

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

СОДЕРЖАНИЕ

Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний

Селезнев С.В., Якушин С.С.

Хроническая сердечная недостаточность вследствие ишемической болезни сердца: предикторы
однолетней выживаемости 7

Линьков В.В., Мишина И.Е., Новиков А.Е., Андреев А.Г., Лебедева Л.В., Точенов М.Ю.

Опыт работы городского первичного отделения острых нарушений мозгового кровообращения 8

Линьков В.В., Тычкова Е.А., Гаранина Е.С.

Динамика количественных показателей острой цереброваскулярной патологии за пятилетний период
(по данным МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Иванова) 9

Сафронов А.И., Линьков В.В., Гаранина Е.С.

Анализ случаев повторных инсультов по данным стационарного регистра острых нарушений мозгового
кровообращения 10

Останина О.Н.

Анализ смертности от мозгового инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний в Липецкой области 11

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

Значение выявления и коррекции гипотиреоза у больных с метаболическим синдромом 12

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

Анализ диспансерного наблюдения за пациентами с ишемической болезнью сердца 13

Андросюк Н.Г., Попов Е.А., Герасимова А.И., Попова И.Е.

Эффективность динамического наблюдения пациентов с артериальной гипертонией 14

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

Факторы риска ангиопатий на разных стадиях нарушения углеводного обмена 15

Смирнова О.Р., Рачкова С.А., Романчук С.В.

Медицинская и медико-социальная эффективность кардиоверсии при фибрилляции предсердий 16

Воробьев А.Н.

Влияние недостаточности питания на качество жизни и прогноз у пациентов с ишемической болезнью
сердца и хронической сердечной недостаточностью 17

Петров В.С., Якушин С.С., Радченко Е.Н., Савкина Н.П., Иванова Г.О., Потапова Е.Л., Исаева Е.В.

Ведение больных с хронической ревматической болезнью сердца в клинической практике 18

Петров В.С., Данилова А.С., Марукова Т.А., Луканцова О.Б.

Частота сердечно-сосудистых заболеваний и факторы риска их развития у больных
с ревматоидным артритом 19

Романчук С.В., Атрошенко И.Г., Назарова О.А., Шутемова Е.А.

Эффективность контроля сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторной практике 20

Сердечно-сосудистые катастрофы

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

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

Солнышков С.К., Новожилов А.Е.

Вариабельность ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда при наличии
жизнеспособных сегментов в зоне поражения 22

Челышева И.А., Мазанко О.Е., Герасимова Ю.А.

Одновременное развитие инфаркта миокарда и мозгового инсульта 24

Точенов М.Ю., Челышева И.А., Линьков В.В., Апенкин Д.С., Завалий Л.Б.

Опыт системной тромболитической терапии при ишемическом инсульте в первичном отделении
для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения 25

Челышева И.А., Ежков А.Ю.

Особенности клиники острых нарушений мозгового кровообращения на фоне артериальной гипертензии
у больных с шейным остеохондрозом 26

Рыжикова И.Б., Тарасов А.В., Поздняков Ю.М., Погосова Н.В., Колтунов И.Е.

Оценка физической активности у больных, перенесших инфаркт миокарда,
на отдаленном этапе наблюдения 26

Ястребцева И.П.

Течение хронической ишемии мозга у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом
после церебрального инсульта 28

Михайловская Т.В., Мишина И.Е., Довгалюк Ю.В., Васильев В.В.

Состояние сердечно-сосудистой системы у больных с ишемическим инсультом 29

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

Можейко М.Е., Рябихин Е.А.

Типы ремоделирования левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста
с артериальной гипертензией 31

Швагер О.В., Уткина М.Н., Бурсиков А.В., Тентелова И.В.

Взаимосвязь показателей физической работоспособности и структурно-функциональных изменений
миокарда у женщин с артериальной гипертензией 32

Рябихин Е.А., Можейко М.Е.

Показатели артериографии у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией,
осложненной хронической сердечной недостаточностью, в зависимости от типа дисфункции левого
желудочка 33

Масленникова О.М.

Диагностика поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии 34

Кириченко М.В., Назарова О.А., Романчук С.В.

Характеристика факторов риска и поражения органов-мишеней у больных гипертонической болезнью,
их динамика на фоне адекватной антигипертензивной терапии 35

Рябихин Е.А., Можейко М.Е.

Возрастные особенности эластичности артерий у пациентов, страдающих артериальной гипертензией 36

Романенко И.А., Андреева Д.В., Будникова Н.В., Брико Н.И., Дмитриева Н.Ф.

Маркеры повреждения сосудистой стенки на ранних стадиях нарушения углеводного обмена 37

Пушкина Н.В., Пахрова О.А., Орлов Р.Б., Назарова О.А.

Гемореологические параметры у больных метаболическим синдромом 38

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

Изменение гемореологических показателей у больных с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа в зависимости от состояния липидного обмена 40

Харитонова Т.И., Ефимова Е.Г., Глик М.В.

Влияние метаболического синдрома на течение первичного локального остеоартроза коленных суставов и качество жизни у женщин пожилого возраста 41

Повасарис Н.С., Мясоедова С.Е.

Динамика артериального давления и эластических свойств сосудистой стенки у больных ревматоидным артритом по результатам отдаленных наблюдений 42

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

Роль чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца в диагностике и вторичной профилактике атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии 44

Муромкина А.В., Назарова О.А., Романчук С.В.

Диагностическое значение холтеровского мониторирования электрокардиограммы у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий 45

Корнилов Л.Я., Довгалюк Ю.В., Гудухин А.А., Березин М.В.

Клинико-функциональные особенности пароксизмальной формы фибрилляции предсердий у женщин в постменопаузе 47

Бурсиков А.В., Манюгина Е.А.

Механизмы психологической защиты и типы отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертонией 48

Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков

Никитина Т.А., Шляев Р.Р., Вотякова О.И., Новожилова И.Ю., Волкова Т.Г.

Гормонально-метаболические нарушения и артериальная гипертензия у детей с висцеральным ожирением 50

Фокина Е.А., Гришина Т.Р., Шляев Р.Р., Новожилова И.Ю., Сатарина Т.Е.

Состояние мнестической деятельности и уровень стресса у подростков с артериальной гипертензией 51

Мячина Т.Н., Копытина Е.В.

Особенности сердечно-сосудистой системы и регуляции ее состояния у детей с различными формами низкорослости 52

Мячина Т.Н., Копытина Е.В.

Особенности липидного спектра у детей с различными формами низкорослости 53

Нежкина Н.Н., Воробьева Е.В., Кулигин О.В., Чистякова Ю.В.

Использование психофизической тренировки в коррекции нейроциркуляторной дистонии у подростков 54

Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний

Белоносова С.В., Калинина А.М., Концевая А.В., Поздняков Ю.М., Злобин А.Н.

Оценка эффективности дифференцированного профилактического вмешательства в форме «школ здоровья» в условиях организованного коллектива сотрудников 56

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

Клиническое применение амприлана у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 57

Кузьмина Е.В., Ефимова Е.Г., Андреев А.Г., Стипакова А.В., Кукушкина Т.В., Новожилова С.В. Особенности антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью в период пневмонии	58
Батрак Г.А., Мясоедова С.Е. Динамика уровня С-реактивного белка на фоне терапии фенофибратом у больных сахарным диабетом 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией	59
Грозеев Я.В., Асатрян К.В., Казакова Ж.С., Ушакова С.Е. Частота применения бета-адреноблокаторов для лечения стабильной стенокардии у пациентов пожилого и старческого возраста	60
Казанцева Л.С., Шутемова Е.А. Эффективность урежающей терапии при стабильных формах ишемической болезни сердца	61
Казак М.В., Омельяненко М.Г., Томилова И.К., Романчук С.В. Эндотелиальная функция у пациентов с ишемической болезнью сердца при консервативном или оперативном лечении	62
Загравская И.А., Якушин С.С. Влияние диуретической терапии на электролитный баланс крови и частоту возникновения желудочковых нарушений ритма сердца у больных с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности	63
Медведев И.Н., Даниленко О.А. Возможности комплексной коррекции липидного профиля у больных с метаболическим синдромом, перенесших тромбоз сосудов глаза	64
Медведев И.Н., Савченко А.П. Влияние регулярных физических нагрузок на активность тромбоцитов у молодых лиц с высоким нормальным артериальным давлением	65

Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: ПРЕДИКТОРЫ ОДНОЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ

Селезнев С.В.*,
Якушин С.С., доктор медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: sv.seleznev@gmail.com

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).

ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ПЕРВИЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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

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

* Ответственный за переписку: e-mail: linkov.vv@mail.ru

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-

зации данной категории больных, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни людей, перенесших ОНМК, а для этого необходимо обеспечить доступ всех лиц с ОНМК к этапной квалифицированной медицинской помощи, от первичного отделения инсульта в остром периоде до полноценной реабилитации и первичной и вторичной профилактики.

Одним из первых шагов внедрения этой системы в Ивановской области явилось создание по инициативе и при непосредственном участии руководителей и специалистов Департамента здравоохранения и Ивановской государственной медицинской академии клинко-организационного руководства «Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК в Ивановской области (факторы риска, диагностика, лечение, реабилитация, первичная и вторичная профилактика)». Этот документ регламентирует междисциплинарный подход к проблеме ОНМК и определяет порядок ведения пациентов с инсультами на этапах оказания медицинской помощи на территории Ивановской области.

В 2009 г. в первичное отделение ОНМК МУЗ «ГКБ № 3» г. Иванова (на 60 коек) госпитализированы 1446 человек с ОНМК, что составило 79,6% от общего числа зарегистрированных случаев ОНМК в г. Иванове и Ивановском районе. Спонтанные

субарахноидальные кровоизлияния имели место у 28 человек, внутримозговые кровоизлияния – у 183, ишемический инсульт – у 978, транзиторная ишемическая атака – у 193. Клиническая диагностика ОНМК в приемном отделении проводилась специалистами мультидисциплинарной бригады первичного отделения ОНМК; выполнялись нейровизуализирующие и ультразвуковые исследования (2128 мультиспиральных компьютерных томографий головного мозга, 1189 дуплексных сканирований прецеребральных артерий, 1155 доплеровских транскраниальных исследований).

В Региональный сосудистый центр для нейрохирургических вмешательств по поводу ВМК переведено 17,5% человек. Системную тромболитическую терапию получили 82 (8,3%) пациента. Зарегистрировано 211 (14,6%) летальных исходов, из них при внутримозговых кровоизлияниях – 84 случая (45,9%), при ишемическом инсульте – 111 (11,3%), при спонтанных субарахноидальных кровоизлияниях – 7 (25%).

В результате проведенного лечения более 50% пациентов с ОНМК выписано из отделения самостоятельными в повседневной жизни.

Дальнейшее совершенствование системы медицинской помощи пациентам с ОНМК в Ивановской области позволит снизить заболеваемость и смертность населения от ОНМК.

ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД (ПО ДАННЫМ МУЗ «СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» Г. ИВАНОВА)

Линьков В.В.*, доктор медицинских наук,
Тычкова Е.А.,
Гаранина Е.С.

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

* Ответственный за переписку: e-mail: linkov.vv@mail.ru

Большое значение в системе медицинской помощи больным с острой цереброваскулярной патологией (ОЦВП) принадлежит организации службы скорой медицинской помощи. Настоящее исследование выполнено в рамках реализации федеральной и областной программ «Снижение смертности от сосудистых заболеваний в Российской Федерации» на 2008–2010 годы.

Цель работы – провести анализ основных количественных показателей обращаемости пациентов с ОЦВП в г. Иванове по материалам отчетов

МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» (ССМП) г. Иванова за 2004–2008 гг.

За изучаемый период бригады ССМП выполняли ежегодно от 3525 (в 2007 г.) до 4020 (в 2005 г.) выездов на дом, из них от 2445 (в 2008 г.) до 3427 (в 2006 г.) осуществлены к пациентам с ОЦВП. Достоверной динамики показателей не установлено. У женщин по сравнению с мужчинами частота ОЦВП была статистически значимо выше.

Выявлена большая распространенность поражения вертебрально-базилярного сосудистого

бассейна. Угнетение сознания до степени оглушения зарегистрировано у 1,5–4,5% больных, до уровня сопора и комы – у 9,6–20,7%. Эпилептические приступы наблюдались у 1,1–3,4% пациентов. Смерть в присутствии врачей ССМП констатирована в 0,5–0,8% вызовов (13–24 случая за год).

Число госпитализированных в специализированные нейрососудистые отделения неуклонно возрастало с 1576 человек в 2004 г. до 2399 в 2008 г. и составило в 2004 г. 50,1%, а в 2008 г. – 61,7% от числа лиц с ОЦВП, обратившихся на ССМП. В связи с поздним обращением за помощью только 40,6% больных госпитализированы в стационар в пределах «терапевтического окна», 34,6% человек – через сутки с момента развития инсульта. Догоспитальная смертность

от ОЦВП в 2008 г., в сравнении с 2004 г., снизилась на 37,5%.

За указанный период отказались от госпитализации в лечебные учреждения 12,9–20,6% пациентов, нетранспортабельными были признаны от 8,3% больных (в 2008 г.) до 36,5% (в 2004 г.).

Заболеваемость ОЦВП в пересчете на 1000 жителей составила от 9,79 (в 2006 г.) до 6,98 случая (в 2008 г.), более чем в два раза превышая средние показатели по Российской Федерации. По данным Национального регистра инсульта, заболеваемость инсультом в России составляет $3,48 \pm 0,21$ случая на 1000 населения. Совершенствование оказания неотложной медицинской помощи пациентам с ОЦВП будет способствовать улучшению результатов лечения этой категории больных.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРНОГО РЕГИСТРА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Сафронов А.И.¹,
Линьков В.В.^{*2}, доктор медицинских наук,
Гаранина Е.С.²**

¹ МУЗ «Городская больница № 4», 600020, Владимир, ул. Каманина, д. 6

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

* Ответственный за переписку: e-mail: linkov.vv@mail.ru

По результатам регистра инсульта, в популяции лиц старше 25 лет частота повторного инсульта составляет 0,68 случая на 1000 населения в год. Общий риск развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в первые 2 года составляет 4–14% у выживших, причем в течение первого месяца – 2–3%, в первый год – 10–16%, в последующем ежегодно – 5% (Котова Е.Ю., 2009). Ожидаемая продолжительность жизни людей после повторного инсульта составляет всего 4 года (Белова А.Н., 2003).

Целью исследования явился анализ повторных случаев ОНМК по данным стационарного регистра инсульта неврологического отделения МУЗ «Городская больница № 4» г. Владимира в 2008 г.

Проанализировано 72 истории болезни пациентов, находившихся в неврологическом отделении МУЗ «Городская больница № 4» г. Владимира в 2008 г. по поводу повторного инсульта. В 61% случаев процесс развивался у лиц старше 70 лет, в

26,4% – в возрасте 60–69 лет. У 25 (34,7%) человек повторный инсульт возник в течение первого года после ОНМК, у 9 (12,5%) – в первые 6 месяцев, у 29 (40,3%) – через 2–5 лет, у 9 (12,5%) – более чем через 5 лет. У женщин повторное ОНМК наблюдалось в 2,3 раза чаще, чем у мужчин (50 и 22 случая соответственно). В пределах «терапевтического окна» от развития ОНМК было госпитализировано всего лишь 19 (26,4%) человек с повторным инсультом. В течение первых суток поступило 25 (34,7%) человек. Зарегистрировано 16 (22,2%) летальных исходов (у 11 мужчин и 5 женщин).

Таким образом, по нашим данным, повторный инсульт чаще развивается у женщин, чем у мужчин. В 85% случаев повторный инсульт наблюдался у лиц пожилого и старческого возраста. Отмечена высокая частота возникновения повторного инсульта в течение первых шести месяцев и первого года после первичного ОНМК.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Останина О.Н.*

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4742) 27-22-97

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

Район	Число больных АГ, состоящих на диспансерном наблюдении	Заболеваемость АГ	Смертность	
			от ССЗ	от инсульта
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

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ГИПОТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Куренева Т.С.*, кандидат медицинских наук,
Романенко И.А., доктор медицинских наук,
Будникова Н.В., кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: тел.: 8-906-617-33-04

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 гипертонии 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 гипертония, 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 гипертонией, 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.

АНАЛИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сухорослова Т.А.,
Рачкова С.А.,
Романчук С.В., кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-57-11

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

группе перенесших Q-ИМ 9,3% больных признано инвалидами II группы, 31,7% – III, 59% выписано способными к труду. Среди перенесших неQ-ИМ 4,7% пациентов признано инвалидами II группы, 25,5% – III, 69,8% выписано способными к труду. Среди лиц со стабильной стенокардией, перенесших оперативные вмешательства, инвалиды II группы составили 8,2%, III группы – 14%, выписано способными к труду 77,6% пациентов.

За время диспансерного наблюдения было выявлено, что эффективность оперативного лечения

ИБС наиболее высока в группе пациентов, которым операция выполнялась экстренно. Однако медико-социальная (высокий процент возвращенных к труду пациентов), а также клиническая эффективность, а именно улучшение качества жизни и уменьшение клинических проявлений ИБС, позволяют говорить о необходимости проведения оперативного лечения пациентов с ИБС и в плановом порядке. Дальнейшее совершенствование системы диспансерного наблюдения пациентов с ИБС позволит повысить эффективность консервативной терапии и оперативного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Андросюк Н.Г.*, кандидат медицинских наук,
Попов Е.А., доктор медицинских наук,
Герасимова А.И.,
Попова И.Е.

Кафедра «Поликлиническое дело и скорая медицинская помощь» ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

* Ответственный за переписку: e-mail: vasilisa@astranet.ru

Цель исследования – оценить эффективность медицинской профилактики артериальной гипертонии у пациентов, находившихся на диспансерном наблюдении у участковых терапевтов.

Проведен анализ состояния здоровья 135 пациентов с артериальной гипертонией, находившихся на диспансерном учете у участковых врачей-терапевтов в 2009 г. Возраст больных колебался от 43 до 59 лет (средний возраст – 52,1 ± 1,6 года), среди них было 68 мужчин (50,4%), 67 женщин (49,6%). Средняя длительность заболевания составила 7,4 ± 0,6 года. Диспансерное наблюдение пациентов проводилось в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 23.01.2003 г. № 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации».

Включенные в исследование пациенты были разделены на две группы. Первую составили 111 человек с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (более 5% в течение 10 лет), вторую – 24 человека с риском менее 5%.

Разработанный план по изменению образа жизни включал: отказ от курения (94 человека), диетотерапию (135), увеличение физической активности (135). Вторичную профилактику артериальной

гипертонии проводили согласно рекомендациям ВНОК (2008). Монотерапию гипотензивными препаратами получали 17,7%, терапию двумя препаратами – 74,9%, тремя препаратами – 7,4% пациентов. Статины были назначены всем больным первой группы и 9 – второй.

В течение 2009 г. в дневном стационаре проходили лечение 66 человек (48,9%).

Только 34,4% больных, включенных в исследование, получали адекватную гипотензивную терапию. Последнее обусловлено низкой приверженностью пациентов к лечению.

Эффективность работы дневного стационара в социальном аспекте определялась удовлетворенностью пациентов. Ее подтвердили около 98% закончивших лечение.

Эффективность работы дневного стационара в медицинском аспекте определялась по степени достижения предполагаемого результата лечения: 59 из 66 прошедших лечение выписаны способными к труду. Результаты лечения следующие: улучшение отмечено у 89,4% пациентов, состояние без перемен – у 10,6%.

В течение 2009 г. в диспансерной группе не зарегистрировано смертей пациентов. У 8,1% больных впервые выявлены осложнения артериальной ги-

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.

ФАКТОРЫ РИСКА АНГИОПАТИЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Романенко И.А., доктор медицинских наук,
Полятыкина Т.С., доктор медицинских наук,
Будникова Н.В.*, кандидат медицинских наук,
Белова Г.В.

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

* Ответственный за переписку: тел.: 8-902-317-70-14

Метаболический синдром (МС) – комплекс взаимосвязанных клинико-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

после еды (73,5%), а также уровень артериального давления (76,5%).

Пациенты с впервые выявленным СД 2 имели низкий риск возникновения патологии сосудов по уровню триглицеридов (54,0%) и HbA1c (41,3%). Высокому риску развития ангиопатий соответствовали показатели гликемии натощак (96,7%) и после еды (84,8%), уровень артериального давления (68,5%).

Обследованные с доклиническими формами НУО, так же как и при СД 2, по некоторым показателям имели высокий риск осложнений. Однако выявлены и различия. Если при СД 2 высокий риск наблюдался по показателям артериального давления и уровню гликемии, то при НУО – по уровню артериального давления (67,3%) и концентрации общего холестерина (43,3%).

При проведении корреляционного анализа была установлена взаимосвязь между нарушениями углеводного, липидного обмена и уровнем артериального давления не только при СД 2, но и при доклинических НУО.

Таким образом, значения лабораторных показателей, свидетельствующие о высоком и умеренном риске ангиопатий, имели место уже на доклинической стадии НУО. Уровень артериального давления соответствовал высокому риску развития ангиопатий у обследованных всех трех групп. Полученные данные позволяют говорить о необходимости проведения профилактических мероприятий по предупреждению сосудистых осложнений у лиц с МС при выявлении артериальной гипертензии и дислипидемии, ещё до развития у них СД 2.

МЕДИЦИНСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Смирнова О.Р.*,

Рачкова С.А.,

Романчук С.В., кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-57-11

Цель исследования – оценка эффективности проведения кардиоверсии (КВ) у пациентов с мерцательной аритмией.

17 пациентов (12 мужчин (70,6%) и 5 женщин (29,4%)) в возрасте от 15 до 70 лет (в 70,5% случаев – работающие) находились под наблюдением с момента первого обращения в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново с диагнозом мерцательной аритмии и в течение шести месяцев после проведения КВ. Срок от момента первого обращения пациента до проведения КВ в среднем составил 49 дней. В 53% случаев была проведена электрическая кардиоверсия, в 23,5% – чреспищеводная электрокардиостимуляция. Зафиксирован один отказ от проведения КВ (5,9%).

Первым промежуточным оценочным этапом являлся анализ эффективности КВ непосредственно в момент её проведения. Восстановление синусового ритма зарегистрировано у 12 из 16 (75%) пациентов. Неэффективность КВ отмечена у 4 (25%). Осложнений КВ зарегистрировано

не было. Средняя доза варфарина составила 1,8 таблетки в сутки.

Вторым промежуточным оценочным этапом эффективности КВ являлся анализ длительности удержания синусового ритма. В течение 6 месяцев синусовый ритм сохранялся у 9 (75%) из 12 пациентов. Возобновление аритмии отмечено у 3 (25%) человек: в течение первых суток, в течение недели и через два месяца. 9 пациентов, у которых к концу наблюдения сохранялся синусовый ритм, имели площадь левого предсердия от 22 до 25 см². У больных с неэффективностью КВ и срывами синусового ритма площадь левого предсердия составила от 25 до 28,1 см².

В данном исследовании проводился также анализ экспертизы нетрудоспособности. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности (в 80% случаев – до 30 дней) составила 24,3 дня.

Таким образом, медицинская, медико-социальная эффективность КВ у пациентов с мерцательной аритмией оказалась достаточно высокой.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Воробьев А.Н.*

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

* Ответственный за переписку: e-mail: vorobyev.an@gmail.com

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:

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

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.

При первичном сравнительном изучении КЖ у больных с гипотрофией и без таковой выявлено, что сумма баллов по Миннесотскому опроснику у пациентов с недостаточностью питания была достоверно выше, чем у лиц без гипотрофии ($64,6 \pm 2,4$ и $48,0 \pm 1,9$ балла соответственно, $p < 0,05$). По SF-36 пациенты с недостаточностью питания получили достоверно более низкую сумму баллов по всем шкалам, кроме шкал «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «психическое здоровье».

По итогам анкетирования на втором году наблюдения у пациентов с нарушением нутритивного статуса зафиксировано значимое ухудшение КЖ по шкалам «общее состояние здоровья», «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «социальное функционирование» и

недостоверное – по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «жизненная активность» и по Миннесотскому опроснику.

Итак, нарушения нутритивного статуса наблюдаются у 43,6% больных с ХСН I–III стадии и характеризуются снижением ТМТ, уровня сывороточного альбумина и уменьшением абсолютного числа лимфоцитов.

В диагностике гипотрофии у больных с ХСН ИМТ имеет достоверно меньшую чувствительность, чем ТМТ. Определение последней может быть рекомендовано для оценки нутритивного статуса больных.

Нарушения нутритивного статуса у больных ХСН являются дополнительным фактором снижения КЖ.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Петров В.С.*¹, кандидат медицинских наук,
Якушин С.С.¹, доктор медицинских наук,
Радченко Е.Н.²,
Савкина Н.П.²,
Иванова Г.О.²,
Потапова Е.Л.²,
Исаева Е.В.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

² ОГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», 390027, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

* Ответственный за переписку: e-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Цель работы – анализ ведения больных с хронической ревматической болезнью сердца в г. Рязани.

Обследовано 198 человек с диагнозом «хроническая ревматическая болезнь сердца», проходивших лечение в ревматологическом отделении ОГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер». Женщины составили 77,3%, мужчины – 22,7%; средний возраст пациентов – $54,3 \pm 0,72$ года. В анамнезе острая ревматическая лихорадка выявлена у 37,0% больных, частые ангины – у 54,6%, бициллинопрофилактика проводилась 35,2% пациентов.

Наиболее частыми были жалобы на кардиалгии (57,4% пациентов), одышку (71,3%), сердцебиение (60,2%), перебои в работе сердца (58,3%), головные боли (57,4%), головокружение (52,8%). Загрудинную боль отмечали только 15,7% больных.

При объективном обследовании: средний рост пациентов составил $163,24 \pm 0,76$ см, масса тела – $75,07 \pm 0,99$ кг, ИМТ – $29,86 \pm 1,84$ кг/м², систолическое артериальное давление – $136,78 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление – $83,45 \pm 0,84$ мм рт. ст., частота сердечных сокращений – $77,6 \pm 1,04$ в мин.

Лабораторные анализы: уровень гемоглобина – $133,9 \pm 1,3$ г/л, глюкозы крови – $5,2 \pm 0,11$ мм/л, креатинина – $77,01 \pm 1,67$ мкмоль/л, общего билирубина – $13,8 \pm 0,64$ мкмоль/л, общего холестерина – $4,85 \pm 0,07$ ммоль/л, скорость оседания эритроцитов – $12,2 \pm 0,65$ мм/ч.

По данным теста с шестиминутной ходьбой I функциональный класс ХСН выявлен у 16,6% больных, II – у 38,5%, III – у 42,85%, IV – у 2,4%.

По данным эхоКГ, стеноз левого AV-отверстия встречался у 61,1% пациентов, недостаточность митрального клапана – у 87,9%, аортального клапана – у 77,8%, стеноз устья аорты – у 39,8%. Средний размер аорты составил $3,3 \pm 0,05$ см, уплотнение (атеросклероз) аорты обнаружен в 84,4% случаев. Левое предсердие было размером $4,64 \pm 0,06$ см. Конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) – $5,5 \pm 0,07$ см, конечный систолический размер ЛЖ – $3,58 \pm 0,04$ см, толщина межжелудочковой перегородки – $1,15 \pm 0,026$ см, толщина задней стенки ЛЖ – $1,08 \pm 0,02$ см. Частота легочной гипертензии составила 31,5%. У больных со стенозом площадь митрального отверстия была $1,9 \pm 0,09$ см.

Персистирующая фибрилляция предсердий выявлена у 28,8% пациентов, пароксизмальная – у 10,6%. Диагноз «ишемическая болезнь сердца – стенокардия напряжения» установлен у 18,5% больных, частота острых нарушений мозгового кровообращения составила 4,6% случаев. Артериальная гипертензия диагностирована у 56% обследованных, сахарный диабет – у 8,5%.

Оперативная активность: частота выполнения комиссуротомии составила 11,1%, протезирование клапанов выполнено у 13,1% пациентов с хронической ревматической болезнью сердца.

Проводимая медикаментозная терапия в стационаре включала назначение ингибиторов АПФ (73,3%), β -адреноблокаторов (60,0%), дигоксина (62,7%), спиронолактона (73,3%), петлевых диуретиков (фуросемида) (32%), аспирина (63%), амиодарона (7,4%), верапамила (4,6%). Из β -адреноблокаторов чаще использовался метопролол тартрат (66,7%). Рекомендуются для лиц с ХСН метопролол суццинат и бисопролол назначались 16,7% пациентов, карведилол – 5,6%, небиволол – 5,6%. Из АПФ чаще использовался эналаприл (52,2%) и периндоприл (23,9%), реже – лизиноприл (17,4%) и фозиноприл (4,3%). Несмотря на высокую частоту встречаемости фибрилляции предсердий и наличие инсультов у ряда больных, непрямые антикоагулянты (варфарин) назначались только пациентам с протезированными клапанами.

ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Петров В.С.^{*1}, кандидат медицинских наук,
Данилова А.С.²,
Марукова Т.А.²,
Луканцова О.Б.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова Росздрава», 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

² ОГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер», 390027, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 96

* Ответственный за переписку: e-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Цель работы – установить частоту встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и выявить факторы риска их развития у пациентов с ревматоидным артритом (РА).

Обследовано 202 пациента, страдающих РА (83,2% женщин и 16,8% мужчин). Средний возраст больных составил $55,5 \pm 0,8$ года. Длительность заболевания в среднем – 11,3 года, активность по DAS 28 – $4,37 \pm 0,09$. Метотрексат (в дозе 8,27 мг) назначался 55,4% пациентов, плаквинил – 13,9%, сульфасалазин – 4,9%, другие базисные препараты – 2,95%. Глюкокортикостероиды в средней дозе 8,05 мг получали 59,9% больных.

В дальнейшем пациенты были разделены на две группы: 106 человек с РА и ССЗ (средний возраст –

$59,8 \pm 1,0$ года, 81,2% женщин) и 96 больных РА без установленного диагноза ССЗ (средний возраст – $50,1 \pm 1,2$ года, 84,9% женщин). Различий по средним дозам метотрексата ($8,25 \pm 0,1$ и $8,3 \pm 0,7$ мг) и глюкокортикостероидов ($8,2 \pm 0,53$ и $7,9 \pm 0,53$ мг) между группами не выявлено. Продолжительность РА у лиц с ССЗ составила $12,6 \pm 1,3$ года, активность заболевания по DAS 28 – $4,51 \pm 0,13$ ($p < 0,05$); у пациентов без ССЗ – $10,1 \pm 1,16$ года, DAS 28 – $4,09 \pm 0,13$.

У больных с РА встречались следующие ССЗ: артериальная гипертензия (АГ) – у 51,5% (время начала заболевания – 51,1 года); ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения – у 16,0% (первые симптомы стенокардии появлялись в возрасте 56,2 года). Хроническая

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.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

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

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

* Ответственный за переписку: e-mail: oanazarova@mail.ru

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.

Сердечно-сосудистые катастрофы

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Довгалюк Ю.В.*¹, кандидат медицинских наук,
Михайловская Т.В.¹,
Березин М.В.², кандидат медицинских наук,
Мишина И.Е.¹, доктор медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: e-mail: yuriy.d@mail.ru

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.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ НАЛИЧИИ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ СЕГМЕНТОВ В ЗОНЕ ПОРАЖЕНИЯ

**Солнышков С.К.¹, кандидат медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: тел.: 8-910-987-31-22

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.

ОДНОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Чельшева 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

* Ответственный за переписку: тел.: 32-64-06

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. Иванова 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.

ОПЫТ СИСТЕМНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В ПЕРВИЧНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Точенов М.Ю.¹,
Чельшева И.А.*², доктор медицинских наук,
Линьков В.В.², доктор медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: тел. (4932) 32-64-06

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 ГКБ № 3 г. Иваново 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 ГКБ № 3 г. Иваново 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.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Челышева И.А.*, доктор медицинских наук,
Ежков А.Ю.

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-64-06

Важнейшие факторы риска развития нарушений мозгового кровообращения – это артериальная гипертензия, атеросклероз, патология сердца. Однако у многих пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне артериальной гипертензии, имелся шейный остеохондроз той или иной степени выраженности. Наличие при шейном остеохондрозе вертеброгенных влияний на сосуды, кровоснабжающие мозг, может осложнять течение мозгового инсульта.

Цель исследования – оценить клинические особенности острых нарушений мозгового кровообращения на фоне артериальной гипертензии у пациентов с шейным остеохондрозом.

Обследованы 65 больных (20 мужчин и 45 женщин, средний возраст – 52,7 года) с инсультом и транзиторными ишемическими атаками (ТИА), ранее наблюдавшихся у невролога по поводу шейного остеохондроза 2–3 ст., которые находились на стационарном лечении. 38,5% пациентов – работающие, 20% – инвалиды 2–3 групп.

Большинство больных (98,5%) при поступлении жаловалось на головные боли, при этом цифры систолического артериального давления были выше 180 мм рт. ст. Многих пациентов (89,2%) беспокоили головокружения и шаткость при ходьбе (80%). Тошнота или подташнивание отмечались у половины больных. Жалобы на онемение конечностей предъявляли 41,5% пациентов. Слабость в конечностях, нарушения зрения и речи встречались реже (30,8; 7,7 и 9,2% соответственно). При этом ишемический инсульт или ТИА у 87,5% больных диагностированы в вертебробазилярном бассейне. В неврологическом статусе наиболее часто встречались координаторно-динамические (92,5%) и статические (87,5%) нарушения, анизорефлексия (85%) и нистагм (77,5%). Кроме неврологических проявлений ОНМК, более чем у половины больных имели место ограничение объема движений в мышцах шеи (57,5%), их напряжение (52,5%) и болезненность при пальпации (67,5%).

Итак, шейный остеохондроз, как и артериальная гипертензия, является неблагоприятным фактором риска развития ОНМК и влияет на его клиническую симптоматику.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Рыжикова И.Б.*¹,
Тарасов А.В.¹,
Поздняков Ю.М.¹, доктор медицинских наук,
Погосова Н.В.², доктор медицинских наук,
Колтунов И.Е.², доктор медицинских наук

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

² ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий», 101990, Москва, Петроверичский пер., д. 70

* Ответственный за переписку: тел.: 8 (495) 556-89-15

Многие аспекты вторичной профилактики ишемической болезни сердца не только сохраняют

свою научную актуальность, но и, как показывают результаты широкомасштабных исследований

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.

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Ястребцева И.П.*, кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: ip.2007@mail.ru

Артериальная гипертензия (АГ) – важнейший фактор риска развития ишемического (ИИ) и геморрагического (ГИ) инсультов. Риск острых нарушений мозгового кровообращения у больных с артериальным давлением (АД) более 160/95 мм рт. ст. приблизительно в 4 раза выше, чем у лиц, имеющих нормальное давление (ниже 140/90 мм рт. ст.), а при АД более 200/115 мм рт. ст. – в 10 раз. АГ вносит свой вклад в развитие кардиогенных, атеротромботических, артериоземболических, лакунарных ИИ и ГИ.

Сахарный диабет (СД) является независимым фактором риска ИИ и, так же как и сниженная толерантность к глюкозе, увеличивает риск его развития в 2 раза. Высокий риск сосудистых осложнений при СД 2 типа (инсулинонезависимом) дал основание Американской кардиологической ассоциации отнести диабет к сердечно-сосудистым заболеваниям. Гипергликемия опосредует развитие атеросклероза, увеличивающего риск ИИ, через нарушение функции эндотелия и резкое усиление процессов перекисного окисления липидов.

Широкая распространенность СД и АГ у пациентов с инсультом головного мозга обуславливает высокую актуальность обсуждаемой проблемы.

Целью настоящей работы стало изучение особенностей течения хронической ишемии мозга у пациентов с АГ и СД после церебрального инсульта.

Проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование 330 пациентов, перенесших инсульт головного мозга и имеющих гипертоническую болезнь III ст., АГ III ст. Средний возраст пациентов составил $58,77 \pm 7,50$ года. СД диагностирован у 48 больных, вошедших в первую группу, в том числе у 5 выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Остальные пациенты (282 человека), не имеющие в анамнезе указаний на СД, составили вторую группу. Среди обследованных было 169 женщин (33 – в первой группе и 136 – во второй) и 161 мужчина (15 – в первой группе и 121 – во второй). 300 больных перенесли ИИ (45 – в первой группе и 255 – во второй), 30 – ГИ

(3 – в первой группе и 27 – во второй). У 211 человек инсульт произошел в каротидной системе (у 32 – в первой группе и у 179 – во второй), у 107 – в вертебрально-базиллярной (у 14 – в первой группе и у 93 – во второй), у 12 – в обоих сосудистых бассейнах (у 2 – в первой группе и у 10 – во второй).

Критериями исключения из исследования являлись: выраженная афазия, предшествующие инсульту деменция, онкологические, инфекционные поражения центральной нервной системы, среднетяжелые и тяжелые черепно-мозговые травмы.

Проводились клиническое, психологическое (с использованием опросника Бека, шкалы самооценки Спилбергера), функциональное и нейровизуализационное исследования. Клиническое обследование состояло из стандартного неврологического и функционального тестирования тяжести неврологических нарушений по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Динамика самочувствия пациентов оценивалась согласно шкале общего клинического впечатления. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel XP». Достоверность различий по группам оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

В острейшем периоде инсульта тяжесть состояния пациентов согласно шкале NIHSS практически не различалась и составила $8,75 \pm 5,46$ балла в первой группе и $8,72 \pm 5,73$ – во второй. Малый инсульт перенесли 22 (45,83%) пациента в первой группе и 111 (39,36%) – во второй ($p > 0,05$), средней тяжести – 23 (47,92%) в первой группе и 138 (48,94%) – во второй ($p > 0,05$), тяжелый – 3 (6,25%) в первой группе и 33 (11,70%) – во второй ($p > 0,05$).

Согласно классификации J.G. Nutt et al. (1993), модифицированной Е.И. Гусевым с соавт. (2009), в клинике ведущего двигательного дезадаптирующего синдрома в остром периоде инсульта выделяется пять уровней расстройств. Двигательные нарушения отсутствовали у 3 (6,25%) больных

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 головкружения. За год наблюдения умерла 1 (2,08%) пациентка первой группы и 8 (2,84%) больных – второй ($p > 0,05$).

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

**Михайловская Т.В.¹,
Мишина И.Е.*¹, доктор медицинских наук,
Довгалюк Ю.В.¹, кандидат медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: e-mail: mishina-irina@mail.ru

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, AV-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.

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

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Можейко М.Е., доктор медицинских наук,
Рябихин Е.А.*, кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: ryabiev@yandex.ru

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

адаптации, который приводит к преобладанию эксцентрической геометрии ЛЖ как следствию дилатации и систолической дисфункции ЛЖ.

У лиц старше 75 лет, страдающих АГ, гипертрофия ЛЖ и утолщение КИМ выявлялись чаще, чем у пожилых пациентов с АГ, несмотря на отсутствие достоверных различий между этими группами по уровню систолического АД. Это свидетельствует о более выраженных изменениях в сердце и сосудах, то есть о большем сердечно-сосудистом риске у больных данной возрастной категории.

У лиц пожилого и старческого возраста существует достоверная корреляционная связь между возрастом и наличием поражения сердца и сосудов, в частности ИММЛЖ и толщиной КИМ.

Оценка параметров эхоКГ и дуплексного исследования сонных артерий у пациентов старших возрастных групп, страдающих АГ, позволит с высокой вероятностью судить о степени поражения органов-мишеней (сосудов и сердца), улучшая качество диагностики кардиологических заболеваний.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Швагер О.В.*,
Уткина М.Н., кандидат медицинских наук,
Бурсиков А.В., кандидат медицинских наук,
Тентелова И.В., кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 21-88-61

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время занимает одно из первых мест в структуре сердечно-сосудистой патологии, в том числе у женщин трудоспособного возраста. Подробно изучаются структурно-функциональные изменения сердца, качество жизни больных с АГ, в том числе переносимость физических нагрузок. Но в литературе недостаточно отражены особенности их взаимосвязи у женщин с АГ.

Цель работы – выявить взаимосвязь показателей физической работоспособности и структурно-функциональных изменений миокарда у женщин с АГ.

Обследовано 20 женщин трудоспособного возраста (средний возраст – $44,7 \pm 2,7$ года) с АГ I–II степени. На велоэргометре «Ритм» проведено нагрузочное тестирование по возрастающей ступенчатой методике, начиная с нагрузки в 50 Вт. Критериями прекращения нагрузки являлись достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений или появление признаков, свидетельствующих о достижении предела толерантности: чрезмерного повышения артериального давления, одышки, усталости, признаков коронарной недостаточности. Оценивались показатели: толерантность к физической нагрузке (выполненная максимальная нагрузка (Вт)),

двойное произведение. Больным проведено также эхокардиографическое исследование в М- и доплеровском режимах на аппарате Sonoline 2L. Оценивались показатели: толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП); толщина задней стенки левого желудочка; отношение пиковой скорости через митральный клапан во время раннего диастолического наполнения (Е) к скорости во время позднего диастолического наполнения левого предсердия (А) – Е/А и фракция выброса. Взаимосвязь данных показателей исследовалась методом расчета коэффициента линейной корреляции Пирсона (r) при помощи программы Statistica 6.0.

ТМЖП в среднем составила $12,2 \pm 0,3$ мм, толщина задней стенки – $10,5 \pm 0,6$ мм, отношение Е/А – $1,8 \pm 0,1$, фракция выброса – $64,2 \pm 1,0\%$. Средняя толерантность к нагрузке была $98,8 \pm 5,9$ Вт, двойное произведение в среднем достигало значения $293,3 \pm 8,7$. При сопоставлении показателей ремоделирования сердца была установлена прямая зависимость между ТМЖП и толщиной задней стенки левого желудочка ($r = +0,72$) и обратная зависимость между соотношением Е/А и величиной фракции выброса ($r = -0,61$). Однако не выявлено достоверной связи между толерантностью к физической нагрузке, выраженной в значениях

максимальной мощности нагрузки, и величиной двойного произведения на ее высоте ($r = +0,05$), а критериями прекращения велоэргометрической пробы часто являлись субъективные симптомы: усталость, одышка. При сопоставлении показателей мощности нагрузки на последней ступени исследования и эхокардиографических данных выявлена отрицательная корреляционная связь между ТМЖП и толерантностью к физической нагрузке ($r = -0,66$).

Полученные результаты свидетельствуют о равномерном утолщении миокарда левого желудочка у женщин с АГ (развитии симметричной гипертрофии левого желудочка) и снижении толерантности к физической нагрузке при увеличении толщины стенок левого желудочка. Толерантность к физической нагрузке во многом определяется субъективными ощущениями больных (усталостью, одышкой) и имеет обратную зависимость от толщины миокарда левого желудочка.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИОГРАФИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Рябихин Е.А.*, кандидат медицинских наук,
Можейко М.Е., доктор медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: ryabiev@yandex.ru

Артериальная гипертония (АГ) является основной причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). В литературе встречаются самые разноречивые данные о диагностической значимости оценки упругости артериальной стенки при ХСН в зависимости от ее этиологии и тяжести. В связи с этим дальнейшее изучение структуры и функции сосудистой стенки у больных ХСН на фоне АГ является перспективным направлением.

Цель настоящего исследования – дать сравнительную оценку жесткости сосудистой стенки у пациентов пожилого и старческого возраста с АГ, осложненной ХСН, в зависимости от типа дисфункции миокарда левого желудочка.

Обследовано 47 пациентов с гипертонической болезнью III стадии, осложненной ХСН I–II стадии, II–III функционального класса (ФК), диагноз которой подтвержден наличием клинических признаков и дисфункции миокарда ЛЖ, установленной с помощью эхокардиографии. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от величины фракции выброса (ФВ) левого желудочка. Первую группу составили больные с сохраненной ФВ (по методу Тейхольц более 50%) и диастолической дисфункцией I типа (27 человек), вторую – больные со сниженной ФВ (20 пациентов). Клинические симптомы оценивались с помощью балльной шкалы ШОКС в модифика-

ции В.Ю. Мареева (2000). Для оценки толерантности к физическим нагрузкам использовался тест с 6-минутной ходьбой. Возраст пациентов составил: в среднем $71,6 \pm 7,9$ года, в первой группе – $69,8 \pm 9,8$ года, во второй – $73,4 \pm 9,3$ года. Жесткость стенок артерий определялась методом сфигмографии на артериографе TensioClinic (Венгрия). Исследование проводилось однократно.

Пациенты второй группы имели достоверно больший ФК ХСН, чем больные первой ($p < 0,05$). По ШОКС среднее количество баллов у лиц с сохраненной ФВ было достоверно меньше ($4,64 \pm 1,19$ балла), чем у пациентов со сниженной ФВ ($5,07 \pm 1,15$ балла) ($p < 0,01$), что свидетельствует о худшем состоянии последних. У лиц первой группы средняя дистанция 6-минутной ходьбы составила $403,8 \pm 21,1$ м; у пациентов второй – $379,6 \pm 29,8$ м ($p < 0,01$). Средняя частота сердечных сокращений достоверно различалась: в первой группе она составила $68,6 \pm 8,3$ в минуту, во второй – $72,2 \pm 8,4$ ($p < 0,01$). Достоверных различий в уровне систолического, диастолического и пульсового артериального давления у пациентов не установлено ($p > 0,05$). При оценке эластических свойств получены более низкие значения скорости распространения пульсовой волны у пациентов первой группы ($9,9 \pm 1,94$ м/с против $10,4 \pm 2,3$ м/с во второй группе, $p < 0,05$). Индекс аугментации в аорте был ниже у лиц

первой группы – 10,2 (6,3; 16,3), чем у больных второй – 16,9 (9,4; 22,6) ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о более выраженном снижении эластичности сосудов у пациентов второй группы.

Таким образом, у пациентов с систолической дисфункцией выявлено достоверно более выраженное сосудистое ремоделирование, характеризующееся увеличением жесткости сосудистой стенки.

ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Масленникова О.М.*, доктор медицинских наук

Кафедра терапии Института последипломного профессионального образования ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», 123182, Москва, ул. Живописная, д. 46

* Ответственный за переписку: e-mail: msch3_fmbc@mail.ru

Артериальная гипертензия (АГ) остается актуальной научно-практической проблемой вследствие большой частоты тяжелых осложнений, определяющих высокий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Для профилактики этих осложнений у больных АГ важна ранняя диагностика поражения органов-мишеней – сердца, мозга, почек, а также сосудов. Состояние сосудистой стенки при АГ привлекает все большее внимание исследователей в аспекте оценки перспективности лечебного воздействия и профилактики сосудистых катастроф.

Цель исследования – установить взаимосвязь нарушения эластических свойств сосудов, выявленного на основании определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), с показателями сердечно-сосудистого ремоделирования у больных АГ.

В исследование было включено 609 человек (233 мужчины и 376 женщин). В основную группу вошли 377 пациентов с АГ 1–2 степени (146 мужчин, 231 женщина, средний возраст – $46,9 \pm 7,2$ года). Контрольная группа состояла из 232 практически здоровых лиц без клинически значимой патологии и признаков атеросклероза (87 мужчин, 145 женщин, средний возраст – $45,7 \pm 6,9$ года). Всем обследованным проводили измерение СРПВ с помощью сфигмографической приставки аппаратно-программного комплекса «ПолиСпектр-12» (ООО «НейроСофт», г. Иваново). Для измерения СРПВ осуществлялась синхронная запись сфигмограмм сонной и бедренной артерий. СРПВ рассчитывалась как отношение расстояния между точками расположения датчиков ко времени прохождения пульсовой волны по соответствующему сегменту. Структурно-функциональные особенности миокарда левого желудочка (ЛЖ) исследо-

вали методом эхокардиографии (эхоКГ) на аппарате «LOGIQ 500» («General Electric», США). Для определения состояния брахиоцефальных артерий проводили дуплексное сканирование (ДС) на аппарате «Vivid-3» («General Electric», США). Для оценки толщины комплекса интима – медиа (КИМ) общей сонной артерии осуществляли ультразвуковое исследование в В-режиме датчиком 7 МГц.

У больных АГ, имевших повышенную СРПВ, измененная геометрия ЛЖ выявлялась в 74,8% случаев. Показатель СРПВ коррелировал с толщиной межжелудочковой перегородки ($r = +0,33$, $p < 0,01$) и относительной толщиной стенки ЛЖ ($r = +0,37$, $p < 0,01$). Характер установленной связи косвенно подтверждает однонаправленность и параллелизм процессов ремоделирования сердца и сосудов при АГ. Среднее значение СРПВ у пациентов с признаками гипертензионного ремоделирования ЛЖ (вне зависимости от типа ремоделирования) было достоверно выше, чем у лиц с нормальной геометрией ЛЖ ($9,2 \pm 1,7$ и $7,3 \pm 1,1$ м/с соответственно, $p < 0,001$).

При сопоставлении результатов исследования СРПВ и ДС общих сонных артерий установлено, что у пациентов с признаками сосудистого ремоделирования значение СРПВ оказалось повышенным. Среднее значение СРПВ у пациентов с толщиной КИМ более 0,9 мм составило $9,4 \pm 0,9$ м/с, у лиц с нормальной толщиной КИМ – $8,4 \pm 1,2$ м/с ($p < 0,05$). Толщина КИМ коррелировала с СРПВ ($r = +0,42$, $p < 0,05$). Увеличение СРПВ обнаружено у 76,4% пациентов с утолщением КИМ.

В целом у 89,3% пациентов с повышенной СРПВ выявлены признаки сердечно-сосудистого ремоделирования (по результатам эхоКГ или ДС

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.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

**Кириченко М.В.*¹,
Назарова О.А.², доктор медицинских наук,
Романчук С.В.¹, кандидат медицинских наук**

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

* Ответственный за переписку: e-mail: kirik2007@yandex.ru

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. Иванова. 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 корнельского 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.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЛАСТИЧНОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рябихин Е.А.*, кандидат медицинских наук,
Можейко М.Е., доктор медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: ryabiev@yandex.ru

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 – $74,8 \pm 8,1$ 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 – $67,6 \pm 4,3$ года, во второй – $81,7 \pm 4,2$ 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.

МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

**Романенко И.А.^{*1}, доктор медицинских наук,
Андреева Д.В.², кандидат медицинских наук
Будникова Н.В.¹, кандидат медицинских наук,
Брико Н.И.³, доктор медицинских наук,
Дмитриева Н.Ф.³, кандидат биологических наук**

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

* Ответственный за переписку: e-mail: anddina@yandex.ru

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.

ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

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»

* Ответственный за переписку: e-mail: ghostly77@mail.ru

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.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Кудряшова М.В.*¹, кандидат медицинских наук,
Мишина И.Е.¹, доктор медицинских наук,
Довгалюк Ю.В.¹, кандидат медицинских наук,
Гринева М.Р.², кандидат медицинских наук,
Пахрова О.А.², кандидат биологических наук,
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

* Ответственный за переписку: e-mail: kafedra-ht@rambler.ru

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 – $59,17 \pm 1,16$ года), вторая – 30 больных ОИМ без СД (21 (70%) мужчина, 9 (30%) женщин, средний возраст – $57,70 \pm 1,51$ 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:
 $\text{ИА} = (\text{ОХС} - \text{ХС ЛПВП}) / \text{ХС ЛПВП}.$

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

ОХС в отличие от пациентов с нормальным уровнем, что проявлялось нарушением цитоархитектоники эритроцитов в виде уменьшения количества их обратимо деформируемых форм – 18,00 (13,00–26,00)% против 19,00 (16,00–22,00)% ($p < 0,05$). Возможно, полученные различия были связаны с усиленной нагрузкой мембранного матрикса эритроцита адсорбированным на ее поверхности свободным холестерином, следствием чего является повышение вязкости мембраны и изменение морфофункциональных свойств эритроцитов.

Среди больных с ОИМ и сопутствующим СД наиболее выраженные гемореологические нарушения отмечались у пациентов с гипертриглицеридемией в отличие от лиц с нормальным уровнем ТГ, что проявлялось увеличением вязкости крови в виде повышения удельной вязкости при высоких скоростях сдвига: УВ-200 – 118,15 (113,92–120,88) против 113,09 (106,28–113,40) мПа·с ($p < 0,04$). Также отмечалось усиление агрегации эритроцитов, что подтверждалось более высоким значением М1(10) (29,55 (24,60–31,80) против 23,00 (20,50–28,40), $p < 0,05$). Эти нарушения приводили к снижению доставки кислорода к тканям, о чем свидетельствовало уменьшение показате-

ля TO_2 (7,86 (7,56–8,09) против 8,20 (8,08–8,63), $p < 0,05$). Корреляционный анализ подтвердил наличие у пациентов с СД сопряженности уровня ТГ с отдельными гемореологическими показателями. Так, гипертриглицеридемия сопровождалась повышением вязкости крови при высоких и низких скоростях сдвига (соответственно $r = +0,44$, $p < 0,05$ и $r = +0,48$, $p < 0,05$) и уменьшением индекса эффективности доставки кислорода к тканям ($r = -0,60$, $p < 0,04$). У лиц без СД изменение уровня ТГ не оказывало влияния на гемореологические параметры.

Достоверных различий гемореологических параметров в зависимости от уровней ЛПНП, ЛПВП не было ни в одной из групп.

Таким образом, наиболее выраженные изменения реологических свойств крови, сопровождающиеся снижением ее кислородтранспортной функции, выявляются у больных с ОИМ при наличии СД 2 типа и повышенного уровня ТГ. Эта категория пациентов имеет высокий риск развития гемореологических нарушений, приводящих к осложненному течению ОИМ, что необходимо учитывать при лечении данного заболевания.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЛОКАЛЬНОГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Харитонов Т.И.^{*1},
Ефимова Е.Г.², доктор медицинских наук,
Глик М.В.³, кандидат медицинских наук

¹ МУЗ «2-я городская клиническая больница», 153025, Иваново, ул. Ермака, д. 52/2

² Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

³ Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

* Ответственный за переписку: e-mail: taxa.79@mail.ru

На I Международном конгрессе по преддиабету и метаболическому синдрому (Берлин, 2005) констатировано наличие метаболического синдрома (МС) у 300 млн человек во всем мире, спрогнозирован рост числа таких пациентов, поэтому данный синдром можно считать пандемией XXI века. Чаще он встречается у лиц среднего и старшего возраста. В настоящее время не вызывает сомнений, что у них существенно повышается риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и смертность. Вместе с тем, комплекс-

ные нарушения углеводного, жирового и пуринового обмена способны существенно изменить течение дегенеративно-дистрофических процессов и воспалительных реакций, снизить качество жизни пациентов.

Цель исследования – изучить влияние МС на течение остеоартроза коленных суставов у женщин пожилого возраста.

В исследование включено 65 женщин старше 60 лет (средний возраст – $65 \pm 3,5$ года), госпита-

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.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОТДАЛЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

**Повасарис Н.С.,
Мясоедова С.Е., доктор медицинских наук**

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

* Ответственный за переписку: e-mail: povasarisns@mail.ru

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.

РОЛЬ ЧРЕСПИЩЕВОДНОГО ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА В ДИАГНОСТИКЕ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

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

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

* Ответственный за переписку: тел: 8 (495) 556-89-15

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.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В.^{*1,2}, кандидат медицинских наук,
Назарова О.А.², доктор медицинских наук,
Романчук С.В.¹, кандидат медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: amuromkina@mail.ru

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. Иваново. 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.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Корнилов Л.Я.*¹, кандидат медицинских наук,
Довгалюк Ю.В.¹, кандидат медицинских наук,
Гудухин А.А.¹, кандидат медицинских наук,
Березин М.В.², кандидат медицинских наук

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

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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 55-66-22

Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ФП) считается одной из наиболее часто встречающихся аритмий у женщин старшего возраста, нередко ухудшающей прогноз основного заболевания.

Целью исследования было уточнение клинических особенностей и структурно-функционального состояния миокарда у женщин с пароксизмальной формой ФП в постменопаузе.

Методом случайной выборки в исследование включены 60 больных (31 женщина и 29 мужчин), поступивших на стационарное лечение в кардиологическое или терапевтическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иваново. Средний возраст женщин составил $67,9 \pm 1,3$ года, мужчин – $58,8 \pm 1,8$ года ($p < 0,05$). Проводилось стандартное клиническое и лабораторное обследование. Инструментальная диагностика включала снятие электрокардиограммы в 12 отведениях с оценкой ширины и амплитуды зубца Р (во II стандартном отведении), эхокардиографическое исследование с определением размеров камер сердца, толщины стенок, величины фракции выброса, митральной регургитации.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 5.0 с использованием вариационного и корреляционного анализа. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Все больные были госпитализированы бригадами скорой помощи, при этом продолжительность пароксизма менее суток имела место у 21 (67,7%) женщин и у 18 (62,1%) мужчин. Средняя продолжительность пароксизма ФП на догоспитальном этапе у женщин составила $1,4 \pm 0,1$ дня, у мужчин – $2,3 \pm 0,5$ дня. У 3 женщин пароксизм ФП был диагностирован впервые. У остальных 28 пациенток наблюдалось рецидивирование пароксизмов ФП с частотой от 3–4 в год до 3–4 в месяц. Среди сопутствующих заболеваний, которыми страда-

ли как женщины, так и мужчины, наиболее часто встречались ишемическая болезнь сердца (29,0%) и артериальная гипертензия (93,5%). При этом гипертензивные расстройства достоверно чаще имели место у женщин (в 93,5 и 72,4% случаев соответственно, $p < 0,05$).

Наиболее часто больных, независимо от пола, беспокоили сердцебиение и одышка в покое или при незначительной физической нагрузке. Реже отмечались жалобы на боли в области сердца (преимущественно у мужчин – 15 (51,7%) человек) и головокружение (преимущественно у женщин – 10 (32,2%)). У большинства женщин (70,9%) выявлялись признаки хронической сердечной недостаточности разной степени выраженности. При анализе данных физикального обследования было установлено, что до купирования пароксизма ФП частота сердечных сокращений (ЧСС) у женщин составила в среднем $110,5 \pm 3,7$ в мин, что было достоверно ниже, чем у мужчин ($122,7 \pm 4,2$ в мин) ($p < 0,05$). У большинства больных (84,3%) выявлялось повышенное АД. Усредненные по группе показатели среди женщин: при поступлении – $157,9 \pm 6,1$ на $93,0 \pm 2,7$ мм рт. ст., среди мужчин – $147,2 \pm 5,1$ на $89,4 \pm 2,4$ мм рт. ст. Частота дыхания в группах значимо не различалась.

Показатели гемограммы были в норме. Средний уровень холестерина в группе женщин составил $5,24 \pm 0,2$ ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – $1,11 \pm 0,11$ ммоль/л, индекс атерогенности у большинства пациенток (59,0%) превышал норму (в среднем $4,6 \pm 0,4$). В группе мужчин уровень холестерина оказался достоверно ниже ($p < 0,05$) и составил $4,29 \pm 0,18$ ммоль/л; ЛПВП – $1,09 \pm 0,17$ ммоль/л; индекс атерогенности ($4,3 \pm 0,3$) достоверно не различались.

Анализ ЭКГ позволил выявить у большинства женщин (64,5%) уширение зубца Р, который составил в этой группе $0,131 \pm 0,003$ с; у 66,7% вы-

являлась волна U. В группе мужчин уширение зубца P наблюдалось достоверно ($p < 0,05$) чаще (у 86,2%), средняя продолжительности составила $0,136 \pm 0,04$ с ($p < 0,05$).

Изучение эхокардиографических показателей у женщин с пароксизмальной ФП выявило более высокие значения фракции выброса ($62,6 \pm 1,4$ против $56,5 \pm 2,2\%$ у мужчин) ($p < 0,05$) при нормальных размерах левого желудочка в обеих группах. Гипертрофия левого желудочка установлена у 87,1% женщин и у 75,8% мужчин. Средний размер левого предсердия оказался недостоверно больше у мужчин ($42,5 \pm 1,1$ мм) по сравнению с женщинами ($41,1 \pm 0,7$ мм). Более 1/3 пациенток с ФП имели митральную регургитацию 1–2 степени; в 2 случаях был диагностирован пролапс митрального клапана.

Корреляционный анализ ЭКГ-признаков гипертрофии левого предсердия (уширение зубца P) и данных эхокардиографии об увеличенном размере левого предсердия в группе женщин позволил установить среднюю по силе прямую зависимость этих показателей ($r = 0,54$; $p < 0,05$). У мужчин эта связь оказалась недостоверной ($r = 0,35$; $p < 0,1$). Изменения на ЭКГ в виде увеличения амплитуды зубца T в грудных отведениях (в среднем 6,6 мм) могли указывать на наличие ваготонических влияний на миокард у 13 (41,9%) женщин.

Как видим, у женщин по сравнению с мужчинами пароксизмальная ФП развивается в более позднем возрасте и протекает с более низкой ЧСС. Среди факторов, способствующих развитию пароксизма ФП среди женщин, значительное место занимает артериальная гипертензия.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Бурсиков А.В., кандидат медицинских наук,
Манюгина Е.А.*

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

* Ответственный за переписку: тел.: 8-915-836-44-69

В ситуациях, затрудняющих достижение поставленных целей или угрожающих личностным установкам, пациенты прибегают к механизмам психологической защиты с целью снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации поведения. Пациенты с различными диагнозами имеют тенденцию использовать определенные механизмы психологической защиты как типичные.

Системное взаимодействие биологических и психологических факторов лежит в основе отношения к болезни, формирующегося в защитных целях для снижения эмоционального напряжения, вызванного заболеванием. Механизмы формирования типов отношения к болезни изучены недостаточно. Существует точка зрения, что они формируются на основе механизмов психологической защиты, понимание которых позволит врачу достичь большей приверженности пациентов к лечению.

Целью работы было определение структуры типов отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) III степени и выявление ведущих механизмов психологической защиты, участвующих в их формировании.

Было обследовано 36 пациентов (15 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 29 до 70 лет с АГ III степени с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений без ассоциированных клинических состояний. Проведено общеклиническое обследование. Использованы тесты Р. Плутчика в адаптации Л.И. Вассермана и соавт. «Диагностика типологий психологической защиты» и тест «Тип отношения к болезни», разработанный НИИ им. В.И. Бехтерева.

У пациентов с АГ III степени наиболее часто диагностировались гармонический, сенситивный, эргопатический, тревожный, анозогностический типы отношения к болезни – соответственно в 11 (30,5%), 9 (25,0%), 6 (16,7%), 3 (8,3%), 3 (8,3%) наблюдениях.

У лиц с гармоническим типом отношения к болезни выявлены различные механизмы психологической защиты, среди которых ведущими являются: «отрицание» – в 3 (27,3%) наблюдениях, «реактивное образование» – в 4 (36,4%), сочетание «отрицания» и «реактивного образования» – в 3 (27,3%) и «компенсация» – в 1 (9,0%).

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».

Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Никитина Т.А.*¹,
Шиляев Р.Р.¹, доктор медицинских наук,
Вотякова О.И.², доктор медицинских наук,
Новожилова И.Ю.¹, кандидат медицинских наук,
Волкова Т.Г.³, кандидат медицинских наук

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

² Кафедра педиатрии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ Клиника ИвГМА, 153511, г. Кохма, ул. Ивановская, д. 19а

* Ответственный за переписку: e-mail: tosuchka@mail.ru

Абдоминальное ожирение как самостоятельное заболевание ассоциируется с гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, которые приводят к развитию атерогенной дислипидемии. Частым спутником комплекса метаболических нарушений, рассматриваемых в рамках синдрома инсулинорезистентности, является артериальная гипертензия. У детей данная взаимосвязь изучена недостаточно.

Цель исследования – определить взаимосвязь висцерального ожирения, выраженности гормонально-метаболических нарушений с артериальной гипертензией у детей с ожирением.

Обследовано 57 детей, страдающих ожирением. Характер ожирения оценивался по величине объема талии (ОТ). У детей до 16 лет абдоминальным считалось ожирение, если ОТ превышал 90-й перцентиль таблицы распределения ОТ у детей и подростков в зависимости от пола и возраста. У лиц старше 16 лет диагностировалась абдоминальное ожирение при значениях ОТ у юношей 94 см и более, у девушек – 80 см и более. У всех обследуемых определялся уровень инсулина, глюкозы, холестерина и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови. Для выявления инсулинорезистентности рассчитывался индекс НОМА. Уровень липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) рассчитывался по формуле: $ЛПОНП = ТГ / 2,18$.

Верификация артериальной гипертензии проводилась на основании результатов суточного мониторирования артериального давления в соответствии с критериями, разработанными Комитетом экспертов Всероссийского научного

общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России (2008).

Все обследуемые были разделены на две группы по типу распределения подкожно-жирового слоя. Первую группу составили 11 человек с геноидным ожирением, средний ОТ у них составил $85 \pm 1,87$ см. Во вторую вошли 46 пациентов с абдоминальным ожирением с ОТ $98,93 \pm 1,54$ см.

В ходе проведенного обследования было выявлено, что уровень инсулина у пациентов первой группы соответствовал норме. Во второй группе концентрация инсулина в крови превышала нормативные значения и была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у лиц с геноидным ожирением. Уровень инсулинорезистентности в сравниваемых группах достоверно не различался и был снижен относительно нормы. Показатели липидного обмена в обеих группах были в пределах нормы. Однако у лиц с висцеральным ожирением выявлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение содержания ЛПОНП и ТГ по сравнению с таковым у детей с геноидным типом ожирения. Так, уровни ЛПОНП и ТГ в первой группе составили $0,45 \pm 0,3$ и $1,01 \pm 0,07$, во второй – $0,57 \pm 0,03$ и $1,25 \pm 0,07$ соответственно.

При анализе исходных данных суточного мониторирования уровни среднего, ночного и дневного артериального давления были в пределах нормы. Отмечалось повышение ($p < 0,05$) среднего систолического и систолического артериального давления в ночные часы у лиц второй группы по сравнению с первой. Среди пациентов с геноидным типом ожирения артериальная гипертензия

выявлена в 9% случаев. У больных с андронидным типом артериальная гипертензия встречалась достоверно ($p < 0,01$) чаще и имела место в 52% случаев.

Итак, полученные в ходе исследования данные подтверждают взаимосвязь между висцеральным ожирением, гиперинсулинемией, дислипидемией и наличием артериальной гипертензии.

СОСТОЯНИЕ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВЕНЬ СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фокина Е.А.^{1*},
Гришина Т.Р.², доктор медицинских наук,
Шиляев Р.Р.¹, доктор медицинских наук,
Новожилова И.Ю.¹, кандидат медицинских наук,
Сатарина Т.Е.²

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

² Кафедра фармакологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрави»

* Ответственный за переписку: тел.: 8-960-735-62-36

Известно, что отклонения артериального давления отрицательно сказываются на состоянии когнитивных функций, скорости восприятия информации и памяти, а также на уровне тревожности. Когнитивные функции (прежде всего, память и внимание) имеют большое значение для подростков, так как их умственная деятельность характеризуется высокой интенсивностью. Кроме того, известно, что основным пусковым фактором в развитии артериальной гипертензии является стресс. Вопрос о диагностике, профилактике и коррекции стресса стоит достаточно остро.

Основной целью исследования являлась оценка состояния памяти и уровня стресса у подростков с артериальной гипертензией в сравнении с этими параметрами у детей с нормальным артериальным давлением.

Обследовано 15 школьников 12–15 лет с артериальной гипертензией различного генеза, диагноз которой установлен согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциации детских кардиологов России (2003). Контрольную группу составили 15 детей этого же возраста I–II групп здоровья с нормальным АД.

Состояние памяти оценивали по методике нейропсихологической диагностики с использованием программы ДИАКОР (Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К., 2007). Уровень стресса определяли с помощью компьютерного тестирования по системе

ИДИКС (Леонова А.Б., 2007). Тестировались слухоречевая, зрительная и двигательная память.

У подростков с АГ по сравнению с лицами контрольной группы выявлено достоверное снижение слухоречевой памяти по следующим параметрам: «эффективность заучивания», «устойчивость следов памяти к интерферирующим воздействиям», «интегральный показатель памяти», а также зрительной памяти по следующим параметрам: «прочность следов памяти», «устойчивость семантической отнесенности стимулов», «сохранение в памяти порядка предъявления стимулов 1 рода» Параметры двигательной памяти в группах не различались.

В обеих группах общий индекс стресса соответствовал выраженному уровню ($TV0 = 54,46$ в основной группе и $TV0 = 51,4$ в контрольной, $p > 0,05$). Наиболее высокие показатели в обеих группах отмечались по следующим шкалам: V3 – вознаграждение за труд и социальный климат и V4 – переживание острого стресса. В группе подростков с АГ зарегистрированы высокие показатели по шкале V2 – субъективная оценка профессиональной ситуации, в контрольной группе – по шкале V5 – переживание хронического стресса

Таким образом, у подростков с артериальной гипертензией отмечаются достоверно худшие по сравнению со здоровыми подростками показатели по отдельным параметрам слухоречевой и зрительной памяти, а также параметрам стресса.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И РЕГУЛЯЦИИ ЕЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НИЗКОРОСЛОСТИ

**Мячина Т.Н.,
Копытина Е.В.***

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

* Ответственный за переписку: e-mail: helen_bob@mail.ru

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.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НИЗКОРОСЛОСТИ

Мячина Т.Н.,
Копытина Е.В.*

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

* Ответственный за переписку: e-mail: helen_bob@mail.ru

В настоящее время установлено, что дефицит гормона роста ассоциирован с многочисленными нарушениями. Имеется тесная корреляция между распространенностью факторов риска в детской и взрослой популяции, а также доказана устойчивость факторов риска в течение всей жизни человека.

Цель исследования – изучить особенности липидного спектра при различных формах низкорослости и эффективность коррекции этих нарушений препаратами гормона роста.

Обследовано 70 пациентов (30 девочек и 40 мальчиков) в возрасте от 3 до 18 лет с задержкой роста. Выделены 3 группы. Первую составили 10 (14,3%) детей с генетическими синдромами, сопровождающимися низкорослостью (синдром Шерешевского – Тернера, Нунан, Сильвера – Рассела), вторую – 30 (42,9%) человек с подтвержденным дефицитом гормона роста, третью – 30 (42,9%) пациентов с конституциональной задержкой роста (стимуляционные пробы подтвердили удовлетворительный выброс гормона роста). В контрольную группу вошли 30 детей с нормальными показателями физического развития и отсутствием сопутствующей хронической соматической патологии.

Исследование включало подробное изучение анамнеза жизни с исследованием наследственной отягощенности по низкорослости, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (в том числе течение беременности, родов у матерей). Оценку физического развития у всех пациентов проводили с определением роста (см) и скорости роста (см/год). Рост оценивался исходно и через 12 месяцев. Определение степени дифференцировки скелета осуществлялось по данным рентгенографии кистей рук с лучезапястными суставами с определением костного возраста. С целью уточнения состояния гипоталамо-гипофизарной области выполнялась магнитно-резонансная томография. Степень полового созревания детей оценивали по классификации J.M. Tanner (1968).

Проведены стимуляционные пробы с целью исследования резервов соматотрофов (пробы с

клофелином и инсулином). Определяли липидный спектр: уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов и холестерина липопротеидов высокой (ЛПВН) и низкой (ЛПНП) плотности. Вычисляли величину коэффициента атерогенности по следующей формуле:

$$КА = (ОХ - ХС ЛПВН) / ХС ЛПНП.$$

Все пациенты (кроме лиц контрольной группы) получали препарат Соматропин в общепринятых дозировках.

Уровень холестерина в первой группе до лечения составил $3,97 \pm 0,92$ ммоль/л; триглицеридов – $0,8 \pm 0,8$ ммоль/л, ЛПВН – $1,7 \pm 0,29$ ммоль/л; ЛПНП – $1,4 \pm 0,79$ ммоль/л. У пациентов второй группы до начала терапии холестерин был на уровне $4,48 \pm 1,57$ ммоль/л; триглицериды – $1,2 \pm 0,7$ ммоль/л; ЛПВН – $2,1 \pm 0,57$ ммоль/л; ЛПНП – $1,88 \pm 1,04$ ммоль/л. В третьей группе уровень холестерина составил $3,95 \pm 0,75$ ммоль/л; триглицеридов – $0,9 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПВН – $2,55 \pm 0,46$ ммоль/л; ЛПНП – $2,66 \pm 0,38$ ммоль/л. В контрольной группе уровень холестерина был $3,95 \pm 0,67$ ммоль/л, триглицеридов – $0,9 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПВН – $1,57 \pm 0,35$ ммоль/л, ЛПНП – $1,75 \pm 0,46$ ммоль/л.

Коэффициент атерогенности в первой группе составил $1,48 \pm 0,52$; во второй – $1,09 \pm 0,9$, в третьей – $0,45 \pm 0,6$, в группе контроля – $1,64 \pm 1,1$.

Исследование семейного анамнеза показало, что у детей из всех групп имеется отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии, особенно по раннему инфаркту миокарда, на протяжении второго и третьего поколения. Таким образом, у детей из группы высокого риска развития раннего атеросклероза при отсутствии явных клинических маркеров сердечно-сосудистой патологии имеются признаки нарушения обменных процессов, а липидного обмена в виде гиперхолестеринемии за счет повышения уровня ХС ЛПНП при уровне триглицеридов, не превышающем нормальные значения. Выявленные нарушения свидетельствуют о том, что у детей с отягощенной наследственностью по атеросклерозу выше риск развития сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим обосновано проведе-

ние первичной профилактики атеросклероза уже в детском возрасте с применением диетической коррекции, оптимизации двигательной и эмоциональной нагрузки, обязательного соблюдения правил здорового образа жизни. Обосновано

включение в программу оздоровления, при наличии низкорослости, препаратов гормона роста не только для улучшения ростового прогноза, но и для получения метаболических эффектов данного препарата.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ ТРЕНИРОВКИ В КОРРЕКЦИИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

**Нежкина Н.Н.¹, доктор медицинских наук,
Воробьева Е.В.², кандидат медицинских наук,
Кулигин О.В.¹, доктор медицинских наук
Чистякова Ю.В.*¹, кандидат медицинских наук**

¹ Кафедра физической культуры, лечебной физкультуры и врачебного контроля ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² ООО «Санаторий-профилакторий «Солнечный берег»», 153511, Ивановская обл., г. Кохма, ул. Ивановская, д. 19

* Ответственный за переписку: e-mail: chud.iv@mail.ru

Высокая распространенность вегетативных расстройств у детей школьного возраста, в том числе у подростков, по-прежнему делает актуальной проблему поиска эффективных технологий их коррекции.

С этой целью нами разработана программа психофизической тренировки (автор технологии – д-р мед. наук Н.Н. Нежкина), рекомендуемая к реализации в учреждениях образования и здравоохранения для подростков с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. Данная программа состоит из 5 взаимосвязанных блоков.

Первый – теоретический, в рамках которого подростки в доступной форме получают информацию о причинах, механизмах развития вегетативной дисрегуляции и, что не менее важно, знакомятся с путями самооздоровления с помощью основных средств физической культуры.

Второй блок – мотивационно-целевой, в его рамках определяются ближайшие цели занятий по психофизической тренировке и долговременные цели «приобщения к движению».

Третий блок – диагностический, в его рамках обсуждаются основные способы самоконтроля состояния здоровья и вегетативной нервной системы (ВНС) в ходе цикла занятий. Выбираются основные методы самодиагностики: контроль частоты пульса, дыхания, артериального давления, самочувствия, активности, настроения.

Четвертый блок – практический. Он состоит из цикла занятий, каждое из которых имеет трехэтапную структуру:

- 1) динамические упражнения аэробного характера, которые мягко тренируют симпатический отдел ВНС, улучшают функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уменьшают проявления гиподинамии, увеличивают выносливость организма, которая снижена при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
- 2) статические упражнения, которые тренируют парасимпатический отдел ВНС, создают в центральной нервной системе очаг охранительного торможения и позитивно влияют на гладкую мускулатуру внутренних органов и сосудов;
- 3) сеанс психофизической саморегуляции в состоянии релаксации, который представляет собой мотивированное самовнушение желаемого уровня здоровья, настроения, самочувствия на фоне состояния аутогенного погружения, проводимого при вербальной поддержке руководителя группы.

Пятый блок – методический. Все части практического занятия записаны на специальный аудиодиск, что сокращает сроки разучивания упражнений и высвобождает время на индивидуальную работу с детьми. По окончании курса занятий в учреждении подростки имеют возможность приобрести аудиодиск и продолжить регулярные занятия по данной программе дома.

Технология психофизической тренировки (ПФТ) апробирована в группах из 400 подростков 15–17

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.

Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ФОРМЕ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ» В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА СОТРУДНИКОВ

Белоносова С.В.^{*1}, кандидат медицинских наук,
Калинина А.М.², доктор медицинских наук,
Концевая А.В.², кандидат медицинских наук,
Поздняков Ю.М.¹, доктор медицинских наук,
Злобин А.Н.³, доктор медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: тел.: (495) 556-89-15

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.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АМПРИЛАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Якушин С.С.¹, доктор медицинских наук,
Окороков В.Г.¹, кандидат медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: e-mail: irina.tishkina@mail.ru

Лечение артериальной гипертонии (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.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОД ПНЕВМОНИИ

Кузьмина Е.В.^{*1},
Ефимова Е.Г.², доктор медицинских наук,
Андреев А.Г.³, кандидат медицинских наук,
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

* Ответственный за переписку: тел.: (4932)

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.

ДИНАМИКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЕНОФИБРАТОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А.*, кандидат медицинских наук,
Мясоедова С.Е., доктор медицинских наук,

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

* Ответственный за переписку: e-mail: gbatrak@mail.ru

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.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Грозева Я.В.,
Асатрян К.В.,
Казакова Ж.С.,
Ушакова С.Е.***, доктор медицинских наук

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

* Ответственный за переписку: e-mail: svetland1962@mail.ru

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых частых заболеваний и главной причиной смертности пожилого населения в экономически развитых странах. Поэтому актуальным является изучение особенностей лечения стенокардии у лиц пожилого и старческого возраста. Согласно современным рекомендациям, пациенты пожилого и старческого возраста со стенокардией так же, как и более молодые, должны получать комплексную терапию, направленную на снижение риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Один из первых классов препаратов, доказанно улучшающих прогноз у пациентов с ИБС, – это бета-адреноблокаторы (БАБ). При этом снижение летальности данной категории больных напрямую связано со степенью снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС). Дозу БАБ можно считать эффективной, если на фоне лечения ЧСС в покое стойко снижается до 55–60 уд./мин. Однако в реальной клинической практике существует целый ряд ограничений, не позволяющих назначать БАБ в эффективных дозах.

Цель исследования – оценить частоту назначения БАБ, достижения при этом целевой ЧСС 55–60 уд./мин и антиангинального эффекта у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией.

Обследовано 100 больных со стабильной стенокардией в возрасте от 60 до 85 лет, лечившихся в терапевтическом отделении (86% женщин, средний возраст – 74,4 ± 6,5 года). Острый инфаркт в анамнезе имели 36% пациентов. III функциональный класс (ФК) стабильной стенокардии диагностирован у 20% больных, II ФК – у 77%, I ФК – у 3%. Хроническая сердечная недостаточность I стадии зафиксирована у 14% больных, IIA стадии – у 84%, IIB стадии – у 2%. Все пациенты страдали артериальной гипертонией.

Больные поступали в стационар в связи с неэффективностью контроля стенокардии. Проводилась коррекция антиангинальной терапии (назначались

БАБ, “защищенный” аспирин, статины, нитраты, антагонисты кальция), гипотензивная терапия и лечение хронической сердечной недостаточности. Результаты оценивались через 14 дней.

При поступлении стенокардические боли с частотой от 1 до 10 случаев в неделю (в среднем 3,8 ± 2,2) имели место у всех пациентов. У 37% больных отмечена высокая частота приступов стенокардии (более 5 эпизодов в неделю). Кроме того, у 81% пациентов артериальная гипертония контролировалась недостаточно. 87% больных ежедневно принимали нитраты короткого действия. БАБ до включения в исследование получал 41 больной, только у 9% из них была достигнута ЧСС 55–60 уд./мин, 59 пациентов не принимали БАБ.

Не удалось назначить БАБ только 17 пациентам. У 8 больных выявлены противопоказания к приему БАБ: тяжелая бронхиальная обструкция, перемежающаяся хромота, атриовентрикулярная блокада 2 ст. У 9 пациентов БАБ были отменены в связи с развитием побочных эффектов: падение АД зафиксировано у 2 человек, брадикардия менее 55 уд./мин – у 2, усиление одышки и головокружения – у 5.

У 12 пациентов ангинозные боли не повторялись в течение недели, средняя частота приступов стенокардии снизилась до 2,3 ± 1,8 в неделю. За 2 недели ЧСС 55–60 уд./мин удалось достичь у 20 получавших БАБ. На фоне терапии у 97 человек уровень АД опустился ниже 140/90 мм рт. ст.

Таким образом, в условиях стационара в результате подбора стандартной антиангинальной терапии удается достичь целевой ЧСС пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией. В связи с тем, что назначение БАБ ограничено у них действием таких факторов, как высокая частота сопутствующих заболеваний и развитие побочных эффектов, следует более широко применять другие классы современных антиангинальных препаратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СТАБИЛЬНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Казанцева Л.С.*¹, кандидат медицинских наук,
Шутемова Е.А.^{1,2}, доктор медицинских наук

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

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

* Ответственный за переписку: e-mail: kazanceva-l@yandex.ru

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.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ИЛИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ

Казак М.В.*¹,
Омельяненко М.Г.¹, доктор медицинских наук,
Томилова И.К.², кандидат медицинских наук,
Романчук С.В.³, кандидат медицинских наук

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

² Кафедра общей, биоорганической и биологической химии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

³ ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница», 153040, Иваново, Любимова, 1

* Ответственный за переписку: e-mail: mvkazak@rambler.ru

Цель исследования – оценить состояние эндотелиальной функции у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне консервативной терапии или интервенционных вмешательств.

Обследованы 134 больных, которые были разделены на четыре группы. В группу I А вошли 66 пациентов, перенесших интервенционное вмешательство – баллонную ангиопластику и/или стентирование коронарных артерий на протяжении предыдущих 5–8 лет. Группу I Б составили 23 человека со стенокардией напряжения, получающих только консервативное лечение. 25 пациентов с инфарктом миокарда, перенесших интервенционное вмешательство в первые сутки, образовали группу II А. 20 больных с инфарктом миокарда, проходивших консервативное лечение, вошли в группу II Б.

Для оценки эндотелиальной функции определяли концентрацию в плазме крови суммы конечных метаболитов NO (NO_x) по методике Грисса; цитруллина – фотоколориметрическим методом; число десквамированных эндотелиоцитов – по методу J. Hladovec. Эндотелийзависимая вазодилатация оценивалась с помощью пробы Целермайера.

Показатели эндотелиальной функции у пациентов I группы достоверно не различались в подгруппах А и Б и составили соответственно: концентрация NO_x в плазме крови – $190,1 \pm 9,6$ и $192,0 \pm 10,1$ мкмоль/л; цитруллина – $4,16 \pm 0,48$ и $4,63 \pm 0,56$

ммоль/л; число десквамированных эндотелиоцитов – $7,7 \pm 0,9$ и $7,5 \pm 1,1 \cdot 10^5$ кл/л ($p > 0,05$). У пациентов группы II А по сравнению с группой II Б была достоверно выше концентрация NO_x и цитруллина ($215,3 \pm 9,8$ и $164,2 \pm 10,8$ мкмоль/л и $5,12 \pm 0,48$ и $3,9 \pm 0,42$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$) и меньше число десквамированных эндотелиоцитов ($9,3 \pm 0,8$ и $12,4 \pm 1,1 \cdot 10^5$ кл/л, $p < 0,05$). При этом у пациентов группы II А по сравнению с I группой наблюдалось достоверное повышение концентрации NO_x и цитруллина и незначимое увеличение числа десквамированных эндотелиоцитов, а у пациентов группы II Б, напротив, достоверное снижение концентрации NO_x и цитруллина и увеличение числа десквамированных эндотелиоцитов. Положительную пробу Целермайера выявили у 82% пациентов группы II А и только у 58% больных I группы.

Итак, у пациентов со стенокардией напряжения, перенесших интервенционное вмешательство, и больных, получающих только консервативное лечение, состояние эндотелиальной функции не различалось. У лиц с инфарктом миокарда на 5-е сутки после интервенционного вмешательства компенсаторно повышается продукция NO, однако сохраняется умеренно повышенная десквамация и нарушение сосудодвигательной функции эндотелия. У лиц с инфарктом миокарда, получающих консервативное лечение, наблюдается выраженное нарушение эндотелиальной функции.

ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ БАЛАНС КРОВИ И ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**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

* Ответственный за переписку: e-mail: izagravskaya@gmail.com

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 (диурвер), 40 – фуросемид. Стартовая доза фуросемида – 40 мг, диурвера – 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 диурвер, 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 диурвером – $3,38 \pm 0,11$, фуросемидом – $3,45 \pm 0,15$, $p > 0,05$).

Через 14 дней в обеих группах не отмечено снижения среднего ФК ХСН (у принимающих диурвер – $2,45 \pm 0,11$, 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 диурвер ($4,39 \pm 0,62$ ммоль/л, $p = 0,0002$), а также тенденция к уменьшению концентрации натрия в сыворотке крови на фоне лечения фуросемидом (в группе лечения диурвером – $141,04 \pm 7,00$ ммоль/л, в группе лечения фуросемидом – $139,20 \pm 9,49$, $p = 0,36$). У пациентов, принимавших диурвер, 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.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЗ СОСУДОВ ГЛАЗА

**Медведев И.Н.*¹, доктор медицинских наук, доктор биологических наук,
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

* Ответственный за переписку: e-mail: zsyu@046.ru

Наиболее частой составляющей метаболического синдрома (МС) является артериальная гипертония (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 «Лаксма», 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.

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

**Медведев И.Н.^{*1}, доктор медицинских наук, доктор биологических наук,
Савченко А.П.², кандидат педагогических наук**

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»

* Ответственный за переписку: e-mail: zsyu@046.ru

В настоящее время артериальная гипертония (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 антиоксидентной 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.

ПРАВИЛА представления и публикации авторских материалов в журнале «ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

Настоящие Правила разработаны на основании требований Гражданского кодекса РФ (часть 4 от 18.12.06), Закона РФ «Об авторском праве и смежных правах» от 09.07.1993 г. № 5351-1 с изменениями от 19 июля 1995 г. и 20 июля 2004 г., Закона РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.1991 г. № 2124-1 с последующими изменениями и регулируют взаимоотношения между ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» в лице редакции журнала «Вестник Ивановской медицинской академии», в дальнейшем именуемой «Редакция», и автором, передавшим свою статью для публикации в журнал, в дальнейшем именуемым «Автор».

1. К опубликованию принимаются статьи соответствующие тематике журнала
2. Статьи следует направлять в Редакцию по почтовому адресу:
153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8, каб. 220, 203, тел.: (4932) 32-95-74;
или по электронному адресу:
rioivgma@mail.ru
3. Статью (или сопроводительное письмо) должны подписать все авторы. В случае передачи статьи в Редакцию по электронной почте к отправлению должна быть приложена сканированная копия первой страницы статьи (или сопроводительного письма) с подписями авторов
4. Представляемые материалы должны содержать следующую информацию: название статьи, фамилии и инициалы авторов, их ученые степени, полное официальное название всех учреждений и отделов (кафедр, лабораторий), откуда вышла работа с обязательным указанием полного почтового адреса (с индексом) также для всех учреждений
5. В обязательном порядке следует указать фамилию и отчество автора, ответственного за переписку с редакцией, его адрес (с почтовым индексом), телефон, адрес электронной почты (e-mail). При опубликовании статьи данный автор будет указан как ответственный за переписку с читателями
6. Все представляемые в журнал материалы направляются Редакцией экспертам в области обсуждаемой в статье темы для независимой (анонимной) научной экспертизы (рецензирования). Заключение и рекомендации рецензента могут быть направлены авторам для внесения соответствующих исправлений. В случае несвоевременного ответа авторов на запрос редакции редакция может по своему усмотрению проводить научное редактирование и вносить правки в статью или отказать в публикации. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору мотивированный отказ.
7. Редакция оставляет за собой право проводить научное редактирование, сокращать и исправлять статьи, изменять дизайн графиков, рисунков и таблиц для приведения в соответствие со стандартом журнала, не меняя смысла представленной информации.
8. Присылать статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, абсолютно недопустимо.
9. Статьи, присланные с нарушением правил оформления, не принимаются редакцией журнала к рассмотрению.
10. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, приводимой авторами.
11. Статьи, подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.
12. Автор передает Редакции исключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права как фотографии автора, схемы, таблицы и т.п.) в следующих формах: обнародования, про изведения посредством его опубликования в печати, воспроизведения произведения в журнале и в сети Интернет; распространения экземпляров журнала с про изведением Автора любым способом перевода рукописи (материалов); экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автора в целях распространения для собственных нужд журнала.
13. Указанные выше права Автор передает Редакции без ограничения срока их действия (по распространению опубликованного в составе журнала материала) на территории использования на территории Российской Федерации и за ее пределами.
14. Редакция вправе переуступить полученные от Автора права третьим лицам и вправе запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов.
15. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала.
16. За Автором сохраняется право использования опубликованного материала его фрагментов и частей в личных целях, том числе научных преподавательских целях.
17. Права на материал считаются переданными Редакции с момента подписания в печать номера журнала, в котором он публикуется.
18. Перепечатка материалов опубликованных в журнале другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редакции с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

Техническое оформление

19. Объем оригинальной статьи не должен превышать стандартных машинописных страниц (1 страница 1800 знаков, включая пробелы) без учета резюме, таблиц, иллюстраций, списка литературы. Объем описания клинического случая (заметок из практики) не должен превышать 4 страниц, лекции и обзоры литературы – 10 страниц, краткого сообщения – 2 страницы.
20. Статьи, основанные на описании оригинальных исследований, должны содержать следующие разделы: обоснование актуальности исследования, цель работы, описание материалов и методов исследования, обсуждение полученных результатов, заключение. Статьи, представляемые в разделы «Организация здравоохранения», «Проблемы преподавания», «Обмен опытом (в помощь практическому врачу)», «Обзор литературы», «Случай из

- практики», «Страницы истории», «Краткие сообщения» могут иметь произвольную структуру. Изложение должно быть ясным, лаконичным и не содержать повторов
21. В редакцию представляются два печатных экземпляра статьи и одновременно электронный вариант (текст и иллюстрация), при подготовке которого запрещается использование жирного шрифта (для выделения важной информации использовать курсив). Электронный и печатный варианты должны быть идентичны!
 22. Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman 14 кегля через 1,5 интервала на одной стороне листа, ширина полей 2 см слева, справа, сверху и снизу. Нумерация страниц обязательна
 23. Резюме печатается на отдельной странице, где дублируются название статьи, фамилии и инициалы авторов, их ученые степени, полное название и адрес учреждений и отделов, откуда вышла работа. Резюме содержит краткое описание цели исследования, материалов и методов, результатов, рекомендаций. В резюме обзора достаточно отразить основные идеи. Объем резюме должен составлять не более 100–150 слов. В конце резюме должны быть представлены 5–6 ключевых слов статьи и сокращенное название статьи для оформления колонтитулов (не более чем на 40 знаков). Редакция будет благодарна авторам за предоставление помимо обязательного резюме на русском языке также и английского его перевода.
 24. Таблицы должны быть построены сжато и наглядно, иметь номер, название, заголовки колонок и строк, строго соответствующие их содержанию. В таблицах должна быть четко указана размерность показателей. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены и соответствовать таковым в тексте. Текст, в свою очередь, не должен повторять содержание таблиц. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждую таблицу там, где комментируется ее содержание.
 25. Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате «TIFF» с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
 26. Графики, схемы и рисунки принимаются на бумаге и в электронном варианте в форматах «MS Excel», «MS PowerPoint». Графики, схемы и рисунки должны быть пронумерованы, иметь название и при необходимости примечания. Они не должны повторять содержание таблиц. Оси графиков должны иметь названия и размерность. График должен быть снабжен легендой (обозначением линий и заливок). В случае сравнения диаграмм следует указывать достоверность различий. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждый график, схему и рисунок там, где комментируется их содержание. В случае представления в редакцию оригиналов фотографий в бумажном виде без электронного варианта на лицевой их стороне должны быть нанесены символы стрелки или другие обозначения. На оборотной стороне обоих экземпляров мягким карандашом надписывается фамилия автора (только первого), номер рисунка, обозначение верхнего рисунка.
 27. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических терминов.
 28. Статья должна быть тщательно выверена автором. Цитаты, химические формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В заголовке работы и резюме не обходимо указывать международное название лекарственных средств. В тексте можно использовать торговое название. Специальные термины следует приводить в русском переводе и использовать только общепринятые в научной литературе слова. Ни в коем случае не применять иностранные слова в русском варианте в «собственной» транскрипции.
 29. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены.
 30. При описании методов исследования указания на авторов должны сопровождаться ссылками на их работы, в которых эти методы были описаны. Эти работы должны быть обязательно включены в список литературы.
 31. Библиографические источники нумеруются в алфавитном порядке. Библиографическое описание литературных источников дается полностью в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008: для книг – фамилии авторов, их инициалы, полное название книги, место и год издания для журнальных статей и материалов опубликованных в сборниках – фамилии авторов, их инициалы, полное название статьи, журнала, год, том, страницы. Не следует использовать сокращения названий сборников и журналов. Сокращения библиографического описания до «Указ. соч.» или «Там же» не допускаются. В список литературы не включаются диссертационные работы и авторефераты. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.
 32. В библиографическом описании полный перечень авторов указывается, если общее число авторов не превышает трех человек. Если число авторов более трех, приводится название документа, а после знака / фамилия только первого автора, после которой для отечественных публикаций необходимо указать «и др.», для зарубежных публикаций – «[et al.]».
 33. Ссылки на источники в тексте статьи оформляются в виде номера в квадратных скобках в строгом соответствии с местом источника в глоссарийном списке литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, расположенными перед фамилией. Фамилии иностранных исследователей указываются в их оригинальном виде латиницей (кроме тех случаев, когда их работы переведены на русский и имеется общепринятая запись фамилии кириллицей).

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. BREKHMAN (Izrael)	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: