq 10\%$ перцентилья и $>90\%$ перцентилья ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и значениями варианты, $\leq 10\%$ перцентилья и $>90\%$ перцентилья липидного спектра сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА) соответственно определяется достоверная сильная положительная (прямая) корреляция. Отрицательная (реципрокная) достоверная корреляция выявлена между показателями ≤ 10 перцентилья ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и $>90\%$ липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА); также между значениями >90 перцентилья ацетиляторного статуса (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентилья липидов (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА) отмечена достоверная отрицательная зависимость.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о гетерогенности взаимодействий показателей ацетиляторного статуса и липидного спектра сыворотки крови. Параметры ацетиляторного статуса достоверно прямо (положительно) и обратно (отрицательно) коррелируют с показателями липидного метаболизма. Показано, что ацетиляторный статус суммарно отражает энергетические процессы в организме (цикл Кребса), а также свидетельствует о полиморфизме фермента NAT2, ассоциированного с генотипом гена NAT2 у пациентов с ИБС и МС. Вероятно, «медленные» аллельные варианты гена NAT2 способствуют снижению уровня фермента N-ацетилтрансферазы, замедляя реакцию превращения ацетил-КоА в ацето-

ацетил-КоА и нарушая многоэтапную цепь синтеза ХС. Определение фенотипов медленных/быстрых/промежуточных ацетилаторов наряду с диагностикой липидных показателей способствует прогнозированию течения сердечно-сосудистых заболеваний и проведению соответствующей коррекции метаболических нарушений.

Рабочая программа и результаты обследования/терапии пациентов с ишемической болезнью сердца, метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа

Матвеева С.А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань

Цель. Оценить результаты рабочей программы обследования по выявлению распространенности факторов риска (ФР), определению особенностей течения сочетанной патологии и терапевтические мероприятия у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материал и методы. Обследованы 190 пациентов, 82 (43,2%) мужчины, 108 (56,8%) женщин (средний возраст $53,0 \pm 0,6$ года), с ИБС, ССН, МС и СД 2-го типа. Составлена рабочая программа комплексного обследования, включавшая участие кардиолога, эндокринолога, по показаниям – сосудистого хирурга, офтальмолога, невролога, лечебную физкультуру и др.: сбор анамнеза с изучением ФР, наследственности, осмотр, общеклинические анализы крови и мочи; биохимические анализы: липидный спектр, гликемический профиль, функциональные пробы печени, почек, электролиты и др.; инструментальные методы: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, по показаниям – холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сосудов.

Результаты. ССН I, II, III функционального класса была диагностирована у 5 (2,6%), 33 (17,4%), 4 (23,2%) мужчин и 6 (3,2%), 49 (25,8%), 53 (27,9%) женщин соответственно; артериальная гипертензия (АГ) – гипертоническая болезнь определялась у всех пациентов. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был выявлен в 101 (53,2%) случае, Q-ИМ – в 55 (28,9%), неQ-ИМ – в 46 (24,3%). Избыточная масса тела (предожирение) выявлялась у 4 (2,1%) мужчин и 3 (1,6%) женщин, ожирение 1–3-й степени отмечалось у 74 (38,9%) мужчин и 98 (51,6%) женщин. Легкая форма СД диагностирована у 15 (7,9%) мужчин и 19 (10%) женщин; среднетяжелая форма СД 2-го типа – у 62 (32,7%) мужчин и 75 (39,5%) женщин; тяжелая форма – у 5 (2,6%) мужчин и 14 (7,4%) женщин. Анализ ФР показывает, что статус курения отмечался у 63 (33,2%) мужчин, злоупотребление алкоголем – у 71 (37,4%) мужчин. Психоэмоциональное напряжение установлено у 33 (17,4%) мужчин и 29 (15,3%) женщин. Наследственная отягощенность по ИБС у мужчин/женщин составляла 26,3/33,2%; АГ – 59,7/30,5%; СД – 13,2/24,2% соответственно. Проведено изучение эффективности комплексных терапевтических мероприятий, включающих рекомендации по диете, выполнению дозированных физических нагрузок, снижению избыточной массы тела, психологической адаптации. Медикаментозная терапия определялась тяжестью патологических проявлений, назначали антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, сахароснижающие препараты, инсулин, ангиопротекторы, гепатопротекторы, липостабилизирующие средства, диуретики и др., а также осуществлялась психологическая, физическая и социальная реабилитация по показаниям. Комплексная реабилитация приводила к ближайшим удовлетворительным результатам у 170 (89,5%) пациентов с ИБС, ССН, МС и СД 2-го типа.

Заключение. Составленная рабочая программа реабилитации пациентов с ИБС, ССН, МС и СД 2-го типа была основана на принципах целенаправленной диагностики и терапии. Комплексная реабилитация позволяет получить ближайшие удовлетворительные результаты. В дальнейшем выполнение длительной комплексной программы реабилитации должно контролироваться врачами-кардиологами/эндокринологами в поликлинических отделениях и содержать мероприятия реабилитационно-профилактической направленности действия с учетом индивидуальных особенностей течения сочетанной патологии.

Особенности психологического статуса и качества жизни больных с фибрилляцией предсердий после радиочастотной изоляции устьев легочных вен

Махинова М.М., Бубнова М.Г., Давтян К.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Минздрава России, Москва

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из часто встречаемых форм нарушений ритма сердца. Наличие пароксизмов ФП у пациентов значительно снижает их качество жизни и физическую активность, а также

вызывает тревожный синдром и депрессию. Основным немедикаментозным методом лечения ФП является операция радиочастотной абляции (РЧА) – изоляции устьев легочных вен (ЛВ).

Цель. Исследовать динамику параметров психологического статуса, качества жизни и физической активности у больных с ФП после РЧА устьев ЛВ.

Материал и методы. В исследование были включены 49 пациентов (средний возраст $56 \pm 8,8$ года), которым выполнялась операция РЧА устьев ЛВ по поводу ФП. Всем пациентам сразу после вмешательства и через 3 мес проводились осмотр врача-кардиолога, анкетирование по опросникам «Тревога и депрессия» (HADS), «Качество жизни», двигательной активности (ОДА23+) и питания. Пациенты находились на стабильной терапии и постоянно принимали антикоагулянты и антиаритмические препараты.

Результаты. За время наблюдения рецидивы пароксизмов ФП, потребовавшие повторного вмешательства, отмечались у 3 пациентов. Сразу после РЧА ЛВ по поводу ФП пациенты отмечали субклинические симптомы тревоги в 44% случаев и депрессии – в 17%. Через 3 мес наблюдения симптомы тревоги и депрессии сохранялись примерно на том же уровне (48 и 15% соответственно). Исходно у пациентов отмечалось снижение качества жизни (средний балл $-7 \pm 4,4$), но через 3 мес наблюдения имелось некоторое улучшение данного показателя (средний балл $-6 \pm 4,3$, $p < 0,05$ к исходному значению). Исходно пациенты расценивали свою двигательную активность как умеренную ($66,0 \pm 18,2$ балла), и она оставалась на том же уровне через 3 мес ($66,0 \pm 17,5$ балла). По результатам опросника питания выявлено, что большинство пациентов придерживались правильного рациона как сразу после РЧА ЛВ, так и через 3 мес наблюдения ($69 \pm 7,0$ балла и $71 \pm 6,3$ балла соответственно).

Заключение. Показано, что через 3 мес после немедикаментозного лечения ФП методом РЧА у пациентов сохраняется чувство тревоги и депрессии, которое могло быть барьером для заметного улучшения качества жизни и повышения двигательной активности после вмешательства. Полученные данные указывают на необходимость вовлечения пациентов с ФП, подвергнутых РЧА, в программы психологической и физической реабилитации с целью повышения их двигательной активности, выработки позитивной позиции в отношении своего здоровья.

Эффективность комплексной реабилитации пациентов с возвратной стенокардией

Мацкевич С.А., Барбук О.А., Атрощенко Е.С., Соловей С.П., Карпова И.С.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель. Определение эффективности проведения комплексной реабилитации пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией.

Материал и методы. Обследованы 62 пациента со стабильной стенокардией II, III функционального класса (средний возраст $58,8 \pm 1,45$ года). Время, прошедшее после проведенной операции коронарного шунтирования, в среднем составило $18,2 \pm 1,68$ мес. Признаки стенокардии возникли у пациентов спустя $9,6 \pm 0,96$ мес от операции. Большинство пациентов (87%) имели II, III группу инвалидности. Всем пациентам проведено общеклиническое исследование. Уровень клинической депрессии определяли с помощью шкалы депрессии А.Бека (BDI), оценка уровня ситуативной и личностной тревожности проводилась при помощи теста Ч.Спилбергера – Л.Ханина. Все пациенты в течение 6 мес в комплексе со стандартной антиангинальной терапией получали Триметазидин МВ в суточной дозе 70 мг на фоне проведения физической и психологической реабилитации. У всех пациентов изучалось качество жизни, определяемое в баллах с использованием Сизтлского опросника по стенокардии.

Результаты. В результате проведенной физической и психологической реабилитации на фоне применения триметазида отмечались уменьшение числа ангинозных приступов в неделю и потребляемых таблеток нитроглицерина ($p < 0,001$), количества эпизодов депрессии сегмента ST по данным суточного мониторирования ЭКГ ($p < 0,05$), суммарного количества ишемических эпизодов по данным ЭКГ-картирования ($p < 0,001$), а также увеличение выполненной на велоэргометре работы и времени выполнения теста ($p < 0,05$) без увеличения энергозатрат. После назначенного каждому пациенту курса физической реабилитации физическая активность возросла: увеличились темп и объем дозированной ходьбы ($p < 0,001$). На фоне проведения психологической и физической реабилитации отмечались значимое уменьшение уровня депрессии ($p < 0,05$), ситуативной ($p < 0,001$) и личностной ($p < 0,05$) тревожности, а также увеличение качества жизни ($p < 0,001$). Выявлена обратная корреляционная зависимость между увеличением физической активности и уровнями тревожности ($r = 0,561$, $p < 0,05$) и депрессии ($r = 0,618$, $p < 0,01$).

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что добавление триметазида к комплексному лечению пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией приводит к

значимому увеличению антиишемической эффективности проводимой терапии. При применении программы физической реабилитации антиишемическая эффективность сопровождается значимым улучшением физической активности, увеличением толерантности к физическим нагрузкам, а присоединение психологического аспекта реабилитации способствует снижению уровней депрессии и тревожности на фоне значительного улучшения качества жизни. Таким образом, проведение комплексной реабилитации пациентов с возвратной стенокардией в позднем постоперационном периоде приводит к значимому увеличению толерантности к физическим нагрузкам, психологической стабильности и улучшению качества жизни.

Технологии кардиореабилитации на II этапе

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

Цель. Разработка и внедрение технологического процесса кардиореабилитации в условиях специализированного реабилитационного центра.

Включение пациентов в программы реабилитации/вторичной профилактики актуально, экономически выгодно и приводит к повышению приверженности дальнейшему лечению. Программы реабилитации, состоящие из оптимальной медикаментозной терапии, достаточной физической активности, коррекции факторов риска и образа жизни, необходимы всем больным, особенно пациентам среднего и высокого риска. Составление программ реабилитации и оценка прогноза их эффективности представляют собой сложную клиническую задачу из-за многочисленности и неоднородности влияющих на их решение факторов.

Медицинские технологии направлены на восстановление или улучшение здоровья пациентов с номинальным качеством (достижением желаемого или прогнозируемого результата) и с оптимальными затратами (минимально возможными затратами, не влекущими за собой ухудшения условий труда медперсонала, санитарных и технических норм). Реабилитация кардиологических больных может рассматриваться как технологический процесс, продуктом которого является качество жизни пациентов. Разработанная технология реабилитации предусматривает получение каждым больным необходимого и достаточного объема реабилитационных воздействий в соответствии с едиными стандартами, но с соблюдением персонализированного подхода. Успех может быть обеспечен только за счет мультидисциплинарного подхода. Основные технологические элементы реабилитации включаются в общую программу одновременно и в тесной взаимосвязи. Они предусматривают проведение риск-стратификации с формированием относительно однородных групп пациентов, коррекцию медикаментозной терапии, выбор программ физической реабилитации, коррекцию образа жизни и факторов риска, использование методов психотерапии и физиотерапии, информационно-образовательную поддержку.

Представленная нами концепция модульного построения персонализированных реабилитационных программ позволяет адаптировать стандартизованную программу реабилитации к индивидуальным особенностям каждого пациента. Построение персонализированных модульных программ проводится с помощью компьютерных технологий. Каждый программный модуль оформляется стандартно по отношению к общепринятым медицинским рекомендациям и объединяется с другими элементами программы. Поскольку программный модуль представляет собой функционально законченный фрагмент программы, его можно использовать при составлении индивидуальных программ.

Заключение. В целом применяемая в реабилитационном центре «Черная речка» технологическая схема кардиореабилитации позволила повысить эффективность реабилитации, в частности, сделать процесс лечения более полно соответствующим установленным стандартам, а труд врача – более осмысленным и результативным.

Подходы к профилактике перенапряжения сердечно-сосудистой системы у спортсменов

**Михайлова А.В., Смоленский А.В.
ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта,
молодежи и туризма», Москва**

Наиболее эффективной формой профилактики болезней являются скрининговые обследования как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лече-

ния, рационального последовательного восстановления. Скрининг входит в комплекс многих мероприятий по первичной профилактике и всех мероприятий по вторичной профилактике.

Цель. Разработать подходы к профилактике перенапряжения сердечно-сосудистой системы на представительной выборке спортсменов игровых видов спорта (баскетбол, водное поло, футбол), циклических (гребля, современное пятиборье) и спортивных единоборств (бокс).

Материал и методы. Всего были обследованы 527 спортсменов. Спортивная квалификация обследованных спортсменов была от кандидата в мастера спорта до мастера спорта России международного класса. На основании клиничко-инструментального обследования, включавшего в себя опрос, осмотр, ЭКГ покоя, оценку вариабельности сердечного ритма, пробы с физической нагрузкой с оценкой аэробной и анаэробной работоспособности, ЭхоКГ и суточное ЭКГ-мониторирование, была выделена группа спортсменов как с нарушением реполяризации, так и с нарушением ритма, расцененным как перенапряжение сердечно-сосудистой системы.

Результаты. К первичной профилактике переутомления и перенапряжения у спортсменов относятся раннее выявление и по возможности коррекция таких факторов риска, как чрезмерная физическая нагрузка и психоэмоциональное перенапряжение, особенности питания в тех или иных видах спорта, наличие очагов хронической инфекции и скрытой соматической патологии, применение ряда лекарственных препаратов, несоблюдение сроков восстановления после перенесенных заболеваний и травм, смена часовых и климатических поясов, а также социальные, экологические и наследственные факторы. Кроме того, к профилактическим мерам перенапряжения у спортсменов относится активное проведение диагностических исследований, позволяющих выявить ранние признаки нейровегетативных и психологических дисфункций, а также неадекватную реакцию спортсменов на заданную физическую нагрузку.

Заключение. Все варианты перенапряжения, особенно сердечно-сосудистой системы, у спортсменов требуют тщательной дифференциальной диагностики с целым рядом соматических заболеваний, в том числе с заболеваниями повышенного риска внезапной смерти.

Медико-биологическое обоснование влияния различных режимов работы мышц в физической реабилитации больных с артериальной гипертензией

Мирошников А.Б., Смоленский А.В.

ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма», Москва

Цель. Разработать и дать медико-биологическое обоснование программы физической реабилитации с применением разных режимов работы мышц у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Перед началом исследования всем больным было проведено комплексное обследование. Были исследованы следующие параметры: систолическое артериальное давление (САД)утро, САДвечер, диастолическое АД (ДАД)утро, ДАДвечер. Образцы крови для исследования были собраны с соблюдением процедуры информированного согласия. Оценивались показатели липидограммы: холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой, очень низкой и низкой плотности, коэффициент атерогенности. Пациенты были разделены на 3 группы: контрольная (n=25), 1-я основная (n=20) и 2-я основная (n=23). По основным клиническим признакам: возрасту, полу, САДутро, САДвечер и ДАДутро, ДАДвечер – группы статистически не отличались. Длительность программы физической реабилитации составила 180 дней (96 занятий). Контрольная группа тренировалась 4 раза в неделю – аэробная работа на велоэргометре, частота сердечных сокращений (ЧСС) работы – 60% от максимальной ЧСС (метод постоянный). Время работы 60 мин. Остальные дни недели – активный отдых, прогулки. Больные 1 и 2-й основной групп выполняли 4 раза в неделю аэробную работу на велоэргометре (метод интервальный), время работы 60 мин, и 2 раза в неделю – смешанную работу (аэробная, силовая). Силовая работа включала в себя 5 упражнений. Упражнения выполнялись в разных режимах работы мышц (1-я основная группа – динамический, 2-я – статодинамический).

Результаты. Установлена положительная взаимосвязь реабилитационных мероприятий, сочетающих в себе циклические и статодинамические нагрузки, на показатели липидного спектра крови больных АГ 2-й степени. В результате физической реабилитации улучшились показатели липидограммы на 35,9%. Проведение сравнительного анализа методик физической реабилитации больных АГ 2-й степени продемонстрировало, что методика с применением циклической нагрузки и статодинамического режима работы мышц в силовой нагрузке приводит к достоверно более значимому снижению уровня САД на 18,4% и ДАД – 22,3%.

Эффективность ограничения натрия в течение трехлетнего периода для контроля артериального давления у мужчин и женщин среднего возраста с высоким нормальным артериальным давлением

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

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

В настоящее время натрий признан наиболее значимым фактором питания в контроле артериального давления (АД), и влияние потребления натрия на уровень АД продолжает оставаться актуальной темой научных исследований.

Цель. Оценить влияние ограничения потребления натрия на уровень АД в течение длительного времени у мужчин и женщин с высоким нормальным АД.

Материал и методы. Для исследования были отобраны мужчины и женщины в возрасте от 25 до 45 лет в организованных популяциях. Скрининг включал: опрос по питанию методом суточного диетического опроса, заполнение анкеты на привычку досаливать пищу во время еды, рост, массу тела, измерение АД, ЭКГ. Были отобраны 2 группы лиц обоих полов с высоким нормальным АД: группа вмешательства (ГВ) и группа сравнения (ГС). ГВ была сформирована из мужчин и женщин, которые пожелали изменить свое питание, т.е. ограничить соль в своем рационе (203 человека). В соответствии со схемой исследования все они получали индивидуальные консультации диетолога в течение всего исследования для поддержания приверженности. ГС включала 252 человека, отобранных по идентичным критериям из обследованных в другой популяции, и наблюдалась также в течение 3 лет. В ГВ удалось сократить потребление соли на 50% за счет снижения употребления при готовке, отказа от досаливания уже готовой пищи во время еды, обогащения пищевого рациона натуральными продуктами вместо консервов и полуфабрикатов.

Результаты. Потребление соли в обследованных популяциях было в среднем 12 г/сут. Далее, была выявлена высокозначимая связь между потреблением натрия и систолическим АД (САД) у мужчин и у женщин ($p=0,0016$ и $p=0,0003$ соответственно). С диастолическим АД (ДАД) также выявлена высокозначимая связь у мужчин у женщин ($p=0,0039$ и $p=0,0180$ соответственно). Через 3 года немедикаментозного диетического вмешательства в ГВ САД достоверно ($p<0,05$) снизилось у мужчин на 1,92 мм рт. ст. (с 136,6 до 134,7); у женщин – на 3,27 мм рт. ст. (с 135,8 до 132,5). В ГС, в группе контроля, произошла естественная динамика показателей; так, САД у мужчин увеличилось на 2,6 мм рт. ст., с 136,3 до 138,8 мм рт. ст. У женщин САД увеличилось на 2,9 мм рт. ст., с 136,1 до 139,1 мм рт. ст. Изменения были достоверными ($p<0,05$). ДАД достоверно снизилось в ГВ у женщин с 86,8 до 84,7 (-2,1) мм рт. ст., у мужчин – с 86,7 до 84,8 (-1,9) мм рт. ст. ($p<0,05$). В ГС отмечено достоверное увеличение ДАД у женщин с 86,9 до 88,2 (+1,3), у мужчин – с 85,9 до 88,4 (+2,2) мм рт. ст. ($p<0,05$).

Заключение. Отмечено эффективное достоверное снижение САД и ДАД у мужчин и женщин среднего возраста с высоким нормальным АД при длительном ограничении натрия в питании по сравнению с естественной динамикой АД в контрольной группе.

Генетические предикторы анкилозирующего спондилита

Мордовский В.С., Кенц А.С., Никулина С.Ю., Чернова А.А., Капустина Е.В., Большакова Т.Ю.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого», Красноярск

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание позвоночника (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов (сакроилеит), нередко протекающее с поражением периферических суставов (артрит) и энтезисов (энтезит), а в ряде случаев – глаз (увеит) и луковицы аорт (аортит). АС имеет разнообразные клинические проявления, может привести к инвалидизации, ограничивая социальную и трудовую деятельность. Своевременная (более ранняя) диагностика АС – необходимое условие своевременного начала терапии и предотвращения ненужных, а порой и вредных, диагностических и лечебных процедур.

Материал и методы. Планируемое число обследуемых пациентов – 60 человек. Проводились клинический анализ крови (+СОЭ, С-реактивный белок, ревматоидный фактор), молекулярно-генетический анализ, рентгенография крестцово-подвздошных сочленений.

Результаты. Набранные 32 человека: 30 мужчин и 2 женщины. Проведено клинко-инструментальное обследование. Планируемые гены: HLA-B27, ERAP1, TNF, интерлейкин-1.

Заключение. Гены HLA-B27, ERAP1, TNF, интерлейкин-1, возможно, будут служить ранними предикторами возникновения АС.

Гендерные различия эффективности природных адаптогенов у спортсменов

Наумов А.О.¹, Смирнова И.Н.¹, Барабаш Л.В.¹, Верещагина С.В.²

¹Филиал «Томский НИИ курортологии и физиотерапии»

ФГБУЗ «Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, Томск;

²ФГБУЗ «Сибирский клинический центр» ФМБА России, Красноярск

Цель. Дать клиничко-лабораторное обоснование применения природных адаптогенов для коррекции признаков переутомления в соревновательном периоде у спортсменов.

Материал и методы. Проведено обследование 40 спортсменов зимних видов спорта (фристайл, прыжки с трамплина, сноуборд, горные лыжи). Спортсмены основной группы принимали комплекс природных адаптогенов, включающий растительные экстракты, сухую плазму маралов, пчелиное маточное молочко и мед. Спортсмены контрольной группы принимали только пчелиное маточное молочко. Функциональные характеристики сердечно-сосудистой системы оценивали по тесту PWC₁₇₀. Оценивали показатели кислородобеспечивающей системы крови и гормонально-метаболического статуса (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, ретикулоциты, эритропоэтин, лактат, малоновый диальдегид, активность каталазы).

Результаты. Анализ динамики показателей кислородобеспечивающей системы крови на фоне приема адаптогенов выявил более значимое увеличение концентрации гемоглобина у девушек-спортсменок ($p=0,028$), эритроцитов ($p=0,046$), средней концентрации гемоглобина в эритроцитах ($p=0,046$) только в основной группе, в контрольной группе эти показатели практически не изменились как у девушек, так и юношей. Снижение уровня лактата происходило только в девушек основной группы ($p=0,043$). У юношей основной группы и у всех спортсменов контрольной группы уровень лактата не изменялся ($p=0,094$). Рост физической работоспособности характеризовался увеличением показателя PWC₁₇₀ ($p=0,028$) у юношей и PWC₁₅₀ ($p=0,028$) у девушек основной группы; кроме того, у девушек основной группы возрос метаболический эквивалент ($p=0,028$), увеличилось потребление кислорода при максимальной нагрузке ($p=0,049$), что способствует более эффективной мышечной работе во время физической нагрузки. В контрольной группе значимых изменений показателей работоспособности ни в целом по группе, ни с учетом гендерных различий не отмечено. Прием комплексного адаптогена в основной группе способствовал увеличению показателей центральной гемодинамики: ударного ($p=0,002$) и минутного объема ($p=0,002$) кровообращения, преимущественно у девушек-спортсменок. Выявлена корреляционная зависимость ударного объема с поглощением кислорода на одно сердечное сокращение ($r=0,789, p=0,001$) и с метаболическим эквивалентом ($r=0,564, p=0,028$).

Заключение. Комплексное применение растительных и животных адаптогенов способствует профилактике переутомления и снижения физической работоспособности во время соревнований более выражено у спортсменок женского пола. У спортсменов мужского пола требуются дополнительные профилактические воздействия или коррекция дозы адаптогенов.

Функционирование программы реабилитации в Брянске

Недбайкин А.М., Нидбайкин В.А., Женчевская Ю.В., Пантелеева Н.А.

ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск

Цель. Осветить организацию реабилитационной службы г. Брянска, функционирующей на базе ГАУЗ «БОКД».

Материал и методы. Отделения кардиологической реабилитации №1 и 2, диспансерное отделение ГАУЗ «БОКД».

Результаты. В Брянской области предусмотрена 3-этапная система кардиореабилитации (КР) на базе ГАУЗ «БОКД»: отделения №1 (ранней КР) и №2 (поздней КР), амбулаторный этап реабилитации. Госпитализация в отделения осуществляется по решению врачебной комиссии. На реабилитацию направляются пациенты – жители Брянска и Брянской области, перенесшие инфаркт миокарда, больные после оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и клапанной патологии сердца, радиочастотной абляции. Оснащение и функционирование отделений КР осуществляется в соответствии с Порядком ор-

ганизации медицинской реабилитации, 2012 г. Выполнение основных задач ранней и поздней КР основано на мультидисциплинарном подходе с участием кардиореабилитологов, врачей функциональной диагностики, инструкторов лечебной физкультуры (ЛФК), медицинского психолога, физиотерапевтов, реабилитологов амбулаторного звена. Во время пребывания в стационаре пациентам производится подбор оптимальной медикаментозной терапии, необходимое обследование высококвалифицированными специалистами; консультации медицинского психолога с целью выявления депрессии, тревоги и их коррекции, определения ряда психологических показателей. Пациенты участвуют в программах физической КР: тестах с 6-минутной ходьбой, комплексах ЛФК, тренировочной ходьбе с использованием кардиомониторирования TREDEX; на этапе поздней КР дополнительно проводятся велотренировки на оборудовании Ergoline Schiller, физические нагрузки (ФН) на терренкуре в сопровождении инструктора ЛФК. Первично определяются и документируются группа тяжести состояния, оценка риска по шкале GRACE, уровень реабилитации прогноза и потенциала, типы реакций на тренировочные ФН. Разработана и внедрена документация для наглядной оценки течения заболевания в каждом случае. На всех этапах используются методы физиотерапии, лечебный массаж, по показаниям – сеансы усиленной наружной контрапульсации. Важное значение имеют школы здоровья, в которых пациентам разъясняются механизмы развития и течения атеросклеротического процесса, основные факторы риска прогрессирования ИБС, даются рекомендации по коррекции образа жизни. На диспансерном этапе продолжается активное наблюдение за больными, отслеживается динамика течения заболевания, корректируются терапия и рекомендации по уровню допустимой физической нагрузки, что, как показывают результаты, значительно повышает комплаентность и ведет к снижению частоты развития крупных коронарных событий в диспансерной группе.

Заключение. Организация реабилитационной службы в Брянске соответствует Национальным клиническим рекомендациям 2014 г.; результаты работы доказывают высокую востребованность восстановительного лечения, значимость ранней и поздней реабилитации во вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний; функционирующая в Брянске программа реабилитации позволяет выполнять в полном объеме краткосрочные и долгосрочные задачи реабилитации.

Особенности реабилитационной помощи после перенесенного инфаркта миокарда в условиях Якутска

Никаноров В.Н.^{1,2}, Кылбанова Е.С.²

¹ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №3»;

²Медицинский институт ФГАУО ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова», Якутск

Реабилитация больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) имеет физический, психологический и профессиональный аспекты и представляет собой комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности пациентов. Физическая реабилитация включает восстановление физической работоспособности, что достигается своевременной и адекватной активизацией больных, ранним назначением лечебной гимнастики, а в дальнейшем – лечебной физкультуры (ЛФК) под контролем врача.

Материал и методы. Пациенты с инфарктом миокарда (ИМ), проходившие стационарное лечение в отделении неотложной кардиологии (30 коек, в том числе 6 коек блока реанимации и интенсивной терапии) Регионального сосудистого центра (РСЦ) в период с 2011 по 2013 г. Всем пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) оказывалась медицинская помощь согласно утвержденным стандартам лечения.

Результаты. В динамике за 3 года работы отделения неотложной кардиологии РСЦ регистрируется ежегодное увеличение числа госпитализированных пациентов с ОКС: с 697 пациентов в 2011 г. до 974 человек в 2013 г. Доля пациентов с ИМ, пролеченных в 2011 г., составила 45,5%, в 2012 г. – 29,2%, в 2013 г. – 41,4% от числа всех госпитализированных больных с ОКС. В условиях группы реанимации и интенсивной терапии активизация пациента осуществляется медицинскими сестрами, младшими сестрами по уходу, лечащим врачом. Инструктором ЛФК проводятся индивидуальные и групповые занятия с пациентами в палатах. Психологическая реабилитация пациентов после перенесенного ИМ не проводится из-за отсутствия специалиста в штатном расписании отделения. После перенесенного ИМ пациенты направляются на II этап реабилитационной помощи в отделение долечивания и реабилитации ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №3». В 2011 г. реабилитационное лечение получили 134 пациента после перенесенного ОКС, преимущественно – с перенесенным ИМ после проведенной реваскуляризации миокарда, в

2012 г. – 206, в 2013 г. – 225. За 3 года работы отмечается рост числа пациентов, но общая доля пациентов остается крайне низкой – 55% от всех пациентов с ИМ и 23% от всех пациентов с ОКС.

Заключение. В условиях РСЦ проводится только физическая реабилитация пациентов после ОКС. Ограничена доступность в получении реабилитационной помощи в отделении долечивания и реабилитации из-за ограниченного количества коек. II этап реабилитационного лечения получают менее 1/2 пациентов после перенесенного ИМ. К сожалению, III этап реабилитации пациентов в Якутске отсутствует.

Взаимосвязь однонуклеотидных полиморфизмов локуса 9p21.3 с острым нарушением мозгового кровообращения

**Никулин Д.А., Никулина С.Ю., Чернова А.А., Пирева Т.А.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого», Красноярск**

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Ежегодная смертность от инсульта в России остается одной из самых высоких в мире. Исходя из этого, наиболее значимыми становятся методы ранней диагностики и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Генетическая диагностика, основанная на определении генов-предикторов инсульта, позволит открыть новые возможности в плане диагностики и лечения данных патологий.

Цель. Изучить влияние полиморфных аллельных вариантов rs1333049 локуса 9p21.3 на риск развития инсульта.

Материал и методы. Проведен молекулярно-генетический анализ среди 121 неродственного пациента с подтвержденным диагнозом ОНМК и 497 здоровых лиц из общей популяции. Больные из основной группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от вида инсульта: 1-я подгруппа, больные с ишемическим инсультом, составила 92 человека; 2-я подгруппа, больные с геморрагическим инсультом – 29 человек. Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови фенол-хлороформным методом. Полиморфизм генов тестировали методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в соответствии со стандартным протоколом фирмы-производителя. Изучен однонуклеотидный полиморфизм rs1333049, расположенный в локусе 9p21.3.

Результаты. По результатам анализа СG-полиморфизма среди больных с инсультом и лиц контрольной группы установлено статистически значимое преобладание носителей гомозиготного генотипа СС по редкому аллелю среди исследуемой группы (29,8±4,2%) по сравнению с контрольной (18,7±1,7%) и аллеля С в группе больных с инсультом (53,3±3,2%) в сравнении с группой контроля (46,1±1,6%). Также установлено статистически значимое преобладание носителей гомозиготного генотипа СС по редкому аллелю среди больных с ишемическим инсультом (32,6±4,9%) по сравнению с группой контроля (18,7±1,7%). Не установлено статистически значимого преобладания ни по одному из генотипов между больными с геморрагическим инсультом и лицами контрольной группы.

Заключение. Генетическим предиктором риска развития инсульта является гомозиготный генотип по редкому аллелю СС rs1333049 локуса 9p21.3. Преобладание гомозиготного генотипа СС наблюдается у больных с ишемическим инсультом, но не с геморрагическим.

Медико-биологическое обоснование применения продуктов на основе молочной сыворотки в диетотерапии кардиологических больных

Неповинных Н.В.¹, Лямина Н.П.², Птичкина Н.М.¹

¹ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный аграрный университет им. Н.И.Вавилова», Саратов;

²НИИ кардиологии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов

В настоящее время неуклонный рост числа госпитализаций, обусловленных развитием осложнений среди больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), определяет необходимость оптимизации как медикаментозного лечения, так и диетотерапии. Энтеральная оксигенотерапия в виде приема кислородных коктейлей может применяться для уменьшения проявлений синдрома хронической интоксикации, достижения иммуномодулирующего эффекта, повышения умственной и физической работоспособности, нормализации метаболических нарушений.

Цель. Совершенствование технологии кислородного коктейля и создание новых видов кислородсодержащих продуктов повышенной пищевой ценности с улучшенными сенсорными характеристиками для дополнительной диетотерапии больных с ХСН.

Разработаны рецептуры специализированных продуктов (кислородные коктейли, смузи, замороженные десерты) на основе молочной сыворотки и фруктово-ягодных наполнителей. Формирование пенной структуры в таких продуктах происходит благодаря пенообразующей способности сывороточных белков и использованию пищевых волокон, в том числе некрахмальных полисахаридов в качестве стабилизаторов полученной кислородной пены взамен сиропа корня солодки, так как прием солодки и препаратов на ее основе у больных с ХСН может вызывать повышение артериального давления, нарушение сердечного ритма и изменение выделительной функции почек. Известно, что белки сыворотки молока отличаются большим содержанием незаменимых аминокислот и серы по сравнению с казеином и считаются полноценными с точки зрения физиологии питания. Помимо белка молочная сыворотка содержит другие энергетические, пластические и регуляторные биологически активные вещества, необходимые пациенту для поддержания нормального состояния организма. Полисахариды, относящиеся к классу пищевых волокон, выполняют *in vivo* ряд важных биологических функций: участвуют в построении клеточных стенок и межклеточного матрикса, в регулировании обмена ионами между клеткой и ее окружением, являются для клетки энергетическим резервом. Полисахариды являются основными компонентами пищи, определяющими ее структуру, органолептические характеристики и функциональные свойства. Разработка технологии новых видов кислородсодержащих продуктов позволила обеспечить не только требуемые органолептические показатели и технологические характеристики, стабильность состава и потребительских свойств в процессе хранения, но и высокую пищевую и пониженную энергетическую ценность по сравнению с традиционным продуктом, что является особенно важным для больных с ХСН.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ МК-3731.2013.4.

Состояние толерантности к физической нагрузке у больных с первичным пролапсом митрального клапана с нарушениями ритма сердца

Нуртдинова Э.Г., Николаева И.Е., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Берг А.Г., Валеев И.Г., Фахретдинова Е.Р., Червякова К.В.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа; ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Оценить толерантность к физической нагрузке (ТФН) у больных с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) в зависимости от наличия нарушений ритма сердца (НРС).

Материал и методы. Обследованы 127 больных с первичным ПМК, из них 85 мужчин и 42 женщины (средний возраст $24,5 \pm 1,2$ года). ПМК I степени выявлен у 90 (70,9%) человек, ПМК II степени – у 37 (29,1%). Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия НРС: 42 больных – без НРС и 85 – с НРС. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольцев: 16 мужчин и 9 женщин (средний возраст $24,9 \pm 1,9$ года). ТФН анализировалась при проведении субмаксимальной велоэргометрической пробы в режиме непрерывно ступенеобразно возрастающей нагрузки с начальной ступенью 50 Вт на системе «Валента» (Россия). Анализировались параметры пороговой мощности нагрузки, двойное произведение (ДП), число метаболических единиц (МЕТ), длительность восстановительного периода. Всем обследуемым проводился тест PWC_{170} .

Результаты. При анализе установлено значимое снижение показателей ТФН у больных с ПМК с НРС. Так, по сравнению с контролем у этих пациентов были снижены показатели общей продолжительности физической нагрузки ($8,5 \pm 0,5$ мин, $10,5 \pm 0,6$ мин; $p < 0,05$), мощности пороговой нагрузки ($98,7 \pm 7,2$ Вт, $122,1 \pm 6,9$ Вт; $p < 0,05$), параметра PWC_{170} ($678,4 \pm 27,6$ кгм/мин, $781,2 \pm 28,8$ кгм/мин; $p < 0,05$), числа МЕТ ($6,0 \pm 0,3$ усл. ед., $7,6 \pm 0,5$ усл. ед.; $p < 0,05$). При этом значение ДП в покое было выше на 25,7% соответствующего показателя у здоровых лиц ($97,4 \pm 6,0$ усл. ед., $77,5 \pm 7,8$ усл. ед.; $p < 0,05$), а величина ДП на высоте нагрузки имела тенденцию к снижению. Длительность восстановительного периода была более продолжительной у пациентов с ПМК и НРС в среднем на 1,5 мин по сравнению с контролем ($7,6 \pm 0,6$ мин, $6,1 \pm 0,3$ мин; $p < 0,05$), но не имела различий с данными пациентов с ПМК без НРС. При сравнительной оценке показателей ТФН у пациентов с ПМК и НРС и без них обнаружено значимое снижение параметров мощности пороговой нагрузки ($98,7 \pm 7,2$ Вт, $117,5 \pm 5,8$ Вт; $p < 0,05$), показателя PWC_{170} ($678,4 \pm 27,6$ кгм/мин, $748,3 \pm 20,1$ кгм/мин; $p < 0,05$), числа МЕТ ($6,0 \pm 0,3$ усл. ед., $7,1 \pm 0,43$ усл. ед.; $p < 0,05$) у пациентов, имевших НРС. Показатель PWC_{170} у больных с ПМК с НРС с увеличением количества экстрасистол на нагрузку был достоверно ниже соответствующего показателя пациентов с урежением экстрасистолии ($605,4 \pm 30,2$ кгм/мин, $694,8 \pm 32,4$ кгм/мин; $p < 0,05$).

Заключение. Наличие НРС у пациентов с ПМК и НРС ассоциируется со снижением ТФН, что, вероятно, обусловлено повышением симпатического тонуса у этих лиц. Гиперактивация симпатической нервной системы усиливает подключение хронотропных механизмов обеспечения физической нагрузки, что выражается в достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений на более низком ее уровне.

Вариабельность ритма сердца и толерантность к физической нагрузке у больных с первичным пролапсом митрального клапана с аритмиями при длительном лечении

Нуртдинова Э.Г., Николаева И.Е., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Берг А.Г., Хамидуллина Р.М., Багманова З.А., Руденко В.Г.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа; ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», Уфа

Цель. Оценить влияние β -адреноблокатора и препарата магния в моно- и комбинированной терапии на вариабельность ритма сердца (ВРС) и показатели толерантности к физической нагрузке (ТФН) у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК) и нарушениями ритма сердца (НРС).

Материал и методы. Пациенты с первичным ПМК и НРС были рандомизированы конвертным методом на 2 группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, степени ПМК, частоте НРС, клинико-гемодинамической характеристике. В 1-ю группу входили 40 больных, получавших монотерапию оротатом магния (Магнерот, «Верваг Фарма ГмбХ и Ко.КГ», Германия) в дозе 1–3 г/сут; во 2-ю группу вошли 38 пациентов, получавших комбинированную терапию оротатом магния в той же дозе и бетаксололом (Локрен, «Санofi-Авентис», Франция) 10–20 мг/сут. Исходно и через 24 нед оценивали показатели ВРС и ТФН. ТФН анализировалась при проведении субмаксимальной велоэргометрической пробы в режиме непрерывно ступенчато-образно возрастающей нагрузки с начальной ступенью 50 Вт на системе «Валента» (Россия). Анализировались параметры пороговой мощности нагрузки, двойное произведение (ДП), число метаболических единиц (МЕТ), длительность восстановительного периода. Всем обследуемым проводился тест PWC_{170} .

Результаты. При анализе ВРС у пациентов с ПМК и НРС, получивших комбинированную терапию, через 24 нед установлено значимое повышение по сравнению с исходными данными показателей SDNN (156,8±13,1 мс; 120,1±12,5 мс; 23,4%; $p<0,05$), PNN50 (12,0±1,1%; 8,0±0,9%), RMSSD (52,8±8,1 мс; 29,1±8,0 мс; 44,9%; $p<0,05$). В группе больных, получавших монотерапию оротатом магния, существенных влияний на ВРС не наблюдалось. При длительной терапии комбинацией бетаксолола и оротата магния отмечено повышение параметров ТФН, что характеризовалось увеличением общей продолжительности нагрузки (8,8±0,7 мин; 10,8±0,6 мин; 22,7%; $p<0,05$), мощности пороговой нагрузки (96,2±7,9 Вт; 121,5±7,4 Вт; 26,3%; $p<0,05$), показателя PWC_{170} (685,3±27,6 кгм/мин; 769,4±28,3 кгм/мин; 12,3%; $p<0,05$), числа МЕТ (6,1±0,4 усл. ед.; 7,5±0,5 усл. ед.; 22,9%; $p<0,05$). В то же время длительная монотерапия оротатом магния не привела к изменениям ТФН у больных с ПМК и НРС.

Заключение. Положительное влияние 24-недельной комбинированной терапии β -адреноблокатором и оротатом магния на пациентов с ПМК и НРС проявилось увеличением общей ВРС и повышением ТФН. Полагаем, что увеличение парасимпатических и снижение симпатических влияний оптимизирует подключение хронотропных механизмов обеспечения физической нагрузки, что выражается в достижении субмаксимальной частоты сердечных сокращений на более низком ее уровне.

Генетический паспорт ревматоидного артрита

Орлова Н.М., Никулина С.Ю., Чернова А.А., Фок Ю.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого», Красноярск

«Генетический паспорт ревматоидного артрита» – электронная база ДНК-данных и клинико-инструментальных показателей ревматологического обследования больных в центрах здоровья, позволяющая вводить параметры, полученные при обследовании пациента и необходимые для подсчета генетического риска: ФИО, рост, масса тела, возраст, рентгенологические показатели, показатели лабораторной активности, наличие или отсутствие у пациента полиморфизма определенных генов, – а после этого рассчитывать по формуле генетический риск развития заболевания на данный момент времени при конкретных функциональных и генетических показателях с дальнейшим подбором индивидуальной терапии.

Материал и методы. Планируемое число обследуемых – 200 человек. Группы сравнения – есть контрольная группа. Методы обследования – учет всех данных о пациенте: пол, рост, масса тела, возраст, рентгенологические показатели, показатели лабораторной активности (ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду, С-реактивный белок), результаты холтеровского мониторинга; генеалогические аспекты (составление родословной); генетические аспекты предрасположенности к ревматоидному артриту – индивидуальные и семейные «ДНК-базы данных» (мутации, полиморфные аллельные варианты); формула для подсчета индивидуального риска развития заболевания.

Результаты. Набраны 83 человека – 23 мужчины, 60 женщин, у всех набранных пациентов проведено клинико-инструментальное исследование. У 53 пациентов проведено молекулярно-генетическое исследование.

Планируемые гены: RPTN22 C1858T, CTLA-4 A49G, CCR5, ENOS 4 a/b, MMP9-1562 C/T.

Заключение. Гены RPTN22 C1858T, CTLA-4 A49G, CCR5, ENOS 4 a/b, MMP9-1562 C/T могут служить ранними предикторами возникновения ревматоидного артрита.

Выявление факторов риска в рамках первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии у студентов медицинского вуза

Овсянникова В.В.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»

Минздрава России, Воронеж

Своевременная диагностика и раннее обнаружение сердечно-сосудистой патологии становятся все более актуальными по причине высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения России.

Цель. Выявление факторов риска кардиоваскулярной патологии у студентов медицинского вуза.

Материал и методы. Обследованы 42 учащихся 5-го курса ВГМА, 34 женщины и 8 мужчин, средний возраст которых составил $21,8 \pm 0,3$ года. У всех студентов проводилось выявление факторов риска артериальной гипертонии (АГ): отягощенного семейного анамнеза, курения, избыточной массы тела; кроме того, всем студентам проводилось трехкратное измерение артериального давления (АД) в положении сидя после обязательного 10-минутного отдыха с интервалом 2 мин с помощью аппаратно-программного комплекса АПКО-8-РИЦ-м, в основу работы которого положен метод объемной компрессионной осциллометрии (ОКО).

Результаты. Отягощенный наследственный анамнез являлся одним из наиболее распространенных среди обследованных студентов и имел место в 52,4% случаев. Курящие составили 9,5% от всех обследованных, избыточная масса тела была зафиксирована в 16,7% случаев. С помощью использования метода ОКО в исследовании оптимальное АД (в пересчете на аускультативный метод менее 120/80 мм рт. ст.) выявлено у 28 (66,7%) учащихся, нормальное АД (менее 130/85 мм рт. ст.) – у 8 (19%), высокое нормальное (130–139/85–89 мм рт. ст.) – у 6 (14,3%). Важно отметить, что высокое нормальное давление было выявлено у курящих и имеющих избыточную массу тела студентов.

Заключение. Среди обследованных студентов выявлена высокая частота встречаемости отягощенного наследственного анамнеза по АГ. У обследованных имелась связь с наличием факторов риска и предгипертонией, диагностированной методом ОКО. Необходимо проведение ранних профилактических мероприятий среди категории лиц студентов с предгипертонией по коррекции модифицируемых факторов риска кардиоваскулярной патологии.

Значение лептинорезистентности при разных метаболических фенотипах ожирения

Отт А.В.^{1,2}, Шенкова Н.Н.³, Чумакова Г.А.^{1,4}, Веселовская Н.Г.^{2,4}

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

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул;

³ЗАО «Курорт Белокуриха», Белокуриха;

⁴ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Следствием висцерального ожирения (ВО) нередко является резистентность к регулирующему действию лептина. В настоящее время изучается роль растворимых рецепторов к лептину в передаче лептинового сигнала и формировании лептинорезистентности.

Цель. Изучить взаимосвязь уровней сывороточного лептина (SL), растворимых рецепторов к лептину (sLR), а также свободного лептинового индекса (FLI) и связь с инсулинорезистентностью у мужчин с общим ожирением и ВО.

Материал и методы. В исследование были включены 139 мужчин с общим ожирением (индекс массы тела более 30). Обследуемые были разделены на 2 группы по наличию ВО, которое оценивалось по величине толщины эпикардиальной жировой ткани (ТЭЖТ), определенной при ЭхоКГ: 1-я группа – 69 пациентов с ТЭЖТ < 7 мм, 2-я – 70 пациентов с ТЭЖТ ≥ 7 мм. Все исследуемые не имели установленных сердечно-сосудистых заболеваний. Всем определяли уровень лептина, индекс инсулинорезистентности HOMA-IR, SL, sLR, а также FLI, вычисленный как отношение SL/sLR.

Результаты. Во 2-й группе отмечался более высокий уровень SL [18,6 (12,3; 23,5) против 12,3 (8,9; 16,8) нг/мл, $p=0,018$] и FLI [16,5 (13,4; 22,4) против 6,8 (4,5; 10,5) нг/мл $p=0,03$], чем в 1-й, тогда как уровень sLR во 2-й группе был значимо ниже, чем в 1-й ($p=0,028$). Также во 2-й группе были более высокие показатели индекса HOMA-IR [2,3 (0,9; 5,3) против 1,6 (1,0; 2,3)], триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП); $p<0,01$. Во 2-й группе была установлена положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем лептина и индексом HOMA-IR, ТГ, ХС ЛПНП ($r=0,620, p=0,01$; $r=0,502, p=0,02$; $r=0,580, p=0,01$ соответственно) и отрицательная корреляция между уровнем sLR и индексом HOMA-IR и ТГ ($r=-0,334, p=0,018$; $r=-0,528, p=0,01$ соответственно). Уровень FLI в группе с ВО положительно коррелировал с индексом HOMA-IR ($r=0,260, p=0,015$), ТГ ($r=0,610, p=0,02$), ХС ЛПНП ($r=0,460, p=0,01$), отрицательно коррелировал с холестерином липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП); $r=-0,410, p=0,021$. В 1-й группе была получена положительная корреляционная взаимосвязь между ХС ЛПВП и уровнем sLR ($r=0,418, p=0,017$).

Заключение. В группе с ВО отмечался более высокий уровень SL и FLI, чем в группе с нормальной ТЭЖТ. Уровень sLR в группе с ВО был значимо ниже, чем в группе с нормальной ТЭЖТ. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что дефицит sLR может привести к лептинорезистентности и развитию ВО. Уровень FLI может быть маркером лептинорезистентности, так как в нашем исследовании он в группе с ВО положительно коррелировал с инсулинорезистентностью по индексу HOMA-IR.

Стационарный этап реабилитации больных с инфарктом миокарда

Пальшина А.М.¹, Николаева А.М.¹, Дмитриева Н.Г.², Никаноров В.Н.²

¹ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова», Якутск;

²ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №3», Якутск

Цель. Оценить результаты стационарного этапа реабилитации больных с острым инфарктом миокарда (ИМ), переведенных на реабилитацию из Регионального сосудистого центра.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе стационара №1 в отделении долечивания и реабилитации больных, перенесших ИМ. Всего проанализировано 309 историй болезни больных с ИМ за период 2011–2013 гг.: в 2011 г. – 60 пациентов; в 2012 г. – 121; в 2013 г. – 128. Возрастной диапазон пациентов составил 38–85 лет (средний возраст $50 \pm 7,8$ года).

Результаты. Высокая заболеваемость ИМ зарегистрирована в возрастной группе 50–59 лет: 2012 г. – 33,9%; 2013 г. – 40,6%. По гендерному признаку преобладают мужчины в соотношении 5:1. По национальному составу высокая заболеваемость наблюдается у якутов (45%) и русских (43%). Острый ИМ наблюдался у 255 пациентов (82,5%): в 2011 г. – 52 случая (80,6%); в 2012 г. – 100 (82,6%); в 2013 г. – 103 (80,5%). Q-ИМ развился у 172 пациентов (67,5%). Селективная коронароангиография выявила преимущественное поражение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии на уровне проксимальной и средней трети, что наблюдается как при острых, так и при повторных ИМ. Эндovasкулярные вмешательства в 2011 г. выполнены у 21 (35%) пациента; в 2012 г. – у 69 (57%); в 2013 г. – у 89 (69,5%). По реабилитационной классификации преобладали пациенты со средней степенью тяжести ИМ в 2011 г. – 32 (53,3%), 2012 г. – 78 (64,4%), 2013 г. – 103 (80,4%). Данные пациенты поступали с 3-й степенью двигательной активности. Психологическая реабилитация проводилась в виде индивидуальных бесед и групповых занятий (школы ишемической болезни сердца – ИБС). Лекарственная терапия назначалась в соответствии со стандартами лечения пациентов с ИБС, ИМ и назначенной фармако-терапии в Региональном сосудистом центре с учетом коморбидности. В отделении оценка толерантности к физической нагрузке пациентов проводилась с использованием теста с 6-минутной ходьбой. Патологической реакции на данный тест у пациентов не наблюдалось. Физическая реабилитация проводилась индивидуально с постепенным расширением двигательной активности под контролем частоты сердечных сокращений, пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, сатурации

кислорода. Под контролем инструктора лечебной физкультуры (ЛФК) больные проходили групповые занятия по ЛФК, индивидуально – физические тренировки на велотренажерах. С улучшением закончили занятия ЛФК 94,2±2,1% больных. К моменту выписки 77% больных отмечали улучшение сна, 69% – уменьшение или исчезновение болей в сердце, 21% – уменьшение одышки, 14% – улучшение сердечного ритма и повышение толерантности к физическим нагрузкам.

Заключение. Комплексная медицинская реабилитация пациентов с ИМ, проводимая в стационарных условиях, приводит к улучшению качества жизни, повышению физической активности, стабилизации психологического состояния, приверженности назначенной терапии и подготовке к поликлиническому этапу реабилитации.

Оптимизация диспансерного наблюдения больных с острым инфарктом миокарда в ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск

Пантелеева Н.А., Женчевская Ю.В., Нидбайкин В.А., Недбайкин А.М.
ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск

Цель. Оптимизация контроля течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), оценка динамики коррекции факторов риска (ФР) ССЗ, повышение комплаентности диспансерной группы.

Материал и методы. Пациенты, 76 мужчин трудоспособного возраста, находящиеся на диспансерном наблюдении в ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер» по поводу инфаркта миокарда – ИМ, «Реабилитационный паспорт пациента».

Результаты. Долгосрочные цели реабилитации – выявление и коррекция ФР, стабилизация и предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса и, как следствие, снижение заболеваемости и смертности. Больные с ИМ трудоспособного возраста находятся на диспансерном учете в ГАУЗ «БОКД» в течение года. Для выявления динамики изменений и своевременной диагностики мало поддающихся коррекции у конкретного больного ФР разработан «Реабилитационный паспорт пациента». В нем отражаются имеющиеся модифицируемые и немодифицируемые ФР, а также показатели артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое, теста с 6-минутной ходьбой, уровня двигательной активности; частоты приступов стенокардии, фракция выброса левого желудочка, тяжесть хронической сердечной недостаточности, толерантность к физической нагрузке, уровни тревоги, депрессии, самочувствия, активности и настроения при первичном контакте с реабилитологом. «Реабилитационный паспорт пациента» предусматривает фиксирование рассматриваемых показателей в течение 1 года диспансерного этапа реабилитации на фоне оптимальной медикаментозной терапии. Проанализированы данные 76 больных с ИМ через 6 мес участия в программе реабилитации. У 58 (76,3%) больных выявлено снижение индекса массы тела, у 65 (85,5%) – уменьшение объема талии на 3 см и более; 18 человек полностью отказались от никотиновой зависимости, 53 (69,7%) пациента сократили количество выкуриваемых сигарет в день с 30 до 10; у 68 больных достигнуто достижение уровней АД менее 140/90 мм рт. ст. Средняя ЧСС покоя в рассматриваемой группе при первом визите составила 82 уд/мин, через 6 мес – 66 уд/мин. Значимое увеличение показателей наблюдалось по уровням двигательной активности (+3 км в неделю в группе), данным теста с 6-минутной ходьбой (+150 м), комплаентности (приверженности рекомендациям по приему лекарственных препаратов и коррекции образа жизни, 4,5 против 3,2 при первом посещении). Постоянный прием статинов осуществляли 97,3% пациентов группы. Также выявлено повышение уровней самочувствия, активности и настроения по опроснику «Самочувствие, активность, настроение» у 92% больных. Лишь 4 пациентам потребовалась повторная госпитализация с целью коррекции антиангинальной и антигипертензивной терапии. За рассматриваемый период развития повторных коронарных событий в диспансерной группе не зафиксировано.

Заключение. Диспансерный этап является неотъемлемой частью комплексной программы реабилитации, направленной на коррекцию имеющихся ФР ишемической болезни сердца, повышение приверженности лечению и коррекцию образа жизни больных с ИМ, вторичную профилактику ССЗ. «Реабилитационный паспорт пациента» наглядно отражает динамику изменений ФР и объективных показателей реабилитируемого как для врача, так и для самого пациента, повышая мотивацию к дальнейшему восстановлению здоровья.

Домашние физические тренировки и приверженность медикаментозной терапии у пациентов после коронарного шунтирования

Помешкина С.А., Локтионова Е.Б., Архипова Н.В., Барбараш О.Л.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Цель. Оценить влияние домашних физических тренировок (ФТ) на приверженность медикаментозному лечению у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Материал и методы. Обследовали 112 пациентов с ишемической болезнью сердца после КШ. Возраст пациентов составил в среднем $56,8 \pm 5,5$ года. Через 1 мес после КШ (после окончания санаторного этапа реабилитации) все пациенты были рандомизированы на три сопоставимые по основным анамнестическим и исходным клинико-функциональным показателям группы: с контролируемыми велотренировками – ВТ ($n=35$), с самостоятельными домашними тренировками (ДТ) в виде дозированной ходьбы – ДХ ($n=36$) и группу сравнения ($n=41$). ВТ и ДХ проводились 3 раза в неделю в течение 3 мес. Анализировали принимаемую пациентами терапию через 1 мес и через 1 год после КШ.

Результаты. Через год после операции в группе пациентов с ВТ уменьшилось число пациентов, принимавших β -адреноблокаторы – β -АБ (с 97 до 80%, $p=0,005$), антитромботическую терапию (со 100 до 88%, $p=0,0004$), статины (с 97 до 82%, $p=0,0005$). Число пациентов, принимавших ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)/блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), осталось на прежнем уровне (73 и 75%, $p=0,693$). В группе с ДТ также статистически значительно уменьшилось число пациентов, принимающих β -АБ (с 97 до 80%, $p=0,001$), антитромботическую терапию (с 97 до 82%, $p=0,01$), статины (с 98 до 82%, $p=0,001$). Число пациентов, принимавших ИАПФ/БРА, уменьшилось с 77 до 66%, $p=0,03$. В группе без ФТ отмечалось еще более значимое снижение числа пациентов, принимавших β -АБ (со 100 до 70%, $p=0,00001$), антитромботическую терапию (со 100 до 65%, $p=0,00001$), статины (с 98 до 57%, $p=0,00001$). Число пациентов, принимавших ИАПФ/БРА, также имело тенденцию к снижению (с 75 до 65%, $p=0,07$). Необходимо отметить, что на годовом этапе в группе как с ВТ, так и с ДТ число пациентов, принимавших статины ($p=0,007$ и $p=0,02$ соответственно), антитромботические препараты ($p=0,003$ и $p=0,003$ соответственно), β -АБ ($p=0,01$ и $p=0,04$ соответственно), было достоверно больше, чем в группе пациентов без ФТ.

Заключение. По эффективности влияния на приверженность пациентов медикаментозной терапии ДТ уступают контролируемым ФТ, однако имеют преимущество в сравнении с отсутствием ФТ.

Информированность врачей в вопросах кардиореабилитации после коронарного шунтирования

Помешкина С.А., Аргунова Ю.А., Барбараш О.Л.

ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Цель. Оценить информированность врачей-кардиологов амбулаторного звена о сроках проведения и возможностях физической реабилитации пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Для оценки уровня знаний специалистов по вопросам кардиореабилитации после КШ было проведено анкетирование 44 врачей-кардиологов нескольких лечебных учреждений амбулаторного звена г. Кемерово. Большинство опрошенных специалистов – 32 (73%) – имели средний стаж работы более 10 лет, у 8 (18%) врачей он составил до 5 лет, и 4 (9%) респондентов имели стаж от 6 до 10 лет. Опрос проводился по разработанной в ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» анкете, которая включала 10 вопросов, позволяющих оценить, как часто и в какие сроки кардиологами назначаются те или иные виды физической реабилитации, а также возможные причины отсутствия таких назначений.

Результаты. Анализ результатов анкетирования показал, что только 73% опрошенных специалистов направляют пациентов, перенесших КШ, на консультацию к врачу лечебной физкультуры (ЛФК) при отсутствии противопоказаний. Остальные 27% кардиологов вообще не рекомендуют консультацию врача ЛФК данной группе пациентов. При этом на вопрос: «Даете ли вы рекомендации по физическим нагрузкам пациентам, подвергшимся КШ, на приеме при отсутствии возможности направления к врачу ЛФК?» – лишь 63% врачей дают такие рекомендации. В качестве вида физической реабилитации большинство (54%) врачей-кардиологов предпочитают назначать дозированную ходьбу, при этом ни один из опрошенных специалистов не рекомендует тренировки с использованием тренажеров. Всего 54%

опрошенных кардиологов назначают пациентам в послеоперационном периоде КШ проведение нагрузочного теста с целью определения индивидуальной мощности нагрузки и тренирующего пульса. Из них только 36% специалистов направляют пациентов на велоэргометрию (ВЭМ) в необходимые сроки (1 мес после КШ), 54% – рекомендуют проведение ВЭМ через 3 мес, а 10% – через 6 мес. Основным лимитирующим фактором проведения физической реабилитации специалисты считают наличие противопоказаний (81% из общего числа опрошенных врачей), при этом у 72% противопоказания были необоснованные. По результатам анкетирования большинство опрошенных кардиологов (54%) полагают, что продолжительность кардиореабилитации после КШ должна составлять 1 год, и только 27% врачей считают необходимым проведение реабилитационных мероприятий на протяжении всей жизни пациента.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали недостаточную информированность врачей-кардиологов амбулаторного звена об эффективности и безопасности физической реабилитации пациентов, подвергшихся КШ, на амбулаторном этапе, что существенно влияет на результаты коронарного шунтирования. Данная ситуация требует комплексного подхода к организации службы кардиореабилитации на амбулаторном этапе.

Легочная гипертензия, эндотелиальная дисфункция, мозговой натрийуретический пептид у больных с постинфарктным кардиосклерозом до и после реваскуляризации

Прибылов С.А.¹, Осипова О.А.², Прибылова Н.Н.¹, Овсянников А.Г.¹

¹ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск;

²ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород

Цель. Оптимизация патогенетически обусловленного подхода к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) после стентирования и коронарного шунтирования.

Материал и методы. Количественное определение NT-proBMP в плазме крови исследовали иммуноферментным анализом (ИФА) стандартными реактивами ELISA Biomedica (Словакия), коронароангиография проводилась на ангиографическом комплексе «Адвантикс» и «Иннова» трансфеморальным доступом по методике Джадкинса, ЭхоКГ-исследование кардиогемодинамики с расчетом СДЛА – на эхокардиографе Aloka 1700, Philips (США, 2005), определяли степень эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии при манжеточной пробе с реактивной гиперемией, уровень эндотелина-1 в плазме крови – с помощью ИФА (набор Biomedica).

Результаты. У 115 пациентов с ИБС, ПИКС была выполнена реваскуляризация миокарда методом аортокоронарного шунтирования (АКШ) и у 120 – методом стентирования. На ранних стадиях развития ХСН ишемической этиологии выявлена систоло-диастолическая дисфункция миокарда с формированием легочной гипертензии и нарушением вазодилатирующей функции эндотелия у 87% больных с ИБС, при этом у 47% выявлена недостаточная вазодилатация, а у 40% – вазоконстрикторная реакция. Уровень эндотелина был повышен до $0,91 \pm 0,12$ фмоль/мл (при норме $0,25 \pm 0,01$ фмоль/мл). Отмечена положительная корреляция между уровнем эндотелина и давлением в легочной артерии ($r=0,61$, $p<0,01$). СДЛА >30 мм рт. ст. была диагностирована у 86% больных до реваскуляризации. Высокочувствительным нейрогуморальным маркером дисфункции миокарда является NT-proBMP, который следует рассматривать как диагностический маркер возвратной стенокардии у больных с ПИКС. У 36,5% пациентов выявлен рецидив стенокардии через 4 года после АКШ и у 28,3% после стентирования. В группах больных, перенесших реваскуляризацию, через 4 года наблюдения и лечения согласно формулярной системе в 3,5 раза было меньше летальных исходов от острой коронарной патологии, в 4 раза снизилось количество повторных инфарктов, не было ухудшения функционального класса ХСН. Длительная терапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (периндоприл) или блокатором рецепторов ангиотензина II (лозартан) в сочетании с β -адреноблокаторами (метопролол сукцинат, карведилол, бисопролол) сдерживала прогрессирование ХСН, легочной гипертензии, эндотелиальной дисфункции с коррекцией диастолической функции сердца у больных с ПИКС, особенно у пациентов после коронарного шунтирования.

Заключение. Прогнозирование прогрессирования ХСН и рецидива стенокардии у больных с ИБС, ПИКС возможно оценить по повышению уровня NT-proBMP. Реваскуляризация миокарда с использованием базисной персонализированной терапии сдерживает прогрессирование ХСН, легочной гипертензии, эндотелиальной дисфункции и диастолической дисфункции сердца.

Кардиометаболические факторы риска развития макроангиопатий у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, по данным регионального регистра

Пушкарёва С.В.^{1,2}, Чумакова Г.А.^{2,3}, Леонова Н.В.¹

¹КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул;

²ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово;

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

Цель. Изучить взаимосвязь кардиометаболических факторов риска (ФР) с макроангиопатиями у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2).

Материал и методы. В исследование включены пациенты с СД 2, входящие в регистр СД Алтайского края за 2011 г. Изучена распространенность стенокардии, атеросклероза артерий нижних конечностей (ААНК), инфаркта миокарда (ИМ) в текущем году и инсульта в текущем году. При исследовании ассоциации осложнений СД 2 с кардиометаболическими ФР сравнивалась распространенность ФР в группах пациентов, не имеющих данных осложнений (1-я группа, контроля), и пациентов с перечисленными макроангиопатиями (2-я группа, сравнения). Изучены следующие ФР: возраст, пол, длительность СД до и более 10 лет, наличие артериальной гипертензии (АГ) и длительность АГ до и более 10 лет, наличие ожирения, курение, гиперхолестеринемия. Набор ФР ограничивался возможностями регистра СД. Проводился логистический регрессионный анализ полученных данных с расчетом отношения шансов (ОШ). Достоверность проверялась с помощью таблиц сопряженности с использованием непараметрического критерия χ^2 по Пирсону. Результат считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. Статистически значимо ($p < 0,001$) среди пациентов с СД 2 с мужским полом ассоциировались стенокардия (ОШ 1,4), ИМ (ОШ 2,1), инсульт (ОШ 1,4) и ААНК (ОШ 1,1); с возрастом мужчин 55 лет и старше – стенокардия (ОШ 1,7), ИМ (ОШ 2,2), инсульт (ОШ 1,6), ААНК (ОШ 1,3); с возрастом женщин 60 лет и старше – стенокардия (ОШ 1,7) и ААНК (ОШ 1,5); с наличием АГ – стенокардия (ОШ 6,6), инсульт (3,7) и ААНК (ОШ 3,2); с длительностью АГ 10 лет и более – стенокардия (ОШ 1,2), инсульт (ОШ 1,3) и ААНК (ОШ 1,3). ИМ не ассоциировался с АГ и ее длительностью. С длительностью СД 10 лет и более ассоциировались стенокардия (ОШ 2,1) и ААНК (ОШ 4,9); с курением у пациентов с СД 2 статистически значимо ассоциировался только ИМ (ОШ 1,7); с гиперхолестеринемией – стенокардия (ОШ 1,2). Избыточная масса тела и ожирение не имели ассоциации ни с одним из проявлений макроангиопатии.

Заключение. Изучение ФР развития осложнений СД 2, характерных для конкретного региона (в данном случае Алтайского края), является актуальной задачей профилактики этих осложнений. Для снижения риска макроангиопатий должны разрабатываться профилактические программы, включающие воздействие на те ФР, с которыми ассоциируется данное осложнение СД 2.

Метаболический синдром у больных кардиологического профиля в многопрофильном стационаре

Пушкарев Е.П., Дрожжина Т.И., Рябикова А.Е.

Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского»

Минобороны России, Москва

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе метаболический синдром (МС) стал называться эпидемией высокоразвитых стран. Около 15% людей (каждый седьмой) в возрасте от 40 до 75 лет страдают этим сложным комплексом симптомов. Именно больные с МС входят в группу риска быстрого развития сахарного диабета и разных форм ишемической болезни сердца (ИБС).

Были обследованы 2013 больных с ИБС, у 715 (35%) из них диагностирован МС, у 421 (58%) человека выявлено ожирение 1-й степени, 218 (30%) человек имели 2-ю степень ожирения и 76 (10%) – 3-ю степень. Также были обследованы 1140 больных с гипертонической болезнью (ГБ), из них у 398 (34%) выявлен МС, 254 (22%) человека имели 1-ю степень ожирения, 98 (8%) – 2-ю и у 46 (4%) больных выявлена 3-я степень ожирения. Резистентность к инсулину со сниженной толерантностью к углеводам и гиперинсулинемией выявлена у 34% пациентов с МС из группы больных с ИБС и у 29% больных с МС и ГБ. Дислипидемия с гипертриглицеридемией выявлялась у больных с МС в обеих группах и составила около 77%.

Верификация МС проводилась согласно критериям Международной федерации сахарного диабета (International Diabetes Federation, IDF) 2005 г. Комплекс лечения включает в себя: выполнение двигательного режима, диетическое питание, лечебную физкультуру, фармакотерапию ИБС, артериальной гипертензии, дислипидемии, гипергликемии, физиотерапию, психотерапию.

У больных с МС в роли первоочередного органа-мишени выступает эндотелий сосудистой стенки, поскольку именно эндотелиальная выстилка сосудов участвует в регуляции сосудистого тонуса, гемостаза, иммунного ответа, миграции клеток в сосудистую стенку, осуществляет барьерные функции. Эндотелиальная дисфункция – первое звено в развитии атеросклероза у пациентов с МС, поэтому поиск терапевтических возможностей восстановления нарушенной функции эндотелия остается наиболее перспективным в предупреждении и лечении сосудистых осложнений у больных с МС. В последние годы активно изучаются возможности применения методов восстановительной медицины, в частности немедикаментозных способов коррекции составляющих МС с помощью природных лечебных факторов. Они лишены многих негативных последствий фармакотерапии (побочные действия, осложнения, кумуляция и токсические эффекты в отношении других органов и систем) и обладают мощным саногенетическим влиянием. Одним из перспективных направлений при проведении восстановительного лечения больных с МС является бальнеотерапия, в частности с применением пантомагниевого ванн. Полученные предварительные результаты позволяют предположить, что включение пантомагниевого ванн в программу медицинской реабилитации больных с МС улучшает состояние их кардиореспираторной системы, показатели липидного и углеводного обмена, психофизиологического статуса и повышают эффективность лечения.

Эффективность реабилитации больных, подвергшихся хирургической радиочастотной абляции по поводу фибрилляции предсердий

Рахматуллов А.Ф., Искендеров Б.Г.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Пенза

Цель. Сравнить эффективность первичной радиочастотной абляции (РЧА) устьев легочных вен, выполненной в ходе аортокоронарного шунтирования (АКШ) с применением антиаритмической терапии (ААТ) и без нее у больных, страдающих персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. В исследование были включены 205 больных (98 мужчин и 107 женщин) в возрасте от 46 до 68 лет ($56,5 \pm 5,2$ года), имевших пароксизмы ФП и подвергшихся РЧА в ходе АКШ. У 114 больных (55,6%) интраоперационно также выполнялась процедура изоляции ушка левого предсердия. В зависимости от эффективности РЧА больных распределили на 2 группы: в 1-ю группу вошли 138 больных (67,3%), у которых имел место первичный успешный эффект РЧА со стойким восстановлением синусового ритма в течение 12 мес, и во 2-ю группу – 67 больных (32,7%), у которых не было достигнуто восстановления синусового ритма сразу после РЧА или отмечались ранние и/или поздние рецидивы ФП. Во 2-й группе больным назначали антиаритмическую терапию и варфарин. Во 2-й группе возраст больных и давность ФП были достоверно больше, чем в 1-й. Кроме того, у больных 2-й группы преобладали случаи застойной хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек, дисфункции щитовидной железы и анемии (гемоглобин менее 110 г/л). Критериями исключения из исследования являлись наличие клапанных пороков сердца и синдром слабости синусового узла. Больным проводили запись стандартной ЭКГ и длительное холтеровское мониторирование ЭКГ от 24 до 72 ч.

Результаты. Во 2-й группе на фоне ААТ из 67 больных у 38 (56,7%) достигнут полный антиаритмический эффект, т.е. отсутствие поздних рецидивов ФП, и у 23 больных (34,3%) значительно уменьшилось число пароксизмов ФП и/или улучшилась их переносимость – уменьшилась частота сердечных сокращений во время ФП, клиническая симптоматика, продолжительность пароксизма ФП. У 6 больных кумулятивный эффект РЧА и ААТ оказался безуспешным: в 2 случаях проводилась имплантация электрокардиостимулятора в связи со склонностью к симптоматической брадиаритмии и в 4 случаях наблюдалась хронизация ФП. Показано, что в 1-й группе острый коронарный синдром и/или инфаркт миокарда, ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака возникали значительно реже, чем во 2-й группе (5,8% против 10,4%; $p=0,017$). Кроме того, во 2-й группе выявлено различие сердечно-сосудистых событий с учетом эффективности РЧА в сочетании с ААТ. Несмотря на рецидивы ФП, ни одного эпизода эмболического инсульта на фоне терапии варфарином не было.

Заключение. Таким образом, у больных с персистирующей ФП за 12 мес наблюдения эффективность РЧА без ААТ составила 67,3% и в комбинации с ААТ – 85,9%. Прием варфарина и изоляция ушка левого предсердия у больных с рецидивами ФП после РЧА позволяют эффективно предупреждать тромбоэмболические осложнения, в том числе ишемический инсульт.

Коррекция вариабельности ритма сердца при реабилитации больных с коронарной болезнью в сочетании с депрессивным расстройством

Репин А.Н.¹, Сергиенко Т.Н.¹, Лебедева Е.В.², Нонка Т.Г.¹

¹ФГБУ «НИИ кардиологии», Томск;

²ФГБНУ «НИИ психического здоровья», Томск

Цель. Исследовать показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) и возможности их коррекции в процессе реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в сочетании с депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В исследование были включены 79 больных с хронической ишемической болезнью сердца – ИБС (стенокардия напряжения II–III функционального класса), перенесшие ИМ более 6 мес назад. Были сформированы 2 группы: 1-я – 50 больных с ИБС с депрессией и 2-я – 29 больных с ИБС без депрессивной симптоматики. Диагноз депрессии верифицировался психиатром. Все больные получали стандартную терапию ИБС. В процессе проводимой реабилитационной программы пациентам 1-й группы были назначены антидепрессанты: 17 больных получали вальдоксан (1-я подгруппа), 12 больных – препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – феварин, флуоксетин (2-я подгруппа) в течение 6 мес. От приема антидепрессантов отказались 21 больной (3-я подгруппа). Исходно и через 6 мес проведено суточное мониторирование ЭКГ. Оценивались следующие параметры ВРС: SDNN, SDANN, pNN50, r-MSSD. Данные представлены в виде $M \pm SD$; n (%); Me [25%; 75%]. Статистически значимым считалось различие при $p < 0,05$.

Результаты. По основным клинико-демографическим характеристикам, по функциональному классу стенокардии напряжения, по гемодинамическим показателям, уровню холестерина и триглицеридов, сопутствующей терапии группы были сопоставимы. У пациентов с депрессией в сравнении с пациентами 2-й группы выявлено значимое снижение всех показателей ВРС: SDNN (96 [83; 117] vs 110 [98; 127], $p=0,02$), SDANN (80,5 [67; 94] vs 91 [79; 102], $p=0,03$), SDNNindx (47 [38; 56] vs 55 [48; 66], $p=0,006$), rMSSD (29 [23; 38] vs 33 [29; 45], $p=0,04$), pNN50% (3,9 [2,4; 5,7] vs 5,7 [2,9; 12,6], $p=0,03$).

На фоне терапии антидепрессантами между 2 и 3-й подгруппами в динамике появились существенные отличия по показателям SDNN (110 [96; 140] vs 85,5 [75; 103], $p=0,008$), SDANN (93,7 \pm 22,9 vs 72,7 \pm 21,4, $p=0,02$), SDNNindx (55,8 \pm 16,4 vs 42,4 \pm 10,8, $p=0,01$) и pNN50% (7,8 \pm 6,7 vs 3,6 \pm 1,8, $p=0,02$), а также между 1 и 3-й подгруппами – SDANN (93,6 \pm 28,5 vs 72,7 \pm 21,4, $p=0,03$); rMSSD (36,5 [28,5; 51] vs 26,5 [25; 32], $p=0,02$). Результаты анализа ВРС свидетельствуют о повышении общей активности вегетативной нервной системы, о подавлении симпатического и активации парасимпатического тонуса на фоне терапии антидепрессантами.

Заключение. Депрессивные расстройства на фоне ИБС способствуют значительному снижению параметров ВРС, что является неблагоприятным прогностическим фактором течения коронарной болезни после перенесенного ИМ. На фоне терапии антидепрессантами происходит нормализация параметров ВРС, что может значительно улучшить результаты лечения и реабилитации.

Применение медикаментозной защиты мозга на раннем этапе реабилитации при операции коронарного шунтирования у больных с ишемической болезнью сердца

Репин А.Н.¹, Лебедева Е.В.², Горохов А.С.¹, Нонка Т.Г.¹, Сергиенко Т.Н.¹

¹ФГБУ «НИИ кардиологии», Томск;

²ФГБНУ «НИИ психического здоровья», Томск

Когнитивные нарушения у пациентов после оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) широко распространены (достигают 30%). Данное психическое осложнение является серьезным препятствием для успешной реабилитации больных после операции хирургической реваскуляризации.

Цель. Исследовать возможность нейропротекции церебролизином при операции коронарного шунтирования (КШ) с применением искусственного кровообращения (ИК) у больных с ИБС в условиях стационара.

Материал и методы. Исследованы 60 мужчин с ИБС, которым было проведено КШ в условиях ИК. Все пациенты за 3–4 дня до операции были консультированы психиатром (оценивалась когнитивная сфера, заполнялись краткая шкала оценки психического статуса – MMSE и опросник Хачинского). В исследование включались пациенты с наличием когнитивных нарушений (10–27 баллов по MMSE). Повторный осмотр психиатра проводился в процессе реабилитации после операции на 7–14-е сутки. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек: 1-я группа – с периоперационной терапией церебролизином,

2-я – группа сравнения (стандартная реабилитация без нейропротекции). Периоперационная терапия церебролизином проводилась по следующей схеме: за сутки до операции – однократное внутривенное капельное введение 20 мл церебролизина, в день операции и в течение 2 дней после ИК – 50 мл церебролизина. В течение последующих 6 дней после операции вводили по 30 мл церебролизина.

Результаты. По всем клинико-демографическим параметрам группы были сопоставимы: средний возраст составил $61,4 \pm 7,1$ и $61,8 \pm 7,8$ года соответственно ($p=0,5$); также группы не отличались по времени перерезания аорты ($66,5 \pm 25,1$ мин vs $75,6 \pm 2,3$ мин, $p=0,98$) и по продолжительности ИК ($104,1 \pm 32,1$ и $105,3 \pm 32,4$ мин соответственно).

В группе пациентов с применением церебролизина на реабилитации при КШ отмечалось достоверное ($p < 0,05$) улучшение когнитивных функций по MMSE (от $25,4 \pm 1,7$ до $26,6 \pm 1,9$ балла). В группе без нейропротекции, напротив, выявлено некоторое усиление когнитивной дисфункции: с $25,4 \pm 2,2$ до $24,7 \pm 2,8$ балла (от легких до умеренных нарушений и легкой деменции).

В целом снижение когнитивных функций после проведения операции КШ с использованием ИК возникло у 1 пациента группы церебролизина (3,3%), а в группе сравнения – у 10 пациентов (33%); $p < 0,05$.

Заключение. Использование периоперационной защиты мозга церебролизином способствует сохранению, а в ряде случаев – и улучшению когнитивных функций и снижению риска психических осложнений в процессе ранней реабилитации у пациентов после проведения операции коронарного шунтирования в условиях ИК, особенно у пациентов с высоким риском их развития (включая перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения, злоупотребление алкоголем в анамнезе).

Жесткость сосудистой стенки и гипертонические цереброваскулярные нарушения

Самохвалова Е.В., Шандалин В.А., Сергеева А.Н., Гераскина Л.А., Фоякин А.В.
ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва

Цель. Установить связь артериальной ригидности (АР) с изменениями головного мозга и когнитивных функций (КФ) при артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Обследованы 144 пациента (63 мужчины), средний возраст 61 ± 11 лет, страдающих АГ длительностью 11 ± 10 лет. В исследование не включали пациентов, перенесших инсульт менее 3 мес назад и с наличием речевых нарушений. Ранее 68 (47%) пациентов перенесли малый инсульт (1-я группа), остальные ($n=76$) составили 2-ю группу. Группы были сопоставимы по возрасту, тяжести и длительности АГ. Для изучения КФ применяли батарею лобных тестов (БЛТ). С помощью МРТ головы (1,5 Т) оценивали наличие и выраженность очаговых и диффузных изменений вещества мозга. Рассчитывали церебровентрикулярный индекс (ЦВИ), характеризующий степень атрофических изменений мозга. Оценка АР включала определение аортальной скорости пульсовой волны (СПВа) и индекса АР (ИАР) методом суточного мониторинга артериального давления (BPLab с технологией Vasotens, «Петр Телегин», Нижний Новгород). Статистический анализ выполнен с помощью программ Statistica 7.0 и SPSS 17.0. При ROC-анализе определяли площадь под кривой (AUC) и доверительный интервал (ДИ).

Результаты. ИАР в среднем составил 161 ± 42 мм рт. ст. и был сопоставим в обеих группах: 165 ± 44 и 158 ± 40 мм рт. ст. соответственно. СПВа варьировала от 7,6 до 14,8 м/сек, в среднем – $10,75 \pm 1,27$ м/сек. В 1-й группе СПВа была выше по сравнению со 2-й группой: $11,15 \pm 1,38$ и $10,32 \pm 0,99$ м/сек ($p=0,011$). При МРТ ишемические очаги визуализированы у 94% больных 1-й и 70% – 2-й группы ($p=0,006$), в том числе множественные – у 32 и 28% больных соответственно. Расширение периваскулярных пространств отмечено в 1 и 2-й группе у 68 и 59% больных соответственно, лейкоареоз – у 20 и 19%, расширение субарахноидальных пространств – у 52 и 43% и желудочковой системы – у 51 и 27% ($p=0,006$) соответственно. Повышение ИАР ассоциировалось с увеличением ЦВИ в 1-й ($r=0,35$; $p=0,01$) и 2-й ($r=0,23$; $p=0,06$) группах. В 1-й группе ИАР также коррелировал с количеством очаговых церебральных изменений ($r=0,52$; $p=0,0001$), выраженностью расширения периваскулярных пространств ($r=0,37$; $p=0,0003$), лейкоареоза ($r=0,25$; $p=0,025$). Показатель БЛТ обратно коррелировал с величиной ИАР: $r=-0,29$, $p=0,0013$ – в 1-й группе, $r=-0,18$, $p=0,042$ – во 2-й группе. С помощью множественного регрессионного анализа установлено, что независимыми предикторами инсульта при АГ являются величина СПВа и наличие стеноза экстракраниальных артерий. По данным ROC-анализа, СПВа $> 10,35$ м/сек сопряжена с наличием инсульта (AUC 0,709, ДИ 0,519–0,811, $p=0,005$), а также когнитивной дисфункции (AUC 0,649, ДИ 0,5089–0,791, $p=0,049$).

Заключение. При АГ повышение АР ассоциируется с развитием как асимптомных, так и клинически значимых очаговых и диффузных изменений головного мозга. СПВа $> 10,35$ м/сек является прогностическим фактором инсульта и когнитивной дисфункции, что следует учитывать при индивидуальной оценке риска цереброваскулярных нарушений у больных АГ.

Информационно-мотивационная технология для пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию: медико-социальная и экономическая эффективность

Серебрякова В.Н.

ФГБУ «НИИ кардиологии», Томск

Цель. Оценить медико-социальную и экономическую эффективность информационно-мотивационной технологии для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), проводимой на госпитальном этапе в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Обучение пациентов с ИБС, подвергшихся хирургическим вмешательствам на коронарных сосудах (аортокоронарное – АКШ, маммарокоронарное шунтирование и т.д.), проводится в рамках разработанной нами информационно-мотивационной технологии, включающей в себя андрагогические подходы к обучению взрослых (Школа здоровья), на госпитальном этапе в условиях специализированной кардиологической клиники в раннем восстановительном периоде. Открытие Школы здоровья для пациентов с АКШ состоялось в феврале 2007 г. Данная информационно-мотивационная технология работает на постоянной основе, обучая ежемесячно более 100 пациентов. В целом за указанный период обучены 5478 пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Занятия длительностью 60–90 мин проводятся по специально разработанной нами персонифицированной программе ежедневно в течение недели.

Результаты. Эффективность обучения по медико-социальным и экономическим показателям оценивали среди 873 пациентов, перенесших КШ и прошедших полный курс обучения, до, после обучения, через 6 и 12 мес. Среди обученных пациентов были 87,4% мужчин и 12,6% женщин, средний возраст составил $58,3 \pm 5,4$ года. Изучение уровня тревоги и депрессии (шкала HADS) показало, что после обучения через 6 мес отмечалось снижение уровня тревожности на 14,7%, в отношении депрессии таких результатов получено не было. По данным теста Мориски–Грина, через 6 мес после обучения среди пациентов возросла приверженность лечению в среднем с $1,79 \pm 1,1$ до $3,46 \pm 1,2$ балла. Мониторинг экономической эффективности был проведен по данным случаев и дней временной нетрудоспособности, амбулаторных обращений, количества госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи, ассоциированных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Расчет на 1 обученного пациента показал, что экономическая эффективность Школы здоровья для пациентов с АКШ – 5023 руб. В связи с тем, что полный цикл обучения для пациентов с АКШ и другими хирургическими вмешательствами на коронарных сосудах – 24 раза в год, экономия бюджету здравоохранения с учетом среднего числа обучающихся на 1 цикле (12 человек) для школ АКШ – 1 687 728 руб.

Заключение. Разработанная нами информационно-мотивационная технология с андрагогическими подходами к обучению взрослых как вид школ здоровья способствует модификации образа жизни пациентов с ИБС, подвергшихся КШ. Обучающие технологии влияют на уровень информированности, тревоги, способствуют повышению мотивации в отношении сохранения здоровья, приверженности лечению, имеют доказанную медико-социальную и экономическую эффективность.

Ремоделирование сердца у женщин с артериальной гипертензией и первичным гипотиреозом

Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Коломацкая О.Е.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель. Изучить особенности ремоделирования сердца у женщин с артериальной гипертензией (АГ) и первичным гипотиреозом.

Материал и методы. В исследование были включены 95 пациенток с АГ 1–2-й степени и первичным гипотиреозом, из них 31 женщина с первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации (основная группа) и 64 женщины с первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации. В 1-ю группу сравнения входили пациентки с АГ без патологии щитовидной железы (ЩЖ), во 2-ю – женщины с первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации без АГ. В группу контроля включали женщин без АГ, сердечно-сосудистых заболеваний и нарушений функции ЩЖ. Всем пациенткам проводили ЭхоКГ-исследование на аппарате Sonos-7500 с использованием трансторакальных датчиков и одно- и двухмерного доплеровского режима.

Результаты. При анализе результатов обследования было выявлено, что женщины с первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации без АГ в сравнении с пациентками контрольной группы имели более высокие значения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ), меньшие значения показателя ударного выброса (ПУВ), а также отношения пиковых скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (V_e/V_a); $p < 0,01$. У женщин с АГ и первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации в сравнительном аспекте с показателями у пациенток с АГ без патологии ЩЖ наблюдались существенные изменения структурно-функциональных показателей ЛЖ: достоверно более высокие значения ИММ ЛЖ, индекса относительной толщины стенок в диастолу, достоверно более низкие значения ПУВ, индекса нагрузки объемом и более высокие – миокардиального стресса, в 71% случаев определялось ремоделирование ЛЖ по концентрическому типу. Кроме того, анализ показателей трансмитрального кровотока продемонстрировал, что у женщин основной группы в сравнении с показателями у пациенток с АГ без патологии ЩЖ отмечались достоверно меньшие значения пиковых скоростей на митральном клапане V_e/V_a . На фоне гормонозаместительной терапии у женщин с АГ и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации отмечены достоверно более низкие показатели ИММ ЛЖ и более высокие значения отношения пиковых скоростей на митральном клапане (V_e/V_a) по сравнению с показателями у больных АГ и первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации.

Заключение. Таким образом, у женщин с первичным гипотиреозом без АГ отмечены начальные признаки ремоделирования сердца. У пациенток с АГ и первичным гипотиреозом в стадии декомпенсации установлены достоверно более выраженные признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, диастолической дисфункции ЛЖ, преобладание ремоделирования ЛЖ по концентрическому типу, что позволяет судить о выраженном ремоделировании сердца вследствие как дефицита тиреоидных гормонов, так и имеющейся АГ.

Автоматизированная система оценки эффективности санаторно-курортного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф., Зайцев А.А., Бредихина Е.Ю.
Филиал «Томский НИИ курортологии и физиотерапии»
ФГБУЗ «Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, Томск

Материал и методы. Проведен анализ уровня здоровья и его динамики в процессе комплексного лечения у 432 больных с гипертонической болезнью (ГБ). Оценивали динамику основных клинико-лабораторных и функциональных показателей, характеризующих течение ГБ: тип реакции адаптации и уровень реактивности по Л.Х.Гаркави, показатели свертывающей системы крови, перекисного и липидного окисления липидов, показатели ЭхоКГ, суточного мониторинга артериального давления, ЭКГ и велоэргометрии. Оценку психологического статуса осуществляли по результатам анкет SF-36, HADS и MFI-20.

Результаты. Выбор информативных критериев для оценки эффективности лечения осуществлялся в несколько этапов. На I этапе исследования была проведена экспертная оценка эффективности восстановительного лечения 290 пациентов с ГБ на основании анализа историй болезни. II этап заключался в проведении корреляционного анализа между терапевтической эффективностью, полученной путем экспертной оценки, и динамикой клинических симптомов заболевания и показателей лабораторно-функциональных исследований. В результате корреляционного анализа для больных с ГБ информативными оказались 27 параметров, отражающих функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, липидного спектра, свертывающей системы крови и перекисного окисления липидов. На III этапе оценки проводились ранжирование изучаемых признаков по шкале Харрингтона, определение суммарного фактического отклонения всех изучаемых признаков от оптимального значения и расчет интегрального индекса здоровья (ИЗ) по разработанной формуле. Непосредственная оценка эффекта лечения определялась как разность значений интегрального ИЗ до и после курса лечения. Градации изменения ИЗ определены с учетом проведенной ранее, на предварительном этапе разработки, экспертной оценки эффективности лечения: уменьшение ИЗ расценивается как ухудшение, прирост ИЗ до 5% – без перемен, прирост на 5,1–10% – незначительное улучшение, прирост на 10,1–15% – улучшение, более 15% – значительное улучшение. На основе данного подхода разработана автоматизированная система оценки уровня здоровья и эффективности лечения, при этом выбранные информативные показатели вводятся лечащим врачом при поступлении пациента в лечебно-профилактическое учреждение и на момент выписки, и автоматически рассчитываются интегральный ИЗ и его динамика в процессе лечения.

Заключение. Разработанная система позволяет провести стандартизованную оценку действия различных методов лечения и анализ эффективности лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией в разных лечебных учреждениях в сравнительном аспекте.

Метод биоуправления в коррекции психосоциальных факторов риска у больных с гипертонической болезнью

Смирнова И.Н., Левицкая Т.Е., Цехмейструк Е.А., Люберцева Е.И.
Филиал «Томский НИИ курортологии и физиотерапии»
ФГБУЗ «Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, Томск

Цель. Изучение эффективности метода биоуправления по паттерну дыхания у больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Исследования выполнены у 59 больных с ГБ, средний возраст которых составил $49,5 \pm 4,89$ года. Проводились оценка психосоциальных факторов риска с использованием опросников тревоги и депрессии (HADS), Спилбергера–Ханина, психоэмоционального стресса (PSM-25), качества жизни – КЖ (SF-36), астении (MFI-25) и расчет интегрального индекса здоровья (ИЗ) по данным комплексного лабораторно-функционального обследования. Пациентам основной группы (30 человек) дополнительно к санаторно-курортному лечению назначались сеансы тренинга биологической обратной связи (БОС) по параметрам дыхания.

Результаты. Анализ психологического статуса и КЖ показал, что у всех больных до лечения наблюдались субклинические признаки тревоги и депрессии, умеренно выраженные признаки астении, снижение КЖ и повышение уровня стресса. После курса лечения в группе БОС-тренинга выявлено улучшение практически всех изучаемых показателей: снижение уровня тревоги ($p=0,028$), депрессии ($p=0,000$), личностной и ситуативной тревожности ($p=0,000$), астении ($p=0,038$), улучшение показателей КЖ, таких как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p=0,013$), жизненная активность ($p=0,036$) и психическое здоровье ($p=0,036$), физическое функционирование ($p=0,027$). Интегральный ИЗ в основной группе после лечения увеличился на 15,4% ($p=0,003$). Корреляционный анализ между данными паттерна дыхания БОС и психологическими показателями выявил наличие отрицательных взаимосвязей между интегральным ИЗ и частотой дыхания ($r=-0,684$, $p=0,003$), частотой сердечных сокращений ($r=-0,494$, $p=0,048$), положительных с глубиной дыхания $r=0,550$, $p=0,027$, температурой рук ($r=0,487$, $p=0,049$). Глубина дыхания положительно взаимосвязана с интенсивностью болевых ощущений ($r=0,549$, $p=0,028$), жизненной активностью ($r=0,558$, $p=0,025$) и отрицательно – с уровнем депрессии ($r=-0,625$, $p=0,010$).

Заключение. Изменение паттерна дыхания с помощью БОС-тренинга способствует редукции психосоциальных факторов риска и может являться эффективным методом профилактики и реабилитации у больных с ГБ.

Влияние физических тренировок на велотренажере и тредмиле у пациентов с артериальной гипертензией на функциональное состояние системы кровообращения

Суджаева О.А., Суджаева С.Г., Губич Т.С., Казаева Н.А., Корнелюк О.М., Самсонова С.С.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить эффективность разных видов физических тренировок (ФТ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. 113 пациентов с АГ, не имевших в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний, рандомизированы в 3 группы. В 1-ю основную группу (ОГ1) входил 41 пациент в возрасте $44,4 \pm 1,5$ года, в ОГ1 проводились ФТ на велотренажере. В 2-ю основную группу (ОГ2) вошли 32 пациента в возрасте $41,5 \pm 2,0$ года, они получали ФТ на тредмиле. Контрольную группу (КГ) составили 40 пациентов в возрасте $48,8 \pm 2,9$ года, ФТ на тренажерах у них не проводились. Психоэмоциональный статус оценивался с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы Цунга. Толерантность к физической нагрузке (ТФН) исследовалась комплексно с помощью тредмил-теста (протокол Bruce) и спировелоэргометрической пробы (спироВЭП), которая проводилась с помощью аппаратно-программного комплекса Schiller AG начиная с 50 Вт 3 мин вплоть до появления общепринятых критериев прекращения нагрузочных тестов. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществлялось с помощью портативного регистратора фирмы Phillips. Первый тест проводился при рандомизации, 2-й – через 2 мес и 3-й – через 6 мес после включения в исследование.

Результаты. У лиц с АГ шкала Цунга в сравнении с подшкалой «D» HADS обладает большей чувствительностью в выявлении депрессии. При 1-м тесте встречаемость депрессии среди лиц с АГ составила 31,9%, по данным обоих опросников. ФТ на велотренажере способствовали снижению распространенности депрес-

сии у лиц с АГ при 2 и 3-м тестах ($p < 0,05$), ФТ на тредмиле – снижению частоты встречаемости тревоги ($p < 0,05$), в КГ встречаемость расстройств психоэмоциональной сферы в течение 6 мес не менялась. По данным нагрузочных тестов в ОГ1 при 2 и 3-м тестах выявлен рост ТФН ($p < 0,05$), а по данным спироВЭП – увеличение максимального потребления кислорода (VO_{2max}). В ОГ2 при 2-м тесте выявлены рост ТФН при тредмил-тесте и спироВЭП, а также увеличение VO_{2max} ($p < 0,05$), через 6 мес достигнутый эффект не сохранился. В КГ при тредмил-тесте и спироВЭП ТФН существенно не менялась ни при 2, ни при 3-м тестах ($p > 0,05$), а при 3-м тесте регистрировалось достоверное снижение VO_{2max} – до $11,0 \pm 0,8$ мл/кг в минуту в сравнении с исходным – $14,3 \pm 0,8$ мл/кг в минуту ($p < 0,05$). По данным СМАД нормализация исходно повышенного среднесуточного и среднедневного систолического АД выявлена через 2 и 6 мес в ОГ1, в ОГ2 через 2 мес отмечалось снижение среднесуточного и среднедневного систолического АД ($p < 0,056$), которое не выявлено при 3-м тесте.

Заключение. ФТ на велотренажере несколько более выражено и длительно, чем ФТ на тредмиле, способствуют улучшению функционального состояния системы кровообращения и психоэмоционального статуса у лиц с АГ. При отсутствии ФТ ТФН, показатели СМАД и частота встречаемости расстройств психоэмоциональной сферы существенно не менялись, о снижении функциональных резервов свидетельствует уменьшение VO_{2max} .

Антистрессовая психофизиологическая коррекция вегетативных нарушений у больных артериальной гипертензией в санатории

Суховершин А.В., Васютина Е.М., Подорогин А.В.
ЗАО «Санаторий «Россия», Белокуриха, Алтайский край

Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь артериальной гипертензии (АГ), является одной из важных проблем современной медицины. АГ страдают более 40% взрослого населения России. АГ относится к психосоматическим заболеваниям, в развитии и течении которых играют роль психоэмоциональные нарушения, а наиболее значимые из них – это тревога и депрессия.

Цель. Изучение роли аудиовизуальной вибротактильной стимуляции (АВВС) в лечении больных АГ на санаторном этапе лечения. В патогенетическом звене АГ важным моментом является смещение уровня реагирования с эмоционального на соматический. Так, в стрессовой ситуации, где большинство людей обычно прореагирует эмоционально, психосоматический больной реагирует телом. Поэтому для снятия соматического и психического напряжения в настоящее время активно разрабатываются нетрадиционные подходы к функциональной терапии с применением новых методов, в том числе АВВС. Мы применили разработанную на базе кресла «нулевой гравитации» в ФГБНУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины» антистрессовую психофизиологическую аудиовизуальную вибротактильную систему (АВВС) «Сенсориум». Ее действие основано на эффекте «когерентного сенсорного резонанса», достигаемого путем синхронизации зрительных, слуховых и вибротактильных входов в частотах биоэлектрической активности коры головного мозга человека (от 2 до 110 Гц), что создает предпосылки для гармонизации взаимодействия между психической и соматической сферами. Применяемые нами программы стимуляции построены с доминированием ритмов в альфа-диапазоне (от 7 до 14 Гц), что способствует коррекции текущего эмоционального фона заболевания, позволяет разорвать порочный круг из внутренней тревоги и мышечного напряжения, а также связанных с ними патологических симптомов, что приводит к восстановлению состояний психоэмоциональной релаксации, глубокого мышечного расслабления и нормализации артериального давления. Нами исследовалась роль АВВС «Сенсориум» в эффективности комплексного бальнеолечения на санаторном этапе реабилитации больных АГ.

Материалы. Обследованы 68 больных АГ, из них 40 женщин и 28 мужчин в возрасте от 32 до 50 лет. В лечении основной группы (48 человек) мы применяли сочетание бальнеотерапии азотно-кремнистыми радоносодержащими (7 нКи/л) ваннами и АВВС, в группе контроля (30 человек) назначались только стандартные курортные бальнеопроцедуры. Критериями оценки эффективности проведенного лечения послужила положительная динамика психологических (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности, шкала реактивной личностной тревожности Спилбергера–Ханина, шкала депрессии Гамильтона) и электрофизиологических показателей (ЭЭГ, ЭКГ, спектральный анализ variability ритма сердца). Исследование variability ритма сердца выявило усиление парасимпатических влияний при АВВС на деятельность сердца. Обнаруженные изменения в психологическом статусе больных АГ после комплексной санаторно-курортной реабилитации в основной группе с включением АВВС-нейротехнологии достоверно свидетельствуют о значительном снижении тревоги, возбудимости нервной си-

стемы и психоэмоционального напряжения, снижении уровня реактивной тревожности, что в сравнительной группе было менее выражено. Регулярные тренировки с АВВС способствовали выработке у пациентов условного рефлекса на поддержание спокойного состояния и релаксации, чтобы в дальнейшем, оказавшись в стрессовой ситуации, они могли интуитивно проводить эмоциональную коррекцию, вспоминая «альфа-состояние». Таким образом, применение АВВС-нейротехнологий имеет широкие перспективы в профилактике и лечении психосоматических заболеваний на поликлиническом и санаторном этапах реабилитации.

Рост толерантности к физическим нагрузкам при реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, в условиях стационара методом велоэргометрии

**Тазетдинова К.Р., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Нуртдинова Э.Г., Берг А.Г.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;
Кафедра клинической функциональной диагностики ИПО, Уфа**

Цель. Исследование толерантности к физическим нагрузкам (ТФН) у лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), при реабилитации в условиях стационара.

Материал и методы. Для диагностики уровня толерантности был использован метод велоэргометрии (ВЭМ). Тест проводился в поздние сроки от 4 до 6 нед и использовался для контроля ТФН на этапах реабилитации, проводился на фоне антиангинальной терапии. При этом функциональный класс стенокардии по двойному произведению не определяется, так как он недостоверный на фоне лечения β -адреноблокаторами и нитратами пролонгированного действия. Тест проводился у лиц трудоспособного возраста с неосложненным Q- или не Q-инфарктом, получившим адекватное лечение, с ускоренной положительной динамикой течения ЭКГ в остром периоде. В зависимости от глубины ИМ, возраста, массы тела, уровня предшествующей физической подготовки, клинической оценки состояния больного, переносимости им реабилитационных мероприятий, выбирается мощность 1-й ступени 25 или 50 w с последующим прибавлением на каждой ступени соответственно по 25 или 50 w. Общая продолжительность теста 3 ступеней – по 3 мин каждая, т.е. 9 мин. Критерием прекращения теста являются выполнение 3 ступеней нагрузки с достижением 85% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС); преждевременная остановка теста вследствие ангинозного приступа без или с ишемической депрессией сегмента ST; снижение систолического артериального давления; нарушения ритма или проводимости; усталость, одышка или отказ пациента от продолжения пробы. При проведении данного теста конечной целью является достижение 85% ЧСС от максимального пульса, если физическое состояние больного позволяет выполнить все 3 ступени.

Результаты. Сравнивая результаты на фоне терапии со спонтанными колебаниями ТФН, возможно определить достоверность достигнутого эффекта реабилитации и лечения, устранив возможные ошибки. Сопоставление данных с проявлениями транзиторной ишемии миокарда в условиях стационара (индексом ишемии и ее длительностью за сутки) позволило оценить «достаточность» достигнутого антиангинального эффекта при наблюдении больных. Увеличение ТФН при реабилитации в условиях стационара, проведении исследования методом ВЭМ показало уменьшение ишемических изменений у 75%, устранение ишемических изменений – у 15%, низкий уровень ТФН – у 10% исследуемых пациентов.

Заключение. Если пациент выполнил 3 ступени нагрузки, соответствующие его возрасту, массе тела, уровню физической подготовки и степени тяжести перенесенного острого ИМ, это указывает на адекватность проводимой терапии и реабилитации, а также последующий прогноз.

Новая шкала стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных с хронической ишемической болезнью сердца

**Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Деев А.Д.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва**

Цель. Создание новой шкалы риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) в рамках регистра ПРОГНОЗ ИБС на основании клинико-anamnestических и инструментальных данных.

Материал и методы. В регистр был включен 641 пациент (500 мужчин и 141 женщина) из Московского региона, последовательно поступившие в стационар ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» с 1 января 2004 г. по 31 декабря 2007 г. в плановом порядке с направительным диагнозом ИБС, которым во время госпитализации была выполнена коронарная ангиография. Диагноз ИБС не был подтвержден у 100 из 641 больного. Жизненный статус в 2010 г. был установлен у 551 пациента (86%), которые и были включены в анализ выживаемости. Средний срок наблюдения составил 3,9 года. Комбинированной первичной конечной точкой (ПКТ) являлись все случаи смерти от любых причин и нефатальных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, транзиторная ишемическая атака). Статистический анализ данных проводился в системе SAS, версия 6.12. Для тестирования прогностической значимости факторов применялись t-тест Стьюдента, критерий Фишера, асимптотический критерий χ^2 Вальда. Для оценки частоты событий применялись регрессионная модель пропорционального риска Кокса и параметрические модели выживаемости. Пол и возраст независимо учитывались при анализе всех других переменных.

Результаты. При проведении многомерного регрессионного анализа установлено, что наибольшую прогностическую значимость в отношении развития ПКТ (фатальных и нефатальных ССО) имели следующие признаки, включенные в шкалу риска: наличие жалоб на одышку сопровождалось увеличением относительного риска в 1,86 раза (95% доверительный интервал – ДИ 1,104–2,887, $p=0,02$) – 1 балл по шкале, признаки нестабильности течения ИБС в анамнезе (острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) – в 1,76 раза (95% ДИ 0,939–2,458, $p=0,09$) – 1 балл по шкале; потребность в приеме диуретиков до госпитализации – в 1,92 раза (95% ДИ 1,091–2,886, $p=0,09$) – 1 балл по шкале; наличие любого стеноза клапана – в 2,95 раза (95% ДИ 1,479–5,737, $p<0,002$) – 2 балла по шкале; зон нарушенной сократимости миокарда левого желудочка по данным ЭхоКГ – в 2 раза (95% ДИ 1,041–2,746, $p=0,04$) – 1 балл по шкале. Риск смерти и нефатальных ССО у пациентов с подозрением на хроническую ИБС расценивают как очень низкий при значении суммы баллов шкалы 0, низкий – при значении 1 балл (увеличение относительного риска в 1,6 раза), как средний – при значении 2 балла (увеличение риска в 2,4 раза), как высокий – при индексе 3 балла и более (увеличение риска в 6,1 раза).

Заключение. Разработанная на основе клинико-anamnestических и инструментальных данных шкала обладает высокой прогностической значимостью в отношении стратификации риска смерти и нефатальных ССО у пациентов с подозрением на хроническую ИБС и может использоваться в широкой клинической практике в силу ее информативности, простоты и доступности.

Гиполипидемическая терапия у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца в 2004–2010 годах, по данным регистра ПРОГНОЗ ИБС

Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Воронина В.П., Дмитриева Н.А.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва

Цель. На основании данных регистра ПРОГНОЗ ИБС оценить частоту назначения, эффективность и приверженность лечению статинами в когорте пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подтвержденной данными коронарной ангиографии (КАГ), за период с 2004 по 2010 г.

Материал и методы. В исследовании использовалась база данных регистра ПРОГНОЗ ИБС. В окончательный анализ были включены данные 550 пациентов из когорты больных с доказанной ИБС, перенесших процедуру КАГ за период 2004–2008 гг. в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», из которых 303 пришли на контрольный визит.

Результаты. В регистре ПРОГНОЗ ИБС выявлены низкая частота назначения гиполипидемических препаратов у больных со стабильной ИБС до госпитализации в 2004–2007 гг. и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре. Так, частота назначения статинов (преимущественно оригинальных) выросла с 10% до госпитализации до 85,5% при выписке, однако статины применялись, как правило, в неадекватных дозах, что привело к тому, что у большинства пациентов не были достигнуты целевые уровни липидов крови. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) $<2,5$ ммоль/л при выписке имели 6,3% пациентов (следует учитывать короткий срок госпитализации, недостаточный для достижения максимального эффекта статинов). Через 3,9 года после госпитализации приверженными назначенному лечению статинами оказались 67% пациентов, однако у большинства пациентов оригинальные препараты были заменены на различные генерики. Эффективность терапии была недостаточной: целевые значения общего ХС $<4,5$ ммоль/л и ХС ЛПВП $<2,5$ ммоль/л были достигнуты у 40% больных, уровня ХС ЛПВП $<2,0$ ммоль/л достигли лишь 15,8%.

Заключение. Выявлены низкая частота назначения гиполипидемических препаратов у больных со стабильной ИБС до госпитализации, ее значительный рост в период пребывания в специализированном стационаре и снижение после выписки. Эффективность терапии была низкой на всех этапах наблюдения. Остается недостаточной приверженность пациентов лечению статинами в амбулаторных условиях.

Взаимосвязь между активностью липопротеин-ассоциированной фосфолипазы A₂ и содержанием липидов у больных артериальной гипертензией

Усенко Г.А., Васендин Д.В., Усенко А.Г., Величко Н.П., Ницета О.В., Козырева Т.Ю.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

Цель. Установить зависимость между содержанием липидов крови, уровнем осложнений и активностью липопротеин-ассоциированной фосфолипазы A₂ (ЛПФЛА₂) у больных артериальной гипертензией (АГ) с различным темпераментом и уровнем тревожности.

Материал и методы. В группе больных (n=416) и здоровых (n=422) мужчин (54,2±1,8 года) были выделены люди холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой тревожностью. Депрессия легкой степени отмечена у ВТ/Ф и ВТ/М. В сыворотке крови определяли активность и массу ЛПФЛА₂, содержание общего холестерина (ОХС), суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), рассчитывали индекс атерогенности и число лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) в условиях низкой приверженности больных антигипертензивной терапии.

Результаты. У ВТ/Ф и ВТ/М установлено самое низкое содержание ЛПВП и самое высокое среди обследуемых лиц содержание липидов атерогенных фракций (ТГ, ОХС, ЛПНП+ЛПОНП), что сочеталось с самой высокой активностью и массой ЛПФЛА₂, а также самой высокой долей лиц, перенесших осложнения АГ – ОНМК и ОИМ, не считая транзиторных ишемических атак. Соотношение лиц, перенесших осложнения, в группах ВТ/Х и ВТ/С к таковому в группах ВТ/Ф и ВТ/М составило 1:2.

Заключение. Установлено сочетание высокой активности и массы ЛПФЛА₂ с высоким содержанием в сыворотке крови липидов атерогенных фракций. Из всех «темпераментальных» групп у ВТ/Ф и ВТ/М установлено наиболее низкое содержание ЛПВП и наиболее высокое содержание липидов атерогенных фракций. ВТ/Ф и ВТ/М-пациенты относятся к группам высокого риска тяжелого течения АГ по ОИМ и ОНМК.

Эффективность антигипертензивной терапии, эмпирической и основанной на купировании психосоматических особенностей, у больных артериальной гипертензией

Усенко Г.А., Васендин Д.В., Усенко А.Г., Величко Н.П., Ницета О.В., Козырева Т.Ю.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

Цель. Оценить эффективность антигипертензивной терапии, целенаправленной (ЦАГТ) на коррекцию симпатикотонии у пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) II, с холерическим (Х) и сангвиническим (С) темпераментом, а также активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у флегматиков (Ф) и меланхоликов (М) на примере снижения содержания в крови липидов атерогенных фракций.

Материал и методы. Исследовали мужчин (средний возраст 54,2±1,8 года), 422 здоровых и 848 пациентов, страдающих АГ II в течение 11,6±1,4 года, с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента, с высокой (ВТ) и низкой тревожностью (НТ). Депрессивность легкой степени обнаружена только у ВТ/Ф и ВТ/М. Учитывали содержание общего холестерина (ОХС), суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), величину индекса атерогенности (ИА), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и магния в сыворотке крови. В течение 18 мес лица основной группы Х и С получали β-адреноблокаторы (β-АБ) + диуретик + ангиолитик Сибазон, а Ф и М – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) + диуретик + антидепрессант Коаксил (варианты ЦАГТ). Лица группы сравнения получали такие же препараты и дозы, но

ВТ (НТ) X и С – ИАПФ, а Ф и М – β-АБ. Это отнесли к эмпирической АГТ (ЭАГТ), не основанной на купировании особенностей психосоматического статуса.

Результаты. При любом варианте АГТ содержание ОХС, ЛПНП+ЛПОНП и величина ИА снижались от М к X-лицам – ВТ (НТ) М>Ф>С>X, в то время как содержание ЛПВП и магния повышалось в последовательном темпераментальном ряду от X к М-лицам: ВТ (НТ) X>С>Ф>М. Но в отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ у лиц с ВТ (НТ) содержание ОХС, ЛПНП+ЛПОНП и ИА было достоверно ниже, а содержание ЛПВП и магния – выше, чем на фоне ЭАГТ. Это сочеталось с более ранним (на 6 мес) и более выраженным приближением содержания липидов сыворотки крови и магния к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности. На 1/3 ниже оказалась доля лиц с осложнениями АГ в каждой группе, хотя даже на фоне ЦАГТ число ВТ (НТ)/Ф и ВТ (НТ)/М лиц с острым инфарктом и острым нарушением мозгового кровотока было выше, чем в группах ВТ (НТ) X и ВТ (НТ) С.

Заключение. Купирование особенностей симпатикотонии преимущественно у X и С-пациентов и РААС (по альдостерону) – у Ф и М-пациентов на фоне парасимпатикотонии способствует снижению содержания липидов атерогенных фракций и повышению ЛПВП и магния в крови к таковым у здоровых лиц с ВТ (НТ) соответствующего темперамента. Снижение доли лиц с осложнениями посредством применения ЦАГТ, в отличие от ЭАГТ, позволяет признать ЦАГТ более эффективной в профилактике осложнений АГ.

Риск развития осложнений гипертонической болезни в зависимости от психосоматических особенностей пациента и варианта антигипертензивной терапии

Усенко А.Г., Усенко Г.А., Величко Н.П., Ницета О.В., Козырева Т.Ю.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Новосибирск

Цель. Изучить связь между избыточной массой тела, содержанием липидов в крови и уровнем осложнений у больных артериальной гипертензией (АГ) II в зависимости от психосоматического статуса (ПСС) и варианта антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы. В группе больных (n=688) и здоровых (n=485) мужчин (54,2±1,8 года) были выделены лица холерического (X), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой тревожностью (НТ). Учитывали рост, массу тела и индекс массы тела, индекс окружности талия/бедро, жировую и мышечную массу тела, баланс отделов вегетативной нервной системы (ВНС), содержание в плазме крови кортизола, альдостерона, инсулина, глюкозы, общего холестерина (ОХС), суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), а также липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ); рассчитывали индекс атерогенности (ИА) и число лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) в процессе АГТ, учитывающей и не учитывающей коррекцию особенностей ПСС. Данные учитывали через 3, 6, 9 и 12 мес АГТ. Депрессия легкой степени отмечена у ВТ/Ф и ВТ/М.

Результаты. Особенности ПСС: у Ф и М содержание альдостерона в крови было выше, а содержание кортизола – ниже, чем у X и С. У X и С превалировал симпатический, а у Ф и М – парасимпатический отдел ВНС. У ВТ/Ф и М содержание ЛПВП было самым низким, а липидов атерогенных фракций (ТГ, ОХС, суммарная фракция ЛПНП+ЛПОНП) – самым высоким среди обследуемых лиц. Это сочеталось с наличием ожирения 2-й степени и наличием самой высокой доли лиц в группах ВТ/Ф и М, перенесших осложнения АГ. Напротив, у ВТ/X и С масса тела без ожирения, а у остальных – ожирение 1-й степени. В условиях эмпирической АГТ, не основанной на целенаправленном купировании особенностей ПСС, установлено высокое содержание в сыворотке крови ОХС и ТГ. Соотношение ОНМК/ОИМ в группах ВТ/Ф и ВТ/М было 1/3, в то время как у ВТ/X и ВТ/С – 2/1 и 1/1,4, соответственно. В группах лиц с НТ и здоровых соотношение было 1/1. Вариант эмпирической АГТ сочетался с самой высокой долей лиц, перенесших осложнения АГ. В этих же условиях АГТ, основанная на купировании особенностей ПСС, сочеталась с приближением содержания липидов и доли лиц с осложнениями к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности. Такую АГТ авторы назвали целенаправленной на купирование особенностей ПСС.

Заключение. ВТ/Ф и ВТ/М-пациенты – группа риска тяжелого течения АГ ввиду сочетания ожирения 2-й степени, высокого содержания липидов атерогенных фракций и осложнений АГ. В отличие от эмпирической АГТ, на фоне целенаправленной АГТ, учитывающей особенности ПСС пациентов, содержание липидов практически не отличалось от таковых у здоровых лиц с ВТ (НТ) соответствующего темперамента, а число лиц с осложнениями АГ снизилось на 33,3% по сравнению с группами принимавших эмпирическую АГТ.

Профилактика осложнений артериальной гипертензии при купировании психосоматических особенностей у пациентов с различным темпераментом и уровнем тревожности

Усенко Г.А., Усенко А.Г., Васендин Д.В., Величко Н.П., Козырева Т.Ю., Ницета О.В.
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

Цель. Оценка эффективности эмпирической (ЭАГТ) и целенаправленной антигипертензивной терапии (ЦАГТ), основанной на коррекции симпатикотонии у одних пациентов и активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) – у других на фоне парасимпатикотонии.

Материал и методы. С 2000 по 2015 г. исследовали мужчин (средний возраст $54,2 \pm 1,8$ года): 422 здоровых и 848 пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) II в течение $11,6 \pm 1,4$ года, страдающих гипертонической болезнью II стадии, 2-й степени, риск 3. Среди пациентов выделены лица с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента, с высокой (ВТ) и низкой тревожностью (НТ). В сыворотке крови исследовали содержание общего холестерина (ОХС), суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), величину индекса атерогенности (ИА) и повышения ЛПВП и магния. Пациенты с ВТ получали Сибазон. Депрессивность легкой степени обнаружена только у ВТ/Ф и ВТ/М, она купировалась антидепрессантом Коаксилом. Поскольку у Х и С отмечена симпатикотония, а у Ф и М на фоне парасимпатикотонии наблюдалось превалирование РААС (по альдостерону), то в течение 18 мес лица основной группы Х и С получали β -адреноблокаторы (β -АБ) + диуретик + анксиолитик Сибазон, а Ф и М – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) + диуретик + антидепрессант Коаксил (варианты ЦАГТ). ЭАГТ отличалась от ЦАГТ тем, что в 96% случаев β -АБ назначались пациентам с превалированием Ф и М, а ИАПФ – пациентам с превалированием Х и С-темперамента, т.е. без учета их психосоматического и вегетативного статуса. В работе учитывали число лиц, перенесших осложнения АГ в виде острого нарушения мозгового кровотока и острого инфаркта миокарда.

Результаты. Исследование показало, что содержание ОХС, ЛПНП+ЛПОНП возрастало, а магния и ЛПВП – снижалось в «темпераментальном» ряду: ВТ (НТ) $X > C > \Phi > M$. У лиц с ВТ содержание ОХС и суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП было выше, а магния и ЛПВП – ниже, чем у лиц с НТ соответствующего темперамента. У лиц с ВТ, по сравнению с лицами с НТ, выше был ИА. У пациентов с ВТ выше оказалась доля лиц с осложнениями АГ.

Заключение. В отличие от ЭАГТ, ЦАГТ 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 каждой «темпераментальной» группе на 33,3% ниже оказалась доля лиц с осложнениями АГ.

Возможности медикаментозно-лазерной терапии в коррекции гемодинамических нарушений у больных пожилого и старческого возраста с кардиальной коморбидностью

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

Цель. Изучить состояние центральной гемодинамики у больных пожилого и старческого возраста с сочетанной кардиальной патологией (артериальная гипертензия – АГ + хроническая сердечная недостаточность – ХСН + ишемическая болезнь сердца – ИБС) и ее изменения при использовании в комплексе лечения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материал и методы. Обследованы 180 больных АГ+ХСН+ИБС в возрасте от 60 до 89 лет ($77,8 \pm 0,6$ года), из них 37 женщин. В структуре ИБС преобладала стабильная стенокардия напряжения со средним функциональным классом (ФК) $2,6 \pm 0,4$, 32 больных имели в анамнезе инфаркт миокарда. Все больные имели ХСН, средний ФК $2,5 \pm 0,3$. АГ 1-й степени диагностирована у 23% пациентов, 2-й – у 59%, 3-й – у 3%. Нормальный уровень артериального давления (АД) при поступлении в стационар (на медикаментозной коррекции) отмечен у 15% пациентов. Больные были рандомизированы в группы: основная – 125 пациентов, получавших в комплексной терапии НИЛИ по внутривенной, подкожной или комбинированной методике, группа сравнения – 55 больных, получавших только фармакопрепараты. Все больные получали сопоставимую фармакотерапию согласно национальным рекомендациям. В начале и конце курса стационарного лечения с интервалом 20 дней проводилась эходоплеркардиография на аппарате Vivid-7 (США).

Результаты. У исследуемых больных отмечена умеренная тахикардия, средний уровень АД соответствовал АГ 1-й степени. У 85% больных отмечена дилатация левого предсердия (ЛП), у 65% – дилатация левого желудочка (ЛЖ), у 78% – гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ). Концентрическая ГЛЖ выявлена у 35%, эксцентрическая ГЛЖ – у 43%, эксцентрическое ремоделирование ЛЖ – у 22%. У 82% больных систолическая функция ЛЖ была сохранена. Диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ отмечена у 80% больных, из них псевдонормальный тип – у 72%, тип замедленной релаксации – у 20% и рестриктивный – у 8%. К концу лечения у всех больных произошло снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического АД ($p < 0,05$). Гипотензивный эффект в группах исследований был сопоставим. ЧСС в основной группе в конце лечения была ниже, чем в группе сравнения. Значимое уменьшение размеров ЛП и ЛЖ произошло только у больных основной группы, преимущественно при внутривенной и комбинированной лазеротерапии. У больных, получавших НИЛИ, к концу лечения наметилась тенденция к снижению индекса массы миокарда ЛЖ ($p = 0,07$). У всех больных возросла фракция выброса ЛЖ ($p < 0,05$), в большей степени в основной группе. Улучшение показателей диастолической функции желудочков к концу лечения произошло только у больных основной группы.

Заключение. У больных АГ+ХСН+ИБС пожилого и старческого возраста выявляется дилатация левых отделов сердца, ГЛЖ, ДД желудочков при сохраненной систолической функции. В структуре ДД преобладает псевдонормальный тип. Включение НИЛИ, в особенности внутривенного, в комплекс лечения больных пожилого и старческого возраста АГ+ХСН+ИБС оказывает более выраженное благоприятное влияние на геометрические и функциональные показатели сердца по сравнению с фармакотерапией.

Генетическая диагностика ранних маркеров ревматоидного артрита

Фок Ю.В., Никулина С.Ю., Чернова А.А., Орлова Н.М.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого», Красноярск

Ревматоидный артрит (РА) по-прежнему относится к заболеваниям с неизвестной этиологией, в литературе широко дискутируется вопрос о его мультифакторной природе, в которой активное участие принимают генетические, внешнесредовые, иммунологические, гормональные, инфекционные и другие факторы. В отличие от классических генетических болезней, при которых множество различных генов и их комбинаций предрасполагают к развитию заболевания, РА представляет собой генетически гетерогенное заболевание, в первую очередь обусловленное генетическим несовершенством иммунорегуляторных процессов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости РА в популяции составляет от 0,6 до 1,3%, при этом у близких родственников она достигает 3–5%, что свидетельствует о генетической детерминированности патологии. Женщины болеют в 2,5–3 раза чаще мужчин, преимущественно в возрасте 35–50 лет, в более поздние возрастные периоды отмечается увеличение частоты заболевания. Больные с РА теряют трудоспособность и выходят на инвалидность из-за нарушений функций суставов в течение первых 5 лет болезни в 50% случаев. При длительности болезни более 15 лет инвалидами 1 и 2-й группы признают 80% пациентов. Продолжительность жизни у больных с РА, по сравнению с общей популяцией, меньше в целом на 5–10 лет. Своевременное лечение, особенно на ранней стадии РА, позволяет улучшить результаты по сохранению трудоспособности с помощью достижения клинической ремиссии у 40–50% пациентов. В связи с этим ранняя диагностика и активное лечение РА существенно сокращают сроки временной нетрудоспособности и количество инвалидизаций пациентов.

Материал и методы. На базе кафедры внутренних болезней №1 ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» планируется обследование больных с верифицированным диагнозом РА. Возраст обследуемых больных – от 35 до 80 лет. Общее число лиц, участвующих в исследовании, – 200 человек. Всем обследуемым после подписания информированного согласия на базе КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 им. И.С.Берзона» проводятся клинико-инструментальные методы обследования, включающие в себя: клинический осмотр, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенографию пораженных суставов, заполнение опросников по качеству жизни (HAQ, SF-36, визуальная аналоговая шкала боли). Также всем лицам, участвующим в исследовании, планируется проведение молекулярно-генетического исследования на базе ФГБУ «НИИ терапии» Сибирского отделения РАН г. Новосибирска для определения однонуклеотидных полиморфизмов генов – потенциальных предикторов развития РА.

Результаты. В результате проведенной работы набраны 83 пациента с достоверным РА. Из них 15 мужчин в возрасте 46–60 лет, 68 женщин в возрасте от 25–80 лет. Всем больным проведено клинико-инстру-

ментальное исследование: клинический осмотр, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенография пораженных суставов, заполнение опросников по качеству жизни (HAQ, SF-36, визуальная аналоговая шкала боли). Проведено молекулярно-генетическое исследование генов-предикторов РА, таких как ген синтеза фермента тирозин фосфатазы RPTN22 C1858T, цитотоксичный Т-лимфоцитсвязанный антиген CTLA-4 A49G, ген матриксных металлопротеиназ MMP9, ген синтеза оксида азота NOS3, ген хемокиновых рецепторов 5, кодирующий β -хемокиновые рецепторы, – CCR5.

Заключение. Гены RPTN22 C1858T, CTLA-4 A49G, MMP9, eNOS3 и CCR5 могут служить ранними потенциальными генетическими маркерами развития РА.

Характер питания лиц с факторами риска ишемической болезни сердца

Хамидуллина Р.М., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Фахретдинова Е.Р., Нуртдинова Э.Г., Берг А.Г.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

В связи с тем, что на распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) кроме общепринятых факторов риска влияет характер питания, в процессе выполнения эпидемиологической программы были обследованы 726 мужчин, изучен их рацион питания методом его «суточного воспроизведения». Лица с артериальной гипертонией (АГ) 1-й степени потребляли меньше килокалорий на 1 кг массы тела и на индекс Кетле, а также меньше растительных белков и крахмала, что свидетельствует о меньшем потреблении лицами с АГ продуктов растительного происхождения. У лиц с АГ было менее калорийное питание, они потребляли меньше белков, углеводов, жиров и холестерина. Среди мужчин с гиперхолестеринемией отмечено меньшее потребление растительных белков и крахмала, что свидетельствует о дефиците продуктов растительного происхождения и избытке животных продуктов в их рационе. На популяционном уровне достоверные различия у мужчин с гипертриглицеридемией (ГТГ) выявлены только в отношении потребления алкоголя, который лица с ГТГ потребляли меньше, чем лица без нее. Лица с низким содержанием в крови липопротеидов высокой плотности потребляли меньше растительных белков, клетчатки, крахмала, что является показателем дефицита в их рационе продуктов растительного происхождения. Большее потребление жиров за счет ненасыщенных и мононенасыщенных кислот отражает преобладание в их рационе животных жиров. У мужчин с избыточной массой тела установлено меньшее потребление килокалорий на 1 кг и на индекс Кетле, белков на 1 кг массы тела, но большее – общих жиров и мононенасыщенных жирных кислот. Меньшее потребление клетчатки свидетельствует о дефиците продуктов растительного происхождения. Изучение характера питания с выявлением количественных и качественных особенностей потребления пищи больными с ИБС позволило разработать дифференцированные популяционные и индивидуальные рекомендации по коррекции питания среди мужского населения Уфы.

Изучение факторов ангиогенеза (эндотелиального фактора роста и эндостатина) у пациентов, страдающих артериальной гипертензией и ассоциированными клиническими состояниями

Хаишева Л.А., Шлык С.В., Разумовский И.В., Гарина И.А., Бекетов П.А., Деврижбекова З.М., Самакаев А.С., Самохина Л.Ю.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ростов-на-Дону

Цель. Изучить факторы ангиогенеза (эндотелиальный фактор роста – VEGF и эндостатин) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сравнении с относительно здоровыми добровольцами, а также у пациентов с АГ, имеющих в анамнезе острый коронарный синдром (ОКС).

Материал и методы. Обследованы 112 пациентов и 24 здоровых добровольца. Пациенты с учетом задач исследования были разделены на 3 группы: 1-я – 39 пациентов с АГ (57,14±1,81 года), 2-я – 37 пациентов с АГ и ишемической болезнью сердца – ИБС (66,68±2,44 года, $p<0,05$), 3-я – 36 человек с АГ и ОКС (47±1,84 года, $p<0,05$). Использовали наборы реактивов Bender Medsystems (США) VEGF для проведения иммуноферментного анализа. Концентрацию исследуемого вещества получали расчетным методом из значений оптической плотности в соответствии с инструкцией производителя реактивов с помощью программы MathCad. Статистическую обработку данных осуществляли с использованием программы Statistica 6.0 (Statsoft, США).

Результаты. У относительно здоровых добровольцев и у пациентов с АГ средние значения уровня VEGF не различались: $194,04 \pm 17,15$ пг/мл у пациентов с АГ (колебания значения от 21,74 до 836,05 пг/мл) и $177,88 \pm 13,34$ пг/мл у здоровых добровольцев, у них разброс данных гораздо ниже – от 56,23 до 299,12 пг/мл. Среди пациентов с повышенным артериальным давлением уровень эндостатина был статистически значимо выше, чем у относительно здоровых – $317,73 \pm 14,34$ нг/мл и $96,42 \pm 7,15$ нг/мл при $p < 0,05$, соответственно. При этом разброс данных уровня эндостатина у относительно здоровых добровольцев был меньше (с 36,74 до 144,05 нг/мл), чем у пациентов, страдающих АГ (с 80,50 до 396,50 нг/мл). У пациентов с АГ и ОКС имеются максимальные значения VEGF, достоверно меньшие у пациентов только с АГ, причем различий в уровне VEGF среди пациентов с АГ и ИБС при сравнении их с пациентами 1 и 3-й групп не выявлено, т.е. они занимают промежуточное положение. Среди пациентов, перенесших ОКС, были максимальные значения концентрации эндостатина, минимальные – при ИБС и промежуточные – у пациентов 1-й группы, все различия статистически значимы.

Заключение. При сравнении уровней VEGF и эндостатина у обследованных выявлено, что пациенты с АГ и ОКС имеют максимальные значения VEGF, достоверно меньшие, чем у пациентов 1-й группы, причем различий в уровне VEGF среди пациентов с АГ и ИБС при сравнении их с пациентами 1 и 3-й групп не выявлено, т.е. они занимают промежуточное положение. Минимальные значения эндостатина были среди пациентов с ИБС, максимальные – у пациентов, перенесших ОКС, промежуточные – у пациентов только с АГ, все различия статистически значимы.

Оценка уровня ангиогенных факторов у пациентов с артериальной гипертензией и гипертонической нефропатией

Хаишева Л.А., Гарина И.А., Шлык С.В., Разумовский И.В., Прокопенко С.В., Линник А.С.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону

Цель. Изучение изменений факторов ангиогенеза (фактор роста фибробластов – bFGF и эндостатин) у здоровых лиц, пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и пациентов с АГ и гипертонической нефропатией (ГНП).

Материал и методы. Обследованы 99 пациентов: 1-я группа – 76 пациентов с АГ и ГНП, 2-я – 12 пациентов с АГ, 3-я – 11 здоровых добровольцев. Все пациенты проходили клинико-лабораторное и инструментальное обследование в рамках принятых стандартов обследования пациентов с АГ и хронической болезнью почек. Все обследования проводились утром до приема препаратов. Определение эндостатина и уровня bFGF ($n=99$) выполнялось методом количественного иммуноферментного сэндвич-анализа для количественного определения в плазме крови – R and D Systems (США). Нормальные значения для bFGF в плазме составляют не более 13,5 пг/мл. Нормальные значения для эндостатина в ЭДТА-плазме составляют не более 0,26 нг/мл. Расчет статистических данных проводили при помощи программы Statistica 6.

Результаты. Нами получено, что уровни bFGF и эндостатина значительно отличались у больных по сравнению со здоровыми людьми. Необходимо отметить, что bFGF у здоровых колебался в пределах от 0,89 до 0,91 пг/мл, а у лиц с повышенным артериальным давлением – был выше в десятки раз и колебался в пределах от 6,53 до 19,57 пг/мл. При сравнении группы пациентов с АГ и пациентов с АГ и ГНП уровень bFGF был выше у пациентов с патологией почек при $p < 0,05$. Эндостатин также статистически значимо увеличивался у пациентов с повышенным уровнем артериального давления и имел максимальные значения в группе АГ и ГНП. Известно, что повреждение внеклеточного матрикса почечной ткани ведет к активации эндостатина.

Заключение. У больных АГ и ГНП уровень эндостатина и bFGF выше, чем у здоровых и пациентов с АГ, его значение увеличивается по мере прогрессирования хронической болезни почек.

Скорость пульсовой волны и центральное аортальное давление у женщин с ишемической болезнью сердца, коморбидной с остеопорозом

Царенок С.Ю., Горбунов В.В.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита

Цель. Оценить показатели артериальной ригидности и центрального аортального давления у женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС), коморбидной с остеопорозом.

Материал и методы. Обследованы 120 женщин, средний возраст $68,5 \pm 8,7$ года, с верифицированным диагнозом ИБС. Пациентки были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 74 женщины с ИБС в сочетании с тяжелым остеопорозом, 2-ю – 46 женщин с изолированной ИБС. Группы были сопоставимы по возрасту, продолжительности ИБС. Скорость пульсовой волны (СПВ) на каротидно-фemorальном сегменте и контурный анализ центральной пульсовой волны определяли при помощи аппланационной тонометрии на аппарате «Сфигмокор». Всем пациенткам проводили сбор анамнеза для выявления факторов риска остеопороза и переломов, антропометрическое исследование, оценивали десятилетний абсолютный риск всех переломов (Major Osteoporosis – MO) и перелома шейки бедра (Hip Fracture – HF) при помощи онлайн-калькулятора FRAX по российской модели (www.shef.ac.uk/FRAX). Статистическая обработка проведена при помощи программы Statistica 6.0, применяли непараметрический критерий Вальда–Вольфовица, достоверными считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ основных показателей аппланационной тонометрии продемонстрировал значимое повышение центрального диастолического ($p=0,01$), среднего ($p=0,0008$) и пульсового давления ($p=0,000002$) в аорте у женщин с ИБС в сочетании с остеопорозом, уровень центрального систолического давления не различался между исследуемыми группами ($p=0,08$). Нами были проанализированы такие показатели, как давление в точке раннего систолического пика (P1DP), обусловленное сердечным выбросом и демпфирующей функцией аорты. Оказалось, что P1DP у женщин с коморбидной патологией было достоверно выше ($p=0,006$). Увеличение давления в точке раннего систолического пика приводит к повышению нагрузки на левый желудочек, что в свою очередь может ассоциироваться с развитием гипертрофии левого желудочка и хронической сердечной недостаточности. Кроме того, у женщин с ИБС и остеопорозом отмечены более высокие показатели среднего систолического ($p=0,00085$), диастолического ($p=0,000005$) и конечного систолического давления ($p=0,003$) в аорте, которое отражает давление в начале диастолы. Нами выявлены различия в индексе времени центрального напряжения ($p=0,000000$) и индексе времени диастолы ($p=0,00018$). У женщин с коморбидной патологией оба этих показателя были больше, чем у пациенток с изолированной ИБС, что соотносится с повышением конечного систолического, среднего систолического и диастолического давления. При анализе показателей артериальной ригидности выявлено, что СПВ на каротидно-фemorальном сегменте в 1-й группе пациентов была на 0,7 м/с выше, чем в группе сравнения ($p=0,00004$). Нами установлено увеличение индекса аугментации ($p=0,000001$) в группе женщин с сочетанной патологией, при этом достоверных различий давления аугментации между группами не найдено.

Заключение. У женщин с ИБС, коморбидной с остеопорозом, отмечается увеличение показателей артериальной ригидности: СПВ на каротидно-фemorальном сегменте, индекса аугментации, центрального пульсового давления.

Эффективность и безопасность применения нового орального антикоагулянта ривароксабана (Ксарелто)

Черкашина А.Л., Еременко О.А.

ГБУЗ «Иркутская ордена “Знак Почета” областная клиническая больница», Иркутск

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из самых распространенных аритмий сердца, заболеваемость которой в Российской Федерации и в мире возросла более чем в 2 раза за последние 5 лет. Это связано как с повсеместным увеличением числа больных с хронической ишемической болезнью сердца, так и с повышением выявляемости (главным образом за счет расширения показаний к проведению холтеровского мониторинга ЭКГ). Одновременно с этим растет и количество тромбоэмболических осложнений (ТЭО). ФП – так, по данным разных исследований, 75–80% ишемических инсультов возникают вследствие тромбообразования в левом предсердии.

Главным мероприятием для профилактики ТЭО при ФП является назначение оральных антикоагулянтов (ОАК), самым распространенным из которых является варфарин. Однако в связи с необходимостью подбора дозы (иногда занимающего длительное время) для достижения целевых значений международного нормализованного отношения, постоянного лабораторного контроля на амбулаторном этапе лечения (что зачастую не соблюдается пациентами старшей возрастной группы и приводит к снижению комплаентности), наличием лекарственного и пищевого взаимодействия (влияющего на результаты лечения), а также с высоким риском возникновения «больших» кровотечений возникает необходимость в использовании так называемых новых ОАК (НОАК) – дабигатран, ривароксабан, апиксабан.

Цель. Оценить эффективность, безопасность и приверженность лечению пациентов с неклапанной ФП, принимающих НОАК (на примере препарата ривароксабан) для профилактики ТЭО.

Материал и методы. С октября 2013 г. на базе отделения кардиологии ГБУЗ «ИОКБ» пациенты с неклапанной ФП стали получать НОАК для профилактики ТЭО – ривароксабан (Ксарелто). В наблюдательное исследование были включены 23 пациента (11 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 51 до 77 лет. Срок наблюдения составил 22 мес. Риск ТЭО оценивался по шкале CHA2DS2-VASc (среднее количество баллов – 3), а риск развития кровотечений – по шкале HAS-BLED (среднее количество баллов – 2). Все пациенты получали антиаритмическую терапию. В исследование включались только те пациенты, кто по результатам оценки скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕПІ мог принимать ривароксабан вточной дозировке 20 мг (пороговой считалась, согласно инструкции к лекарственному средству, СКФ>30 мл/мин/м²). За все время наблюдения ни у одного пациента не развилось каких-либо кровотечений и не было зафиксировано случаев ТЭО. Также за все время наблюдения ни один пациент не прекратил прием препарата.

Заключение. В проведенном исследовании препарат ривароксабан подтвердил свою эффективность и высокий профиль безопасности, а удобный режим дозирования (одна таблетка в день) и отсутствие необходимости лабораторного контроля повышают приверженность пациентов лечению, что способствует снижению ТЭО и повышению качества их жизни.

Влияние тактики ведения в остром периоде инфаркта миокарда на частоту сердечно-сосудистых осложнений с учетом приверженности больных терапии в течение первого года наблюдения

Чесникова А.И., Хрипун А.В., Годунко Е.С.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону;

Областной сосудистый центр ГБУ Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону

Цель. Изучение влияния тактики ведения в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) на частоту сердечно-сосудистых осложнений (ССО) с учетом приверженности больных терапии в течение 1-го года наблюдения.

Материал и методы. В исследование включен 301 пациент в остром периоде ИМ с подъемом сегмента ST. Возраст больных 56±9,99 года, 81,9% – мужчины. Все пациенты в зависимости от тактики ведения в остром периоде ИМ были распределены в 3 группы: 1-ю (n=34, 11,4%) составили больные, которым была проведена тромболитическая терапия, пациентам 2-й группы (n=217, 72,1%) было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в 3-ю группу включали больных, которым не проводилась реваскуляризация миокарда (n=50, 16,5%). При выписке из стационара всем пациентам была назначена оптимальная медикаментозная терапия в соответствии с современными рекомендациями, включавшая двойную антиагрегантную терапию, β-адреноблокаторы, статины и блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Через год наблюдения проводилось анкетирование. Отвечая на вопросы анкеты, пациенты сообщали о частоте ССО, госпитализаций. Собрана информация о смертельных случаях. Приверженность терапии оценивали с помощью шкалы-опросника Мориски–Грина.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что в 1-й группе регулярно принимали препараты 68,77% больных, во 2-й – 45,04%, в 3-й – только 34,78% пациентов. Выявлено, что в каждой группе у пациентов, приверженных лечению, по сравнению с неприверженными было достоверно меньше смертельных случаев за весь период наблюдения ($p=0,007$; $p=0,001$; $p=0,017$). Кроме того, у пациентов 2-й группы, приверженных приему препаратов, по сравнению с неприверженными достоверно реже развивалась стенокардия напряжения ($p=0,040$), а у пациентов 3-й группы отмечалась тенденция к более редкому появлению симптомов стенокардии ($p=0,078$) и более низкой потребности в госпитализации по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности ($p=0,096$). При межгрупповом анализе установлено, что у пациентов 2-й группы, даже не приверженных терапии, частота нестабильной стенокардии и госпитализаций в течение года была достоверно меньше по сравнению с показателями у приверженных лечению больных 1-й ($p=0,005$; $p=0,029$) и 3-й ($p=0,000$; $p=0,041$) групп. Кроме того, отмечено, что повторный ИМ у не приверженных терапии пациентов 2-й группы развивался достоверно реже по сравнению с частотой у неприверженных пациентов 1-й ($p=0,025$) и 3-й групп через 11 мес наблюдения ($p=0,047$).

Заключение. Приверженность терапии способствовала меньшей частоте ССО в течение года после перенесенного ИМ у пациентов всех наблюдаемых групп. Однако преимущество ЧКВ отмечалось даже в условиях нерегулярного приема препаратов по сравнению с частотой событий у приверженных терапии пациентов групп сравнения.

Особенности психокогнитивных нарушений и качества жизни у пациентов с ожирением после аортокоронарного шунтирования

Чугунова Ю.В.^{1,2}, Чумакова Г.А.^{1,3}, Бобровская Л.А.¹, Деменко Т.Н.⁴

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

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул;

³ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово;

⁴КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул

Цель. Изучить влияние висцерального ожирения (ВО) на когнитивные функции (КФ), психологический статус и качество жизни (КЖ) пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материал и методы. В исследование включены 90 пациентов мужского пола (средний возраст составил 56,3±6,7 года). ВО оценивалось по показателю «объем талии/объем бедер» (ОТ/ОБ). В 1-ю группу вошли 46 мужчин с ОТ/ОБ>0,9, во 2-ю – 44 пациента с ОТ/ОБ<0,9. Использовались шкалы реактивной и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера–Ханина и КЖ – SF-36. КФ пациентов оценивались с помощью программно-аппаратного комплекса Status PF.

Результаты. Пациенты 1-й группы имели показатели КФ хуже, чем 2-й перед АКШ: пациенты запомнили меньшее количество двухзначных чисел ($p=0,03$), имели меньшие объем ($p<0,01$) и поле ($p=0,04$) внимания, хуже мышление по тесту «индукция» ($p<0,01$), совершали больше ошибок в тесте на сложную зрительно-моторную реакцию – СЗМР ($p<0,01$). Через 2 нед после АКШ пациенты 1-й группы также демонстрировали худшие результаты по запоминанию двухзначных чисел ($p<0,01$), имели меньший объем внимания ($p<0,001$), хуже мышление в тесте «индукция» ($p<0,001$) и совершали больше ошибок в СЗМР ($p=0,02$) в сравнении со 2-й группой. Через 6 мес после АКШ в 1-й группе наблюдались более низкие показатели внимания, чем во 2-й: объем ($p<0,00001$) и поле ($p=0,03$) внимания. Наблюдалось, что чем выше показатель ОТ/ОБ, тем пациенты больше совершали ошибок в СЗМР перед АКШ ($r=0,3, p<0,01$), запомнили меньше двухзначных чисел ($r=-0,2, p=0,03$) и имели хуже результаты в тесте «индукция» ($r=-0,2, p=0,04$) через 2 нед после него. В 1-й группе уровень ЛТ оказался значимо выше, чем во 2-й перед АКШ (48,9±6,9 балла против 44,7±4,4 балла, $p<0,0001$), через 2 нед (48,5±8,2 балла против 41,3±6,8 балла, $p<0,0001$) и через 6 мес (49,4±7,9 балла против 43,0±6,4, $p=0,0001$) после него. При корреляционном анализе выявлено, что чем выше показатель ОТ/ОБ, тем выше уровень ЛТ перед АКШ ($r=0,3, p=0,02$), через 2 нед ($r=0,3, p=0,02$) и через 6 мес ($r=0,4, p<0,001$) после АКШ. Отмечалось, что чем выше уровень ЛТ, тем хуже объем внимания ($r=-0,4, p<0,001$) перед АКШ, через 2 нед ($r=-0,4, p<0,0001$) и через 6 мес ($r=-0,3, p<0,01$) после АКШ. У 1-й группы был выявлен более низкий уровень психического здоровья в сравнении со 2-й группой перед АКШ (43,0±10,7 балла против 49,7±9,1 балла, $p<0,01$) и через 6 мес после него (43,7±10,7 балла против 51,9±7,7 балла, $p<0,001$). При этом наблюдалось, что чем выше показатель ОТ/ОБ, тем ниже уровень психического здоровья после АКШ ($r=-0,4, p<0,001$).

Заключение. ВО негативно отражается на КФ, психологический статус и КЖ у пациентов как перед АКШ, так и после него. Высокий уровень ЛТ отрицательно влияет на внимание пациентов перед и после АКШ.

Анализ назначения β-адреноблокаторов пациентам с ишемической болезнью сердца в реальной амбулаторной практике

Чудиновских Т.И., Тарловская Е.И., Казаковцева М.В., Мальчикова С.В.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров

Цель. Изучить реальную амбулаторную практику назначения β-адреноблокаторов (β-АБ) пациентам с ишемической болезнью сердца (ИБС) с сохранной фракцией выброса левого желудочка.

Материал и методы. Методом случайной выборки отобраны 198 пациентов с ИБС, из них 102 (51,5%) мужчины и 96 (48,5%) женщины. Средний возраст пациентов составил 67,92±8,27 года.

Результаты. Из 198 пациентов с ИБС β-АБ принимали 146 (73,7%) человек, у 13 (6,57%) пациентов имелись противопоказания, остальным 39 (19,7%) пациентам β-АБ не назначались. Наиболее часто назначались метопролол и бисопролол: 46,6 и 44,5% пациентов соответственно. Оригинальные β-АБ назначаются примерно в равном количестве с генерическими (52,7% против 47,3% пациентов соответственно). Среди оригинальных β-АБ чаще назначался Беталок ЗОК – 40 (27,4%) пациентов и Конкор – 37 (25,3%) пациентов. Средние дозы β-АБ были далеки от рекомендованных и составили для метопролола 77,86±46,84 мг, бисопролола – 5,73±2,36 мг, карведилола – 20,13±10,85 мг, небиволола – 5,83±2,7 мг. Целевая частота сердеч-

ных сокращений (ЧСС) не была достигнута у большинства пациентов: средняя ЧСС в группе метопролола составила $69,01 \pm 5,57$ в минуту, бисопролола – $65,1 \pm 3,2$, карведилола – $67,4 \pm 6,2$, небиволола – $66,66 \pm 0,88$. Из 146 пациентов, принимавших β -АБ, только 42 (28,77%) пациента достигли целевую ЧСС. Из них 25 (59,5%) пациентов принимали оригинальные β -АБ, 17 (40,5%) – генерические. Среди пациентов, не достигших ЧСС, 56 (53,8%) принимали оригинальные β -АБ и 48 (46,2%) – генерические β -АБ. В группе пациентов, получавших оригинальные β -АБ, была достигнута меньшая ЧСС: $67,17 \pm 7,86$ в минуту против $68,29 \pm 8,10$ в минуту ($p < 0,05$) в группе генерических β -АБ.

Заключение. В реальной клинической практике у пациентов с хроническими формами ИБС терапия β -АБ не соответствует клиническим рекомендациям: назначается нецелевая доза препарата, а следовательно, не достигается целевая ЧСС, не назначается препарат каждому пятому пациенту среди имеющих показания. Целевая ЧСС в большей степени достигается в группе оригинальных β -АБ в сравнении с генерическими.

Эффективность применения оригинального бисопролола в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца с сохранной фракцией выброса

**Чудиновских Т.И., Тарловская Е.И., Вахренева Я.В., Казаковцева М.В., Мальчикова С.В.
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров**

Цель. Оценить эффективность оригинального бисопролола у больных после эпизода нестабильной стенокардии со стабилизацией в I–III функциональный класс (ФК) с сохранной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы. Методом последовательного включения отобраны 15 пациентов после эпизода нестабильной стенокардии со стабилизацией в I–III ФК с сохранной ФВ. Из них 9 (60%) мужчин и 6 (40%) женщин. Средний возраст составил $57,6 \pm 6,15$ года.

Результаты. Все пациенты, которые были включены в программу, поступали на реабилитацию после эпизода нестабильной стенокардии со стабилизацией в I–III ФК с сохранной ФВ. Все пациенты были с нецелевой частотой сердечных сокращений (ЧСС). Средняя ЧСС по ЭКГ при поступлении составила $68,57 \pm 6,86$ в минуту. Для определения средней суточной ЧСС пациентам проведено холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ). По результатам ХМ-ЭКГ средняя суточная ЧСС по данным монитора – $71,93 \pm 11,26$. Для определения толерантности к физической нагрузке был применен тредмил-тест: средняя продолжительность нагрузки $660,53 \pm 160,09$ с, объем выполненной внешней работы $6,84 \pm 0,62$ МЕТ. Всем пациентам был назначен оригинальный бисопролол – Конкор («Такеда»). Средняя доза Конкора составила $6,58 \pm 3,49$ мг. Через 1,5 мес у пациентов, принимающих Конкор, средняя суточная ЧСС по ХМ-ЭКГ снизилась и составляет $61,54 \pm 6,62$ в минуту; толерантность к физической нагрузке выросла: средняя продолжительность нагрузки $695,82 \pm 61,37$, объем выполненной внешней работы $6,92 \pm 0,06$ МЕТ.

Заключение. Назначение оригинального бисопролола – Конкора пациентам с ишемической болезнью сердца эффективно в отношении снижения средней суточной ЧСС и повышения толерантности к физической нагрузке.

Когнитивные дисфункции при разных формах мерцательной аритмии

Чумакова Г.А.^{1,2}, Деменко Т.Н.^{1,3}, Чугунова Ю.В.¹

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул

³ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Мерцательная аритмия (МА) может приводить к когнитивным нарушениям в результате снижения перфузии головного мозга, субклинической церебральной эмболии, нейродегенеративных изменений головного мозга. Мало изучены особенности когнитивных нарушений у пациентов с разными формами МА.

Цель. Выявить особенности нарушений когнитивной сферы у пациентов с постоянной и пароксизмальной формами МА.

Материал и методы. Обследованы 60 пациентов (32 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35–82 лет, которые составили 2 группы исследования. В 1-ю группу были включены 30 человек, средний возраст $64,67 \pm 9,39$ года, которые имели постоянную форму МА. Во 2-ю группу входили 30 человек, средний возраст $62,20 \pm 10,10$ года, с пароксизмальной МА. Причинами МА стали гипертоническая болезнь у 33 (55,5%) человек, ишемическая болезнь сердца – у 18 (28,4%), миокардиодистрофия различного генеза – у 3 (6,2%), по-

рок митрального клапана – у 1 (1,2%), идиопатическая МА – у 5 (8,6%). Для оценки когнитивной функции использовался аппарат Status PF (Россия). Изучали зрительную и вербальную память, объем внимания, мыслительные способности (простые аналогии, языковое мышление), нейродинамику (простая зрительно-моторная реакция – ПЗМР, сложная зрительно-моторная реакция – СЗМР, реакция на движущийся объект – РДО).

Результаты. Выявлено, что у всех пациентов с МА страдают способности к обучению, память, внимание и исполнительные функции. У больных с постоянной формой МА наибольшие изменения обнаружались со стороны вербальной и зрительной памяти: воспроизведено $3,50 \pm 0,30$ числа и $4,40 \pm 0,25$ слова, тогда как в группе с пароксизмальной аритмией – $4,73 \pm 0,20$ числа и $5,27 \pm 0,25$ слова ($p < 0,05$). Снижено внимание – отыскивание чисел у пациентов с постоянной МА заняло $38,03 \pm 3,46$ с, а в группе с пароксизмальной МА – $28,80 \pm 1,83$ с ($p < 0,05$). При пароксизмальной форме МА чаще происходят нарушения скорости психомоторных процессов. При оценке нейродинамических процессов скорость ПЗМР у пациентов с пароксизмальной аритмией $742,10 \pm 36,29$ мс против $650,60 \pm 24,79$ мс у пациентов с постоянной МА ($p < 0,05$), скорость СЗМР $843,63 \pm 32,23$ мс и $762,13 \pm 17,92$ мс ($p < 0,05$), скорость РДО $158,40 \pm 10,46$ мс и $130,17 \pm 7,55$ мс ($p < 0,05$) соответственно в группах с пароксизмальной аритмией и МА.

Заключение. У больных с постоянной формой МА наибольшие изменения обнаруживались со стороны внимания, зрительной и вербальной памяти, в то время как при пароксизмальной форме МА чаще происходят нарушения скорости психомоторных процессов.

Особенности сердечно-сосудистых рисков при разных типах ожирения

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

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

²ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

³КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

Цель. Оценить значимость общего ожирения в формировании метаболического синдрома (МС) и сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. В исследование были включены 150 мужчин в возрасте $50,5 \pm 3,2$ года. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу входили 82 пациента с проявлениями МС, окружностью талии (ОТ) > 94 см и общим ожирением (индекс массы тела – ИМТ > 30) – метаболически тучное ожирение. Во 2-ю группу вошли 68 пациентов с общим ожирением, но с нормальной величиной ОТ (метаболически здоровое ожирение). Все исследуемые не имели клиники ишемической болезни сердца. Для оценки поражения коронарных артерий всем пациентам была проведена мультиспиральная КТ (МСКТ). По результатам МСКТ пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – отсутствие стенозов коронарных артерий (КА), 2-я – стенозы КА от 20 до 50%, 3-я – гемодинамически значимые стенозы КА $> 50\%$. У всех пациентов проводилась оценка основного и дополнительных критериев МС.

Результаты. Стенозы КА от 20 до 50% в 1-й группе встречались у 43% пациентов, во 2-й – у 27%, $p < 0,05$. Стенозы КА $> 50\%$ встречались у 26% пациентов 1-й группы, 18% – 2-й, $p < 0,01$. Отсутствие стенозов КА в 1-й группе выявлено у 31%, во 2-й – 45%, $p < 0,01$. При статистической обработке было выявлено, что в 1-й группе имелись более высокие показатели холестерина липопротеидов низкой плотности ($3,75 \pm 0,9$ в сравнении со 2-й группой – $3,05 \pm 0,87$, $p < 0,01$), триглицеридов ($2,05 \pm 0,97$ против $1,7 \pm 0,62$, $p < 0,01$), глюкозы ($6,1 \pm 0,32$ против $5,5 \pm 0,74$, $p < 0,05$). Также в 1-й группе отмечались более высокие показатели провоспалительных цитокинов: интерлейкина 6 – $5,54 \pm 1,20$ и интерлейкина 1 – $4,23 \pm 1,53$ в сравнении со 2-й группой, где они составили $2,30 \pm 0,75$ ($p = 0,021$) и $2,82 \pm 0,58$ ($p = 0,020$) соответственно. В 1-й группе были выше значения лептина – $25,45 \pm 2,54$ и резистина – $18,62 \pm 3,86$, чем во 2-й – $14,18 \pm 2,54$ ($p = 0,012$) и $12,34 \pm 1,89$ ($p = 0,018$) соответственно. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности в 1-й группе был ниже, чем во 2-й – $0,97 \pm 1,2$ против $1,4 \pm 0,92$ соответственно, $p < 0,01$. При проведении корреляционного анализа между ИМТ, ОТ и степенью выраженности коронарного атеросклероза (по данным МСКТ) была выявлена положительная взаимосвязь между ОТ и выраженностью коронарного атеросклероза ($r = 0,55$, $p < 0,001$), тогда как с ИМТ такой взаимосвязи не было.

Заключение. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что общее ожирение не оказывает существенного влияния на формирование компонентов МС и не определяет сердечно-сосудистый риск.

Функциональная диагностика как инструмент оценки качества социально-медицинских услуг лицам пожилого и старческого возраста

Шестопалов Н.П., Акименко М.Ю., Шуликова И.Н., Гришина Е.Г., Пешева Т.В.
ГБУ г. Москвы «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил»
Департамента социальной защиты населения г. Москвы

В настоящее время в системе социальной защиты населения большое внимание уделяется оценке качества оказываемых социальных услуг. Контроль качества социально-медицинских услуг включает определение эффективности реабилитационных мероприятий и их соответствие характеру заболевания и физическому состоянию пациента. В старших возрастных группах особую важность приобретает динамический контроль функционального состояния организма. Это связано со снижением адаптивных возможностей и наличием в пожилом возрасте множества хронических заболеваний.

В ГБУ «Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил» ежегодно проходят медико-социальную реабилитацию более 2100 ветеранов, средний возраст которых составляет 86 лет. В кабинете функциональной диагностики наряду с уточнением диагноза и оценкой функционального состояния организма осуществляется мониторинг влияния физиотерапевтических процедур, водолечения, занятий лечебной физкультурой, а также психокоррекционных мероприятий на функциональное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы пациентов. Проводятся следующие методики: ЭКГ (в том числе с использованием медикаментозных и функциональных проб), спирометрия (исследование функции внешнего дыхания, в том числе с использованием медикаментозных проб с бронхорасширяющим препаратом), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

С внедрением динамического контроля ЭКГ в нашем центре значительно сократилось число осложнений и уменьшилось количество экстренных вызовов скорой помощи. Такой подход также позволил у лиц пожилого и старческого возраста более широко использовать бальнео- и физиотерапевтические процедуры, в том числе криотерапию. В ходе суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру нами было обнаружено положительное влияние сеансов психологической разгрузки на сердечную деятельность у пациентов с нарушениями ритма. Отмечена высокая эффективность галотерапии при бронхиальной астме, хронических обструктивных бронхитах и трахеитах. По данным спирометрии, у 20% пациентов после посещения «соляной пещеры» (галотерапии) отмечается улучшение показателей функции внешнего дыхания: увеличивается жизненная емкость легких и бронхиальная проходимость.

Таким образом, опыт нашей работы свидетельствует о необходимости использования методов функциональной диагностики в реабилитации людей старших возрастных групп как инструмента оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий и контроля качества оказываемых социально-медицинских услуг.

Комплексная медицинская реабилитация больных с ишемической болезнью сердца и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких с применением микроволнового аппарата «Астер» и бактерицидного ультразвукового увлажнителя «Акваком»

Щегольков А.М., Бобырев Ю.А., Ионичевская И.И.
Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка» Минобороны России, Москва;
Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Минобороны России, Москва

Проблема ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных.

Цель. Разработка реабилитационных программ для больных с ИБС и ХОБЛ, в том числе с применением микроволнового аппарата «Астер» и бактерицидного ультразвукового увлажнителя воздуха «Акваком» (ЗАО НПО «Кинетика», Россия).

Материал и методы. Были обследованы 75 мужчин в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст $55,3 \pm 2,1$ года), поступивших на реабилитацию на 12–15-е сутки (в среднем через $13,6 \pm 1,2$ сут) после перенесенного обострения ХОБЛ. Все пациенты при поступлении по виду реабилитационной программы разделены на 2 группы. Реабилитация 37 больных основной группы (ОГ) заключалась в том, что палата для больных ОГ была оснащена бактерицидным ультразвуковым увлажнителем воздуха «Акваком», который

предназначен для насыщения воздуха тонкодисперсными, содержащими ионы серебра водными аэрозолями. Эксплуатация прибора проводилась в присутствии больных круглосуточно. Дополнительно они получали воздействие электромагнитного излучения сантиметрового диапазона ($\lambda \sim 7$ см) нетепловой интенсивности (с помощью аппарата «Астер»). Сеансы микроволнового воздействия длительностью по 10 мин проводились на область грудины 2 раза в день (утро, вечер) в течение 10 дней.

Результаты. После курса медицинской реабилитации число больных, предъявляющих жалобы на кашель и трудное отхождение мокроты, уменьшилось с 79 до 49% в ОГ и с 80 до 62% в контрольной группе (КГ). Число больных, предъявляющих жалобы на одышку, уменьшилось с 45 до 17% в ОГ и с 48 до 24% в КГ. Астеноневротические жалобы исчезли полностью у 74% пациентов ОГ и у 44% КГ, значительно уменьшились у 20% пациентов ОГ и у 29% пациентов КГ. Улучшение клинического состояния больных ОГ сопровождалось статистически достоверной положительной динамикой показателей функции внешнего дыхания (ФВД). Жизненная емкость легких увеличилась с $83,4 \pm 5,9$ до $105,7 \pm 5,3$ л, максимальная вентиляция легких – с $65,4 \pm 4,6$ до $81,9 \pm 4,2$ л/м, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду – с $83,9 \pm 4,8$ до $96,4 \pm 3,9$ л в ОГ. В КГ также выявлено улучшение показателей ФВД, однако менее выраженное и статистически недостоверное. Улучшение вентиляционной функции легких и насыщения крови кислородом способствовало снижению у больных ОГ среднего систолического давления в легочной артерии с $21,3 \pm 1,1$ до $18,4 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) и повышению сократительной способности миокарда (увеличение фракции выброса с $51,9 \pm 1,4$ до $55,4 \pm 1,2\%$; $p < 0,01$), повышению толерантности к физической нагрузке с $76,8 \pm 3,6$ до $95,2 \pm 3,5$ Вт ($p < 0,01$) в ОГ и с $67,8 \pm 4,3$ до $81,2 \pm 4,8$ Вт в КГ ($p < 0,05$).

Заключение. Включение в комплексную медицинскую реабилитацию больных с ИБС и сопутствующей ХОБЛ бактерицидного ультразвукового увлажнителя «Акваком» (за счет снижения ирритативного воздействия окружающего воздуха) и применение микроволнового аппарата «Астер» (за счет уменьшения активности воспалительного процесса в бронхах и улучшения реологических свойств мокроты) приводит к уменьшению у них проявлений сердечной и дыхательной недостаточности. Сочетанное применение бактерицидного ультразвукового увлажнителя «Акваком» и микроволнового аппарата «Астер» в реабилитации больных ХОБЛ с ИБС приводит к улучшению функционального состояния кардиореспираторной системы и психологического состояния пациентов, что обеспечивает прирост реабилитационного эффекта.

Реабилитация больных с ишемической болезнью сердца после операции коронарного шунтирования с применением воздушно-озоновых ванн

Щегольков А.М.¹, Юдин В.Е.², Сычев В.В.²

¹Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка» Минобороны России;

²Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого» Минобороны России, Москва

Цель. Изучить эффективность воздушных озоновых ванн в реабилитации больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших коронарное шунтирование (КШ).

Материал и методы. Обследованы 130 больных с ИБС. В основную группу (ОГ) вошли 95 человек, в контрольную (КГ) – 35. Средний возраст больных составил $52,4 \pm 5,6$ года. Программа реабилитации больных ОГ включала режим, диету, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, медикаментозную терапию (дезагреганты, β -адреноблокаторы, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), воздушно-озоновые ванны. Длительность процедуры воздушно-озоновых ванн составляла 20 мин, концентрация озона – 18 мг/л в озонированной воде, температура воздушно-озоновой смеси – 36°C . Курс лечения – 10 процедур. Программа обследования и реабилитации больных КГ была идентичной за исключением применения воздушно-озоновых ванн.

Результаты. В результате проведенного лечения более существенное улучшение большинства показателей регистрировалось у больных ОГ. Уменьшилась интенсивность болей в области послеоперационных рубцов, улучшились показатели функции внешнего дыхания, повысилась насыщенность крови кислородом с $57,6 \pm 0,78$ до $72,3 \pm 0,84$ мм рт. ст. Отмечено достоверное снижение уровня фибриногена в ОГ с 6,1 до 3,9 г/л, в КГ – с 6,3 до 4,8 г/л. В то же время в ОГ достоверно выше стали показатели активированного частичного тромбопластинового времени: в ОГ – с 27,8 до 37,4 с, в КГ – с 29,2 до 31,6 с; тромбинового времени: в ОГ – с 10,9 до 13,7 с, в КГ – с 10,4 до 11,3 с. При исследовании микроциркуляции крови методом лазерной доплеровской флоуметрии улучшились показатели микроциркуляции. У больных ОГ средняя перфузия повысилась с $2,93 \pm 0,34$ до $4,36 \pm 0,42$, в КГ – с $2,89 \pm 0,31$ до $3,12 \pm 0,39$. Коэффициент вариации увеличился в ОГ с $8,69 \pm 0,61$ до $9,35 \pm 0,51$, в КГ – с $8,72 \pm 0,57$ до $9,11 \pm 0,63$. Снизились нейрогенный тонус в ОГ с

1,81±0,24 до 1,61±0,18, в КГ – с 1,74±0,25 до 1,71±0,47; миогенный тонус в ОГ – с 3,17±0,32 до 2,53±0,22, в КГ – с 3,23±0,34 до 2,94±0,36; показатель шунтирования в ОГ с 1,86±0,13 до 1,21±0,16, в КГ – с 1,84±0,18 до 1,68±0,21. Повысилась сократительная способность миокарда, фракция выброса возросла в ОГ с 47,2±2,1 до 53,9±2,4%, в КГ – с 48,1±2,5 до 51,3±2,2%. У больных ОГ возросла толерантность к физической нагрузке на 21,8 Вт, у больных КГ – на 10,8 Вт. Двойное произведение у больных ОГ возросло с 143,9±4,2 до 184,3±5,2 у.е., в КГ – с 142,6±4,5 до 158,5±4,9 у.е.

Заключение. Применение воздушно-озоновых ванн в комплексной программе реабилитации больных с ИБС после операции КШ способствует улучшению транспорта кислорода, реологических свойств и микроциркуляции крови, снижению гипоксемии и гипоксии тканей; улучшению клинико-функционального состояния больных, повышению толерантности к физической нагрузке.

Ударно-волновая терапия в комплексном лечении и реабилитации больных с рефрактерной стенокардией

Юдин В.Е.¹, Щегольков А.М.², Сычев В.В.¹, Коршикова Н.В.¹

¹Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого» Минобороны России;

²Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка» Минобороны России, Москва

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности во всем мире. У ряда больных несмотря на медикаментозное и проведенное хирургическое лечение с течением времени вновь проявляется ИБС в виде рефрактерной стенокардии.

Цель. Изучение эффективности применения ударно-волновой терапии (УВТ) в лечении больных с ИБС и рефрактерной стенокардией.

Материал и методы. Наблюдались 46 мужчин с ИБС и рефрактерной стенокардией III–IV функционального класса (ФК). Возраст от 59 до 71 года, средний – 65,8±1,4 года. Две группы по 23 человека, основная (ОГ) и контрольная (КГ). Больным ОГ наряду со стандартной медикаментозной терапией назначался курс УВТ сердца. Курс УВТ сердца состоял из 9 процедур. Воздействие проводилось на 3 зоны по 100 ударов на 1 зону при уровне энергии 4,0. Акустическая волна наводилась на границу выявленных зон гипокинезии и нормокинезии, зоны гибернирующего миокарда.

Результаты. После курса УВТ количество приступов стенокардии, требующих дополнительного приема нитропрепаратов короткого действия, уменьшилось в ОГ с 18,2±1,9 до 3,2±0,9 в неделю ($p<0,01$), в КГ – с 15,9±2,1 до 7,3±1,2 ($p<0,01$). Через 6 мес после окончания курса УВТ количество приступов стенокардии уменьшилось в ОГ с 18,2±1,9 до 2,2±1,6 ($p<0,01$) в неделю, в КГ – с 15,9±2,1 до 10,3±1,5 ($p<0,05$). У больных ОГ уменьшилось количество ишемизированных сегментов с 4,3±0,4 до 2,8±0,1 ($p<0,01$), толерантность к физической нагрузке возросла с 49,5±4,7 до 76,3±5,1 Вт ($p<0,01$), у больных КГ – с 50,4±4,3 до 52,2±4,8 Вт (на 1,8 Вт, или 3,4%). Установлена также положительная динамика сократительной способности миокарда, при этом фракция выброса возросла в ОГ с 42,2±2,1 до 49,8±2,4% ($p<0,05$), в КГ – с 43,1±2,5 до 45,9±2,2%. Отмеченное улучшение сократительной способности миокарда сопровождалось положительной динамикой размеров левого желудочка сердца. Так, конечный систолический объем уменьшился в ОГ с 79,6±5,5 до 62,3±6,2 мл ($p<0,05$), в то же время этот показатель в КГ остался практически прежним – уменьшился с 77,9±6,6 до 76,7±6,1 (на 1,2 мл, или 1,5%).

Заключение. Комплексная медицинская реабилитация больных с ИБС и рефрактерной стенокардией с применением УВТ сердца привела к достоверному уменьшению числа приступов стенокардии, требующих дополнительного приема нитропрепаратов короткого действия, уменьшению дозы и/или отказу от нитропрепаратов пролонгированного действия, увеличению сократительной функции левого желудочка, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению ФК стенокардии.

Система комплексного контроля состояния больных в реперных точках как основа построения стандартов стационарной медицинской помощи по медицинской реабилитации

Юдин В.Е.¹, Щегольков А.М.², Шкарупа О.Ф.¹

¹Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого» Минобороны России;

²Институт усовершенствования врачей ФКУ «Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка» Минобороны России, Москва

Цель. Научно обосновать клинико-организационный подход к разработке стандартов стационарной медицинской помощи по медицинской реабилитации для пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. Программа обследования пациентов включала клиническое обследование, лабораторные, функциональные и психологические методы исследования, которые проводились в динамике в 1, 3, 6, 9, 12 и 15-е сутки пребывания в реабилитационном центре по общепринятым методикам. Психологическое исследование включало: сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), тест Спилбергера–Ханина для оценки личностной реакции на болезнь, текущих психопатологических проявлений, особенностей мотивационной сферы и направленности личности и самооценочный тест САН.

Результаты. Обследование 168 пациентов после КШ показали, что время начала первых тренирующих видов лечения в первые сутки пребывания в реабилитационном центре у больных II функционального класса (ФК) и в третьи сутки у больных III ФК совпадает с существенным снижением фракции изгнания, толерантности к физической нагрузке и повышением реактивной тревожности, что служит обоснованием необходимости повышения внимания к больным в указанные сроки и определения их в качестве первых реперных точек контроля. Тенденция к существенному повышению переносимости физических нагрузок на 6 и 12-е сутки у больных II ФК и на 9 и 15-е сутки у больных III ФК в сравнении с предыдущими измерениями научно обосновывает вторые и третьи реперные точки контроля состояния послеоперационных больных. Данные проведенного исследования научно обосновали оптимальные моменты времени для проведения контролирующих процедур и корректирующих мероприятий у пациентов с ишемической болезнью сердца после КШ II и III ФК.

Заключение. Научно обоснована необходимость проведения контролирующих процедур в оптимальные моменты времени для наибольшей результативности коррекционных мероприятий, определены средства и методы контроля, приемы коррекции в каждой из точек контроля в зависимости от клинико-функционального состояния, что может служить основой для построения стандартов медицинской реабилитации для пациентов после КШ. Полученные данные позволяют прогнозировать оптимальный характер и объем проводимых коррекционных вмешательств в последующие периоды времени для закрепления максимально достигнутого каждым пациентом после КШ уровня компенсации нарушенных функций.

Физическая реабилитация больных с инфарктом миокарда на санаторном этапе

Юсупходжаев Р.В., Евдокимов В.М., Зиновьева Н.П.
Санаторий «Барнаульский», Барнаул

Цель. Определить влияние различных программ физической реабилитации на психологический статус больных с инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование были включены больные, перенесшие ИМ, которые были разделены на 3 группы: в 1-й (39 человек) проводились занятия лечебной физкультурой (ЛФК) в зале и велотренировки, во второй (35 человек) – занятия ЛФК в зале и тредмил-тренировки, в 3-й (35 человек) – проводились тредмил-тренировки и сеансы биологической обратной связи. Использовались тест Спилбергера–Ханина, оценка качества жизни (КЖ) по тесту Health Status Survey (SF-36).

Результаты. При поступлении в санаторий средний показатель реактивной тревоги по тесту Спилбергера–Ханина у пациентов в 1-й группе составил $30,1 \pm 1,3$ балла, во 2-й – $28,7 \pm 1,3$ балла, в 3-й – $26,5 \pm 1,2$ балла; средний показатель личностной тревоги (ЛТ) в 1-й группе составил $46,5 \pm 1,4$ балла, во 2-й – $43,8 \pm 1,3$ балла, в 3-й – $44,2 \pm 1,3$ балла. При выписке из санатория выявлены достоверные различия в показателях ЛТ между 1 и 2-й группами, а также между 2 и 3-й. По тесту SF-36 показатели КЖ во всех группах до лечения существенно не отличались. В конце реабилитации в 1-й группе по тесту SF-36 показатели КЖ увеличились по сравнению с началом лечения по шкале «жизнеспособность». Во 2-й группе показатели КЖ увеличились по сравнению с началом лечения по шкалам: «общее состояние здоровья», «влияние физического состояния на ролевое функционирование», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», «самооценка психического здоровья». В 3-й группе было отмечено повышение показателей по шкалам: «общее состояние здоровья», «влияние физического состояния на ролевое функционирование», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», «самооценка психического здоровья».

Заключение. Применение тредмил-тренировок в отдельности и в сочетании с сеансами биологической обратной связи способствует улучшению показателей КЖ у больных с ИМ.

ЛЕЧЕНИЕ ХСН И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Инспра®
эплеренон
снижает риск,
сохраняет жизнь!

При
постинфарктной
сердечной
недостаточности,

А теперь и при
хронической сердечной
недостаточности,
добавь Инспру,
сохрани жизнь!

МОЖНО ЛИ СДЕЛАТЬ БОЛЬШЕ?

Инспра® – первый и единственный селективный блокатор рецепторов альдостерона в России^{1,2}:

- Улучшает прогноз выживаемости
- Снижает риск смертности
- Уменьшает возможную частоту госпитализаций

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ИНСПРА®
Торговое название: Инспра®, Международное непатентованное название: эплеренон, Регистрационный номер: ЛСР-004052/10. Фармакологические свойства: эплеренон обладает высокой селективностью в отношении минералокортикоидных рецепторов у человека в отличие от глюкокортикоидных, прогестероновых и андрогенных рецепторов и препятствует связыванию минералокортикоидных с альдостероном – ключевым гормоном ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), который участвует в регуляции артериального давления (АД) и патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний.
Показания к применению: Инфаркт миокарда: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов со стабильной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса < 40 %) и клиническими признаками сердечной недостаточности после перенесенного инфаркта миокарда.
Хроническая сердечная недостаточность: в дополнение к стандартной терапии, с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II функционального класса по классификации NYHA, при дисфункции левого желудочка (фракция выброса < 35 %).
Противопоказания: повышенная чувствительность к эплеренону или другим компонентам препарата; клинически значимая гиперкалиемия; содержание калия в сыворотке крови в начале лечения более 5,0 ммоль/л; умеренная или тяжелая почечная недостаточность (КК < 30 мл/мин) у пациентов с ХСН по II ФК по классификации

NYHA; тяжелая печеночная недостаточность (более 9 баллов по классификации Чайлд-Пью); одновременный прием калийсберегающих диуретиков, препаратов калия или сильных ингибиторов изофермента CYP3A4, например итраконазола, кетоконазола, ритонавира, неффинавира, кларитромицина, телитромицина и нефазодона; редкие наследственные заболевания, такие как непереносимость лактозы, дефицит лактазы и синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы; концентрация креатинина в плазме крови >2,0 мг/дл (или >177 мкмоль/л) у мужчин или >1,8 мг/дл (или >159 мкмоль/л) у женщин; опыт применения препарата у детей в возрасте до 18 лет нет, поэтому его назначение пациентам этой возрастной группы не рекомендуется. С осторожностью: сахарный диабет 2-го типа и микроальбуминурия; пожилой возраст; нарушения функции почек (КК менее 50 мл/мин); одновременное применение эплеренона и ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II, сильных индукторов изофермента CYP3A4; препаратов, содержащих литий; циклоспорина или такролимуса; дигоксина и варфарина в дозах, близких к максимальным терапевтическим. Не следует применять тройную комбинацию ингибитора АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II с эплеренон. Способ применения и дозы: внутрь, независимо от приема пищи. Стартовая доза – 25 мг один раз в сутки, титрация через 4 недели с учетом концентрации калия в сыворотке крови до 50 мг один раз в сутки. Применение при беременности и в период грудного вскармливания: Сведений о применении препарата у беременных нет. Препарат следует применять с осторожностью и только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери значительно превышает возможный риск для плода/ребенка.

Возможное нежелательное влияние эплеренона на новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, неизвестно, поэтому целесообразно или прекратить кормление грудью, или отменить препарат, в зависимости от его важности для матери. Побочное действие: Наиболее частые нежелательные явления, которые могли быть связаны с лечением: гиперкалиемия, дегидратация, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, головноекружение, обморок, инфаркт миокарда, снижение АД, кашель, тошнота, диарея, запор, нарушение функции почек, кожный зуд, судороги в икроножных мышцах ног, мышечно-скелетные боли. Форма выпуска: Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг или 50 мг по 14 таблеток в блистере; по 2 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. По 10 таблеток в блистере; по 2, 3, 5, 10 или 20 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. Срок годности: 3 года. Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Инспра®, ЛСР-004052/10-150714.
2. Pflü B, Remme W, Zannad F, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-2.



... мгновения, проведенные с близкими —
это счастье неповторимых эмоций...



Реклама

ОРИГИНАЛЬНЫЙ РОЗУВАСТАТИН

КРЕСТОР

ОБЪЕДИНЯЕТ ПОКОЛЕНИЯ¹

Крестор® — единственный* статин, доказавший
снижение общей смертности в первичной профилактике
сердечно-сосудистых заболеваний¹

AstraZeneca 

*По данным исследований статинов по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (JUPITER, WOSCOPS, ASCOT-LLA)
¹Ridker P et al. N Eng J Med 2008; 359: 2195-2207. Имеются противопоказания. Ознакомьтесь с инструкцией.
Информация предназначена для медицинских работников. ООО «АстраЗенка Фармасьютикалз», 125284 Москва, ул. Беговая, 3, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 799-56-99, факс: +7 (495) 799-56-98, www.astrazeneca.ru CRE_46 816 011_22/07/13

ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата для медицинского применения Регистрационный номер: П N015644/01 Состав Каждая таблетка содержит активного вещества: розувастатина 10, 20 или 40 мг в виде розувастатина кальция. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** гиполипидемическое средство - ГМГ-КоА редуктазы ингибитор. **Терапевтический эффект** развивается в течение одной недели после начала терапии препаратом Крестор®, через 2 недели лечения достигает 90% от максимально возможного эффекта. Максимальный терапевтический эффект обычно достигается к 4-ой неделе терапии и поддерживается при регулярном приеме препарата. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** * Первичная гиперхолестеринемия по Фредриксону (тип IIa, включая семейную гетерозиготную гиперхолестеринемию) или смешанная гиперхолестеринемия (тип IIb) в качестве дополнения к диете, когда диета и другие немедикаментозные методы лечения (например, физические упражнения, снижение массы тела) оказываются недостаточными. * Семейная гомозиготная гиперхолестеринемия в качестве дополнения к диете и другой гиполипидемизирующей терапии (например, ЛПНП-аферез), или в случаях, когда подобная терапия недостаточно эффективна. * Гипертриглицеридемия (тип IV по Фредриксону) в качестве дополнения к диете. * Для замедления прогрессирования атеросклероза в качестве дополнения к диете у пациентов, которым показана терапия для снижения концентрации общего ХС и ХС-ЛПНП. * Первичная профилактика основных сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта, артериальной реваскуляризации) у взрослых пациентов без клинических признаков ИБС, но с повышенным риском ее развития (возраст старше 50 лет для мужчин и старше 60 лет для женщин, повышенная концентрация С-реактивного белка (≥ 2 мг/л) при наличии, как минимум одного из дополнительных факторов риска, таких как артериальная гипертензия, низкая концентрация ХС-ЛПВП, курение, семейный анамнез раннего начала ИБС). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** Для таблеток 5 мг, 10 мг и 20 мг: * повышенная чувствительность к розувастатину или любому из компонентов препарата; заболевания печени в активной фазе, включая стойкое повышение сывороточной активности трансаминаз и любое повышение активности трансаминаз в сыворотке крови (более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы) выраженные нарушения функции почек (КК менее 30 мл/мин)* миопатия. * одновременный прием циклоспорина * у женщин: беременность, период лактации, отсутствие адекватных методов контрацепции * пациентам, предрасположенным к развитию митохондрических осложнений * непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу) Для таблеток 40 мг: * повышенная чувствительность к розувастатину или любому из компонентов препарата * одновременный прием циклоспорина * у женщин: беременность, период лактации, отсутствие адекватных методов контрацепции * заболевания печени в активной фазе, включая стойкое повышение сывороточной активности трансаминаз и любое повышение активности трансаминаз в сыворотке крови (более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы) пациентам с факторами риска развития миопатии/рабдомиолиза, а именно: * почечная недостаточность средней степени тяжести (КК менее 60 мл/мин) * гипотиреоз * гипотиреоз * личный или семейный анамнез мышечных заболеваний * миотоксичность на фоне приема других ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы или фибратов в анамнезе * чрезмерное употребление алкоголя * состояния, которые могут привести к повышению плазменной концентрации розувастатина * одновременный прием фибратов * пациентам азиатской расы * непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция (препарат содержит лактозу) **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ** Внутрь, не разжевывая и не измельчая таблетку, проглатывать целиком, запивая водой. Препарат может назначаться в любое время суток независимо от приема пищи. Рекомендуемая начальная доза для пациентов, начинающих принимать препарат, или для пациентов, переведенных с приема других ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы, должна составлять 5 или 10 мг препарата Крестор® 1 раз в сутки. Пожилые пациенты: Не требуется коррекции дозы. Пациентам с умеренными нарушениями функции почек рекомендуется начальная доза препарата 5 мг. При назначении доз 10 и 20 мг рекомендуемая начальная доза для пациентов монголоидной расы составляет 5 мг. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ** Побочные эффекты, наблюдаемые при приеме препарата Крестор®, обычно выражены незначительно и проходят самостоятельно. Как и при применении других ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, частота возникновения побочных эффектов носит, в основном, дозозависимый характер. Совместное применение розувастатина и итраконазола (ингибитора изофермента CYP3A4) увеличивает AUC розувастатина на 28% (клинически незначимо). Таким образом, не ожидается взаимодействия, связанного с метаболизмом цитохромом P450. СРОК ГОДНОСТИ 3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. КРЕСТОР® — товарный знак, собственность группы компаний АстраЗенка. ©ASTRAZENECA 2010


КРЕСТОР®
розувастатин
объединяет поколения