

ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1996 г.

Том 15

2

2010

Редакционная коллегия

Главный редактор Р.Р. ШИЛЯЕВ
Зам. главного редактора В.В. ЧЕМОДАНОВ
Ответственный секретарь Е.К. БАКЛУШИНА
Ответственный секретарь Е.А. КОНКИНА

В.Ф. БАЛИКИН, И.К. БОГАТОВА, Р.М. ЕВТИХОВ,
Л.А. ЖДАНОВА, С.И. КАТАЕВ, С.Е. ЛЬВОВ, И.Е. МИШИНА,
А.Е. НОВИКОВ, А.И. РЫВКИН, В.Б. СЛОБОДИН

Редакционный совет

Р. АПЕЛЬТ (Германия)	А.И. МАРТЫНОВ (Москва)
Н. АРСЕНИЕВИЧ (Сербия)	Л.С. НАМАЗОВА (Москва)
А.А. БАРАНОВ (Москва)	Ю.В. НОВИКОВ (Ярославль)
Г.И. БРЕХМАН (Израиль)	А.Н. НОВОСЕЛЬСКИЙ (Иваново)
А.Ф. ВИНОГРАДОВ (Тверь)	А.И. ПОТАПОВ (Москва)
Н.Н. ВОЛОДИН (Москва)	Л.М. РОШАЛЬ (Москва)
Ю.Е. ВЫРЕНКОВ (Москва)	Н.Ю. СОТНИКОВА (Иваново)
В.В. ГУБЕРНАТОРОВА (Иваново)	К.В. СУДАКОВ (Москва)
Е.И. ГУСЕВ (Москва)	В.Д. ТРОШИН (Нижний Новгород)
Б.Н. ДАВЫДОВ (Тверь)	В.И. ФЕДОРОВ (Иваново)
М. ДЖУРАН (Сербия)	В.В. ШКАРИН (Нижний Новгород)
В.А. КУЗНЕЦОВА (Иваново)	Д. ЧАНОВИЧ (Сербия)
В.З. КУЧЕРЕНКО (Москва)	

Решением президиума Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки РФ от 19 февраля 2010 г.
журнал “Вестник ивановской медицинской академии”
рекомендован для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук
<http://vak.ed.gov.ru>

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования
<http://elibrary.ru>

Адрес редакции журнала:

153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
Телефоны: (4932) 32-50-42, 32-95-74
E-mail: rioivgma@mail.ru

Зав. редакцией *С.Г. Малытина*

Свидетельство о регистрации
№ 013806 от 13 июня 1995 г.
Выдано Комитетом Российской Федерации по печати

Подписной индекс агентства «Роспечать»: 66007

Редакторы *С.Г. Малытина, Е.Г. Бабаскина*
Компьютерная верстка *ИПК «ПресСто»*

Подписано в печать 08.04.2010 г. Формат 60x84/8.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,9.
Уч.-изд. л. 9. Тираж 500 экз. Заказ 49

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
153012, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307
Тел.: (4932) 30-42-91, 30-43-07, 22-95-10

Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний

Хроническая сердечная недостаточность вследствие ишемической болезни сердца: предикторы однолетней выживаемости	7
Опыт работы городского первичного отделения острых нарушений мозгового кровообращения	8
Динамика количественных показателей острой цереброваскулярной патологии за пятилетний период (по данным МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Иванова)	9
Анализ случаев повторных инсультов по данным стационарного регистра острых нарушений мозгового кровообращения	10
Анализ смертности от мозгового инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний в Липецкой области	11
Значение выявления и коррекции гипотиреоза у больных с метаболическим синдромом	12
Анализ диспансерного наблюдения за пациентами с ишемической болезнью сердца	13
Эффективность динамического наблюдения пациентов с артериальной гипертонией	14
Факторы риска ангиопатий на разных стадиях нарушения углеводного обмена	15
Медицинская и медико-социальная эффективность кардиоверсии при фибрилляции предсердий	16
Влияние недостаточности питания на качество жизни и прогноз у пациентов с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью	17
Ведение больных с хронической ревматической болезнью сердца в клинической практике	18
Частота сердечно-сосудистых заболеваний и факторы риска их развития у больных с ревматоидным артритом	19
Эффективность контроля сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторной практике	20

Сердечно-сосудистые катастрофы

Особенности течения острого коронарного синдрома у больных пожилого и старческого возраста	21
--	----

Вариабельность ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда при наличии жизнеспособных сегментов в зоне поражения	22
Одновременное развитие инфаркта миокарда и мозгового инсульта	24
Опыт системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте в первичном отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения	25
Особенности клиники острых нарушений мозгового кровообращения на фоне артериальной гипертензии у больных с шейным остеохондрозом	26
Оценка физической активности у больных, перенесших инфаркт миокарда, на отдаленном этапе наблюдения	26
Течение хронической ишемии мозга у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом после церебрального инсульта	28
Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с ишемическим инсультом	29

Совершенствование диагностики и лечения артериальной гипертензии и других сердечно-сосудистых заболеваний

Типы ремоделирования левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией	31
Взаимосвязь показателей физической работоспособности и структурно-функциональных изменений миокарда у женщин с артериальной гипертензией	32
Показатели артериографии у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией, осложненной хронической сердечной недостаточностью, в зависимости от типа дисфункции левого желудочка	33
Диагностика поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии	34
Характеристика факторов риска и поражения органов-мишеней у больных гипертонической болезнью, их динамика на фоне адекватной антигипертензивной терапии	35
Возрастные особенности эластичности артерий у пациентов, страдающих артериальной гипертензией	36
Маркеры повреждения сосудистой стенки на ранних стадиях нарушения углеводного обмена	37
Гемореологические параметры у больных метаболическим синдромом	38

· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2
· " № 2	· " "				
Изменение гемореологических показателей у больных с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа в зависимости от состояния липидного обмена 40					
· " № 2	· " № 2	· " "			
Влияние метаболического синдрома на течение первичного локального остеоартроза коленных суставов и качество жизни у женщин пожилого возраста 41					
· " № 2	· " "				
Динамика артериального давления и эластических свойств сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом по результатам отдаленных наблюдений 42					
· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2		
Роль чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца в диагностике и вторичной профилактике атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии 44					
· " № 2	· " № 2	· " "			
Диагностическое значение холтеровского мониторирования электрокардиограммы у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий 45					
· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " "		
Клинико-функциональные особенности пароксизмальной формы фибрилляции предсердий у женщин в постменопаузе 47					
· " № 2	· " "				
Механизмы психологической защиты и типы отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертензией 48					

Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков

· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " "
Гормонально-метаболические нарушения и артериальная гипертензия у детей с висцеральным ожирением 50				
· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " "
Состояние мнестической деятельности и уровень стресса у подростков с артериальной гипертензией 51				
· " № 2	· " "			
Особенности сердечно-сосудистой системы и регуляции ее состояния у детей с различными формами низкорослости 52				
· " № 2	· " "			
Особенности липидного спектра у детей с различными формами низкорослости 53				
· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " "	
Использование психофизической тренировки в коррекции нейроциркуляторной дистонии у подростков 54				

Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний

· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " № 2	· " "
Оценка эффективности дифференцированного профилактического вмешательства в форме «школ здоровья» в условиях организованного коллектива сотрудников 56				
· " № 2	· " № 2	· " "		
Клиническое применение амприлана у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 57				

Особенности антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью в период пневмонии	58
Динамика уровня С-реактивного белка на фоне терапии фенофибратом у больных сахарным диабетом 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией	59
Частота применения бета-адреноблокаторов для лечения стабильной стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста	60
Эффективность урежающей терапии при стабильных формах ишемической болезни сердца	61
Эндотелиальная функция у пациентов с ишемической болезнью сердца при консервативном или оперативном лечении	62
Влияние диуретической терапии на электролитный баланс крови и частоту возникновения желудочковых нарушений ритма сердца у больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности	63
Возможности комплексной коррекции липидного профиля у больных с метаболическим синдромом, перенесших тромбоз сосудов глаза	64
Влияние регулярных физических нагрузок на активность тромбоцитов у молодых лиц с высоким нормальным артериальным давлением	65

**Селезнев С.В.*,
Якушин С.С.,**

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

ЕА Á Á КÁ È { æð/КÁ•ç•^/^\: } ^ç О * { æð/È& [{

Ишемическая болезнь сердца является причиной сердечной недостаточности в 40–70% случаев. Для больных с множественным поражением коронарных артерий, увеличенными полостями сердца, клиническими симптомами хронической сердечной недостаточности был предложен термин «ишемическая кардиомиопатия». Согласно последнему определению ишемической кардиомиопатии, принадлежащему G.M. Felker et al., данное заболевание диагностируется у пациентов, имеющих инфаркт миокарда в анамнезе, и/или доказательство гибернирующего миокарда, и/или, при проведении ангиографии, тяжелое атеросклеротическое поражение коронарных артерий в сочетании с сердечной недостаточностью с систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) < 35–40%).

В 2006 г. Американской ассоциацией сердца предложено научное положение о современных определениях и классификации кардиомиопатий, в котором термин «ишемическая кардиомиопатия» был исключен из классификации кардиомиопатий, т.к. подразумевает под собой «заболевание миокарда и нарушение его функции, которое непосредственно является следствием других сердечно-сосудистых нарушений (таких как... атеросклероз коронарных артерий), приводящих к ишемическому повреждению миокарда вследствие снижения коронарного кровотока». В октябре 2007 г. опубликована позиция рабочей группы Европейского общества кардиологов по заболеваниям миокарда и перикарда, согласно которой кардиомиопатия – это «повреждение миокарда, при котором имеются структурные и функциональные аномалии сердечной мышцы при отсутствии коронарной болезни сердца, гипертензии, клапанных поражений, врожденных заболеваний сердца».

Таким образом, термин «ишемическая кардиомиопатия» в настоящее время некорректно применять для характеристики пациентов с ишемической болезнью сердца и выраженной дисфункцией миокарда, поэтому в нашей работе использован термин «хроническая сердечная недостаточность ишемического генеза» с оговоркой, что будут иметься в виду пациенты с нарушением систолической функции левого желудочка.

В настоящее время представляется актуальным изучение неблагоприятного прогноза при хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемического генеза и выявление больных с высоким риском смертельного исхода, в большой степени нуждающихся в применении высокотехнологичных методов лечения, таких как постановка ресинхронизирующих устройств, кардиовертеров, пересадка сердца, имплантация искусственного левого желудочка.

В доступной литературе отсутствуют сведения об однолетней выживаемости при ХСН ишемического генеза, в связи с чем представляется актуальным определение предикторов неблагоприятного прогноза при ХСН данной этиологии в течение одного года с целью отбора пациентов для лечения высокотехнологичными методами.

Цель исследования – определить предикторы неблагоприятного прогноза в течение одного года у пациентов, страдающих ХСН ишемического генеза.

Под наблюдением находились 84 пациента с ХСН ишемического генеза, обследование которых включало УЗИ сердца, мониторингирование ЭКГ по Холтеру с анализом вариабельности ритма сердца.

Повторный контакт с больными или их родственниками происходил через 1 год. Учитывались смерти от всех причин.

Средний возраст пациентов – 62 ± 9 лет, 82% мужчин. За время наблюдения (в среднем 12 месяцев) умерли 16 человек (однолетняя выживаемость составила 80%). Все больные были рандомизированы на 2 группы: умершие и выжившие. 10 больных умерли внезапно, в 2 случаях причиной летального исхода явился фатальный инфаркт миокарда, в 2 – декомпенсация ХСН, в 1 случае – тромбоэмболия легочной артерии, в 1 – острое нарушение мозгового кровообращения и в 1 – инфекционное осложнение сахарного диабета.

Умершие и выжившие пациенты достоверно не отличались по возрасту, полу. Функциональный класс ХСН по NYHA был достоверно выше у умерших больных, отрицательная предсказуемая значимость определена при 3–4 функциональном классе ХСН (NYHA) ($p = 0,0005$). Из лекарственных средств умершие достоверно чаще получали верошпирон, сердечные гликозиды, диуретики, что связано с более выраженной ХСН в данной группе пациентов. При сравнении результатов УЗИ сердца выявлена предсказуемая отрицательная ценность следующих эхокардиографических показателей: конечный диастолический размер левого желудочка 7,4 см и более ($p = 0,049$), левого предсердия 5,0 см и более ($p = 0,0028$), ФВ $\leq 35\%$ ($p = 0,046$). Анализ дан-

ных мониторингования ЭКГ по Холтеру показал, что обе группы достоверно не различались ни по средней частоте сердечных сокращений за все время наблюдения, ни по среднему числу желудочковых экстрасистол за 1 час наблюдения. В нашей выборке отсутствовали различия во встречаемости желудочковых нарушений ритма высоких градаций у выживших и умерших, в том числе у внезапно умерших больных. Анализ вариабельности ритма сердца показал отрицательную прогностическую значимость $SDNN < 90$ мс, ($p = 0,037$), что характеризует относительное увеличение тонуса симпатической нервной системы и снижение общей вариабельности ритма сердца у умерших пациентов.

Таким образом, предикторами смерти при ХСН ишемического генеза в течение одного года явились: 3–4 функциональный класс ХСН по NYHA, конечный диастолический размер левого желудочка 7,4 см и более, левого предсердия 5,0 см и более, ФВ $\leq 35\%$, $SDNN < 90$ мс.

Больным, имеющим предикторы неблагоприятного прогноза при ХСН ишемического генеза, рекомендуется изменение тактики ведения (постановка кардиовертера, дефибриллятора, аортокоронарное шунтирование и другие виды оперативного лечения).

Линьков В.В.^{*1},
Мишина И.Е.²,
Новиков А.Е.³,
Андреев А.Г.⁴,
Лебедева Л.В.⁴,
Точенов М.Ю.⁴

А А А А А А
А А А А А А
А А А А А А

¹ Кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ Кафедра неврологии, нейрохирургии, функциональной и ультразвуковой диагностики им. проф. Е.М. Бурцева ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

⁴ МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, Постышева, 57/3

ЕА А А КА^Е {æä/КÁ/ß} \ [çççç О {æä/É/!

Необходимость создания единой системы медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) провозглашена Национальной программой «Снижение смертности от сосудистых заболеваний в Российской Федерации» на 2008–2010 годы в связи

с высокой заболеваемостью и смертностью от мозгового инсульта.

Целями создания этой системы являются уменьшение заболеваемости ОНМК, оптимизация оказания медицинской и социальной помощи, снижение смертности, летальности и инвалиди-

Останина О.Н.*

ГУЗ «Областная больница № 2», 398050 г. Липецк, ул. Ленина, д. 35

EÁ Á Á KÁ ĚKÁÇ I Ī IGDÁG ĪĚGGĚJ Ī

Мозговой инсульт занимает одно из главных мест в структуре причин общей смертности в мире и в Российской Федерации. По данным различных регистров инсульта, смертность от мозгового инсульта в различных регионах нашей страны составляет от 1,75 до 3,2 на 1000 населения, причем по данным официальной статистики она в 2 раза меньше, чем по данным статистики патолого-анатомических вскрытий. 35–50% больных с инсультом умирают в течение года с момента его возникновения. Важную роль в снижении смертности от мозгового инсульта играет первичная и вторичная профилактика, и на первом месте стоит контроль артериального давления.

Цель настоящего исследования – изучить взаимосвязь уровня смертности больных с мозговым инсультом и сердечно-сосудистыми заболеваниями и выявляемости артериальной гипертензии (АГ) (на примере Липецкой области).

Проведен анализ годовых отчетов кардиологов из четырёх районов Липецкой области, участвующих в реализации программы «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии» на 2002–2008 гг., а также 120 амбулаторных карт умерших (по 30 в каждом районе) и оперативной

информации ГУЗОТ «Медицинский информационно-анатомический центр» за 2008 год (табл.).

Из таблицы видно, что показатели заболеваемости АГ во всех районах значительно ниже, чем по Российской Федерации в целом. Указанный факт свидетельствует о недостатках в работе первичного звена здравоохранения по выявлению лиц с повышенным артериальным давлением. Кроме того, прослеживается обратная зависимость смертности от мозговых инсультов от выявляемости АГ среди населения: чем больше пациентов с повышенным артериальным давлением выявлено и взято на диспансерное наблюдение, тем их меньше умирает от мозговых инсультов. Лучшая выявляемость АГ в 2008 году по сравнению с ее уровнем в 2007 году привела к снижению смертности от мозговых инсультов в трёх районах области.

Таким образом, для уменьшения смертности от мозгового инсульта жителей Липецкой области необходимо продолжить работу по улучшению выявляемости АГ в рамках областной программы «Профилактика, диагностика и лечение АГ», а также совершенствовать диспансерное наблюдение за больными АГ.

Таблица. Смертность от мозгового инсульта в четырёх районах Липецкой области (на 1000 населения) за 2008 год

	i			
1	110,5	146,6	10,0	1,8
2	93,9	119,1	12,1	0,5
3	72,9	50,3	9,8	3,12
4	78	78	13,2	4,17

**Куренева Т.С.*,
Романенко И.А.,
Будникова Н.В.,**

А А Э
А А Э
А А

Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

ЕА А А КА ÈÁ ÌÈÆ ÎËÏËÏËÏËÏ

Актуальность проблемы тщательного метаболического контроля сахарного диабета 2 типа (СД 2) определяется очень высокими темпами роста заболеваемости и большим числом случаев его несвоевременного выявления. Более половины пациентов, страдающих СД 2, остаются неучтенными, поскольку они не знают о своем заболевании, не обращаются за помощью. При запаздывании диагностики, отсутствии адекватной терапии, необходимой коррекции углеводного и липидного обменов, артериальной гипертензии у больных быстро прогрессируют кардиоваскулярные осложнения, которые являются основной причиной их перехода на инвалидность и смерти.

Под нашим наблюдением находились 106 больных в возрасте 36–65 лет (26 мужчин и 80 женщин) с длительностью СД 2 от нескольких месяцев до 15 лет. Время дебюта заболевания у них установить было трудно, так как большинство пациентов (70%) обращались к врачу уже с наличием осложнений (микро-, макроангиопатии, нейропатии и др.). У 90% больных имелось абдоминальное ожирение 1 и 2 степени (индекс массы тела в среднем составил 36,5 кг/м²), у 85% – артериальная гипертензия, у 60% – дистальная сенсорная нейропатия с расстройством болевой, тактильной, температурной чувствительности по типу «носков», «перчаток», у 15% – нефропатии в стадии микроальбуминурии.

Кроме классических составляющих метаболического синдрома, у 38% обследованных (28 женщин и 12 мужчин) были выявлены симптомы гипотиреоза: нарастание сухости кожных покровов, зябкости, гипотермии, снижения памяти, мнестико-интеллектуальных функций, запоры – которые до поступления в стационар расценивались врачами разных специальностей как «возрастные изменения». При этом гипотиреоз была верифицирован у 18 больных (повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) до 7,0–11,2 мЕд/л и содержание свободного тироксина (Т4) ниже 8,5 пмоль/л), а субклинический гипотиреоз – у 22 больных (показатели ТТГ – в пределах 5,5–6,2 мЕд/л при нормальных значениях свободного Т4). При этом

объем щитовидной железы (по данным УЗИ) и уровень антител к тиреопероксидазе находились в пределах возрастных норм.

У всех больных в процессе лечения изучались показатели гликемии, уровня гликированного гемоглобина, липидного обмена, системы свертывания крови, реовазографии. Проводилось ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей, консультации невролога, офтальмолога. Лечение включало рациональную низкокалорийную диету (1600 ккал/сут), курс лечебной физкультуры, адекватную сахароснижающую терапию (метформин, препараты сульфонилмочевины, а при отсутствии компенсации – добавление инсулина средней продолжительности действия или полный перевод на интенсивную инсулинотерапию). При наличии гипотиреоза применялся эутирокс с начальной дозой 25 мкг/сут. Лицам старше 60 лет избегали назначения больших доз тиреоидных препаратов, учитывая наличие нарушений в состоянии сердечно-сосудистой и костной систем в постменопаузальном периоде. Для достижения целевых показателей артериального давления (не выше 130/80 мм рт. ст.) все больные получали бета-адреноблокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина II, ингибиторы АПФ, при необходимости – в комбинации с индапамидом, кардиоцитопротекторами, аспирином. При сочетании СД 2 с артериальной гипертензией, избыточной массой тела у женщин после наступления менопаузы хороший гипотензивный эффект достигался назначением физиотенза. Для улучшения показателей липидного обмена (уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, триглицеридов) помимо статинов в ряде случаев применялся фенофибрат.

В процессе лечения в эндокринологическом стационаре ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» у большинства больных (88%) удалось снизить массу тела, достичь компенсации СД и эутиреоидного состояния, стабилизировать артериальное давление и улучшить изучаемые лабораторные показатели. Гликемия у большинства пациентов в начале лечения составляла

12 ± 1,8 ммоль/л, а при выписке из стационара – 6,0 ± 0,2 ммоль/л; уровень общего холестерина – соответственно 7,6 ± 0,4 и 5,9 ± 0,5 ммоль/л; содержание холестерина ЛПВП в процессе лечения повысилось с 1,3 ± 0,4 до 1,7 ± 0,3 ммоль/л; триглицеридов – с 3,2 ± 0,5 до 1,9 ± 0,4 ммоль/л, ТТГ у всех пациентов был ниже 4,2 мЕд/л. У обследуемых с гипотиреозом и железодефицитной

анемией выявлена положительная динамика количества эритроцитов: с 2,9 ± 0,4 до 3,4 ± 0,2 · 10¹²/л, гемоглобина – с 85 ± 9,3 до 110 ± 6,3 г/л.

Таким образом, у значительной части больных с метаболическим синдромом (38% обследованных) кроме СД 2 выявлено снижение функции щитовидной железы, взаимосвязанное с обменными нарушениями.

**Сухорослова Т.А.,
Рачкова С.А.,
Романчук С.В.,**

ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

ЕА А А КА ЕКАÇ I JHGDÁHGĒ Í ĬĚFF

Цель работы – оценить эффективность лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), находящихся на диспансерном наблюдении в течение года. Оперативные методы лечения ИБС: стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование (АКШ), чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТБКА) – сегодня играют важную роль в лечении стенозирующего коронаросклероза, а коронаровентрикулография (КВГ) является перспективным современным методом диагностики ИБС. Однако консервативная тактика ведения пациентов с ИБС на практике показывает не меньшую эффективность.

Всего в 2009 г. под диспансерным наблюдением в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова находились 572 пациента с ИБС. Мужчины в возрасте 40–60 лет составили 80,8%, женщины 50–69 лет – 19,2%. Работающих пациентов было 69%, пенсионеров – 14,5%, безработных и инвалидов соответственно по 8,2%.

Под наблюдение взяты 360 больных с инфарктом миокарда (ИМ), из них оперированы 51,7%. Преобладали крупноочаговые ИМ задней локализации (47,1% случаев) и мелкоочаговые ИМ передней локализации (54,1%). В 66,3% случаев проведено экстренное стентирование, в 16,6% – плановое, в 7,5% – ЧТБКА, в 4,3% – АКШ. При КВГ в 70% случаев выявлялось двух- и трехсосудистое поражение.

Под диспансерное наблюдение взято 163 пациента со стабильной стенокардией и высокой степенью коронарной недостаточности по данным нагрузочного тестирования, у 77% из них при ле-

чении применены инвазивные методы. Двух- и трехсосудистое поражение выявлено у 89% больных. При плановой КВГ проводилось 61,3% операций реканализации коронарных сосудов. Доля АКШ составила 20,9%.

Стабильная стенокардия с высокой степенью коронарной недостаточности после плановых операций сохранялась у 30,2% пациентов, перенесших ИМ, стенокардия I–II функционального класса (ФК) – у 52,8%. По результатам нагрузочного тестирования стенокардия отсутствовала у 17% больных.

После экстренных операций по поводу ОКС высокая степень коронарной недостаточности выявлена в 15,4% случаев, стенокардия I–II ФК – в 54,5%, стенокардия отсутствовала у 30,1% пациентов.

Повторный ИМ в течение года зарегистрирован в 4,3% случаев. Потребность в повторной КВГ составила 18,8%.

После плановых операций стенокардия III ФК сохранялась у 29,8% больных, II ФК – у 41,9%, I ФК – у 17,3%. Стенокардия отсутствовала только у 11% пациентов. В течение периода наблюдения острый ИМ выявлен в 3,7% случаев, рестенозы стентов при повторной КВГ – у 5,5% больных.

Средний срок временной нетрудоспособности пациентов, перенесших крупноочаговый ИМ, составил 83,3 дня, мелкоочаговый ИМ – 68,1 дня, стабильную стенокардию – 47 дней. Необходимо отметить, что в указанные сроки проводилось оперативное и санаторно-курортное лечение. В

пертонии (стенокардия напряжения – у 8, инфаркт миокарда – у 2, ишемический инсульт – у 2).

В итоге улучшение самочувствия достигнуто в 47,4% случаев, состояние без перемен было в 43,7%, ухудшение самочувствия – в 8,9%, в том числе 3 человека получили III группу инвалидности.

Установлено, что рекомендации по первичной профилактике артериальной гипертонии в 2009 г.

выполняли только 23,7% наблюдаемых. При этом отказались от курения 6 (6,3%) человек, соблюдали рекомендованную диетотерапию – 29 (21,5%), увеличил физическую активность – 41 (30,4%).

За год наблюдения целевой уровень общего холестерина был достигнут в 37,4% случаев, АД – в 42,2%. Осложнения артериальной гипертонии у данной категории лиц не зарегистрированы.

**Романенко И.А.,
Полятыкина Т.С.,
Будникова Н.В.*,
Белова Г.В.**

А А Е
А А Е
А А Е

Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздравра», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

ЕА А А КА ЕКА ÆÆGÈHFÏËËËFI

Метаболический синдром (МС) – комплекс взаимосвязанных клиничко-биохимических нарушений (различные нарушения углеводного обмена (НУО), артериальная гипертония, дислипидемия, ожирение), являющийся важной клинической и социальной проблемой современной медицины, так как каждая из его составляющих представляется угрозой здоровью и жизни значительной части населения. Вопрос о пусковых механизмах и сроках развития сосудистых осложнений у больных МС на сегодняшний день остается открытым.

Целью нашего исследования стал анализ факторов риска сосудистых осложнений (ангиопатий) у пациентов с МС на разных стадиях НУО.

Обследовано 178 пациентов с клиническими и доклиническими (лабораторными) признаками НУО. Диагностика сахарного диабета 2 типа (СД 2) и других НУО осуществлялась в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Пациенты были разделены на группы: первая группа – больные СД 2 со стажем заболевания $6,7 \pm 1,1$ года (34 человека, средний возраст – $55,9 \pm 1,7$ года), вторая – лица с впервые диагностированным СД 2 (92 человека, средний возраст – $53,3 \pm 0,9$ года), третья – пациенты с доклиническими НУО, включающими нарушение гликемии натощак, толерантности к глюкозе (52 человека, средний возраст – $48,1 \pm 1,6$ года). Контрольная (четвертая) группа состояла из 41 практически здорового донора крови (средний возраст – $43,2 \pm 1,6$ года).

Проведенные лабораторные исследования включали: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови (уровень общего холестерина, триглицеридов, β -липопротеидов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), креатинина, мочевины, K^+ , Ca^+ , Na^+); определение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови натощак и после еды или нагрузки глюкозой в цельной капиллярной крови; концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

В соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2006) оценивались средние показатели факторов риска развития сосудистых осложнений (уровень гликозилированного гемоглобина, гликемии натощак и после еды, общего холестерина, холестерина ЛПНП и ЛПВП, триглицеридов, артериального давления) по группам в зависимости от стадии НУО.

Выявлено, что у пациентов с длительно существующим СД 2 перечисленные показатели в 85–90% случаев свидетельствовали о высоком и умеренном риске ангиопатий. Исключением стало содержание HbA1c и триглицеридов, которое соответствовало низкому риску (у 65,2% и 37% пациентов соответственно).

Главными маркерами высокого риска развития ангиопатий являлись гликемия натощак (94,2%) и

Воробьев А.Н.*

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

ЕА Á Á КÁ^È {æä}КÁÇ [! [à ^ ç æ } О * {æä}È& [{

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) характеризуется тяжелым течением, значительной частотой госпитализаций и неуклонным прогрессированием даже на фоне адекватной терапии.

Низкий индекс массы тела (ИМТ) является одним из главных независимых факторов риска повторных госпитализаций и смертности больных с ХСН. Однако белково-энергетическая недостаточность у них часто остается незамеченной, поскольку ее диагностика до сих пор связана с определенными трудностями, а похудание кажется неважным в сравнении с другими серьезными симптомами. Нутритивный статус пациента с ХСН характеризуют не только общая масса тела (МТ), но и ее составляющие – жировая (ЖМТ) и тощая (ТМТ) массы тела. Нужно учитывать, что больные ХСН часто имеют повышенную МТ из-за избыточного развития подкожно-жировой клетчатки и отечного синдрома и одновременно сниженную массу мышечной ткани.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости синдрома недостаточности питания у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН, а также оценка его влияния на прогноз и качество жизни (КЖ).

Обследовались пациенты с ИБС и ХСН, поступившие в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер.

Проводилась оценка питательного статуса путем:

а) измерения МТ и вычисления индекса МТ (ИМТ) по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / (\text{рост})^2 (\text{м}^2);$$

МТ сравнивалась с рекомендуемой МТ (РМТ), вычисляемой по формуле Европейской ассоциации нутрициологов:

$$\text{РМТ} = \text{Р} - 100 - (\text{Р} - 152) \times (\text{мужчины} - 0,2, \text{женщины} - 0,4), \text{ где Р} - \text{рост в см};$$

б) определения ЖМТ и ТМТ по методу Durnin – Womersley. Оценка ТМТ проводилась в сравнении с должной ТМТ, которая условно принималась равной 70% и более от РМТ;

в) определения содержания в сыворотке крови общего белка, альбумина, абсолютного числа лимфоцитов.

ИБС и ХСН диагностировали согласно российским национальным рекомендациям «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (2008).

КЖ определяли с использованием «Краткого вопросника для оценки статуса здоровья» (SF-36) и Миннесотского опросника для оценки качества жизни больных с ХСН.

Всего было обследовано 1104 пациента (52,4% мужчин и 47,6% женщин) в возрасте от 32 до 84 лет (в среднем $61,3 \pm 8,9$ года) с различными клиническими формами ИБС и ХСН. Больные распределились по функциональным классам (ФК) ХСН следующим образом: I ФК – 162 (14,7%), II ФК – 539 (48,8%), III ФК – 361 (32,7%), IV ФК – 42 (3,8%) человека.

43,6% пациентов (481 человек) имели какие-либо признаки гипотрофии, в том числе 134 – только лабораторные, 227 – только антропометрические, а 119 – и лабораторные, и антропометрические. 262 (23,8%) пациента имели признаки гипотрофии 1 степени, 127 (11,5%) – 2 степени, 92 (8,3%) – 3 степени (кахексии).

Число пациентов с низким ИМТ было значительно меньше, чем со сниженной ТМТ. Так, 31% больных ХСН имели сниженную ТМТ и всего лишь 14,4% – сниженный ИМТ. Полученные результаты показывают, что с повышением ФК ХСН закономерно снижается ТМТ: у больных с начальной ХСН (I–II ФК) ТМТ составила в среднем $78,4 \pm 3,8\%$ от рекомендуемой, в то время как у лиц с выраженной ХСН (III–IV ФК) – $57,3 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$).

По результатам двухгодичного наблюдения была отмечена достоверно большая частота и продолжительность госпитализаций больных, имевших нарушение питательного статуса. Основными причинами госпитализации явились отек легких, сердечная астма, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, гипертонический криз. В основной группе отмечена и тенденция к повышению смертности.

сердечная недостаточность имела место у 26% пациентов, инфаркт миокарда – у 2,5%, острые нарушения мозгового кровообращения – у 1,5%.

Установлена распространенность факторов риска ССЗ. Отягощенная наследственность выявлена у 19,6% больных с РА и ССЗ и 7% лиц без ССЗ; курение имело место соответственно у 11,0 и 4,0%, гиподинамия – у 37,0 и 14,0%, стрессы – у $38 \pm 4,6$ и $25,0 \pm 4,5\%$.

В группе пациентов с РА без ССЗ боли за грудной отмечали 7,2% пациентов, боли в сердце – 17,5%, головные боли – 13,4%, одышку – 19,6%, перебои в работе сердца – 6,2%, сердцебиение – 18,6%, головокружение – 11,3%.

Систолическое артериальное давление (АД) составило $134,02 \pm 1,5$ мм рт. ст. у лиц с РА без ССЗ и $148,3 \pm 2,22$ мм рт. ст. у больных РА с ССЗ, диа-

столическое АД – соответственно $84,02 \pm 0,98$ и $89,01 \pm 1,2$ мм рт. ст.; окружность талии – $90,1 \pm 1,4$ и $93,9 \pm 1,2$ см, ИМТ – 26,7 и 28,2 кг/м².

При оценке лабораторных показателей установлено, что содержание глюкозы в крови было на уровне $4,65 \pm 0,06$ ммоль/л, фибриногена – $4,8 \pm 0,12$ г/л, общего холестерина – $5,0 \pm 0,98$ ммоль/л, триглицеридов – $1,4 \pm 0,06$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности – $1,32 \pm 0,03$ ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – $3,74 \pm 0,08$ ммоль/л.

Таким образом, можно предположить, что у пациентов с РА имеет место раннее развитие АГ и ИБС; характерные для гипертонии средние цифры систолического и диастолического АД, увеличенная окружность талии, избыточная масса тела и повышенный уровень холестерина ЛПНП.

**Романчук С.В.¹,
Атрошенко И.Г.²,
Назарова О.А.^{*3},
Шутемова Е.А.¹,**

А А Е
А А Е
А А Е

¹ ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

² Департамент здравоохранения Ивановской области, 153009, Иваново, Батурина, 8

³ Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

ЕА А А КА^Е {æä|КÁ [æ]æ :æ / [çæ О {æä|Е! ~

В последнее время в кардиологии получены неопровержимые доказательства эффективности рекомендуемых средств лечения и вторичной профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). К сожалению, разработанные рекомендации по их использованию до сих пор не в полной мере внедрены в практику.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность контроля АГ и ИБС – основных ССЗ.

Проведено обследование 714 больных пожилого возраста (в среднем $65,27 \pm 0,87$ года) с установленным диагнозом АГ или ИБС на базе поликлинического отделения центральной районной больницы Ивановской области. Более половины (59,31%) пациентов имели инвалидность. Регулярно наблюдались 70,3%.

Более чем у 70% включенных в исследование была диагностирована гипертоническая болезнь

II–III стадии с сердечно-сосудистым риском IV степени. Хроническую ИБС в форме стенокардии II–III функционального класса имели 50,8%. Более чем 50% пациентов измеряли артериальное давление ежедневно, 12,31% больных вели дневник артериального давления.

Обследованным назначены все рекомендованные при АГ и ИБС лекарственные препараты. Постоянно принимали лекарственные средства 89,5% пациентов, однако терапия была эффективна менее чем в 10% случаев. Причинами этого являлись использование неэффективных доз препаратов, недостаточное применение комбинированной терапии при АГ, а также лекарственных средств, влияющих на прогноз пациентов с ИБС.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть востребованы при разработке программ оптимизации помощи больным основными ССЗ.

Довгалюк Ю.В.*¹,
 Михайловская Т.В.¹,
 Березин М.В.²,
 Мишина И.Е.¹,
 Мазанко О.Е.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, 57/3

ЕА́ Á Á КÁ^È { æð/КА ~ ½ ~Èá О { æð/È! ~

За последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа больных ишемической болезнью сердца (ИБС) пожилого и старческого возраста. Почти 75% всех смертей, связанных с ИБС, случаются у лиц старше 65 лет.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры, характера течения, особенностей лекарственной терапии и исходов острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалом для исследования послужили истории болезни 1401 пациента, проходивших обследование и лечение в специализированном кардиологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иванова в 2007 г. У каждого больного проанализированы данные анамнеза (факторы риска, сердечно-сосудистая и сопутствующая патология); клиническая картина при поступлении в стационар (объективный статус, биохимические и инструментальные показатели); консервативная терапия на госпитальном этапе и препараты, рекомендуемые при выписке из стационара; исходы заболевания (летальность, осложнения во время госпитализации, результаты стресс-теста, наличие сердечной недостаточности, количество повторных госпитализаций по поводу обострения ИБС за один год).

Среди всех больных, госпитализированных с ОКС, доля пациентов пожилого и старческого возраста составила 77%. В возрастной категории старше 60 лет преобладали женщины (60–74 лет – 59,4%, старше 75 лет – 72,3%).

Почти 20% больных старческого возраста, как показал анализ структуры ОКС, перенесли повторный инфаркт миокарда, что более чем в 2 раза

превышало аналогичный показатель в группе пациентов до 59 лет. Среди пациентов с ОКС старше 60 лет выявлено достоверно большее число лиц с сахарным диабетом, артериальной гипертензией, дислипидемией. У пожилых больных достоверно чаще ОКС протекал на фоне бронхообструктивной патологии (11,4%), дисциркуляторной энцефалопатии II–III стадий (61,3%), хронической почечной недостаточности I–II стадии (21%), анемии легкой и средней степени (7,5%), доброкачественной гиперплазии предстательной железы (1,5%). Пожилые больные достоверно реже подвергались оперативному лечению ИБС (менее 1%).

При анализе показателей эхокардиографии установлено, что фракция выброса у пациентов старческого возраста оказалась достоверно ниже (50,3%), а размер левого предсердия достоверно больше (64,7 мм) аналогичных показателей в группе больных моложе 60 лет (54,8% и 52,7 мм соответственно, $p < 0,05$). У пожилых пациентов стресс-тест проводился почти в 5 раз реже (10%), а признаки ишемии выявлялись значительно чаще (67,2%), чем у больных среднего возраста (50,5 и 55,7% соответственно, $p < 0,05$). По результатам нагрузочного теста более половины пациентов с ОКС старше 60 лет имели низкую толерантность к физической нагрузке, тогда как в группе моложе 60 лет число таких больных не превышало 10%.

При анализе течения ОКС оказалось, что частота встречаемости кардиогенного шока у больных ОКС старших возрастных групп, перенесших инфаркт миокарда, достигала 19,6% (среди пациентов моложе 60 лет – 7,6%). Нарушения ритма регистрировались почти в 3 раза чаще у больных ОКС старше 75 лет (9,1%), чем у лиц моложе

60 лет (3,8%). К моменту выписки из стационара более 40% пожилых больных и 66% больных старше 75 лет имели III и IV функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности.

Оценка лекарственной терапии, проводимой в стационаре и рекомендуемой при выписке, показала: у больных ОКС старших возрастных групп достоверно чаще использовались ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты альдостерона и сердечные гликозиды, что, вероятно, было связано с сопутствующей застойной сердечной недостаточностью. У пациентов с ОКС старше 60 лет достоверно реже применялись β -адреноблокаторы и статины.

Летальность больных ОКС пожилого и старческого возраста в 3 раза превышала таковую в группе пациентов моложе 60 лет. Случаи повторной госпитализации в течение 1 года регистрировались у каждого второго пациента пожилого и старческого возраста (48,6 и 51,2% случаев соответственно), при этом ведущей причиной повторного поступления в стационар во всех воз-

растных группах являлась нестабильная стенокардия. Вместе с тем, у пациентов старше 60 лет был достоверно выше процент госпитализаций по поводу повторного инфаркта миокарда (16%) в течение года по сравнению с более молодыми пациентами (4,2%).

Таким образом, ОКС у больных пожилого и старческого возраста чаще протекает на фоне исходной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, приводит к большей частоте развития осложнений (кардиогенного шока, нарушений ритма сердца) и застойной хронической сердечной недостаточности высоких ФК, а также повторных госпитализаций и случаев повторного инфаркта миокарда. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости коррекции медикаментозной терапии пациентов пожилого и старческого возраста на амбулаторном этапе их ведения в сторону назначения препаратов, улучшающих прогноз заболевания: β -адреноблокаторов, статинов, ингибиторов АПФ – периндоприла, рамиприла.

**Солнышков С.К.¹,
Новожилов А.Е.²**

¹ Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 22

ЕА А А Е

Вариабельность ритма сердца (ВРС) считается признанным критерием неинвазивной оценки особенностей функционирования вегетативной нервной системы. Ранее установлено, что некоторые показатели ВРС, измеренные в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ), являются предикторами таких неблагоприятных исходов, как смерть (в т.ч. внезапная и от сердечно-сосудистых заболеваний) и появление угрожающих жизни желудочковых аритмий. Клиническое и прогностическое значение ВРС у больных ИМ, получающих современную терапию, исследовано недостаточно, а имеющиеся данные противоречивы. В частности, не изучены особенности вегетативной регуляции сердечной деятельности после острого ИМ при наличии дисфункционального, но жизнеспособного миокарда (ЖМ) в зоне поражения.

Цель работы – оценить связь между параметрами ВРС и объемом ЖМ у больных ИМ в подостром периоде заболевания.

Обследовано 82 больных – 65 мужчин и 17 женщин в возрасте от 29 до 67 лет (в среднем $50,5 \pm 8,63$ года) с первым неосложненным ИМ с подъемом сегмента ST. Передняя локализация ИМ отмечена в половине случаев. Все пациенты получали антитромботические препараты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; большинство больных – статины. 16 пациентам (20%) был проведен системный тромболизис. ЖМ выявляли на 3-й неделе заболевания (в среднем на 14-е сутки) по данным стресс-эхокардиографии с добутамином по стандартному протоколу с применением малых (5–10 мкг/кг/мин) и больших (до 40 мкг/кг/мин)

доз препарата. За наличие ЖМ принималось улучшение локальной сократимости как минимум двух дисфункциональных сегментов левого желудочка при введении малых доз добутамина. До проведения стресс-эхокардиографии в тот же день оценивали ВРС по 5-минутным участкам ЭКГ в покое и при выполнении ортостатической пробы с помощью компьютерного комплекса «Полиспектр 12» (ООО «Нейрософт», Иваново). Рассчитывались общепринятые параметры временного и спектрального анализа ВРС. Бета-адреноблокаторы отменялись за 48 часов до исследования.

ЖМ выявлен у 40 пациентов (49%). Группы больных с наличием и отсутствием ЖМ были сопоставимы по возрасту, полу, частоте передней локализации ИМ, величине фракции выброса левого желудочка (в среднем 58 и 61% соответственно), индексу нарушения локальной сократимости левого желудочка ($1,46 \pm 0,22$ и $1,37 \pm 0,27$ соответственно), числу а- и дискинетичных сегментов ($1,6 \pm 1,96$ и $1,4 \pm 1,89$ соответственно) и оценке риска по шкале GRACE ($95 \pm 16,4$ и $92 \pm 14,4$ балла соответственно).

При исследовании ВРС в покое отмечена умеренная прямая корреляция только средних значений интервалов RR с числом жизнеспособных сегментов в зоне дисфункционального миокарда ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Достоверной связи других фоновых параметров ВРС с объемом ЖМ не выявлено. Напротив, при ортостатической пробе увеличение числа оживающих сегментов сопровождалось увеличением средней стандартных отклонений интервалов RR (SDNN), общей мощности спектра (TP) и мощности в области колебаний очень низкой частоты (VLF). Коэффициенты корреляции составили 0,26; 0,25 и 0,29 соответственно (все $p < 0,05$). У обследованных с боль-

шим объемом ЖМ (3–5 сегментов) в сравнении с лицами без ЖМ (0–1 сегмент) в ортостазе отмечены высокие значения SDNN ($40 \pm 6,4$ против $30 \pm 8,4$ мс; $p < 0,05$) и TP ($1542 \pm 411,7$ против $980 \pm 418,3$ мс², $p < 0,05$).

При расчете операционных характеристик диагностического метода оказалось, что показатель TP в ортостазе, равный 950 мс и более, обладает наилучшими среди других параметров чувствительностью, специфичностью и прогностической ценностью положительного результата для выявления ЖМ – 69, 64 и 66% соответственно.

Итак, у больных с первым неосложненным острым ИМ при наличии ЖМ в зоне поражения отмечается фоновая ВРС, сопоставимая по большинству параметров с таковой у пациентов без ЖМ. Тем не менее, ортостатическая проба выявляет более выраженную реакцию вегетативной нервной системы при наличии ЖМ. Высокие значения в ортостазе таких интегральных показателей ВРС, как SDNN и TP, свидетельствуют о лучшей сохранности вегетативного обеспечения сердечной деятельности у больных с ЖМ при стрессе. Полученные данные, однако, не позволяют сделать определенное заключение о преимущественном вкладе симпатического или парасимпатического отделов в регуляцию данного процесса. Учитывая невысокую чувствительность и специфичность параметров ВРС, исследованных по коротким фрагментам ЭКГ, диагностические возможности использованной методики оценки ВРС для прогнозирования объема ЖМ у больных ИМ следует считать ограниченными. Не исключено, что для решения данной задачи требуется оценка ВРС в комбинации с другими электрофизиологическими параметрами работы миокарда.

Челышева И.А.*, доктор медицинских наук
Мазанко О.Е.,
Герасимова Ю.А.

¹ Кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

ЕА

А А

КА ЕКАНГЕІІЕЕІ

Сердечные заболевания – важнейший фактор риска развития нарушений мозгового кровообращения. По данным НИИ неврологии РАМН, у 67% пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, присутствует та или иная кардиальная патология. Наличие инфаркта миокарда (ИМ) осложняет течение мозгового инсульта, являясь прогностически неблагоприятным фактором.

Цель исследования – установить клинические особенности сочетания инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

Изучены все случаи одновременного развития ИМ и инсульта у больных, находившихся на стационарном лечении в нейрососудистом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново в течение календарного года.

ИМ одновременно с инсультом встречался среди стационарных больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения с частотой 2,09% (11 человек). Средний возраст больных с сочетанием ИМ и инсульта составлял $72,2 \pm 14,9$ года.

ИМ диагностирован клинически лишь в 3 случаях; по данным патолого-анатомического вскрытия – в 2 случаях; у остальных больных – по данным ЭКГ. Первоочередность развития ИМ удалось точно установить лишь у 2 больных, причем в том и другом случае имели место повторные ИМ. У остальных пациентов явной клинической картины ИМ не было, и судить о первоочередности кардиального или церебрального процесса не представлялось возможным.

Все больные поступили в стационар более чем через 3 часа от начала инсульта. В большинстве случаев диагностирован ишемический инсульт в левом каротидном бассейне (63,6%). В клинической картине преобладала тяжелая неврологическая очаговая симптоматика, жалоб на боли в сердце не было ни у одного пациента. Причем следует отметить, что у 4 больных имелось психомоторное возбуждение (36,4%), а у 2 произошел судорожный припадок. Нарушение сознания (сопор-кома) при поступлении наблюдалось у 3 больных.

Параклиническое обследование у всех пациентов выявило тахикардию (частота сердечных сокращений – $91,2 \pm 15,8$ уд./мин), гипергликемию ($7,14 \pm 1,9$ ммоль/л), повышение гематокрита, признаки гиперкоагуляции. Артериальная гипертензия при поступлении обнаружена у большинства больных (81,8%). Гипертермия и высокая скорость оседания эритроцитов имели место у 45,4% пациентов. Летальный исход наступил у всех больных в течение первых 10 суток, чаще на 6–7-й день после госпитализации.

Как видим, при одновременном развитии инфаркта миокарда и инсульта доминирует картина тяжелого инсульта с выраженной очаговой, а у ряда больных и общемозговой симптоматикой, характерными изменениями лабораторных показателей, свидетельствующими о тяжести сердечно-сосудистой катастрофы, что в целом является прогностически неблагоприятным и предопределяет фатальный исход.

**Точенов М.Ю.¹,
Чельшева И.А.^{*2},
Линьков В.В.²,
Апенкин Д.С.¹,
Завалий Л.Б.¹**

¹ МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

² Кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

ЕА́ Á Á КÁ ÈÇ / JHGÁHGÈÎ / È€ Î

Тромболитическая терапия (ТЛТ) только начинает завоёвывать свои позиции в неврологии. Сегодня в странах Западной Европы ТЛТ назначается 10–20% больных с ишемическим инсультом. Согласно данным систематического обзора рандомизированных контролируемых исследований (ASK, 1996; ECASS, 1995; Haley E.C. et al., 1993; JTSG, 1993; MAST-I, 1995; Mori E. et al., 1992; NINDS, 1995 и др.), выполненного по методике Cochrane Stroke Review Group, назначение тромболитических препаратов значительно снижает риск смерти или инвалидности – в 70 случаях на 1000 леченых больных. Однако при ТЛТ статистически достоверно повышается частота смертельных внутримозговых кровоизлияний (до 6% по сравнению с 1% в группе контроля). Тем не менее при правильном отборе больных применение тромболитика может быть оправданным, поскольку общее снижение летальности и инвалидности значительно.

Цель исследования – изучить результаты ТЛТ, проведенной больным с ИИ.

Были изучены все случаи назначения ТЛТ лицам с ИИ, находившимся на стационарном лечении в первичном отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения МУЗ ГKB № 3 г. Иванова в 2009 г.

Всего в 2009 г. в отделение госпитализировано 988 больных с ИИ, из них лишь 244 (24,7%) пациента – в первые 3 часа от начала инсульта. Показаниями к ТЛТ считали: ИИ, визуализированный по данным компьютерной томографии; возраст от 18 до 80 лет; срок не более 4,5 часов от начала заболевания; отсутствие значительного клинического улучшения перед началом ТЛТ. Тромболитический препарат проведен 82 пациентам (8,3%) (43 мужчинам и 39 женщинам). Большинство пациентов было старше 50 лет (93,9%), из них 30 (36,6%) – в возрасте от 70 до 79 лет, один – до 40 лет и 4 (4,8%) – до 50 лет.

Гипертоническая болезнь до развития инсульта была диагностирована в 100% случаев. Большинство пациентов при поступлении в стационар имели систолическое артериальное давление выше 180 мм рт. ст., которое перед проведением ТЛТ медикаментозно снижалось. При ТЛТ использовался рекомбинантный тканевый активатор плазминогена (rt-PA – Актилизе®, «Берингер Ингельхайм») в дозе 0,9 мг/кг, 10% дозы вводилось струйно, остальная доза – через инфузомат в течение 60 минут. После проведенной ТЛТ полное восстановление утраченных функций наступило более чем у половины больных – у 44 (53,7%) пациентов, улучшение – у 20 (24,4%). При этом выписано домой с полной независимостью в повседневной жизни (самообслуживание) 53 (76,8%) человека. У 5 (6,09%) больных эффекта от проведенной терапии не наблюдалось, 13 (15,8%) пациентов умерли. Анализ показал, что летальный исход чаще (61,5%) наблюдался у больных старше 70 лет. При этом у 9 из 13 (69,2%) причиной стала геморрагическая трансформация инсульта, в том числе у 6 из 9 – паренхиматозное кровотечение. Геморрагическая трансформация инсульта после ТЛТ наступила у 14 (17,07%) пациентов, несмотря на это, улучшение наступило у 4 (28,6%) из них.

Таким образом, на сегодняшний день в первичном отделении для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения МУЗ ГKB № 3 г. Иванова частота ТЛТ составляет менее 10% (8,3%), что связано с поздней госпитализацией больных и наличием противопоказаний, которые не позволяют проводить ТЛТ более широко. Восстановление и улучшение состояния после ТЛТ наступило у 78% пациентов, что говорит в пользу дальнейшего его использования. Однако имеющиеся случаи летальных исходов, чаще связанных с геморрагической трансформацией инсульта, требуют от врачей более жесткого отбора больных для лечения данным способом.

EUROASPIRE I, II, явно недостаточно учитываются в практическом здравоохранении.

Целью настоящего исследования, проводимого в рамках EUROASPIRE III, явилось изучение отдаленных результатов стационарного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), а также анализ частоты встречаемости и уровней кардиоваскулярных факторов риска, оценка эффективности вторичной профилактики у этих пациентов на отдаленном этапе. Одним из критериев эффективности данной профилактики на отдаленном этапе явилась оценка уровня физической активности пациентов.

В исследование включены 278 пациентов обоего пола с ишемической болезнью сердца, находившихся на стационарном лечении по поводу ИМ в ФГУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” и Московском областном кардиологическом центре (г. Жуковский) не менее 6 месяцев и не более 3 лет до включения в исследование. Из исследования исключены лица с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, психическими расстройствами, наркотической или алкогольной зависимостью. Критерием исключения также являлся отказ пациента от исследования.

Физические нагрузки на протяжении многих лет используются с реабилитационными целями после ИМ с подъемом сегмента ST. Физические тренировки в рамках программ реабилитации способны улучшать функцию эндотелия, тормозить прогрессирование коронарного атеросклероза, улучшать коллатеральный кровоток и в конечном счете приводить к снижению летальности лиц с ишемической болезнью сердца. Следует подчеркнуть, что, помимо влияния на летальность, физические тренировки могут давать и другие благоприятные эффекты, в частности приводить к увеличению переносимости физических нагрузок, улучшению функции сердечно-легочной системы, повышению качества жизни. Согласно европейским и национальным рекомендациям по лечению больных ИМ с подъемом сегмента ST, необходимы умеренные физические нагрузки по 30 минут в день по крайней мере 3–5 раз в неделю.

Уровень физической активности пациентов на отдаленном этапе определяли как небольшой

(без увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС), одышки, потоотделения, например, прогулочная ходьба), умеренный (неутомляющие длительные физические нагрузки, например, велосипедные прогулки) и значительный (с увеличением ЧСС, одышкой, потоотделением, например, бег трусцой, активное плавание, длительные велосипедные прогулки). Учитывалась также регулярность физических нагрузок (число выполнений в течение недели) и приверженность к физическим тренировкам, исчисляемая в месяцах.

Подавляющее большинство пациентов – 92,95% (145) – оценили уровень своей физической активности как небольшой (не сопровождающийся увеличением ЧСС, частоты дыхания). 6,12% (8) больных указали, что выполняли физическую нагрузку с увеличением ЧСС длительностью не менее 20 минут 2 раза в неделю и чаще. Хотя эта группа пациентов была крайне малочисленной, регулярная физическая активность в большей степени характерна для мужчин – 6,38% (7), чем для женщин – 3,23% (2) ($p < 0,01$).

Полученные результаты опроса пациентов продемонстрировали низкую мотивацию к выполнению регулярных физических упражнений и увеличению физической активности у большинства больных. Так, высказали намерение придерживаться регулярных физических нагрузок 83,33% (130) пациентов, хотели бы поддерживать регулярную физическую активность в течение ближайших 6 месяцев 14,74%. Никто из опрошенных не сообщил о намерении приступить к выполнению регулярных физических тренировок в течение ближайших 30 дней. Мужчины чаще по сравнению с женщинами собирались придерживаться регулярной физической активности – 21,28% (20) и 4,84% (3) ($p < 0,01$). В целом не высказывали намерения придерживаться регулярной физической активности 77,66% (73) мужчин и 91,94% (57) женщин ($p < 0,01$).

Таким образом, на отдаленном этапе лечения (в среднем 21 месяц наблюдения после перенесенного ИМ) у большинства пациентов отмечен крайне низкий уровень физической активности и мотивации к выполнению регулярных физических нагрузок.

первой группы, у 48 (17,02%) – второй ($p < 0,05$). В клинической картине инсульта преобладали проявления поражения низшего уровня (прежде всего, дисфункция афферентных систем) у 10 (20,83%) пациентов первой группы, у 54 (19,15%) – второй ($p > 0,05$). Симптомы поражения среднего уровня преобладали у 28 (58,33%) лиц первой группы, у 130 (46,10%) – второй ($p > 0,05$). Клиника нарушений высшего уровня была ведущей у 4 (8,33%) человек первой группы, у 31 (10,99%) – второй ($p > 0,05$). Психогенные нарушения стояния отмечались у 22 (45,83%) пациентов первой группы, у 3 (1,06%) – второй ($p < 0,001$). Как видно, у лиц с

СД достоверно чаще встречались двигательные нарушения ($p < 0,05$) и психогенные нарушения стояния по сравнению с больными без СД.

Через год после инсульта быстрое нарастание симптоматики дисциркуляторной энцефалопатии отмечено у 5 (10,42%) пациентов первой группы, у 31 (10,99%) – второй ($p > 0,05$). У лиц первой группы ухудшение проявлялось в виде нарушения ночного сна, снижения переносимости физических нагрузок, нарастания интенсивности головнокружения. За год наблюдения умерла 1 (2,08%) пациентка первой группы и 8 (2,84%) больных – второй ($p > 0,05$).

Михайловская Т.В.¹,
Мишина И.Е.*¹,
Довгалюк Ю.В.¹,
Васильев В.В.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, 57/3

ЕА Á Á КÁ^È {æä/КÁ {â•@â}æËâ/â}æ О {æä/È/˘

Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из наиболее серьезных медико-социальных проблем во всем мире и занимают одно из первых мест среди причин смерти и инвалидности. В России ежегодно возникает 400–450 тысяч инсультов, из которых более 75% приходится на долю ишемического варианта заболевания. В настоящее время инсульт рассматривается как клинический синдром острого сосудистого повреждения головного мозга, являющийся исходом различных по характеру патологических состояний системы кровообращения. Острая стадия ишемического инсульта сопровождается функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, определяющими высокую вероятность возникновения патологических изменений в серд-це. С другой стороны, кардиальная патология может являться самостоятельным фактором, способствующим редукции мозгового кровотока, и приводить к дополнительному ухудшению церебральной гемодинамики.

Цель настоящего исследования – дать характеристику сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) во взаимосвязи с оценкой состояния магистральных артерий головного мозга и динамикой восстановления неврологического дефицита.

Обследовано 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин) с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, последовательно поступавших в отделение реанимации и интенсивной терапии МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иванова на 1–4-е сутки заболевания. Возраст больных варьировал от 46 до 91 года, составив в среднем $69,3 \pm 9,06$ года.

Всем пациентам проведены клиничко-неврологическое и нейропсихологическое обследования, электрокардиография, ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование магистральных артерий головы. У 12 больных осуществлялась трансторакальная эхокардиография. Для верификации диагноза выполнялась компьютерная томография головного мозга в первые сутки заболевания, а также при ухудшении состояния. Степень выраженности неврологических нарушений определялась по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) в динамике (при поступлении в стационар и на 18–20-й день болезни).

В соответствии с критериями TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) определены патогенетические подтипы ИИ: с атеротромботичес-

ким инсультом оказалось 11 (36,7%) пациентов, с кардиоэмболическим инсультом – 4 (13,2%), с гемодинамическим инсультом – 2 (6,7%), лакунарным инсультом – 8 (26,7%), с неуточненным патогенетическим подтипом – 5 (16,7%). В четырех случаях наблюдался повторный инсульт (13,3%).

По данным анамнеза и клинического обследования у 29 пациентов с ИИ (96,7%) диагностирована гипертоническая болезнь. 72,4% больных (21 человек) страдали ишемической болезнью сердца (ИБС). Из них постинфарктные изменения левого желудочка имели 38,1% пациентов, клиника стенокардии III–IV функциональных классов наблюдались у 4 (19%) больных, нарушения сердечного ритма (фибрилляция предсердий (ФП), частая желудочковая экстрасистолия, регулярная форма трепетания предсердий, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада) регистрировались у 18 (60%) пациентов. ФП неревматической этиологии наблюдалась у 12 обследованных (66,7% от числа страдающих аритмиями), у 8 человек она носила постоянный, у 4 – пароксизмальный характер. При этом в последней группе у 3 больных на момент госпитализации зарегистрирован пароксизм ФП и проведена медикаментозная кардиоверсия. Симптомы хронической сердечной недостаточности, обусловленные ИБС и гипертонической болезнью, были диагностированы у 27 пациентов (90% от общего числа больных). Из них на момент поступления признаки сердечной декомпенсации выявлялись у 17 (63%) человек. У двух пациентов имели место симптомы острой сердечной недостаточности.

Гемодинамически незначимый стеноз магистральных артерий головы (атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет сосуда менее 70%), одинаково часто диагностировался как среди пациентов с ИБС (52,4%), так и среди больных

без коронарной патологии (57,1%). Гемодинамически значимый стеноз, составляющий более 70% просвета магистральных артерий головы, достоверно чаще определялся у пациентов без ФП (62,5 против 25%, $p = 0,024$).

При оценке тяжести ИИ с помощью шкалы NIHSS на 14-е сутки заболевания оказалось, что неврологический дефицит был недостоверно более выраженным у пациентов с ИБС по сравнению с таковым у больных, не имеющих коронарной патологии ($13,8 \pm 3,0$ против $11,3 \pm 3,8$ балла). В группах пациентов с постоянной формой ФП и синусовым ритмом в остром периоде ИИ регистрировалось примерно одинаковое количество баллов по шкале NIHSS ($13,2 \pm 3,6$ и $13,0 \pm 3,2$ соответственно). Однако к моменту выписки на этап амбулаторной реабилитации (на 18–20-е сутки от начала инсульта) пациенты с синусовым ритмом по сравнению с больными с ФП имели лучшие показатели восстановления утраченных неврологических функций: усредненные показатели по шкале NIHSS в первой группе в среднем уменьшились на $8,06 \pm 1,95$, во второй – на $3,85 \pm 1,07$ балла ($p < 0,05$).

Таким образом, наличие сердечно-сосудистых заболеваний является не только важным патогенетическим фактором в развитии ишемического инсульта, но также оказывает влияние на степень и темпы восстановления неврологических нарушений.

Для обеспечения успеха программы восстановления данной категории больных целесообразна выработка индивидуальных подходов к разработке реабилитационных мероприятий с тщательным контролем основных кардиологических показателей. В постинсультном периоде оптимальным является совместное ведение пациента неврологом и терапевтом.

Можейко М.Е.,
Рябихин Е.А.*

А А А А А А

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн, 150047, г. Ярославль, ул. Угличская, д. 40

ЕА А А КА Е {æä/КА! ^æäi^ç* О ^æ}â^çÉ! ~

Артериальной гипертонией (АГ) страдают до 80% лиц старших возрастных групп. Развитие сердечно-сосудистых осложнений связано с поражением органов-мишеней, в частности сердца. Поэтому актуальным является уточнение динамики ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у лиц, страдающих АГ, в пожилом и старческом возрасте.

Цель настоящего исследования – изучить типы ремоделирования миокарда левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с АГ.

Обследовано 106 пациентов (средний возраст – $73,7 \pm 7,8$ года), которые были разделены на 2 группы: I – 49 больных в возрасте до 75 лет, II – 57 пациентов 75–90 лет. Офисное измерение АД и эхоКГ проводились больным однократно. Определяли конечный систолический и диастолический размеры и объемы, толщину задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу и межжелудочковой перегородки, фракцию выброса, относительную толщину стенок, массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и диастолическую функцию ЛЖ, оценивая трансмитральный кровоток (Е/А). Дополнительно проводили доплеровское исследование сонных артерий с определением толщины комплекса интима – медиа (КИМ).

Достоверных различий между уровнями артериального давления в анализируемых группах не получено. Относительная толщина стенок ЛЖ у лиц I группы составила $0,45 \pm 0,04$; у лиц II – $0,44 \pm 0,04$. Нормальную геометрию ЛЖ в I группе имели 12,2% пациентов, во II – 7,1% больных. Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 65,3% пациентов I группы и у 84,2% больных – II. В I группе преобладала концентрическая гипертрофия – у 36,7% обследованных. Эксцентрическую гипертрофию ЛЖ имели 28,5% больных. Во II группе чаще имела место эксцентрическая гипертрофия

ЛЖ (у 49,1% больных). Концентрическая гипертрофия была выявлена у 35,0% обследуемых. Концентрическая гипертрофия ЛЖ и концентрическое ремоделирование в обеих группах в основном встречались у женщин. В I группе женщин с концентрической гипертрофией и ремоделированием ЛЖ составили 62,1%, во II – 76%. У мужчин преобладала эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Среди всех пациентов с эксцентрической ГЛЖ было 64,2% мужчин, в I группе – 71,4%, во II – 60,7%. Корреляционный анализ обнаружил достоверную связь ($p < 0,05$) возраста с конечным диастолическим ($r = 0,42$) и систолическим ($r = 0,47$) объемами, толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,28$), ММЛЖ ($r = 0,36$), ИММЛЖ ($r = 0,31$), Е/А ($r = -0,33$).

Исследование сонных артерий с помощью дуплексного сканирования было выполнено для дополнительного выявления поражения органов-мишеней у пациентов обеих групп. Толщина КИМ у лиц I группы составила $1,06 \pm 0,26$ мм. Не обнаружено утолщения КИМ у 9 (18,4%) пациентов. КИМ 0,9 мм и более имел место у 40 (81,6%) пациентов, причем у 11 (22,4%) обнаружены атеросклеротические бляшки. У больных II группы толщина КИМ составила $1,12 \pm 0,26$ мм. Не установлено утолщения КИМ у 3 (5,3%) пациентов, КИМ 0,9 мм и более выявлен у 54 (94,7%) человек, причем у 19 (33,3%) обнаружены атеросклеротические бляшки. Корреляционный анализ выявил достоверную связь ($p < 0,05$) толщины КИМ с возрастом ($r = 0,59$), толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,31$), ММЛЖ ($r = 0,4$), ИММЛЖ ($r = 0,45$), Е/А ($r = -0,42$).

Анализ полученных результатов подтвердил данные других исследователей о преобладании концентрического типа ремоделирования ЛЖ в течении АГ, по крайней мере до 75 лет. У лиц старческого возраста неизбежно возникает срыв

сонных артерий). Это позволяет рекомендовать включение определения СРПВ в алгоритм диагностики АГ. Данное исследование в качестве скринингового метода дает возможность выявить группу пациентов с повышенной СРПВ, что с высокой вероятностью свидетельствует о наличии у этих больных сердечно-сосудистого ремоделирования. Дальнейшему обследованию для верификации поражения органов-мишеней с использованием эхоКГ и ДС сонных артерий подлежат пациенты с повышенной СРПВ.

Для определения экономической целесообразности введения СРПВ в схему диагностического поиска сердечно-сосудистого поражения при АГ нами проведен клинико-экономический анализ предложенной схемы диагностики. При примене-

нии данного алгоритма потребность в таких ресурсоемких исследованиях, как эхокардиография и ДС сонных артерий, уменьшается соответственно в 2 и 3 раза, а общая стоимость обследования с целью выявления поражения органов-мишеней уменьшается в 1,4 раза.

Итак, учитывая меньшую затратность метода по сравнению с традиционными способами выявления сердечно-сосудистого ремоделирования и установленное диагностическое значение СРПВ, он может быть использован с целью оптимизации выявления поражения органов-мишеней у больных АГ. Особенно ценным этот метод может оказаться на амбулаторном этапе, где массовое проведение таких исследований, как эхоКГ и ДС сонных артерий, в настоящее время затруднено.

Кириченко М.В.*¹,

Назарова О.А.²,

Романчук С.В.¹,

¹ ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

² Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

ЕА Á Á КÁ È {æð/KÁ \á/á \G€€ Ĩ O ~æ}â^øÈ! ~

Клинических работ по изучению роли отдельных факторов риска (ФР) и их сочетания в течении гипертонической болезни (ГБ) и поражении органов-мишеней (ПОМ) достаточно, но данные их во многом противоречивы. В настоящее время нет единого мнения о распространенности таких ФР, как абдоминальное ожирение, повышение уровня С-реактивного белка (СРБ), фибриногена, дислипидемии. Не уточнены ФР, встречающиеся наиболее часто, что могло быть полезным для совершенствования алгоритма обследования больных ГБ. Неизвестна частота встречаемости некоторых вариантов ПОМ.

Цель исследования – изучить распространенность и взаимосвязь ФР и ПОМ у пациентов с ГБ и их динамику на фоне антигипертензивной терапии.

Обследовано 190 пациентов (100 мужчин и 90 женщин) в возрасте 18–65 лет (средний возраст – 46,4 ± 13,2 года) с ГБ I–II стадии, обратившихся в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново. Обследование пациентов и стратификация риска осуществлялись в соответствии с Рекомендаци-

ями ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии.

Из всех ФР наиболее часто встречающимся оказалось повышение индекса массы тела (у 85% обследованных), повышение содержания общего холестерина крови (у 75,8%) и липопротеидов низкой плотности (у 70,7%). Значительная часть пациентов имела в анамнезе ранних сердечно-сосудистых заболеваний (64%). Повышение уровня СРБ выявлено у 59,7% пациентов, фибриногена – у 58,0%, абдоминальное ожирение – у 44,9%. Среди пациентов, имеющих стратификационный уровень повышения содержания СРБ, у 7,3% показатель превышал 10 мг/л, что требовало исключения воспалительного или инфекционного процесса.

ПОМ выявлено у 82,7% обследованных. Признаки гипертонического ремоделирования сердца обнаружены у 64,4% пациентов. Из них повышение индекса массы миокарда до 125 г/м² и более у мужчин и до 110 г/м² и более у женщин имели 60,6% обследованных. Электрокардиографиче-

ские признаки гипертрофии миокарда встречались редко: увеличение коронарного произведения более 2440 мм·мс – у 10,9% пациентов, признак Соколова – Лайона – у 6,8%.

У 68,2% обследованных выявлены признаки сосудистого ремоделирования. Увеличение толщины комплекса интима – медиа более 0,9 мм или наличие атеросклеротической бляшки в сонных артериях установлены у 66,4% пациентов. Увеличение скорости пульсовой волны по сосудам эластического типа более 12 м/с встречалось лишь у 7,1% больных.

Признаки гипертензионной нефропатии отмечались чаще, чем поражение сердца, – у 81,4% больных. Из них самым частым было повышение альбуминкреатининового индекса до 22 мг/г и более у мужчин и до 31 мг/г и более у женщин (67,5% пациентов). Реже выявлялась микроальбуминурия в пределах 30–300 мг/сут. – у 53,5%. Повышение уровня сывороточного

креатинина в пределах 115–133 мкмоль/л у мужчин и 107–124 мкмоль/л у женщин встречалось реже других почечных признаков – в 6,4% случаев.

На фоне антигипертензивной терапии в течение 6 месяцев установлена положительная динамика отдельных маркеров ПОМ. Так, у 46,1% пациентов, имеющих стратификационный уровень микроальбуминурии, отмечалась нормализация показателя. У меньшей части больных (20%) снизился до нормы альбуминкреатининовый индекс. У 18,2% обследованных нормализовался индекс массы миокарда. Толщина комплекса интима – медиа стала ниже стратификационного уровня у 9,1% пациентов.

Таким образом, выявленные различия в частоте встречаемости отдельных поражений органов-мишеней позволяют оптимизировать алгоритм обследования больных артериальной гипертензией.

ž

Рябихин Е.А.*,
Можейко М.Е.,

Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн, 150047, г. Ярославль, ул. Углицкая, д. 40

ЕА Á Á КÁ È {æá|КÁ! ^æðî^ç * О ^æ) â^øÈ! ~

Основной причиной возрастных изменений артериального давления считается повышение ригидности и уменьшение эластичности крупных артерий. Важным представляется уточнение характеристик сосудов при артериальной гипертензии у лиц старших возрастных групп, сопоставление скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) с морфофункциональными изменениями сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования – провести сравнительную оценку жесткости сосудистой стенки у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией.

Обследовано 273 пациента (127 (46,5%) мужчин и 146 (53,5%) женщин) с ГБ I–II стадии, имеющих повышение артериального давления (АД) 1–2 степени. Возраст пациентов – 74,8 ± 8,1 года. В первую группу вошли лица пожилого возраста (60–74 года) – 141 пациент, во вторую – старческого (75–89 лет) – 132 человека. Средний возраст в первой группе – 67,6 ± 4,3 года, во второй – 81,7 ± 4,2 года.

Всем пациентам однократно проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике с определением массы миокарда левого желудочка по формуле Devereux и индекса массы миокарда левого желудочка. Жесткость артерий исследовалась методом сфигмографии на артериографе TensioClinic (Венгрия).

Достоверных различий в уровне систолического АД у пациентов не выявлено, однако показатели диастолического и пульсового АД достоверно различались ($p < 0,05$). При оценке эластических свойств более низкие значения СРПВ по аорте получены у пациентов первой группы. СРПВ ниже 9,7 м/с имела место у 56,7% больных первой группы и у 27,3% второй. СРПВ в первой группе составила $10,6 \pm 1,84$ м/с, во второй – $11,3 \pm 2,0$ м/с ($p < 0,05$). Индекс аугментации в аорте был минимальным у лиц первой группы – 13,5 (8,1; 15,6)% и достоверно отличался ($p < 0,05$) от такового у больных второй – 17,9 (10,1; 21,4)%.

Корреляционный анализ обнаружил достоверную связь ($p < 0,05$) СРПВ с возрастом ($r = 0,25$), толщиной задней стенки левого желудочка ($r = 0,28$), массой миокарда левого желудочка ($r = 0,36$), индексом массы миокарда ($r = 0,31$), Е/А ($r = -0,33$), систолическим АД ($r = 0,39$), средним АД ($r = 0,38$), пульсовым АД ($r = 0,33$).

Итак, у лиц старше 75 лет, страдающих АГ, снижение эластичности магистральных сосудов выявлялось чаще, чем у пожилых пациентов, несмотря на отсутствие достоверных различий между этими группами по уровню систолического артериального давления. Это свидетельствует

о более выраженных изменениях сосудов у лиц старческого возраста.

У пациентов пожилого и старческого возраста существует достоверная корреляционная связь между СРПВ и уровнем гипертрофии левого желудочка. Оценка эластических свойств сосудов методом сфигмографии на артериографе TensioClinic (Венгрия) у лиц старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертонией, позволит без использования дорогостоящих методов исследования с высокой вероятностью судить о степени поражения органов-мишеней (сосудов, сердца), а также улучшить качество диагностики кардиологических заболеваний.

Романенко И.А.*¹,
Андреева Д.В.²,
Будникова Н.В.¹,
Брико Н.И.³,
Дмитриева Н.Ф.³,

А А А Е
 А А А Е
 А А А Е
 А А А Е
 А А А Е

¹ Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Кафедра пропедевтики внутренних болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ Лаборатория по разработке новых технологий эпидемиологического надзора и профилактики инфекционных болезней ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова», 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

ЕА А А КА Е {æi/Kæ}ââi}æ O ^æ}â^æ!~

Одним из ключевых факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний является сахарный диабет (СД). По данным отечественных и зарубежных авторов, у пациентов с СД в 2–4 раза выше риск любого сердечно-сосудистого события. Установлено, что персистирующая гипергликемия способствует окислительному стрессу и ведет к нарушению функции эндотелия сосудов.

Цель исследования – оценить состояние эндотелия сосудов, выявить маркеры повреждения сосудистой стенки на разных стадиях нарушения углеводного обмена.

Обследовано 135 больных, которые разделены на группы: первая – 50 пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ); вторая – 60 больных с впервые выявленным СД 2 типа; третья – 25 пациентов с СД 2 типа со стажем. Всем больным, кроме комплекса общепринятых исследований, проводили определение содержания стабильных конечных продуктов NO – нитратов в плазме и

эритроцитах, уровня L-аргинина, количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦДЭ) и концентрации антител к гиалуроновой кислоте, входящей в состав базальной мембраны сосудистой стенки. Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты проведенных исследований показали, что содержание конечных метаболитов оксида азота – нитратов плазмы и эритроцитов – у больных с НТГ ($1,79 \pm 0,15$ и $0,93 \pm 0,09$ ммоль/л соответственно) достоверно ($p < 0,05$) превышало их содержание в контроле ($1,19 \pm 0,05$ и $0,59 \pm 0,03$ ммоль/л соответственно). Аналогичные показатели у пациентов второй группы ($2,18 \pm 0,11$ и $1,37 \pm 0,12$ ммоль/л соответственно) достоверно ($p < 0,05$) превышали таковые не только в контроле, но и в группе больных с НТГ. У обследованных с длительным течением СД 2 типа отмечено уменьшение количества нитратов плазмы

и эритроцитов ниже контрольных показателей ($0,86 \pm 0,04$ и $0,51 \pm 0,02$ ммоль/л соответственно). Число ЦДЭ, отражающее нарушение функции эндотелия, нарастало при прогрессировании СД. Содержание ЦДЭ было максимальным у больных с длительным течением СД 2 типа – $(5,39 \pm 0,41) \cdot 10^5$ кл/л и достоверно ($p < 0,05$) превышало значение этого показателя у лиц с впервые выявленным СД 2 типа – $(4,40 \pm 0,28) \cdot 10^5$ кл/л. Однако достоверное ($p < 0,05$) увеличение этого показателя по сравнению с контролем ($1,60 \pm 0,13 \cdot 10^5$ кл/л) наблюдалось уже в группе больных с НТГ ($(3,37 \pm 0,34) \cdot 10^5$ кл/л). Содержание антител к гиалуроновой кислоте у пациентов с НТГ практически не отличалось от такового в контрольной группе, но во второй группе достоверно ($p < 0,05$) превысило показатели контрольной группы ($0,99 \pm 0,05$ против $0,51 \pm 0,02$ опт. ед.) и оставалось на этом уровне у больных с СД при продолжительном течении болезни. Уровень L-аргинина плазмы у пациентов первой группы достоверно ($p < 0,05$) превысил таковой в контрольной ($4,17 \pm 0,33$ и $2,29 \pm 0,44$ мкмоль/л соответственно). Концентрация L-аргинина плазмы у пациентов второй группы была ниже, чем у лиц контрольной ($1,21 \pm 0,14$ против $2,29 \pm 0,44$ мкмоль/л, $p < 0,05$) и имела тенденцию к дальнейшему снижению у больных с длительным течением СД 2 типа ($0,67 \pm 0,12$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

Таким образом, у лиц с НТГ выявлены признаки эндотелиальной дисфункции: повышение уровня предшественника NO – L-аргинина и стабильных

конечных метаболитов NO – нитратов в плазме и в эритроцитах. Они сочетались с высоким уровнем ЦДЭ, отражающим повреждение сосудистого эндотелия. Увеличение содержания нитратов может быть начальным проявлением эндотелиальной дисфункции. У обследованных в дебюте СД 2 типа концентрация нитратов плазмы и эритроцитов и число ЦДЭ продолжают нарастать, в то время как концентрация L-аргинина плазмы резко снижается, что, скорее всего, отражает его интенсивное потребление, связанное с оксидативным стрессом и нарушением углеводного обмена. У этого контингента обследованных изменяются антигенные свойства гиалуроновой кислоты, входящей в состав сосудистой стенки, что вызывает ответную реакцию со стороны иммунной системы в виде синтеза антител. Вероятно, при клинической манифестации СД 2 типа феномен глюкозотоксичности дополняется выраженной компенсаторной гиперпродукцией оксида азота, играющего роль повреждающего фактора по отношению к интимае сосудов. У больных с длительным течением СД 2 типа наблюдается значительное снижение уровня нитратов в плазме и эритроцитах относительно такового в других группах пациентов с нарушениями углеводного обмена при самых высоких показателях количества ЦДЭ и антител к гиалуроновой кислоте. Таким образом, поражение сосудистой стенки наблюдается уже на ранних стадиях нарушения углеводного обмена. Следовательно, коррекция гипергликемии на ранних этапах позволит снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Пушкина Н.В.^{*1,2},
Пахрова О.А.³,
Орлов Р.Б.⁴,
Назарова О.А.⁴,

А А А Э
А А Э
А А

¹ Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, физиотерапии и военно-полевой терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, д. 22

³ Лаборатория гемореологии и микроциркуляции научно-исследовательского центра ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

⁴ Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

ЕА

А А

КА Э {æâ|КА*@[•с|^îîО {æâ|É!~

Реологические свойства крови изучены при многих заболеваниях. Однако данных о харак-

тере гемореологических расстройств у больных метаболическим синдромом (МС) в литературе

пока недостаточно. В то же время показано, что каждый из компонентов МС: ожирение, повышение содержания холестерина, нарушение углеводного обмена – приводит к изменению реологических свойств крови. Уточнение механизмов и стадий гемореологических нарушений, способов их коррекции позволит усовершенствовать профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – изучить гемореологический профиль у пациентов с МС.

Обследованы 73 пациента с МС, у которых наряду с центральным ожирением выявлялись два дополнительных критерия, согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике МС (2007). В группу сравнения вошли 30 человек с гипертонической болезнью без метаболических нарушений. Группу контроля составили 20 здоровых добровольцев. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и полу. Проводилось стандартное клиническое обследование в соответствии с рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению МС, а также исследование реологических параметров крови (вязкости крови и плазмы, агрегации, деформируемости и цитоархитектоники эритроцитов).

У больных с МС вязкость крови была повышена по сравнению с таковой в группе контроля как при низких, так и при высоких скоростях сдвига. Вязкость плазмы у пациентов с МС была достоверно выше, чем в группе контроля ($2,06 \pm 0,3$ и $1,7 \pm 0,2$ мПа·с соответственно, $p < 0,05$). В исследуемой группе выявлено достоверное усиление процесса агрегации эритроцитов по данным автоматической и оптической агрегатометрии. При оценке про-

цесса агрегации установлено достоверное уменьшение времени сборки линейных эритроцитарных агрегатов у лиц с МС по сравнению с контролем ($RT(0) - 2,3 \pm 0,3$ и $2,45 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$). Выявлено значимое увеличение коэффициента когезии эритроцитов (у больных МС – $0,008 \pm 0,01$, в контроле – $0,0027 \pm 0,001$, $p < 0,05$.) Оптическим методом оценки агрегатообразования эритроцитов выявлено увеличение среднего размера агрегата у больных с МС по сравнению с контролем ($6,08 \pm 0,38$ и $5,4 \pm 0,25$ соответственно, $p < 0,05$). У пациентов с МС также достоверно больше, чем в контроле, был показатель агрегации ($1,88 \pm 0,3$ и $1,37 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$) и меньше – доля неагрегированных эритроцитов ($46,6 \pm 9,3$ и $70,4 \pm 9,2\%$ соответственно, $p < 0,05$). Деформируемость эритроцитов у больных не отличалась от контроля. У больных МС было снижено число дискоцитов ($78 \pm 0,02$ и $83 \pm 0,03\%$ соответственно, $p < 0,05$) и увеличено содержание необратимо измененных форм ($9,5 \pm 0,03$ и $3,2 \pm 0,03\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Пациенты с МС в сравнении с больными ГБ без метаболических нарушений имели более высокие показатели вязкости плазмы и крови, меньшее содержание неагрегированных эритроцитов, больший показатель агрегации и средний размер агрегата. Значимых различий цитоархитектоники эритроцитов не выявлено.

Таким образом, у пациентов с гипертонической болезнью по сравнению с контролем отмечается усиление агрегации эритроцитов, а у больных с МС реологические изменения становятся более выраженными и проявляются как нарушением агрегационных свойств эритроцитов, так и увеличением вязкости крови.

&

Кудряшова М.В.*¹,
 Мишина И.Е.¹,
 Довгалюк Ю.В.¹,
 Гринева М.Р.²,
 Пахрова О.А.²,
 Мазанко О.Е.³,
 Максименко Л.П.³,
 Нечаев В.Б.³

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Лаборатория микроциркуляции крови ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

ЕА

А А

КА È {æj|KÁ \æ-^â/æÈ© O /æ {à/È/È/È

В клинических исследованиях получены доказательства активного участия реологических механизмов в нарушении микроциркуляции в миокарде. Известно, что реологические свойства крови изменяются под влиянием многих факторов риска возникновения ишемической болезни сердца. Вместе с тем, недостаточно полно изучен вопрос о роли липидных нарушений в изменении реологических свойств крови у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), в том числе протекающим на фоне сахарного диабета (СД).

Цель работы – оценить вязкостные характеристики цельной крови и плазмы, деформируемость, агрегационную способность и цитоархитектонику эритроцитов у больных с ОИМ с учетом наличия СД 2 типа в зависимости от состояния липидного обмена.

Обследовано 60 пациентов с ОИМ в возрасте от 39 до 65 лет, которые были разделены на 2 группы: первая – 30 пациентов с СД (12 (43,33%) мужчин, 18 (56,67%) женщин, средний возраст – 59,17 ± 1,16 года), вторая – 30 больных ОИМ без СД (21 (70%) мужчина, 9 (30%) женщин, средний возраст – 57,70 ± 1,51 года). Все больные после лабораторного обследования были разделены на подгруппы: с повышенным (более 5 ммоль/л – для больных без СД, более 4,5 ммоль/л – для больных с СД) и нормальным содержанием общего холестерина (ОХС) (до 5 ммоль/л для больных без СД, до 4,5 ммоль/л для больных с СД); повышенным (соответственно более 3 и более 2,5 ммоль/л) и нормальным содержанием липопротеидов низкой плотности (ЛПНП); уровнем триглицеридов (ТГ) более и менее 1,7 ммоль/л, пониженным (менее

1 ммоль/л) и нормальным содержанием липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

Для изучения вязкости крови и плазмы использовался ротационный вискозиметр АКР-2 (Россия) с расчетом кессоновской, относительной, удельной вязкости крови и эффективности транспорта кислорода (ТО2) по общепринятым формулам. Деформируемость эритроцитов изучали фильтрационным методом, рассчитывался индекс ригидности. Процесс агрегации эритроцитов оценивали с помощью автоматического агрегометра МА1 (Мюрен). Степень агрегации определялась после остановки через 5 и 10 секунд (M5 и M10) и при низкой скорости сдвига 3 с⁻¹ (M15 и M110). Для оценки способности эритроцитов к агрегации на основе полученных показателей вычисляли динамический (RS5 = M15/M5 и RS10 = M110/M10) и временной параметры (RT0 = M10/M5 и RT3 = M110/M15). Для оценки структурно-функциональных свойств мембраны эритроцитов исследовалась их цитоархитектоника с использованием классификации, предложенной Г.И. Козинцом с соавт. (1977).

Проводился биохимический анализ крови с определением уровня ОХС, ХС ЛПВП, ТГ. Концентрацию ХС ЛПНП рассчитывали по формуле Friedwald:

$$\text{ХС ЛПНП} = \text{ОХС} - \text{ХС ЛПВП} - (0,45 \times \text{ТГ}).$$

Индекс атерогенности вычислялся по формуле:
 ИА = (ОХС – ХС ЛПВП) / ХС ЛПВП.

Наиболее выраженные различия гемореологических показателей среди больных ОИМ без СД были обнаружены у лиц с повышенным уровнем

лизированных в терапевтическое отделение МУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Иванова. Пациентки не получали заместительную гормональную терапию, имели продолжительность менопаузы более 10 лет, а также характеризовались низкой физической активностью. Обследованные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту. Основную составили 35 женщин (средний возраст – $64,2 \pm 1,2$ года) с МС, диагностированным по рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2009). В контрольную группу включены 30 больных (средний возраст – $63,5 \pm 1,5$ года) с нормальным метаболическим статусом. Пациенткам выполняли рентгенографию коленных суставов (по стандартной методике в переднезадней и боковой проекциях) и ультразвуковое исследование (УЗИ) коленных суставов. Выраженность боли в суставах определяли по 100-миллиметровой визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику WOMAC, функциональные нарушения – по индексу Leguesne. Качество жизни, связанное с болезнью, оценивали с помощью опросника Health Assessment Questionnaire (HAQ), отслеживали частоту рецидивов синовита, требующих стационарного лечения в течение года.

В основной группе в 35% случаев имел место гонартроз III стадии, у 65% больных – II стадии. Частота рецидивов синовита, требующих стационарного лечения, составила $2,1 \pm 0,17$ случая в год. У женщин из группы контроля в 95% случаев имелся гонартроз II стадии, у остальных

пациенток – I стадии. Частота рецидивов синовита, требующих стационарного лечения, составила $1,2 \pm 0,13$ случая в год. При наличии признаков синовита, верифицированного с помощью УЗИ, интенсивность боли была выше ($p < 0,05$) у женщин основной группы по сравнению с контрольной (по ВАШ – $78,3 \pm 2,2$ мм, по WOMAC – $15,3 \pm 0,2$ балла против $63,1 \pm 2,4$ мм и $14,5 \pm 0,2$ балла соответственно).

Функция суставов у женщин с синовитом в основной группе также была нарушена в большей степени ($p < 0,05$), чем у пациенток контрольной. По нашим данным, индекс Leguesne у пациенток с МС достигал $9,85 \pm 0,32$ балла, а у женщин с нормальным метаболическим статусом – только $5,85 \pm 0,25$ балла. Качество жизни у обследуемых основной группы было ниже ($p < 0,05$), чем у пациенток группы контроля. Так, при тестировании по HAQ они получили $3,7 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,1$ балла соответственно.

Анализ результатов обследования показал, что у женщин пожилого возраста, имеющих низкую физическую активность, при наличии МС выше темпы прогрессирования остеоартроза, чаще развивается требующий стационарного лечения синовит, который сопровождается более значительными нарушениями функции коленных суставов и снижением качества жизни. Это позволяет предположить, что наличие МС у женщин пожилого возраста усугубляет клиническое течение первичного локального остеоартроза коленных суставов.

**Повасарис Н.С.,
Мясоедова С.Е.,**

А А

Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

ЕА КА È {æá|ká} [çæ•æî•} • О {æá|È: ~

Ревматоидный артрит (РА) ассоциируется с высокой летальностью, чаще всего по причине сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных ранним развитием и быстрым прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов (которое развивается на 10 лет раньше, чем в популяции). В последнее время в качестве одного из показателей сердечно-сосудистого риска у больных РА рассматривается жесткость артериальной стенки.

Цель исследования – оценить изменения эластических свойств сосудистой стенки в сопоставлении с клиническим состоянием сердечно-сосудистой системы у больных РА по результатам проспективного наблюдения за ними в течение 1 года.

Обследованы 47 пациентов (44 женщины и 3 мужчины) в динамике (исходно и через 12 месяцев),

средний возраст – 48 (40–53) лет, с достоверным диагнозом РА (ACR, 1987) II–III степени активности (по DAS 28), преимущественно со II–III функциональным классом (ФК). Серопозитивный вариант по ревматоидному фактору отмечен у 31, системные проявления (ревматоидные узелки, склерит) – у 13 пациентов. Длительность анамнеза РА к началу наблюдения составила 72 (24–120) месяца.

У 7 женщин была выявлена гиперхолестеринемия, у 21 – абдоминальное ожирение, 20 пациентов с РА имелиотягощенную наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Индекс массы тела в среднем составил 24,5 (22,0–27,5) кг/м². Риск по шкале SCORE – низкий (менее 3%).

У всех пациентов отсутствовали артериальная гипертензия (АГ), ассоциированные клинические состояния, нарушения углеводного обмена.

К началу наблюдения 21 пациент не получал базисной терапии (БТ), 26 больных получали БТ метотрексатом в дозе 5–20 мг/нед. или лефлуномидом (20 мг/сут), в том числе 12 – сочетали с приемом преднизолона (2,5–15 мг/сут). Все пациенты принимали селективные нестероидные противовоспалительные препараты. Подбор впервые назначенной БТ больным РА проводился в стационаре с последующей ее коррекцией в процессе наблюдения.

При повторном обследовании все пациенты получали БТ, в том числе 37 из них – метотрексат (5–20 мг/сут), 5 – лефлуномид (20 мг/сут), 5 – сульфасалазин (3 мг/сут), 8 пациентов продолжали принимать преднизолон в низких дозах. В течение года всем пациентам назначались селективные нестероидные противовоспалительные препараты.

Через год наблюдения у больных РА оценивалась эффективность проводимого лечения по критериям Европейской антиревматической лиги (EULAR). Измеряли скорость распространения пульсовой волны с помощью приставки «Полиспектр-12» (ООО «Нейрософт», Иваново). Результаты обрабатывались с помощью программы Статистика 6.0

Через год наблюдения у 16 больных РА (34%) впервые выявлено повышение артериального давления (АД): у 6 из них диагностирована АГ

1 степени, у 10 – высокое нормальное АД. Это лица в возрасте от 36 до 58 лет с серопозитивным вариантом течения РА, преимущественно с III степенью активности заболевания, II–III ФК. У 7 пациентов отмечены системные проявления (ревматоидные узелки, склерит). Средняя продолжительность РА составила 79,5 (27,5–120) месяца. Исходно по уровню риска сердечно-сосудистых заболеваний они не отличались от остальных пациентов с РА. К началу исследования БТ метотрексатом в дозе 5–20 мг/нед. получали 8 пациентов, преднизолоном в дозе 5–10 мг/сут – 5. Через год все пациенты с РА находились на БТ, 5 из них продолжали принимать преднизолон в низких дозах. Средняя длительность приема преднизолона составила 3,6 месяца. Умеренная эффективность терапии наблюдалась у 5 пациентов, у 11 эффекта не было.

У больных РА с повышением АД оказался достоверно выше общий модуль упругости сосудистой стенки ($p = 0,03$) по сравнению с аналогичным показателем у остальных пациентов с РА. Выявлена отрицательная взаимосвязь повышения АД с наличием БТ к началу исследования, а также с приемом метотрексата в начале наблюдения ($r = -0,29$, $p = 0,04$ и $r = -0,43$, $p = 0,002$ соответственно). При оценке эффективности проводимой терапии у 19 пациентов с РА выявлен умеренный эффект, у 27 проводимая терапия в течение года оказалась неэффективной. Отсутствие эффекта от проводимой терапии было сопряжено с повышением ригидности сосудистой стенки, что выражалось в виде прироста скорости пульсовой волны по сосудам эластического типа в динамике ($r = 0,34$; $p = 0,04$).

Итак, в течение года у 16 из 47 пациентов с плохо контролируемой активностью РА отмечено повышение АД до высокого нормального или появление АГ. Ухудшение эластических свойств сосудистой стенки ассоциировалось с отсутствием эффекта от базисной терапии. Показано, что пациенты с высокой и длительно персистирующей активностью РА представляют группу риска в отношении развития АГ и имеют склонность к увеличению жесткости сосудистой стенки. Отсутствие базисной терапии основного заболевания может способствовать подъему АД у таких пациентов.

**Тарасов А.В.*¹,
Рыжикова И.Б.¹,
Поздняков Ю.М.¹,
Злобин А.Н.²,**

¹ Московский областной кардиологический центр на базе МУЗ «Городская клиническая больница»
г. Жуковский, 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

² МУЗ «Городская клиническая больница», 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

ЕА А А КА КА АС J J D A I I I E I J E F I

Среди всех видов тахикардий наджелудочковая тахикардия (НЖТ) встречается достаточно часто – в 80% случаев. Она регистрируется у 1,1% всех госпитализируемых больных. Пароксизмальная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия (ПАВУРТ) является самой распространенной из суправентрикулярных тахикардий и составляет 50–60% всех тахикардий «re-entry». ПАВУРТ чаще встречается у женщин (78% случаев), относительно редко наблюдается у детей до 15 лет (всего 15% от всех НЖТ у детей).

Вот уже более 20 лет альтернативой классическому внутрисердечному электрофизиологическому исследованию (ЭФИ) при обследовании больных с нарушениями ритма и проводимости сердца является чреспищеводное ЭФИ (ЧП ЭФИ). Не вызывает сомнений, что «золотым стандартом» в диагностике электрофизиологических механизмов пароксизмальных тахикардий было и остается внутрисердечное ЭФИ. Поэтому информативность любых других клинических методов изучения механизмов НЖТ, в том числе и ЧП ЭФИ, должна оцениваться по отношению к данным, полученным во время внутрисердечного ЭФИ. ЧП ЭФИ, конечно, уступает в информативности внутрисердечному ЭФИ, однако ее использование в подавляющем большинстве случаев бывает достаточно для выявления пароксизмальной НЖТ, определения субстрата данной НЖТ и выбора лечебной тактики.

Задачами ЧП ЭФИ у пациентов с подозрением на ПАВУРТ являются выявление признаков диссоциации АВ-узла на α - и β -канал (т.е. диссоциация проведения по АВУ) и измерение интервала V-A на индуцированной тахикардии, которая не должна превышать 80 мс.

Целью исследования стало изучение диагностической значимости ЧП ЭФИ в верификации двойной физиологии АВ-узла при дифференциальной

диагностике НЖТ и в оценке ближайших и отдаленных результатов интервенционного лечения ПАВУРТ.

В исследование включен 41 пациент с диагнозом «пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия», верифицированным с помощью ЧП ЭФИ. Исследование проводилось в два этапа. На I этапе осуществлялось клиническое обследование больных с проведением ЧП ЭФИ и обработкой полученных данных. Далее больные направлялись в кардиохирургическое отделение МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, где проводилась внутрисердечное ЭФИ и радиочастотная абляция (РЧА). После было выполнено сравнение протокола ЧП ЭФИ и протокола операции. На II этапе всем больным через 1 месяц и через 3 месяца проводилось ЧП ЭФИ по стандартному протоколу с определением оценки эффективности РЧА.

На I этапе исследования в ходе проведения ЧП ЭФИ были выявлены некоторые особенности физиологии АВ-узла, которые нельзя отнести к типичным результатам исследования у данной категории больных, и произведена оценка их влияния на ход интервенционного лечения и послеоперационный период (II этап исследования). ПАВУРТ в сочетании с нарушенным АВ-проведением и высокими показателями ЭРП β -пути (более 500 мс) не является противопоказанием к РЧА «медленных путей» АВ-узла. У данной группы пациентов в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения не понадобилось постановки постоянного водителя ритма в связи с удовлетворительным проведением по АВУ и отсутствием клинической картины. При проведении ЧП ЭФИ возникают сложности в диагностике ПАВУРТ у больных без признаков двойного проведения АВ-узла и тахикардии с широкими комплексами QRS, в данной ситуации приоритет имеет внутрисердечное ЭФИ.

Так как в последнее время лечение ПАВУРТ предполагает проведение РЧА «медленных путей» АВ узла, больной должен направляться на интервенционное лечение с подтвержденным с помощью ЧП ЭФИ диагнозом и выявленными особенностями электрофизиологии АВ-узла, которые могут существенно повлиять на ход операции и сократить риск осложнений.

Больной в кардиологическом стационаре находится с верифицированным диагнозом, от которого зависит назначение рекомендуемой антиаритмической терапии и дальнейшая тактика лечения. Специфичность используемого метода существенно влияет на определение показаний и противопоказаний к операции, возможности прогнозирования нестандартных ситуаций и осложнений в ходе проведения РЧА. Исследование показало высокую чувствительность и специфичность ЧП ЭФИ в диагностике «узкокомплексной»

ПАВУРТ в сравнении с данными внутрисердечного ЭФИ. При этом имеются определенные недостатки ЧП ЭФИ для верификации двойной физиологии АВ-узла у больных с ПАВУРТ, имеющих «неразрывную» кривую АВ-проведения и у пациентов с тахикардиями с широкими комплексами QRS, а также в дифференциальной диагностике ПАВУРТ и ортодромной АВ-тахикардии с участием левого заднего дополнительного пути проведения.

Для дифференцировки различных типов НЖТ предложено анализировать характер проведения по АВ-соединению (наличие или отсутствие дуализма AV- и VA-проведения), последовательность предсердной активации, время VA-проведения при тахиаритмии. Однако специфичность любого из вышеназванных критериев невысока, поэтому необходимо анализировать их только в совокупности.

Муромкина А.В.^{*1,2},
Назарова О.А.²,
Романчук С.В.¹,

¹ ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 22

² Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

ЕА́ Á Á КÁ È { æð/KÁæ { ~! [{ \i }æ O { æð/È! ~

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых распространенных нарушений ритма сердца. ФП ухудшает качество жизни больных и увеличивает показатели смертности в 1,8–2 раза. Эффективность лечения постоянной формы ФП в значительной степени определяется оптимальным контролем числа желудочковых сокращений (ЧЖС) у этих больных. Контроль ЧЖС может осуществляться как при клиническом обследовании пациента, так и по данным холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМ ЭКГ). Однако данный метод контроля состояния больных с постоянной формой ФП в практической работе врачей используется недостаточно, что отчасти обусловлено отсутствием четких критериев оценки его показателей.

Получены данные, свидетельствующие о том, что ФП является независимым предиктором внезапной сердечной смерти. К факторам, достоверно

увеличивающим риск сердечно-сосудистой смерти у этой категории больных более чем в 2 раза, отнесены наличие желудочковой тахикардии и ЧЖС менее 37 в мин. Однако возможности ХМ ЭКГ в оценке риска смерти у больных с постоянной формой ФП не выявлялись.

Таким образом, критерии оценки показателей ХМ ЭКГ для контроля ЧЖС у больных с постоянной формой ФП на фоне лечения, а также для выявления факторов риска смерти требуют уточнения.

Цель работы – определить значение метода ХМ ЭКГ для оценки суточной динамики ЧЖС, наличия эпизодов брадикардии и желудочковых нарушений ритма у больных с постоянной формой ФП.

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова. Обследовано 56 пациентов с постоянной формой ФП (28 муж-

чин и 28 женщин), средний возраст – $62,4 \pm 10,5$ года.

Этиологическим фоном нарушения ритма у 23 человек была гипертоническая болезнь (41,1%), у 18 – сочетание ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (32,1%), у 6 – ишемическая болезнь (11,1%), у 4 – ревматические пороки сердца (7,1%), у 2 – тиреотоксикоз (3,6%) и у 3 пациентов – идиопатический вариант ФП (5,4%). Все больные наряду с терапией основного заболевания получали препараты для контроля ЧЖС. Обследование проводилось в соответствии с рекомендациями ВНОК и, кроме клинических методов, включало регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, при необходимости – исследование уровня гормонов щитовидной железы. Кроме того, всем пациентам выполнялось ХМ ЭКГ с использованием аппаратно-программного комплекса «Полиспектр» (ООО «Нейрософт», Иваново).

Для оценки суточной динамики ЧЖС определялась максимальная, минимальная и средняя ЧЖС в дневные и ночные часы, циркадный индекс (рассчитываемый как отношение средней ЧЖС в дневные к средней ЧЖС в ночные часы), время эффективного контроля ЧЖС в течение суток. Для оценки факторов риска внезапной смерти регистрировались эпизоды брадикардии с ЧЖС менее 37 в минуту, наличие пауз более 3 секунд, эктопическая желудочковая активность (желудочковая экстрасистолия, пароксизмы желудочковой тахикардии).

Средняя ЧЖС 60–100 в мин в дневные часы и 50–80 в мин в ночные часы принята нами как эффективно контролируемая ЧЖС на фоне лечения. Такие показатели отмечены у 69,6 и 66,1% больных соответственно. Эффективный контроль ЧЖС на протяжении более 50% времени суток чаще наблюдался у пациентов, получавших бета-блокаторы длительного действия (метопролола сукцинат, бисопролол, небиволол), чем у с пациентов, получавших метопролола тартрат. Циркадный индекс у обследованных изменялся в пределах от 0,98 до 1,56, при этом

у 50% он находился в диапазоне 1,1–1,24 (при синусовом ритме этот показатель составляет 1,2–1,4).

Эпизоды брадикардии выявлены у 25 человек. Минимальная ЧЖС (менее 37 в минуту) зарегистрирована у 17 больных (30,4%), из них только 2 не получали пульсоурежающей терапии. Наличие периодов скрытого АВ-проведения (пауз) продолжительностью более 3 секунд выявлено у 13 больных (23,2%).

Эктопическая желудочковая активность (чаще в виде одиночных желудочковых экстрасистол) регистрировалась у всех обследованных. При количественной оценке желудочковых нарушений ритма мы использовали критерий «редкой» желудочковой экстрасистолии – не более 30 в час, т.е. не более 720 в сутки. У 45 человек количество желудочковых экстрасистол не превысило этого уровня. У 11 больных выявлено более 720 желудочковых экстрасистол в сутки, в том числе парные желудочковые экстрасистолы, а у 7 из этих 11 больных зарегистрированы короткие пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии. Это были лица с органической патологией сердца либо с тяжелой сопутствующей патологией (онкопатология, хроническая почечная недостаточность). 6 человек из 7 в составе терапии для контроля ЧЖС получали дигоксин в комбинации с бета-блокаторами. Суточная доза дигоксина у всех обследованных была одинаковой и составляла 0,25 мг/сут.

Выявление эпизодов брадикардии и желудочковых нарушений ритма высоких градаций требует внесения коррекции в схему лечения больных, а в ряде случаев решения вопроса об имплантации электрокардиостимулятора.

Таким образом, ХМ ЭКГ у больных с постоянной формой ФП позволяет, с одной стороны, оценивать эффективность контроля ЧЖС на фоне лечения, а с другой – выявлять факторы риска внезапной смерти, прежде всего у лиц с органическими заболеваниями сердца и тяжелой сопутствующей патологией.

У пациентов с сенситивным типом отношения к болезни ведущими механизмами психологической защиты являлись: в 4 (44,4%) случаях – «реактивное образование», в 1 (11,1%) – «отрицание», в 1 (11,1%) – сочетание «реактивного образования» и «отрицания», в 1 (11,1%) – «вытеснение», соответственно по 1 (11,1%) наблюдению – «компенсация» и «интеллектуализация».

У пациентов с эргопатическим типом отношения к болезни ведущими механизмами психологической защиты оказались: «отрицание» – в 4 (66,7%) случаях, «реактивное образование» – в 1 (16,6%) и «проекция» – в 1 (16,6%).

У больных с тревожным типом отношения к болезни в 100% наблюдений диагностирован механизм психологической защиты «проекция».

Анозогностический тип отношения к болезни в 2 (67%) случаях был связан с «вытеснением» и в 1 (33%) – с «проекцией».

Таким образом, у пациентов с АГ III степени имеют место различные ведущие механизмы формирования типов отношения к болезни: анозогностический – связан с «вытеснением», тревожный – с «проекцией», эргопатический – с «отрицанием», сенситивный – с «реактивным образованием», которые представляют собой демонстрацию качеств личности, являющихся противоположными реально существующим. У пациентов с гармоничным типом отношения к болезни одинаково часто встречались ведущие механизмы психологической защиты типов «отрицание» и «реактивное образование».

**Мячина Т.Н.,
Копытина Е.В.***

ГУЗ «Областная детская больница», 398055, г. Липецк, ул. Московская, д. 6а

ЕА

А А

КА^Е {æä|КА@^|^} 'à[à O {æä|È/ ~

Целью исследования стало выявление особенностей состояния сердечно-сосудистой системы и его регуляции со стороны автономной нервной системы у детей с различными формами низкорослости.

Обследовано 50 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с задержкой роста, которые составили основную группу. В контрольную группу были включены 20 практически здоровых детей и подростков, сопоставимых по полу и возрасту. В результате обследования выделены 3 группы. Первую группу составили 10 пациентов (20%) с генетическими синдромами (синдром Шерешевского – Тернера, Нунан, Сильвера – Рассела). Во вторую вошли 20 детей (40%) с подтвержденным дефицитом гормона роста (как изолированным, так и множественным дефицитом гормонов гипофиза). Третья сформирована из 20 пациентов (40%) с диагнозом конституциональной задержки роста (стимуляционные пробы подтвердили удовлетворительный выброс гормона роста).

Обследование включало сбор анамнеза, оценку физического развития (роста, скорости роста), электро- и эхокардиографию. Состояние вегетативной нервной системы исследовалось методом кардиоинтервалографии с определением исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности. Определение степени дифференцировки скелета осуществлялось по данным рентгенографии кистей рук с лучезапястными суставами с определением костного возраста. С целью уточнения состояния гипоталамо-гипофизарной области проводилась магнитно-резонансная томография. Степень полового созревания детей оценивали по классификации J.M. Tanner (1968). У всех детей, включенных в исследование, проведены стимуляционные пробы с клофелином и инсулином.

По данным генеалогического анамнеза, 90% детей имели отягощенную наследственность по низкорослости. По данным электрокардиографии,

в 76% случаев наблюдались функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, которые сопровождалась различными кардиальными жалобами (40%), неорганическими шумами (80%). В среднем у 15% детей зафиксирован синдром ранней реполяризации желудочков. У 18% пациентов выявлены электрокардиографические признаки перегрузки правого предсердия. Установлены проявления вегетативной дисрегуляции деятельности сердца, обусловленные перенапряжением симпатического отдела: у детей с дефицитом СТГ преобладала синусовая тахикардия. Кроме того, в первой и второй группах чаще, чем в контрольной, выявлялись нарушения реполяризации в виде снижения вольтажа и изменения зубца Т, синдром ранней реполяризации желудочков и альтерация зубца R, которые свидетельствуют о наличии обменно-дистрофических и электролитных изменений в миокарде. Обнаруженные феномены свидетельствовали о колебаниях автоматизма синусового узла и нарушениях проведения импульса, основной причиной которых является энергетический дефицит, вызывающий электролитные нарушения в миокарде.

При исследовании особенностей сердечно-сосудистой системы кардиальные шумы были выявлены в 90% случаев, в 80% – неорганического характера. Соединительнотканые дисплазии сердца были представлены аномально расположенными трабекулами в левом желудочке – в 92% случаев, пролапсом митрального клапана – в 42%, пролабирующими гребенчатыми мышцами в правом предсердии – в 30% случаев. У большинства детей определялись различные признаки дисплазии соединительной ткани. В первой группе частота данных проявлений достигла 100% случаев, что подтверждает генетическую неполноценность соединительной ткани. У детей с низкорослостью все параметры эхокардиографии отличались от таковых у детей третьей группы. Достоверных различий между показателями кардиоинтервалографии в группах пациентов не выявлено.

лет, страдающих нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. В течение 3–4 месяцев 2 раза в неделю вместо традиционных уроков физкультуры в школе они посещали занятия ПФТ. У всех подростков отмечались благоприятные изменения функционального состояния ВНС, что выражалось в достоверном уменьшении количества жалоб на головные боли, нарушения сна, боли в области сердца. Для оценки динамики состояния ВНС в ходе ПФТ был использован метод анализа вариабельности ритма сердца. У всех подростков наблюдалось снижение фоновой гиперсимпатикотонии, стимуляция вагусного ответа на ортостаз, увеличение общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции, отражающего повышение функциональных ресурсов организма. После цикла занятий отмечалось увеличение числа подростков с высокой мощностью спектра (с 70 до 93%) и снижение количества подростков с низкой мощностью спектра (с 30 до 7%).

О формировании оптимального уровня функционирования ВНС свидетельствовали также изменения со стороны вегетативной реактивности. Уже на 6-й неделе занятий на четверть, а к концу цикла вдвое увеличилось количество подростков с нормальной вегетативной реактивностью; у них

сформировалось и достаточное обеспечение вегетативной деятельности. В процессе ПФТ отмечалось достоверное увеличение количества подростков (с 40 до 80%) с благоприятной реакцией сердечно-сосудистой системы на дозированные физические нагрузки. Анализ пробы с динамической физической нагрузкой (PWC_{170}) до и после курса ПФТ продемонстрировал достоверное повышение физической работоспособности у занимающихся (с $1,98 \pm 0,6$ до $2,21 \pm 0,7$ Вт/кг). Кроме того, у всех занимающихся установлено повышение самооценки, достоверное снижение уровня реактивной тревожности (с 58 до 35 баллов по тесту Спилбергера) и формирование высокой мотивации к участию в занятиях.

Таким образом, апробация технологии психофизической тренировки доказала ее высокую эффективность в коррекции нейроциркуляторных дистоний по гипертоническому типу у подростков. Внедрение данной технологии в практику работы учреждений образования и здравоохранения позволяет активно включать детей в осознанный процесс формирования собственного здоровья. Воспитывая навык ведения здорового образа жизни у детей, психофизическая тренировка может стать основой программ профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Белоносова С.В.*¹,
Калинина А.М.²,
Концевая А.В.²,
Поздняков Ю.М.¹,
Злобин А.Н.³,

¹ Московский областной кардиологический центр на базе МУЗ «Городская клиническая больница» г. Жуковский, 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

² ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990, г. Москва, Петроверигский пер, д. 10

³ МУЗ «Городская клиническая больница» г. Жуковский, 140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Фрунзе, д. 1

ЕА Á Á КÁ ÈKÁÇ I J Í D Á Í Í È Ì J È F Í

Цель работы – апробировать в организованном коллективе сотрудников НИИ методику дифференцированного профилактического консультирования в форме «школ здоровья» и оценить эффективность данной технологии профилактического вмешательства.

Проведено сплошное профилактическое обследование (скрининг) сотрудников НИИ – 468 человек (отклик 89,5%) с использованием компьютерной программы, включавшей стандартизированные опросники, специально разработанные анкеты и фиксацию данных объективного обследования с проведением антропометрии, двукратным измерением артериального давления (АД) и определением уровня общего холестерина (ОХС) и глюкозы крови. Сердечно-сосудистый риск (ССР) оценивался по шкале SCORE. Групповое профилактическое консультирование проходило в режиме «школы здоровья» на рабочем месте с учетом результатов проведенного профилактического обследования и с ориентацией на потребность в профилактической помощи со стороны обследованных. Всего в профилактическом вмешательстве приняли участие 111 сотрудников НИИ с факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний, готовых к их коррекции (основная группа); контрольную группу составили 110 человек, отобранных методом «случай-контроль» по полу и возрасту. В основной группе доля лиц с высшим образованием составила 72,1%, в контрольной группе – 69,1%. Средний возраст в обеих группах не различался ($51,9 \pm 13,3$ и $50,7 \pm 12,4$

года). Мужчин в основной группе – 51,4% в контрольной – 54,1%. В «школе здоровья» для больных АГ приняли участие 39 человек, в «школе» по рациональному питанию и снижению избыточной массы тела – 45 человек и в «школе» по коррекции психоэмоциональных ФР – 38 человек. Через 1 год все участники «школ здоровья» прошли повторное стандартизованное профилактическое обследование.

Через 12 месяцев обучения в основной группе достоверно увеличилась информированность об уровне АД по сравнению с исходным уровнем (98,1 и 57,7% соответственно), ОХС (97,2 и 7,2% соответственно) и глюкозы крови (97,2 и 16,2% соответственно). В контрольной группе существенных изменений информированности об уровнях ФР не произошло, несмотря на то что во время скрининга все были информированы об уровнях АД, ОХС и глюкозы. После участия в профилактической программе в основной группе достоверно по сравнению с исходным снизились систолическое (с $137,9 \pm 22,9$ до $128,9 \pm 13,0$ мм рт.ст.), диастолическое (с $88,3 \pm 12,2$ до $78,6 \pm 6,6$ мм рт.ст.) АД, ОХС (с $5,6 \pm 1,8$ до $4,9 \pm 0,8$ ммоль/л), глюкозы (с $5,6 \pm 0,8$ до $4,8 \pm 0,9$ ммоль/л). В контрольной группе не выявлено достоверных улучшений изучаемых показателей. Достоверных различий средних значений индекса массы тела и окружности талии между группами через год наблюдения не было. В основной группе по сравнению с исходным уровнем снизился показатель шкалы депрессии опросника HADS с

5,4 ± 3,0 до 4,0 ± 2,4 балла и достоверно улучшился показатель выраженности стресса с 2,9 ± 0,5 до 2,7 ± 0,6 балла. В основной группе через год наблюдения отмечено существенное уменьшение частоты депрессии и достоверно снизилась доля лиц с клинически значимой тревогой (с 39,1 до 22,6%). В контроле достоверных изменений по сравнению с исходным уровнем не отмечено. В основной группе на протяжении периода наблюдения отмечалась тенденция к снижению ССР по шкале SCORE как в целом, так и среди мужчин и женщин в отдельности. В контрольной группе наблюдалась обратная тенденция – к повышению ССР.

Таким образом, дифференцированный подход к проведению профилактического вмешательства отразился на эпидемиологической ситуации в коллективе. «Школа здоровья», проводимая на рабочем месте и ориентированная на конкретные факторы риска с учетом готовности участников к их коррекции, позволяет снизить средние уровни АД, ОХС и выраженность психоэмоциональных ФР. Выявлена тенденция к снижению суммарного ССР, что может позволить в долгосрочной перспективе получить положительный эффект от внедренной профилактической программы и улучшить здоровье каждого работника.

Якушин С.С.¹,
Огороков В.Г.¹,
Тишкина И.Е.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

² ГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, 96

ЕА Á Á КÁ È {æä/KÁá/ã}æÈçä•@ \ã}æ O {æäÈ/

Лечение артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) и поражением органов-мишеней в настоящее время остается актуальной проблемой современной кардиологии. Одним из наиболее эффективных подходов к ее решению является применение комбинации ингибиторов АПФ с тиазидными диуретиками, которые позволяют не только контролировать артериальное давление (АД), но и получать органопротективные эффекты.

Всегда представляют интерес исследования, посвященные оценке новых дженериков с доказанной биоэквивалентностью, в частности при сочетанной патологии. Одним из таких препаратов является амприлан – дженерик рамиприла, препарата, который доказал свою эффективность во многих полицентровых клинических исследованиях (CARE, HYCAR, RACE, SECURE, AIREX).

Цель настоящего исследования – оценка эффективности лечения амприланом у больных АГ I–II степени в сравнении с таковой больных АГ I–II степени и СД 2 типа при 12-недельном применении препарата. Проведено открытое, сравнительное, проспективное исследование.

В исследование включено 40 больных с мягкой и умеренной АГ. Первую группу составили 22 боль-

ных, в том числе 36% – с АГ I степени и 64% – с АГ II степени; вторую – 18 пациентов с АГ и СД 2 типа, из них 38% – с АГ I степени и 62% – с АГ II степени. Для оценки сердечно-сосудистого риска использовалась европейская таблица SCORE.

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела и АД. Исходный уровень систолического АД у больных первой группы составил 149,4 ± 10,8 мм рт. ст., диастолического – 93,8 ± 4,8 мм рт. ст., а у больных второй – 151,9 ± 9,4 и 94,9 ± 4,8 мм рт. ст. соответственно. Средняя длительность АГ в первой группе составила 5,2 года, во второй – 6,7 года. Длительность СД у больных второй группы в среднем составила 2,9 года, т.е. СД, как правило, выявлялся у лиц с уже повышенным АД.

Больные обследовались трижды: в начале лечения, через 4 и 12 недель. Проводили: сбор анамнеза, физикальное обследование, включая определение ЧСС, АД, ЭКГ, биохимическое исследование крови, эхоКГ. Амприлан назначался однократно в дозе 2,5–5 мг/сут с последующим при необходимости увеличением до 10 мг/сут в качестве монотерапии у больных АГ I степени первой группы и в комбинированной терапии с тиазидными/тиазидоподобными диуретиками у больных АГ II степени с наличием СД.

Результаты исследования продемонстрировали достаточно выраженный эффект антигипертензивной терапии амприланом как в группе больных с АГ, так и у больных АГ и СД 2 типа. У больных с АГ систолическое АД снизилось с $149,4 \pm 5,8$ до $130,6 \pm 4,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), диастолическое – с $93,8 \pm 4,8$ до $80,6 \pm 4,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). При сочетании АГ и СД систолическое АД снизилось с $151,9 \pm 5,0$ до $131 \pm 5,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), а диастолическое – с $94,9 \pm 5,1$ до $82 \pm 5,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Через 4 недели лечения в первой группе частота достижения целевых показаний АД была выше ($50,0 \pm 10,9\%$), чем во второй ($11,1 \pm 7,6\%$). К окончанию исследования достижение целевых показателей АД в обеих группах почти сравнялось, но тем не менее во второй группе оставалось несколько ниже ($66,7 \pm 10,3\%$), чем в первой ($72,7 \pm 9,7\%$).

При проведении оценки сердечно-сосудистого риска у больных АГ отмечалось его снижение с высокого до среднего и низкого у 9% больных. Сравнительная оценка динамики сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у больных второй группы не проводилась, учитывая, что больные АГ в сочетании с СД являются пациентами с высоким риском.

Большинству больных обеих групп при первом визите амприлан назначался в дозе 5 мг/сут ($63,6$

и $61,1\%$ соответственно), у $16,6\%$ больных АГ в сочетании с СД при первом визите потребовалось назначение амприлана в дозе 10 мг/сут. К окончанию исследования для достижения целевых показателей АД увеличение дозы амприлана потребовалось $45,5$ и $55,6\%$ больных обеих групп соответственно, причем в первой группе $18,2\%$ пациентам доза амприлана была увеличена с 2,5 до 5 мг, а $27,3\%$ – с 5 до 10 мг, во второй группе $16,7\%$ больным – с 2,5 до 5 мг и 50% пациентам – с 5 до 10 мг/сут. При этом средние суточные дозы амприлана в первой группе составили $5,09 \pm 2,7$ мг, во второй – $8,2 \pm 2,6$ мг.

Переносимость препарата у всех пациентов была хорошей, гипотонических и побочных реакций, в том числе сухого кашля, не отмечено.

Таким образом, использование амприлана и его комбинации с тиазидными диуретиками в течение 12-недельного курса позволяет достоверно снизить уровень АД и при этом достичь целевых показателей его цифр у $72,8\%$ больных АГ и $66,7\%$ больных АГ с СД. Курсовое применение амприлана в течение 12 недель приводит к уменьшению сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у 9% больных АГ. Переносимость амприлана при 12-недельном курсовом применении была хорошей, все больные завершили курс лечения.

Кузьмина Е.В.^{*1},

Ефимова Е.Г.²,

Андреев А.Г.³,

Стипакова А.В.³,

Кукушкина Т.В.³,

Новожилова С.В.³

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, д. 57/3

ЕА

А А

КА ЕКАÇ I JHGD

В настоящее время в структуре заболеваемости и смертности взрослых первое место ($40,8$ – $45,4\%$) занимают сердечно-сосудистые заболевания. Проблема лечения гипертонической болезни является одной из актуальных в современной медицине, поскольку заболеваемость ею сравнивают с пандемией. Однако особенности антигипертен-

зивной терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ) в период внебольничной пневмонии изучены недостаточно.

С целью уточнения особенностей вегетативных нарушений у больных гипертонической болезнью в период внебольничной пневмонии и обоснования коррекции антигипертензивной терапии

обследовано 86 человек в возрасте $53,43 \pm 2,33$ года, госпитализированных с верифицированным диагнозом внебольничной пневмонии. В стационаре всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование по поводу гипертонической болезни и пневмонии. Дополнительно оценивали вариабельность сердечного ритма на компьютерном электрокардиографе «Поли-Спектр» с модулем «ВНС-Микро».

Установлено, что у лиц с гипертонической болезнью в период пневмонии адаптационные возможности организма снижены, но уровень общей мощности спектра кардиоритмограммы не отличается от такового в период обострения гипертонической болезни (соответственно $230,39 \pm 20,2$ и $249,33 \pm 13,23$ мс²). Вместе с тем, доля симпатических влияний значительно уменьшается

(LF снижается с $31,93 \pm 2,75$ до $85,51 \pm 5,56$ н.е.), достигая уровня, который характерен для пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний (LF $32,04 \pm 1,69$ н.е.).

Уровень парасимпатических влияний на вегетативный баланс у пациентов с гипертонической болезнью в период пневмонии значительно возрастает (HF увеличивается с $14,48 \pm 2,57$ до $68,06 \pm 5,75$ н.е.), приближаясь к значениям, регистрируемым при пневмонии без сопутствующих заболеваний (HF $67,97 \pm 1,69$ н.е.).

Таким образом, вегетативный баланс у лиц с гипертонической болезнью в период внебольничной пневмонии смещается в сторону усиления парасимпатического влияния (LF/HF 0,55) за счет дефицита симпатических влияний.

**Батрак Г.А.*,
Мясоедова С.Е.,**

Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

ЕА Á Á КÁ È {æä}KÁ *àæc'æ \ O {æä}È' ~

Цель исследования – изучить динамику уровня С-реактивного белка на фоне терапии фенофибратом у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией.

Под наблюдением находились 17 женщин и 3 мужчины с СД 2 типа средней степени тяжести и атерогенной дислипидемией ИБ типа, средний возраст пациентов составил $58,0 \pm 8,5$ года, длительность СД 2 типа – $7,2 \pm 5,9$ года. Все больные имели ожирение по абдоминальному типу: объем талии – 101 ± 13 см; отношение объема талии к объему бедер – $1,03 \pm 0,1$; индекс массы тела – $31,7 \pm 5,1$ кг/м². Исследовали уровень липидов и С-реактивного белка исходно и через 1, 3 и 6 месяцев терапии. Тип дислипидемии определяли по классификации Фредриксона. На фоне применения сахароснижающих препаратов (глибенкламид, гликлазид в дозе 1–4 таблетки в сутки) уровень гликированного гемоглобина А1 составил 7,1%. Все пациенты в течение 6 месяцев принимали фенофибрат Трайкор 145 по 1 таблетке в сутки. Безопасность препарата контролировалась исследованием уровня печеночных трансаминаз исходно и на фоне гиполлипидемической терапии ежемесячно.

У больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией ИБ типа уровень общего холестерина исходно и через 6 месяцев терапии фенофибратом составил $6,2 \pm 1,5$ и $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$), уровень триглицеридов – $4,47 \pm 1,5$ и $1,9 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,001$). Уже через 1,5 месяца лечения у 38% пациентов с СД 2 типа с дислипидемией достигнуты целевые показатели содержания липидов, которые стабильно сохранялись на фоне проводимой терапии. Концентрация С-реактивного белка как системного маркера воспаления составила исходно и через 6 месяцев терапии $17,3 \pm 6,7$ и $4,7 \pm 0,58$ мг/л соответственно ($p < 0,001$). В период гиполлипидемической терапии побочных эффектов применения фенофибрата не выявлено, уровень трансаминаз не превысил допустимые нормы.

Таким образом, терапия фенофибратом Трайкор эффективно снижает уровень липидов и С-реактивного белка у больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией, является безопасной и хорошо переносится пациентами.

Казанцева Л.С.*¹,
Шутимова Е.А.^{1,2},

¹ Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДГПО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

ЕА́ Á Á КÁ È {æä/кÁ\æ:æ}&^çæÈ/O ^æ}â^øÈ!´

Частота сердечных сокращений (ЧСС) – показатель, наиболее часто определяемый в клинической практике. Как показало исследование BEAUTIFUL, пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ЧСС более 70 уд./мин имеют существенно более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, чем больные с ЧСС менее 70 уд./мин. В Российских рекомендациях по лечению стабильной ИБС указано на необходимость достижения ЧСС в покое в пределах 55–60 уд./мин. Таким образом, высокая ЧСС становится «терапевтической мишенью», а урежающая терапия – самостоятельным направлением лечения.

С целью оценки эффективности лечения больных со стабильными формами ИБС проанализированы 95 историй болезни пациентов кардиологического стационара. 47 человек страдали стабильной стенокардией, 43 – постинфарктным кардиосклерозом, 18 перенесли коронарную реваскуляризацию. Пациенты с фибрилляцией предсердий не включались в исследование. Подавляющее большинство (95,8%) больных получали бета-блокаторы, чаще всего (в 69,7% случаев) бисопролол.

Обработка данных проводилась непараметрическими методами с использованием программы Statistica 6.0.

При выписке целевая ЧСС менее 60 уд./мин была зарегистрирована только у 12,6% пациентов. 25,4% выписанных ЧСС составляла более 70 уд./мин. На достижение целевой ЧСС оказывали влияние как клиническое состояние пациентов, так и лечебная тактика.

В зависимости от величины достигнутой ЧСС больные были разделены на две группы. В группу

А вошли лица с ЧСС менее 70 уд./мин, в группу В – с ЧСС более 70 уд./мин.

В группе В было больше пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, при поступлении ЧСС в покое была выше по сравнению с таковой в группе А. Дозы бета-блокаторов оказались сопоставимы. Но в группе А терапия чаще корректировалась своевременным изменением дозы, или заменой бета-блокатора, или добавлением ингибитора ионных каналов f-типа – ивабрадина. Основаниями для замены бета-блокаторов являлись: развитие сердечной недостаточности, нарушение предсердно-желудочковой проводимости 2 степени, появление сухих хрипов, снижение артериального давления (АД). Препятствием для увеличения дозы бета-блокаторов может стать уровень АД. Выбор бета-блокатора часто определяет успех терапии. Метопролола тартрат в меньшей степени, чем бисопролол, уменьшал ЧСС и снижал систолическое АД ($p = 0,08$). У пациентов, получавших метопролола тартрат, не удалось достичь целевого значения систолического АД ($130 \pm 8,16$ мм рт. ст.) Средние дозы бета-блокаторов составляли 31,3% (для метопролола), 33,2% (для карведилола) и 58% (для бисопролола) от доз, доказавших свою эффективность в клинических испытаниях.

Таким образом, ЧСС более чем у половины пациентов со стабильной ИБС по окончании стационарного лечения не достигает целевых значений, несмотря на частое назначение бета-блокаторов. Использование современных бета-блокаторов и других урежающих препаратов с подбором оптимальных доз позволит повысить эффективность лечения больных со стабильной ИБС с ожидаемой прогностической пользой.

**Загравская И.А.,
Якушин С.С., доктор медицинских наук**

Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

ЕА Á Á КÁ È {æä/КÁä:æ*/æç•\æ^æО*{æä/È&[{

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – исход многих сердечно-сосудистых заболеваний как воспалительной, так и невоспалительной природы, серьезная причина нарушения трудоспособности и сокращения продолжительности жизни населения развитых стран. Несмотря на внедрение новых методов терапии, летальность больных с ХСН не снижается, причем одной из трех основных причин смерти являются желудочковые нарушения ритма сердца. Именно нарушения ритма сердца, возникающие на фоне электролитного дисбаланса, являются наиболее грозным осложнением массивной диуретической терапии.

На протяжении последних десятилетий в России в качестве диуретического препарата в основном используется фуросемид. Недавно в нашей стране зарегистрирован еще один петлевой диуретик – торасемид, который характеризуется высокой и предсказуемой биодоступностью, определяющей стабильность диуретического действия; более длительным периодом полувыведения; пониженным риском развития гипокалиемии; независимостью его фармакокинетики от функции почек; одновременной блокадой ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Цель настоящего исследования – сравнить частоту возникновения нарушений ритма сердца и электролитного дисбаланса крови на фоне приема различных петлевых диуретиков в период декомпенсации ХСН.

Под наблюдением находились 98 пациентов 18–75 лет. 58 человек получали торасемид (диурер), 40 – фуросемид. Стартовая доза фуросемида – 40 мг, диурера – 10 мг. Пациенты имели декомпенсированную ХСН II–IV функционального класса (ФК) (по NYHA) с рентгенологическими признаками застоя в малом и/или большом круге кровообращения.

Длительность наблюдения составила 14 дней. Обследование проводилось дважды (до начала

диуретической терапии и через 14 дней), оценивался электролитный профиль сыворотки крови и проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Группы пациентов были сопоставимы по возрастному-половому составу (44,8% мужчин и 55,2% женщин в группе принимавших диурер, 52,5% и 41,5% соответственно – в группе получавших фуросемид ($p > 0,05$), средний возраст – $65,2 \pm 7,9$ и $62,5 \pm 9,7$ соответственно, $p = 0,148991$), основным заболеванием, приведшим к развитию ХСН, показателям ультразвукового исследования сердца, медикаментозной терапии и среднему ФК ХСН (в группе лечения диурером – $3,38 \pm 0,11$, фуросемидом – $3,45 \pm 0,15$, $p > 0,05$).

Через 14 дней в обеих группах не отмечено снижения среднего ФК ХСН (у принимающих диурер – $2,45 \pm 0,11$, фуросемид – $2,62 \pm 0,15$, $p > 0,05$). В результате 14-дневного лечения зарегистрировано статистически значимое снижение концентрации калия в сыворотке крови у больных, получающих фуросемид ($3,8 \pm 0,64$ ммоль/л) по сравнению с таковой у получающих диурер ($4,39 \pm 0,62$ ммоль/л, $p = 0,0002$), а также тенденция к уменьшению концентрации натрия в сыворотке крови на фоне лечения фуросемидом (в группе лечения диурером – $141,04 \pm 7,00$ ммоль/л, в группе лечения фуросемидом – $139,20 \pm 9,49$, $p = 0,36$). У пациентов, принимавших диурер, через 14 дней наблюдалась тенденция к увеличению концентрации магния по сравнению с таковой у получавших фуросемид ($1,03 \pm 0,52$ против $0,89 \pm 0,10$ ммоль/л соответственно).

Поскольку исходно частота встречаемости желудочковых аритмий у пациентов, принимавших фуросемид, была выше, целесообразно анализировать изменение частоты встречаемости аритмий отдельно в каждой группе.

В результате массивной диуретической терапии через 14 дней в группе пациентов, получаю-

щих диуретиков, частота встречаемости одиночной желудочковой экстрасистолии незначительно уменьшилась (83,9%), а у больных, получающих фуросемид, не изменилась (100%). На фоне терапии диуретиком статистически значимо уменьшилась частота встречаемости таких прогностически неблагоприятных видов желудочковых аритмий, как парная мономорфная желудочковая экстрасистолия (в 1,4 раза реже по сравнению с исходным уровнем: 29% через 14 дней против 40% исходно, $p < 0,001$), частота встречаемости парной полиморфной желудочковой экстрасистолии в группе принимавших диуретик уменьшилась в 4 раза (3,2% через 2 недели против 13,3% исходно, $p < 0,01$), желудочковой тахикардии – в 2 раза реже (уменьшилась с 13,3 до 6,5%, $p < 0,05$).

В группе больных, получавших фуросемид, имелась тенденция к снижению частоты встречаемости парной мономорфной желудочковой экстрасистолии (с 52,6 до 45,5%, $p > 0,05$) и желудочковой тахикардии (с 26,3 до 18,2%, $p < 0,05$), а встречаемость парной полиморфной желудочковой экстрасистолии возросла в 1,4 раза (с 31,6 до 45,5%, $p < 0,001$).

Таким образом, применение фуросемида в качестве диуретика при декомпенсации ХСН приводит к статистически более значимому выведению калия по сравнению с торасемидом. На фоне терапии фуросемидом (в отличие от лечения торасемидом) отмечается увеличение частоты встречаемости желудочковых нарушений ритма сердца высоких градаций, несмотря на сопоставимое снижение среднего ФК ХСН.

**Медведев И.Н.*¹,
Даниленко О.А.²**

¹ Кафедра адаптивной физической культуры и спорта Курского института социального образования (филиала) ГОУ ВПО «Российский государственный социальный университет», 305029, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 53

² ГУЗ «Областная клиническая больница микрохирургии глаза», 305004, г. Курск, ул. Садовая, д. 42

ЕА А КÁ È {æä}КÁ: • ~ О€ / ÎÈ! ~

Наиболее частой составляющей метаболического синдрома (МС) является артериальная гипертензия (АГ), считающаяся одной из причин развития тромбозов различных локализаций. Иницируют его обменные нарушения посредством ослабления сосудистого гемостаза. Лечение больных с МС должно быть направлено на коррекцию обменных нарушений, в первую очередь дислипидемии.

У больных АГ при МС, перенесших тромбоз сосудов глаза, перспективным в этом плане является применение в комплексе с немедикаментозным лечением, пиоглитазона, повышающего чувствительность периферических тканей к инсулину и поступление глюкозы в ткани, снижающего глюконеогенез, благодаря чему уменьшаются гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия. В настоящее время у больных АГ при МС широко применяются гипотензивные препараты из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II, в том числе вальсартан. Однако влияние диеты, дозированных физических нагрузок, приема вальсар-

тана на выраженность дислипидемии у больных с АГ МС, перенесших тромбоз сосудов глаза, до сих пор изучено недостаточно.

Целью исследования явилось выяснение характера влияния комплексной терапии, включающей гипокалорийную диету, дозированные физические нагрузки и прием вальсартана, на выраженность дислипидемии у больных АГ МС, перенесших тромбоз сосудов глаза.

Под наблюдением находились 24 больных среднего возраста с АГ 1–2 степени (риск 4). У пациентов выявлены признаки МС (нарушение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия, абдоминальное ожирение). Группу контроля составили 25 здоровых лиц аналогичного возраста.

После 14-часового голодания у обследуемых производился забор крови. Определяли содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) энзиматическим колориметрическим методом с использованием наборов фирмы «Витал

Диагностикум»; общих липидов (ОЛ) – с помощью наборов фирмы «Лахема», ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по W. Friedwald et al., ХС липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) по формуле: $TG / 2,2$.

Всем пациентам назначалась гипокалорийная диета (1400–1800 ккал/сут. с ограничением приема жиров животного происхождения (до 10% от общего количества жира), легкоусвояемых углеводов и с увеличением доли в рационе продуктов с высоким содержанием клетчатки, дозированные физические нагрузки, прием пиоглитазона в дозе 30 мг в сутки и вальсартана (160 мг 1 раз в день).

Дизайн исследования включал оценку исследуемых показателей исходно и через 4 и 16 недель лечения. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

У больных была выявлена гиперлипидемия (ОЛ – $8,79 \pm 0,05$ г/л) ИБ типа. Так, уровень ОХС со-

ставлял $6,10 \pm 0,02$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,86 \pm 0,04$ ммоль/л, ХС ЛПОНП – $1,08 \pm 0,002$ ммоль/л, ТГ – $2,38 \pm 0,04$ ммоль/л. Содержание ХС ЛПВП было снижено у больных до $1,16 \pm 0,02$ ммоль/л.

При проведении сочетанной коррекции у всех больных гиперлипидемия ликвидирована на 4-й неделе терапии (ОЛ – $6,42 \pm 0,04$ г/л) стабилизацией ее показателей к 16-й неделе. Содержание ОХС ($4,85 \pm 0,02$ ммоль/л), ХС ЛПНП ($2,58 \pm 0,02$ ммоль/л), ХС ЛПОНП ($0,73 \pm 0,04$ ммоль/л) и ТГ ($1,61 \pm 0,02$ ммоль/л) прогрессивно снижалось, а ХС ЛПВП ($1,54 \pm 0,002$ ммоль/л) – повышалось, и к 4-му месяцу лечения эти показатели приближались к контрольным значениям.

Таким образом, комплексная корректирующая терапия привела к оптимизации метаболизма липидов, что способно позитивно влиять на состояние сосудистой стенки у больных МС, перенесших тромбоз сосудов глаза.

Медведев И.Н.*¹,
Савченко А.П.²,

¹ Кафедра адаптивной физической культуры и спорта Курского института социального образования (филиала) ГОУ ВПО «Российский государственный социальный университет», 305029, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 53

² Кафедра истории, теории и методики социальной работы Курского института социального образования (филиала) ГОУ ВПО «Российский государственный социальный университет»

ЕА Á Á КÁ È {æð/КА: • ~ ~ О€ / ÎÈ: ~

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) все больше «молодеет», возникая у людей трудоспособного возраста. Частым ее предшественником является высокое нормальное артериальное давление (ВНАД). Не исключено, что отмечающиеся при ВНАД признаки активации тромбоцитарных функций в последующем при манифестировании АГ способны усугубляться, быстро приводя к развитию внутрисосудистого тромбообразования. Особенности нарушения функционального состояния тромбоцитов у молодых лиц с ВНАД с отягощенной наследственностью по АГ изучены недостаточно.

Цель работы – выявить возможности коррекции нарушений тромбоцитарного гемостаза с помощью дозированных физических нагрузок у молодых лиц с ВНАД.

Под наблюдением находились 34 пациента (18 юношей и 16 девушек) в возрасте 18 лет с ВНАД, имеющих низкий риск сердечно-сосудистых заболеваний (критерии ДАГ 3 (2008)). У больных выявлено наличие 1–2 факторов риска: семейной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям и, в ряде случаев, курения. Группу контроля составил 141 здоровый человек 18 лет без вредных привычек и наследственной отягощенности, не испытывающий регулярных физических нагрузок. Активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) плазмы определяли по содержанию ТБК-активных продуктов набором фирмы ООО «Агат-Мед» и антиокислительному потенциалу жидкой части крови, а активность внутритромбоцитарного ПОЛ – по концентрации базального малонового диальдегида (МДА) в

реакции восстановления тиобарбитуровой кислотой. Производился подсчет тромбоцитов в капиллярной крови в камере Горяева. Агрегация тромбоцитов (АТ) исследовалась визуальным микрометодом (Шитикова А.С., 1999) с использованием в качестве индукторов АДФ ($0,5 \cdot 10^{-4}$ М), коллагена (разведение 1 : 2 основной суспензии), тромбина (0,125 ед./мл), ристомицина (0,8 мг/мл) (НПО «Ренам»), адреналина ($5 \cdot 10^{-6}$ М) и перекиси водорода ($7,3 \cdot 10^{-3}$ М). Всем обследуемым назначались регулярные дозированные физические тренировки согласно разработанной авторами схеме, включающие утреннюю гигиеническую, лечебно-профилактическую гимнастику и дробные занятия физическими упражнениями на протяжении дня. Дизайн исследования включал исходную оценку исследуемых показателей и определение их динамики через 1 год регулярных физических нагрузок. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

У всех обследуемых с ВНАД исходно отмечено достоверное повышение активности ПОЛ плазмы. Так, концентрация ТБК-активных продуктов в плазме составила $3,46 \pm 0,16$ мкмоль/л, в контроле – $3,21 \pm 0,81$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Уровень МДА в тромбоцитах у них также оказался повышен ($0,64 \pm 0,25$ нмоль/ 10^9 кл., в контроле – $0,49 \pm 0,16$ нмоль/ 10^9 кл., $p < 0,01$). Активация свободнорадикального окисления у молодых людей с ВНАД стала возможной в связи с ослаблением антиоксидительной активности их организма ($32,2 \pm 0,20$ против $38,8 \pm 0,22\%$ в контроле, $p < 0,01$). Назначение молодым людям с ВНАД рационально дозированных физических нагрузок через год нормализовало ПОЛ плазмы и тромбоцитов. Так, в плазме содержание ТБК-активных продуктов составило $3,23 \pm 0,15$ мкмоль/л с усилением ее антиоксидантной активности до $36,9 \pm 0,16\%$. На фоне регулярных тренировок у молодых людей

достигнуто снижение активности ПОЛ в тромбоцитах: базальный МДА в них составил $0,50 \pm 0,17$ нмоль/ 10^9 кл. Количество тромбоцитов в крови обследованных до и на фоне коррекции было в пределах нормы. У включенных в исследование до начала тренировок найдено ускорение АТ, наиболее выраженное под влиянием коллагена – $28,6 \pm 0,20$ с (в контроле – $34,6 \pm 0,17$ с). Несколько медленнее АТ развивалась у лиц с ВНАД под влиянием АДФ ($39,1 \pm 0,13$ с) и ристомицина ($43,8 \pm 0,17$ с). АТ с H_2O_2 в группе лиц с ВНАД составила $44,1 \pm 0,15$ с. Тромбиновая и адреналиновая АТ у молодых лиц с ВНАД были одинаковы ($48,8 \pm 0,10$ и $94,7 \pm 0,14$ с соответственно) и превышали контрольные значения ($p < 0,01$). На фоне регулярных физических нагрузок у молодых людей с ВНАД время АТ под влиянием всех испытанных индукторов увеличилось. Через 12 месяцев коррекции наиболее активным индуктором АТ у них оказался коллаген. Несколько менее активны были АДФ, ристомицин и H_2O_2 . Позднее развивалась АТ ($p < 0,01$) под влиянием тромбина и адреналина.

Дальнейшее трехлетнее наблюдение за продолжившими тренировки молодыми людьми, имевшими в 18 лет ВНАД, не выявило отрицательной динамики всех нормализовавшихся функциональных и лабораторных показателей до конца наблюдения.

Таким образом, регулярные дозированные физические нагрузки, начатые в 18-летнем возрасте у лиц с ВНАД, способны оптимизировать активность тромбоцитарного гемостаза. Применение дозированных физических нагрузок у молодых людей с высоким нормальным артериальным давлением нивелирует имеющееся у них усиление ПОЛ, приближая к норме активность нарушенного тромбоцитарного гемостаза. Эти изменения достигают максимума к концу года занятий.

- ΘΕΛΑΛΕ», «ΥΑΕΙΑΙΕΣΙ ΕΑΒΕΕΕ», «ΧΕΑΑΛΕΕ ΑΒΗΔΕΙΦ
 ΟΒΛΤΑ ΕΟΕΑΕ ΘΕΒΕΟΕΒΦΕΙΤΡ ΑΠΤΛΑΤΡ. ΥΓΦΒΥΕΙΕΕ ΚΒΦΥΙΒ
 ΗΙΑΕ ÇΑΙ ΙΟ, ΦΑΛΒΙΕΟΙ ΙΟΕ ΙΕ ΑΒΚΕΕΥΑΑΕΘΒΕΑΒΕΕΙΕΙ.
 21. Û ΕΕΚΑΛΣΕΡ ΘΕΕΚΑΑΑΕΦÇΡΑΑÇ ΚΕΑ ΘΕΟΑΑΙ ΙΟ ΖΛΓΕΘΦÇΕΑ
 ΑΑΑΑΕ Ε ΒΚΙΒΕΕΕΘΕΙ ΙΒ ΖΦΕΛΑΕΒΙ ΙΙ ΙΕ ΑΕΕΕΑΙΑΕΛΑΕ Ε ΕΦ-
 ΦΡΑΑΕΑΕΕ), ΘΕΕ ΘΒΚΛΒΑΒΕΛΕ ΛΒΑΒΕΛΒ ΓΑΘΕΕΔΑΕΑΑÇ ΕΑ
 ΘΒΦΕΓΒΕΑΙΕΕ ΙΕΕΙΒΛΒ ΥΕΕΣΑΑ(ΚΦÇ ΕΙΚΕΦΕΙΕÇ ΕΑΥΙΒΙ
 ΕΙ ΣΒΕΘΑΕΕ ΕΑΘΒΦΕΓΒΕΑΑΕ ΛΤΕΑΕ. ΥΦΕΛΑΕΒΙ ΙΙ ΙΕ ΘΕ-
 ΟΑΑΙ ΙΙ ΕΑΕΕΑΙΑΙ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΕΚΕΙΑΕΟΙ ΙΙ!
 22. ΥΑΑΑΕÇ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΙΑΘΕΟΑΑΑΙΑ ΥΕΕΣΑΒΟΤimes New
 Roman 14 ΛΕΛÇ ΟΕΕΕΓ 1,5 ΕΙΑΕΕΕΑΦΑ ΙΑ ΒΚΙΒΙ ΑΑΒΕΒΙΕ
 ΦΕΑΑΑ, ΥΕΕΕΙΑ ΘΒΦΕΙ 2 ΑΟ ΑΦΕΕΑ, ΑΘΕΑΕΑ, ΑΕΕΕΘΤ Ε ΑΙΕΓΤ.
 ΑΤΟΕΕΑΕÇ ΑΑΕΑΙΕΣ ΒΗÇÇΑΕΦΕΙΑ
 23. ΜΕΓΡΟΕ ΘΕΟΑΑΕΕΑΑÇ ΙΑ ΒΑΚΕΦΕΙΒΙ ΑΑΕΑΙΕΣΗΚΕ ΚΤΗΦΕΕΤ
 ΡΑΑÇ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΑΑΑΑΕ ΣΑΘΕΦΕΕ Ε ΕΙΕΣΕΑΦΙ ΑΕΑΒΕΒΕ ΕΘ
 ΤΟΕΙ ΙΕ ΑΑΕΘΕΙΕ ΘΒΦΙΒΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ Ε ΑΚΕΕΑ ΤΟΕΥΚΕΙΕΙ Ε
 ΒΑΚΕΦΒΕ ΒΑΛΤΚΑ ΕΙ ΥΦΑ ΕΑΗΒΑΑΜΕΓΡΟΕ ΑΒΚΕΕΥΕΑ ΛΕΑΛΒΕ
 ΒΘΕΑΑΙΕΕ ΣΕΦΕ ΕΑΦΕΚΒΕΑΙΕÇ ΟΑΕΕΕΑΦΒΕ Ε ΟΕΑΒΚΒΕΕ-
 ΓΤΦΕΑΑΒΕ ΕΕΛΒΘΕΙΚΑΕΙ. Û ΕΕΓΡΟΕ ΒΗΘΕΑ ΚΒΑΑΑΒΟΙΒ
 ΒΑΕΑΓΕΑΕ ΒΑΙΒΕΙ ΙΕ ΕΚΕΕ ΘΗΑΕΘ ΕΕΓΡΟΕ ΚΒΦΥΕΙ ΑΒΑΑΑΕ
 ΦÇΑΕ ΙΕ ΗΒΦΕΕ 100—150 ΑΦΒΕ. Û ΛΒΙΣΕ ΕΕΓΡΟΕ ΚΒΦΥΙ
 ΗΙΑΕ ΘΕΕΚΑΑΕΦΕΙ 5-6 ΛΦΡΟΕΕΙΟ ΑΦΒΕ ΑΑΑΑΕ Ε ΑΒΛΕΑ
 ΔΕΙΙΒΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΑΑΑΑΕ ΚΦÇ ΒΣΒΕΘΦΕΙΕÇ ΛΒΦΙΑΕΑΤΦΒΕ
 (ΙΕ ΗΒΦΕΕ ΟΕΘ ΙΑ40 ΓΙΑΛΒΘ). ΜΕΚΑΛΣΕÇ ΗΤΚΕΑ ΗΦΑΛΚΑΕΙΑ
 ΑΕΑΒΕΑΘ ΓΑ ΘΕΕΚΒΑΑΕΦΕΙΕΕ ΘΒΘΕΘΒ ΒΗÇÇΑΕΦΕΙΒΛΒ ΕΕ
 ΓΡΟΕ ΙΑ ΕΤΑΑΛΒΘ ÇÇΙΛΕ ΑΑΛΥΕ Ε ΑΙΛΦΕΙΑΛΒΛΒ ΕΛΒ ΘΕΕΕΕΒ
 ΚΑ.
 24. ΑΗΦΕΣΙ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΘΒΑΑΕΒΕΙΙ ΑΥΑΑΒ ΙΑΛΦÇΚΙΒ,
 ΕΟΕΑΕ ΙΒΘΕΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΓΑΛΒΦΒΕΛΕ ΛΒΦΙΒΛ Ε ΑΑΕΒΛΑΑΕΒΛΒ
 ΑΒΒΑΕΑΑΑΕΤΡΔΕΕ ΕΘ ΑΒΚΕΕΥΑΙΕΡ Û ΑΗΦΕΣΑΘ ΚΒΦΥΙΑ
 ΗΙΑΕ ΟΕΑΛΒ ΤΛΑΓΙΑ ΕΑÇΟΕΕΙΒΑΑΕ ΘΒΛΑÇΑΕΦΕΙΥΑΕ ΣΕ-
 ΕΙ, ΕΑΒΛΕ Ε ΘΕΒΣΕΙΑΙ Ε ΑΗΦΕΣΑΘ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΑΔΑΑΕΦΕ
 ΙΒ ΕΙ ΕΕΕΕΙ Ι Ε ΑΒΒΑΕΑΑΑΕΒΕΑΑΕ ΑΑΛΒΕΙΘ Ε ΑΕΛΑΑΕΑΕΛΑ,
 Ε ΑΕΒΡ ΒΟΕΕΕΚΕ ΙΕ ΚΒΦΥΕΙ ΘΒΕΑΒΕÇΑΕ ΑΒΚΕΕΥΑΙΕΕ ΑΑ
 ΗΦΕΣ. ΑΕΒΗΘΒΚΕΘΒ ΘΒΘΕΑΑΕΑΕ Ε ΑΕΛΑΑΕ ΑΑΙ ΦΛΕ ΙΑ ΛΑΥΚΤΡ
 ΑΗΦΕΣΤΑΑΘ, ΥΚΕ ΛΒΘΘΕ ΙΑΕΕΤΕΑΑÇΕΕ ΑΒΚΕΕΥΑΙΕΕ
 25. ΝΒΑΒΛΕΑΣΕΕ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ Ε ΒΕΕΛΕΙΑΦΕ ΕΦΕ Ε ΖΦΕΛΑΕΒΙ
 ΙΒΘ ΕΚΕ Ε ΣΒΕΘΑΑΕ «αιφφ» Α ΕΑΓΕΕΥΕΙΕΕΘ ΙΕ ΟΕΙΕΕ300
 dpi (ΑΒΘΕΛ ΙΑ ΚΡΙΘ).
 26. ΙΕΑΣΕΛΕ ΑΘΕΘΙ Ε ΕΕΑΤΙΛΕ ΘΕΕΙΕΘΑΡΑΑÇ ΙΑ ΗΤΟΑΛΕ Ε Ε
 ΖΦΕΛΑΕΒΙ ΙΒΘ ΕΑΕΕΑΙΑΕ Ε ΣΒΕΘΑΑΑΘ «MS Excel», «MS
 PowerPoint». ΙΕΑΣΕΛΕ ΑΘΕΘΙ Ε ΕΕΑΤΙΛΕ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΘΕΒ
 ΙΤΟΕΕΒΕΑΙ Ι, ΕΟΕΑΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ Ε ΘΕΕ ΙΕΒΗΘΒΚΕΘΒΑΑΕ ΘΕΕ-
 ΘΕΘΑΙΕÇ. ΘΙΕ ΙΕ ΚΒΦΥΙΒ ΘΒΕΑΒΕÇΑΕ ΑΒΚΕΕΥΑΙΕΕ ΑΗΦΕΣ
 ΘΑΕ ΙΕΑΣΕΛΒΕ ΚΒΦΥΙΒ ΕΟΕΑΕ ΙΑÇΕΑΙΕÇ Ε ΕΑÇΟΕΕΙΒΑΑΕ
 ΙΕΑΣΕΛ ΚΒΦΥΕΙ ΗΙΑΕ ΑΙΑΗΥΕΙ ΦΕΛΙΚΒΙ(ΒΗΒΓΙΑΘΕΙΕΘ
 ΦΕΙΕΙ Ε ΓΑΘΒΦΙΕΙΕ). Û ΑΥΤΟΑΕ ΑΕΑΕΙΕΙΕÇ ΚΕΑΛΕΑΘΘ ΑΦΕ
 ΚΤΕΑ ΤΛΑΓΙΕΑΕ ΚΒΑΑΒΕΕΕΙΒΑΑΕ ΕΑΓΦΕΘΕΙ ΑΕΒΗΘΒΚΕΘΒ ΘΒ
 ΘΕΑΑΕΑΕ Ε ΑΕΛΑΑΕ ΑΑΙ ΦΛΕ ΙΑ ΛΑΥΚΙ ΙΕΑΣΕΛ ΑΘΕΘΤ Ε ΕΕ-
 ΑΤΙΒΛ ΑΑΘ, ΥΚΕ ΛΒΘΘΕΙΑΕΕΤΕΑΑÇ ΕΘ ΑΒΚΕΕΥΑΙΕΕ Û ΑΥΤΟΑΕ
 ΘΕΕΚΑΑΕΦΕΙΕÇ Ε ΜΕΚΑΛΣΕΡ ΒΕΕΛΕΙΑΦΒΕ ΣΒΑΒΛΕΑΣΕΥΕ
 ΗΤΟΑΥΙΒΘ ΕΚΕ ΗΕΓ ΖΦΕΛΑΕΒΙ ΒΛΒ ΕΑΕΕΑΙΑΑ ΙΑ ΦΕΣΕΒΙ
 ΕΘ ΑΑΒΕΒΙΕ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΙΑΙΕΑΕΙΙ ΑΕΘΒΦΙ ΑΑΕΕΦΛΕ
 ΕΦΕ ΚΕΤΛΕΕ ΒΗΒΓΙΑΘΕΙΕÇ ΑΕ ΒΗΒΕΑΙΒΙ ΑΑΒΕΒΙΕ ΒΗΒΕΘ ΖΛ

- ΓΕΘΦÇΕΒΕ ΘÇΛΕΘ ΛΑΕΑΙΚΑΥΘΘ ΙΑΚΘΕΑΙ ΕΑΕΑΑÇ ΣΑΘΕΦΕÇ
 ΑΕΑΒΕΑ (ΑΒΦΕΛΒ ΘΕΕΕΒΛΘ, ΙΒΘΕΕ ΕΕΑΤΙΛΑ ΒΗΒΓΙΑΘΕΙΕΕ
 ΕΕΕΘΑΕΕΑΤΙΛΑ.
 27. ΕΕΕ ΒΗΕΑΗΒΑΛΕ ΘΑΑΕΕΕΑΦΑ ΕΑΘΒΦΕΓΤΕΑΑÇ ΑΕΑΑΕΘΑ ΕΚΕΙΕΣ
 ΥÛ. ΥΒΛΕΑΔΕΙΕÇ ΑΦΒΕ ΙΕ ΚΒΘΑΛΑΡΑΑÇ ΛΕΒΘΕ ΒΗΔΕΘΕΕ
 ΙÇΑΙΘ ΑΒΛΕΑΔΕΙΕΙ ΘΕΘΕΘΑΕΛΘ Ε ΘΑΑΕΘΑΘΕΘΑΕΛΘ ΕΕ
 ΦΕΘΕΙ, ΑΕΕΘΕΙΒΕ
 28. ΥΑΑΑΕÇ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΑΔΑΑΕΦΕΙΒ ΕΙ ΕΕΕΕΙΑ ΑΕΑΒΕΒΘΕΑΑ-
 ΑΙ, ΘΕΘΕΘΑΕΛΕ ΣΒΕΘΤΦΙ, ΑΗΦΕΣΙ, ΚΒΓΙ ΕΓΕΕΤΡΑΑÇ ΑΕ
 ΑΒΕΑΘΕ ΙΑ ΘΒΦÇ Û ΓΑΛΒΦΒΕΛΕ ΕΑΗΒΑΙ Ε ΕΕΓΡΟΕ ΙΕ
 ΒΗΘΒΚΕΘΒ ΤΛΑΓΙΕΑΑΕ ΘΕΥΚΤΙΑΕΒΚΙΒΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΦΕΛΑΕ
 ΑΑΕΕΙ ΙΘ ΑΕΕΚΑΑΕ Ε ΑΕΛΑΑΕ ΘΥΙΒ ΕΑΘΒΦΕΓΒΕΑΑΕ ΑΒΕΛΒΕΒΕ
 ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΥΘΕΣΑΦΕΙΕ ΑΕΕΘΕΙΙ ΑΦΕΚΤΕΑ ΘΕΕΕΒΚΕΑΕ Ε
 ΕΤΑΑΛΒΘ ΘΕΕΕΕΒΚΕ Ε ΕΑΘΒΦΕΓΒΕΑΑΕ ΑΒΦΕΛΒ ΒΗΔΕΘΕΕΙÇΑΙΕ
 Ε ΙΑΤΟΙΒΙ ΦΕΑΕΕΑΑΤΕΕ ΑΦΒΕΑΕ Ε ΛΒΕΘ ΑΥΤΟΑΕ ΙΕ ΘΕΕΘΕ
 ΙÇΑΕ ΕΙΒΑΑΕΑΙΙΕ ΑΦΒΕΑ Ε ΕΤΑΑΛΒΘ ΕΑΕΕΑΙΑΕ Ε «ΑΒΗ-
 ΑΑΕΙΙΒΙ» ΑΕΑΙΑΛΕΘΣΕΕ.
 29. ΑΕΑΑΑΙ, ΘΕΕΕΒΚΕΘΙΕ Ε ΑΑΑΑΕ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ ΑΔΑΑΕΦΕΙΒ
 ΕΙΕΕΕΙΙ.
 30. ΕΕΕ ΒΘΕΑΑΙΕΕ ΘΕΑΒΚΒΕ ΕΑΦΕΚΒΕΑΙΕÇ ΤΛΑÇΑΙΕÇ ΙΑ ΑΕΑΒ
 ΕΒΕ ΚΒΦΥΙΒ ΑΘΘΕΒΒΥΚΑΑΕΑÇ ΑΑΙ ΦΛΑΘΕ ΙΑ ΕΘ ΕΑΗΒΑΙ Ε
 ΛΒΑΒΕΙΘ ΖΑΕ ΘΕΑΒΚΙ ΗΙΦΕ ΒΘΕΑΑΙ ΥΑΕ ΕΑΗΒΑΙ ΚΒΦΥΙ
 ΗΙΑΕ ΒΗÇÇΑΑΕΦΕΙΒΛΦΡΟΕΙ Ε ΑΘΕΑΒΛ ΦΕΑΕΕΑΤΕΙ.
 31. ΑΗΦΕΒΛΕΑΣΕΘΕΑΛΕΕ ΕΑΑΒΟΙΕΛΕ ΙΤΟΕΕΤΡΑΑÇ Ε ΑΦΣΑΕΑ
 ΙΒΘ ΘΒΕÇΚΛΕ ΑΗΦΕΒΛΕΑΣΕΘΕΑΛΒΕ ΒΘΕΑΑΙΕΕ ΦΕΑΑΑΤΡ-
 ΙΙΘ ΕΑΑΒΟΙΕΛΒΕ ΚΑΕΑΑÇ ΘΒΦΙΒΑΑΕΡ Ε ΑΒΒΑΕΕΑΑΑΕΕ Α
 ΙΟΥΑ Μ 7.0.5 2008: ΚΦÇ ΛΙΕΛ – ΣΑΘΕΦΕΕ ΑΕΑΒΕΒΕ ΕΘ ΕΙΕ-
 ΣΕΑΦΙ, ΘΒΦΙΒΕ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΛΙΕΛΕ ΘΕΑΑΒ Ε ΛΒΚ ΕΓΚΑΙΕÇ ΚΦÇ
 ΥΤΕΙΑΦΕΙΙΘ ΑΑΑΑΕ Ε ΘΑΑΕΕΕΑΦΒΕ ΒΘΤΗΦΕΛΒΕΑΙΙΘ Ε
 ΑΗΒΕΙΕΛΑΘ – ΣΑΘΕΦΕΕ ΑΕΑΒΕΒΕ ΕΘ ΕΙΕΣΕΑΦΙ, ΘΒΦΙΒΕ ΙΑ
 ÇΕΑΙΕΕ ΑΑΑΑΕ, ΥΤΕΙΑΦΑ ΛΒΚ, ΑΒΘ, ΑΑΕΑΙΕΣΙ. ΑΕ ΑΦΕΚΤΕΑ
 ΕΑΘΒΦΕΓΒΕΑΑΕ ΑΒΛΕΑΔΕΙΕÇ ΙΑÇΕΑΙΕΙ ΑΗΒΕΙΕΛΒΕ Ε ΥΤΕΙΑ
 ΦΒΕ. ΥΒΛΕΑΔΕΙΕÇ ΗΗΦΕΒΛΕΑΣΕΘΕΑΛΒΛΒ ΒΘΕΑΑΙΕÇ ΚΒ
 «ΥΛΑÇ. ΑΒΟ.» ΕΦΕ «ΑΑΘ ΥΕ» ΙΕ ΚΒΘΑΛΑΡΑΑÇ Û ΑΘΕΑΒΛ ΦΕ-
 ΑΕΕΑΑΤΕΙ ΙΕ ΕΛΦΡΟΑΡΑΑÇ ΚΕΑΑΕΕΑΑΕΒΕΙΙΕ ΕΑΗΒΑΙ Ε ΑΕ
 ΑΒΕΕΣΕΕΑΑΙ. ΘΑ ΘΕΑΕΦΕΙΒΑΑΕ ΘΕΕΕΚΕΙΙΘ Ε ΑΘΕΑΛΕ ΦΕ
 ΑΕΕΑΑΤΕΙ ΚΑΙ ΙΘ ΒΑΕΕΑΑΕΕΙΒΑΑΕ ΙΕΑΤΑ ΑΕΑΒΕΙ.
 32. Û ΗΗΦΕΒΛΕΑΣΕΘΕΑΛΒΘ ΒΘΕΑΑΙΕΕ ΘΒΦΙΙΘ ΘΕΕΕΘΕΙΕ ΑΕΑΒ
 ΕΒΕ ΤΛΑΓΙΕΑΕΑÇ ΕΑΦΕ ΒΗΔΕΕ ΟΕΑΦΒ ΑΕΑΒΕΒΕ ΙΕ ΘΕΕΕΙ ΥΑ
 ΕΑ ΑΕΕΘ ΟΕΦΒΕΕΛ ΑΑΦΕ ΟΕΑΦΒ ΑΕΑΒΕΒΕ ΗΒΦΕΕ ΑΕΕΘΘΕΕΒ-
 ΚΕΑΑÇ ΙΑÇΕΑΙΕΕ ΚΒΛΤΘΕΙΑΑ Α ΘΒΑΦΕ ΓΙΑΛΑ / ΣΑΘΕΦΕÇ
 ΑΒΦΕΛΒ ΘΕΕΕΒΛΒ ΑΕΑΒΕΑΘΒΑΦΕ ΛΒΑΒΕΒΙ ΚΦÇ ΒΑΕΘΕΑΑΕΙΙΘ
 ΘΤΗΦΕΛΑΕΙ ΙΕΒΗΘΒΚΕΘΒ ΤΛΑÇΑΑΕ[Ε ΚΕ.], ΚΦÇ ΓΑΕΗΥΕ-
 ΙΙΘ ΘΤΗΦΕΛΑΕΙ – «[Et al.]».
 33. ΥΑΙΦΛΕ ΙΑ ΕΑΑΒΟΙΕΛΕ Ε ΑΕΛΑΑΕ ΑΑΑΑΕ ΒΣΒΕΘΦÇΡΑΑÇ Ε
 ΕΚΕ ΙΒΘΕΕΑ Ε ΛΕΑΚΕΑΙΙΘ ΑΒΗΛΑΘ Ε ΑΑΕΒΛΒΘ ΑΒΒΑΕΕΑ
 ΑΑΕΕΕ Α ΘΕΑΑΒΘ ΕΑΑΒΟΙΕΛΑ Ε ΦΕΑΑΑΑΕΙΙΒΘ ΑΘΕΑΛΕ ΦΕ
 ΑΕΡΑΑΤΡΠΙ. ÛΘΒΘΕΙΑΘΕΘΙΕ Ε ΑΑΑΑΕ ΑΕΑΒΕΙ ΚΒΦΥΙΒ ΗΙΑΕ
 ΘΕΕΕΚΕΙΙ ΒΗÇÇΑΑΕΦΕΙΒ Α ΕΙΕΣΕΑΦΘΕΕΑΑΘΒΦΥΕΙΙΘΕ
 ΘΕΕΕΚ ΣΑΘΕΦΕΕΙ. ΝΑΘΕΦΕΕ ΕΙΒΑΑΕΑΙΙΘ ΕΑΑΦΕΚΒΕΑΑΕΦΕΙ
 ΤΛΑΓΙΕΑΡΑΑÇ Ε ΕΘ ΒΕΕΛΕΙΑΦΕΙΒΘ ΕΚΕ ΦΑΕΙΕΣΕΙ (ΛΕΒΘΕ
 ΑΕΘ ΑΥΤΟΑΕ ΛΒΚΑ ΕΘ ΕΑΗΒΑΙ ΘΕΕΕΕΚΕΙΙ ΙΑ ΕΤΑΑΛΕΙ Ε
 ΕΘΕΕΑΑÇ ΒΗΔΕΘΕΕΙÇΑΑÇΓΑΘΕΑΕ ΣΑΘΕΦΕΕ ΛΕΕΦΦΕΣΕΙ).

ISSN 1606-8157

The Federal Agency of Public Health and Welfare of the Russian Federation
The Ivanovo State Medical Academy

VESTNIK IVANOVSKOJ MEDICINSKOJ AKADEMII BULLETIN OF THE IVANOVO MEDICAL ACADEMY

Quarterly Reviewed Scientific and Practical Journal

Founded in 1996

Volume 15

2

2010

Editorial Board

Editor-in-Chief R.R. SHILAYEV
Editor V.V. CHEMODANOV
Associate Editor E.K. BAKLUSHINA
Associate Editor E.A. KONKINA

V.F. BALIKIN, I.K. BOGATOVA, R.M. EVTIKHOV,
L.A. ZHDANOVA, S.I. KATAIEV, S.E. LVOV, I.E. MISHINA
A.E. NOVIKOV, A.I. RYVKIN, V.B. SLOBODIN

Editorial Council

R. APELT (Germany)	A.I. MARTYNOV (Moscow)
N. ARSENEVICH (Serbia)	L.S. NAMAZOVA (Moscow)
A.A. BARANOV (Moscow)	Yu.V. NOVIKOV (Yaroslavl)
G.I. BREKHMANN (Israel)	A.N. NOVOSELSKY (Ivanovo)
A.F. VINOGRADOV (Tver)	A.I. POTAPOV (Moscow)
N.N. VOLODIN (Moscow)	L.M. ROSHAL (Moscow)
Yu.E. VYRENKOV (Moscow)	N.Yu. SOTNIKOVA (Ivanovo)
V.V. GUBERNATOROVA (Ivanovo)	K.V. SUDAKOV (Moscow)
E.I. GUSEV (Moscow)	V.D. TROSHIN (Nizhny Novgorod)
B.N. DAVYDOV (Tver)	V.I. FYODOROV (Ivanovo)
M. JURAN (Serbia)	V.V. SHKARIN (Nizhny Novgorod)
V.A. KUZNETSOVA (Ivanovo)	D. CHANOVICH (Serbia)
V.Z. KUCHERENKO (Moscow)	

Address for the editorial office
Bulletin of the Ivanovo State Medical Academy
8 Engels avenue Ivanovo 153012 Russia
Tel.: (493-2) 32-50-42

The journal welcomes for publication contributions that promote medical science and practice:
(1) original articles describing either clinical research or basic scientific work relevant to medicine;
(2) review articles on significant advances or controversies in clinical medicine and clinical science: