

человек, таким образом, госпитальная летальность составила 6,79%. Причиной летального исхода в 5 случаях стала прогрессирующая левожелудочковая недостаточность, в 1 случае – острое нарушение мозгового кровообращения по типу геморрагического инсульта и в 1 случае – некупируемый сепсис. Из нелетальных осложнений наиболее часто наблюдались нарушения ритма по типу мерцательной аритмии.

Выводы. Увеличение объема оперативного вмешательства при единовременной коррекции клапанного порока и патологии коронарного русла наравне с исходной тяжестью состояния больных, обуславливает относительно высокую госпитальную летальность в данной группе пациентов. При тщательном дооперационном обследовании и выборе адекватного объема вмешательства, а также развитии методов защиты миокарда, реанимационного и анестезиологического пособий, тактика одномоментной коррекцией при данной патологии является оправданной и позволяет обеспечить хорошие результаты.

ВЛИЯНИЕ СЕРТРАЛИНА НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ И ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

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

Учреждение РАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово;

* ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава

Цель: изучить влияние терапии сертралином (стимулотон, Эгис) на уровень депрессии в ближайшем и отдаленном периодах инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включено 44 пациента (45,5% женщин и 54,5% мужчин) с Q-образующим ИМ и с баллом депрессии более 45 по шкале Zung. Пациенты на 3–5 день ИМ были рандомизированы на две группы: 20 пациентов – группа воздействия, которые получали сертралин в дозе 50 мг в течение госпитального (14 дней) и постгоспитального (12 мес.) периодов; больные группы сравнения – 24 пациента – сертралин не получали. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, факторам риска, локализации и тяжести ИМ, характеру реперфузионной терапии, сопутствующей терапии, объему постгоспитальной терапии. Через 12 мес. оценивалась комбинированная конечная точка: смерть, повторный эпизод острого коронарного синдрома, прогрессирование сердечной недостаточности.

Оценку клинических, психофизиологических (оценочные шкалы депрессии Zung, личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) Спилбергера–Ханина), и результаты инструментальных исследований (электрокардиограмма (ЭКГ), эхокардиография) проводили дважды – на 3 и 5-е сутки ИМ (до назначения сертралина) и через 12 мес. (на фоне назначения препарата).

Результаты. На 3–5-е сутки ИМ, до назначения сертралина, пациенты групп воздействия и контроля не различались по уровням депрессии, ЛТ и РТ. На фоне приема

сертралина снизилось количество приступов стенокардии в неделю ($4,7 \pm 0,7$ в группе воздействия, $7,6 \pm 1,1$ в группе сравнения ($p=0,04$)). При анализе конечных точек установлено, что в группе воздействия (сертралином) через 12 мес. наблюдения все пациенты были живы, в контрольной же группе случилось две (10%) сердечных смерти. Комбинированная конечная точка в группе воздействия зарегистрирована у 2 (10%) пациентов (в одном случае – нестабильная стенокардия, в другом – реинфаркт, потребовавшие госпитализации), в контрольной группе – у 10 (41,7%) пациентов (в 6 случаях – нестабильная стенокардия, в 3 случаях – реинфаркт, потребовавшие госпитализации, одна сердечная смерть) $p<0,05$. Кроме того установлено, что через 12 месяцев в группе лечения сертралином достоверно уменьшились средние баллы депрессии (с $46,8 \pm 1,4$ до $32,3 \pm 1,6$, $p=0,00$), ЛТ (с $49,2 \pm 2,1$ до $40,1 \pm 1,5$, $p=0,001$) и РТ (с $36,5 \pm 1,3$ до $32,4 \pm 1,2$, $p=0,03$). Положительная динамика психофизиологических параметров отсутствовала у пациента группы контроля.

Заключение: таким образом, антидепрессантное действие сертралина сопровождается улучшением клинического течения раннего постинфарктного периода и способствует улучшению годового прогноза у данной категории пациентов.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Артамонова Г.В., Мандзилевская С.В.,
Коваленко О.В., Индукаева Е.В.,
Макаров С.А., Барбараш Л.С.**

Учреждение РАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово

Возрастающий интерес к информатизации отечественного здравоохранения способствует внедрению автоматизированных систем в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Наиболее полное выявление факторов риска у практически здоровых людей и у лиц с уже имеющимися заболеваниями, возможно при профилактических обследованиях населения, однако это весьма трудоемкое и дорогостоящее мероприятие, которое внедрить повсеместно в нынешних условиях очень сложно. Выходом из этого положения может стать использование существующих возможностей и организационных подходов, с пересмотром содержательной части повседневной работы и внедрением современных профилактических технологий на основе информационных систем.

Цель исследования: разработка и внедрение в практическое здравоохранение программы «Комплексная информационная система первичных медицинских осмотров и профилактики БСК» (КИС), позволяющая рассчитывать индивидуальный суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, формировать персональную программу по профилактике и лечению БСК и оценить результаты проводимых лечебно-профилактических мероприятий для оптимизации управленческих решений.

Материал и методы. Объект исследования: состояние здоровья прикрепленного населения по результатам ра-

боты кабинета доврачебного осмотра, первичного профосмотра, диспансерного наблюдения на основе модели Европейского Общества Кардиологов под названием SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) и модели суммарного риска в соответствии с Российскими рекомендациями по ГБ и ИБС на основе комплексной информационной системы. База исследования – Территориальная поликлиника Кузбасского кардиологического центра (ККЦ). Период исследования: 2009–2015 гг.

Результаты. КИС может быть использована для проведения целевых медицинских осмотров и как базовая программа в системе диспансеризации населения и позволяет:

- стандартизировать обследование;
- рассчитывать индивидуальный суммарный риск ССЗ на основе модели SCORE или суммарный риск в соответствии с Российскими рекомендациями по ГБ и ИБС;
- рекомендовать индивидуальную профилактическую программу, максимально учитывающую суммарный риск;
- отслеживать динамику суммарного риска у каждого пациента при повторных обследованиях;
- формировать на основе суммарного риска группы пациентов для организации в них соответствующих индивидуальных и групповых профилактических мероприятий;
- проводить мониторинг эффективности профилактических вмешательств в различных группах населения.
- оптимизировать анализ и управление организацией медицинских осмотров и диспансеризации населения.
- создавать базу данных суммарного риска ССЗ.

Заключение. Разработка и внедрение программы «Комплексная информационная система первичных медицинских осмотров и профилактики БСК» позволяет формировать комплексный подход к выявлению факторов риска и их оценки на всех этапах как при плановых медицинских осмотрах, до появления болезни, так и при развитии заболевания; тем самым улучшить прогноз пациентов, повысить у населения мотивацию к здоровому образу жизни, активизировать профилактические мероприятия на популяционном и групповом уровнях, разработать индивидуальные профилактические программы.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С БЕССИМПТОМНЫМИ ЦЕРЕБРОИШЕМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

Цель исследования: изучение когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертонией со структурными цереброваскулярными нарушениями.

Материал и методы. В исследование вошли 66 пациентов (31 женщина и 35 мужчин) в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст 48,4±6,2 лет), страдающих эссенциальной гипертонией 1–3-й степени тяжести с исключением тяжелой сопутствующей патологии без признаков невро-

логического дефицита. Всем больным были проведены общеклиническое обследование, нейрокогнитивное тестирование по Wechsler Memory Scale (WMS), МРТ головного мозга.

Результаты. У пациентов с нарушениями внимания достоверно чаще регистрировались признаки лейкоараииоза (ЛА, $\chi^2=11,96$; $p=0,0005$). У пациентов с умеренными нарушениями внимания чаще встречался ЛА 1 степени, чем ЛА 0 ($\chi^2=42,3$; $p=0,0000$). У пациентов с выраженными нарушениями внимания чаще регистрировался ЛА 2-й степени, чем ЛА 0 ($\chi^2=5,37$; $p=0,020$). Пациенты с выраженными нарушениями психомоторной скорости отличались от пациентов с умеренными нарушениями более частой встречаемостью признаков ЛА ($\chi^2=11,64$; $p=0,0006$). У пациентов с умеренными (78%, $\chi^2=17,01$; $p=0,0000$) и выраженными ($\chi^2=13,33$; $p=0,0003$; 75%) нарушениями кратковременной памяти по сравнению с пациентами без нарушений достоверно чаще встречался ЛА. У пациентов с умеренными (45%; $p<0,0001$) и выраженными (50%; $p<0,0001$) нарушениями кратковременной памяти достоверно чаще отмечался ЛА высоких степеней градации (ЛА 2–3-й ст.), чем низкой степени.

У пациентов с умеренными нарушениями внимания фокальные ишемические повреждения белого вещества головного мозга (ФПБВ) встречались в 72% случаев, при выраженных нарушениях – в 100% случаев. У пациентов с умеренными нарушениями внимания ФПБВ достоверно чаще встречались в 1-м регионе (субкортикальная область) (57%; $\chi^2=44,81$; $p=0,0000$), у пациентов с выраженными изменениями внимания ФПБВ достоверно чаще встречались в 1-м регионе (50%; $\chi^2=33,75$; $p=0,0000$) и в 3-м регионе (область ствола) (50%; $\chi^2=13,33$; $p=0,0003$). У пациентов с умеренными и выраженными нарушениями психомоторной скорости ишемические очаги регистрировались в 100% случаев. У пациентов с нарушениями психомоторной скорости ФПБВ достоверно чаще встречались в 1-м регионе (56%; $\chi^2=27,5$; $p=0,0000$), во 2-м регионе (область базальных ганглиев) (78%; $\chi^2=29,85$; $p=0,0000$). Пациенты с выраженными нарушениями психомоторной скорости отличались от пациентов с умеренными нарушениями более частой встречаемостью ФПБВ во 2-м регионе ($\chi^2=24,72$; $p=0,0000$) и в 3-м регионе ($\chi^2=66,55$; $p=0,0000$).

Выводы. У пациентов с изменением когнитивных функций чаще выявляется лейкоараииоз высоких степеней градации, чаще регистрируются фокальные ишемические очаги белого вещества головного мозга.

СОПОСТАВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ РАССТРОЙСТВ И СТРУКТУРНЫХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ АНГИОЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Лукьяненко П.И.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск

В патогенезе гипертонической ангиоэнцефалопатии (ГАЭ) существенную роль играют как недостаточность притока крови к тканям мозга, так и затруднение цереб-