

лечению. По нашим данным, около половины пациентов не принимают назначенных лекарственных препаратов.

Кроме этого, плохая приверженность к лекарственному лечению, как правило, подразумевала и плохую приверженность в отношении немедикаментозных методов лечения, что еще более препятствовало снижению АД. Наконец, недостаточная приверженность к лечению, сопровождавшаяся частой отменой и последующим возобновлением лечения, увеличивала вероятность осложнений, связанных с первой дозой приема препаратов и синдромом отмены.

Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, специалисты МСЧ проводят с ними необходимые беседы при профилактических медицинских осмотрах, выходах в подразделения, во время контрольных визитов. Разработана и выдается памятка пациента с артериальной гипертензией с основной информацией об АГ, указанием названия и дозировки препарата, датой явки к врачу.

Повышению комплаентности во многом способствуют проводимые государством мероприятия по повышению социальной защищенности сотрудников органов внутренних дел, в том числе бесплатный рецептурный отпуск антигипертензивных препаратов.

Выводы. Таким образом, эффективность действий врача при лечении каждого конкретного пациента и достижение успехов по контролю АД среди сотрудников органов внутренних дел в значительной степени зависят от согласованности действий и терапевтов, и кардиологов, что обеспечивается единым диагностическим и лечебным подходом. К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести мероприятия, направленные на повышение информированности пациентов об АГ, изменение общественного сознания в плане отношения к здоровью, а также бесплатное обеспечение лекарственными препаратами.

006. ДИАГНОСТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ У ДЕТЕЙ

Г.Р. Камашева

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

По данным ВОЗ в настоящее время наблюдается рост заболеваемости аллергическим ринитом (АР) во всем мире. Частота симптомов АР в России составляет 18-38%. Однако, уровень диагностики АР остается еще недостаточно высоким, особенно в раннем детском возрасте. У большинства детей дебют АР и дальнейшие его обострения нередко воспринимаются как острые респираторные заболевания. Важнейшим обоснованием своевременной диагностики и лечения АР является возможность последующего развития бронхиальной астмы у 45–60% больных АР.

Цель исследования: выявление признаков аллергического ринита у детей раннего возраста с персистирующей назальной симптоматикой.

Материалы и методы: обследовано 45 детей в возрасте от 16 до 36 мес с жалобами на длительное затруднение носового дыхания, насморк, чихание, зуд

носа. Диагностика АР включала сбор аллергологического анамнеза, цитологическое исследование назального секрета (риноцитограмма), постановку скарификационных кожных проб (СКП) с неинфекционными аллергенами.

Результаты: по результатам данных анамнеза у 30 детей имели место отягощенная по атопии наследственность, проявления пищевой аллергии в форме атопического дерматита. Нарушения носового дыхания в данной группе детей в 76,6% случаев были связаны с утренней заложенностью носа, многократным чиханием, зудом носа, у 84% назальные проявления сопровождались насморком с обильным слизистым и водянистым секретом, чиханием при контакте с домашней пылью, домашними животными, пыльцой растений. При проведении цитологического исследования назального секрета в 96,6% случаев выявлено достоверное повышение количества эозинофилов ($32,3 \pm 13,3\%$) при норме до 10%. СКП с бытовыми аллергенами были положительными у 84%, с эпидермальными - у 26,6% и с пыльцевыми - у 20% детей.

У остальных 15 пациентов при сборе анамнеза обращали на себя внимание рецидивирующие острые респираторные заболевания, при этом признаки атопии не были выявлены. Назальная симптоматика характеризовалась заложенностью носа, насморком с необильным гнойным, гнойно-слизистым секретом, отсутствовало многократное чихание и зуд носа. В риноцитограмме преобладали нейтрофилы ($65,8 \pm 10,2\%$), кокковая и смешанная флора и лишь у 2 пациентов - эозинофилы (24 и 35% соответственно). При проведении СКП у данных пациентов была выявлена специфическая гиперчувствительность к аллергену домашней пыли и *Dermatophagoides pteronyssinus*, что позволило подтвердить диагноз аллергического ринита. У остальных больных СКП с неинфекционными аллергенами были отрицательными.

Выводы: результаты проведенного комплексного обследования подтвердили диагноз аллергического ринита у 71% обследованных детей. У детей раннего возраста с персистирующей назальной симптоматикой для ранней диагностики аллергического ринита необходимо проводить комплексное обследование, включающее сбор аллергологического анамнеза, цитологическое исследование мазка из носа, позволяющее провести дифференциальную диагностику между аллергическим ринитом (преобладание эозинофилов) и инфекционным ринитом (преобладание нейтрофилов), а также скарификационные кожные пробы с неинфекционными аллергенами.

007. НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

¹Лышова О.В., ²Харина Н.В., ²Смольянинов С.В.

¹ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития России, ²ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Воронежской области», г. Воронеж, Россия

Актуальность. Смертность больных, выживших после фибрилляции желудочков, возникшей в острый период инфаркта миокарда, в последующем остаётся высокой, а у подавляющего большинства из них могут иметь место и другие прогностически неблагоприятные факторы. Например, снижение фракции выброса до 40% и менее, снижение вариабельности сердечного ритма, частые желудочковые аритмии, дыхание Чейна-Стокса с центральными апноэ (ЦА), сахарный диабет. Дыхание Чейна-Стокса с ЦА считается доказанным маркёром степени тяжести хронической сердечной недостаточности. По статистике, встречаемость дыхания Чейна-Стокса с ЦА колеблется в пределах 30–80% среди этой категории пациентов. При этом лечебная тактика и долгосрочный прогноз остаются до конца не ясными. Подходы к респираторной поддержке больных с нарушенной регуляцией дыхания во сне, хронической систолической сердечной недостаточностью и жизнеугрожающими желудочковыми аритмиями, возникшими на фоне постинфарктного кардиосклероза остаются спорными. Приводим клинические случаи наблюдения пациентов, имевших вышеперечисленные признаки. **Методы исследования.** Проводилось рутинное клиничко-лабораторное исследование; ЭКГ в 12 общепринятых отведениях; мониторинг ЭКГ по Холтеру и кардиореспираторное мониторинг (КРМ) на протяжении сна (ЭКГ в 3-х модифицированных отведениях, пневмограмма с нижних отделов обоих лёгких, поток воздуха на уровне носа, насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом, храп, двигательная активность и положение тела) с помощью портативного регистратора «Кардиотехника 04-ЗРМ» (ИНКАРТ, Санкт Петербург); трансторакальная импульсная доплер-эхокардиография (Sonoline G50). Кроме медикаментозного лечения трём пациентам с высоким риском внезапной смерти, имеющим нарушения регуляции дыхания на протяжении сна назначали неинвазивную вентиляцию положительным давлением воздуха в автоматическом режиме, со снижением давления на выдохе (SOMNObalance e, Weinmann, Германия). Суммарная продолжительность аппаратного лечения колебалась от 14ч 20мин до 41ч 10мин. На фоне лечения оценивалась динамика индекса дыхательных расстройств (ИДР), частота регистрации эпизодов апноэ или гипопноэ обструктивного и центрального типа (программное обеспечение Weinmann support).

Результаты. Клинический случай 1, больной Е., 60 лет: в анамнезе: сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации; два инфаркта миокарда без зубца Q (1993 и 1994 гг.) и инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка (ЛЖ) (2004 г.), осложнённый желудочковой полиморфной тахикардией, фибрилляцией желудочков и состоянием клинической смерти. Регулярно принимает биспролол (конкор) 5 мг/сут., эналаприл (энап) 2,5 мг/сут., изосорбида-динитрат (кардикет) 40 мг/сут., аторвастатин (аторис) 20 мг/сут., ацетилсалициловую кислоту (кардиомагнил) 75 мг/сут., глидиаб. Результаты обследования показали повышенный уровень глюкозы, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности; снижение фракции выброса ЛЖ до 40%; частую желудочковую одиночную (190 на 1000

комплексов) и парную (1 на 1000 комплексов) полиморфную экстрасистолию на протяжении периода бодрствования, пароксизмы неустойчивой мономорфной и полиморфной желудочковой тахикардии (6 днём, 5 ночью), пограничное число одиночных, парных и групповых наджелудочковых экстрасистол. По данным КРМ во время дневного и ночного сна регистрировались эпизоды периодического дыхания типа Чейна-Стокса (фазы диспноэ типа крещендо-декрещендо) с ЦА, кроме того отмечались апноэ обструктивного типа; ИДР 37/ч. Только 1% эпизодов апноэ сопровождался храпом. Базовый уровень сатурации кислорода (O_2) 94,6%, минимальный уровень – 85,6%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 89,0%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 41ч 10 мин (7 ночей), терапевтическое давление колебалось в пределах от 3,7 до 9,3 гПа (среднее 5,1 гПа). На фоне аппаратного лечения дыхание типа Чейна-Стокса с ЦА сохранялось, в то время как число эпизодов апноэ обструктивного типа резко уменьшилось. В разные дни значения ИДР колебались в пределах от 18 до 27/ч, при этом желудочковые аритмии участились (до 250 на 1000 комплексов) и регистрировались не только во время бодрствования, но и во время сна, пароксизмы неустойчивой желудочковой мономорфной и полиморфной тахикардии сохранялись (9 днём). Вместе с тем, через 7 дней от начала лечения, пациент субъективно отметил улучшение общего состояния: чувство нехватки воздуха и перебои в работе сердце перестали беспокоить; повысилась толерантность к физической нагрузке, проявления общей слабости уменьшились. Несмотря на это, принято решение воздержаться от продолжения проведения аппаратного лечения в указанном режиме.

Клинический случай 2, больной М., 47 лет: в анамнезе инфаркт миокарда с зубцом Q высоких отделов боковой стенки ЛЖ (2011 г.), осложнённый синдромом Дресслера; тромбозомелгия мелких ветвей лёгочной артерии, кардиогенный шок, осложнённые устойчивой желудочковой полиморфной тахикардией, фибрилляцией желудочков и состоянием клинической смерти (март 2012 г.). После наружной электрической дефибрилляции регулярно принимает кордарон 200 мг/сут., варфарин 5 мг/сут., эналаприл (энап) 2,5 мг/сут., аторвастатин (аторис) 20 мг/сут. Через 5 месяцев после реанимационных мероприятий результаты обследования показали снижение фракции выброса ЛЖ до 28%; расширение полости ЛЖ и левого предсердия, повышение систолического давления в стволе лёгочной артерии (49 мм рт.ст.); во время холтеровского мониторинга на фоне синусового ритма регистрировались одиночные полиморфные желудочковые экстрасистолы в количестве <10/ч, одиночные предсердные и узловые экстрасистолы (всего: 7) и групповые предсердные экстрасистолы (всего: 1), паузы за счёт синоатриальной блокады продолжительностью 2125–2171 мсек во время сна (всего: 2); отмечалось удлинение скорректированного QT-интервала свыше 450 мс в течение 87% времени. По данным КРМ во время дневного и ночного сна зарегистрировано 348 эпизодов апноэ, из них

обструктивного типа 31%, центрального – 44%, смешанного – 25%, ИДР 48/ч. Отмечались эпизоды периодического дыхания типа Чейна-Стокса с ЦА. Базовый уровень сатурации O_2 94,1%, минимальный – 84,5%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 88,5%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 13ч 30 мин (2 ночи), терапевтическое давление находилось в пределах от 3,9 до 8,7 гПа (среднее – 6,9 гПа). Значения ИДР колебались от 27/ч в первую ночь лечения до 18/ч – во вторую. В дальнейшем пациент отказался от лечения в связи с обострением хронического ринита.

Клинический случай 3, пациент М. 38 лет: в анамнезе инфаркт миокарда с Q зубцом передне-перегородочной стенки ЛЖ с переходом на верхушку и боковую стенки, осложнённый в раннем периоде клинической смертью (май 2012 г.); балонная ангиопластика со стентированием передней межжелудочковой артерии (июнь 2012 г.). Получает медикаментозное лечение: периндоприл (перинева) 2 мг/сут.), бисопролол (конкор Кор) 2,5 мг/сут., коплавикс (1 таб./сут.), розувастатин (крестор) 10 мг/сут.; нитроглицерин 1 таб. при приступе стенокардии. Результаты обследования показали: гипертриглицеридемию; снижение фракции выброса ЛЖ до 41%; во время холтеровского мониторирования на фоне синусового ритма регистрировались одиночные полиморфные желудочковые экстрасистолы (<10/ч). По данным КРМ во время ночного сна зарегистрирован 51 эпизод апноэ, из них обструктивного типа 55%, центрального – 45%, ИДР 7/ч. Базовый уровень сатурации O_2 94,5%, минимальный – 90,2%, средний уровень O_2 в эпизодах десатурации 90,2%. На фоне медикаментозной терапии больному проводилась неинвазивная вентиляция положительным давлением воздуха на протяжении 36ч 15 мин (5 ночей), терапевтическое давление находилось в пределах от 3,9 до 7,5 гПа (среднее 7,0 гПа). Значения ИДР колебались в пределах 1/ч, при этом эпизоды апноэ обструктивного типа составляли максимально до 0,2/ч; центрального – до 1,6/ч. На фоне проводимого лечения пациент отметил «прилив сил», появилось чувство бодрости, повысилась толерантность к физической нагрузке.

Выводы. В данной работе представлены результаты краткосрочной терапии нарушений регуляции дыхания во сне у трёх пациентов с высоким риском внезапной смерти. Во всех случаях средне-терапевтический уровень лечебного давления был невысоким: 5,1 гПа, 6,9 гПа и 7,0 гПа. Возможности использования различных режимов неинвазивной вентиляции положительным давлением воздуха у этой категории больных продолжают активно изучаться. Имеются определённые ограничения к широкому применению данного вида лечения, одним из которых является высокая стоимость аппаратов.

008. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ПОТОКОВЫХ СВОЙСТВ КРОВИ.

Н.С.Сидельникова, А.С.Петроченко, А.Д.Павлов, В.В.Якусевич, В.И.Балашин.

ФКУЗ МСЧ МВД России по Ярославской области.

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – комплекс метаболических нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний, патогенетически взаимосвязанных через инсулинорезистентность (ИР), включающих нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), сахарный диабет (СД), артериальную гипертензию (АГ), сочетающихся с абдоминальным ожирением и атерогенной дислипидемией (повышение триглицеридов – ТГ, липопротеидов низкой плотности – ЛПНП, снижение липопротеидов высокой плотности – ЛПВП). Такое сочетание нарушений встречается часто и существенно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

Распространенность метаболического синдрома по всему миру продолжает расти, достигая размеров эпидемии (примерно 25 % в США и несколько меньшая доля в Европе). Одной из основных причин такого роста служит все большая распространенность ожирения, которое вносит немалый вклад в развитии сахарного диабета. Сахарный диабет, в свою очередь, может привести к развитию инфаркта миокарда, инсульта, почечной недостаточности и т.д. Прогрессирование любого заболевания сопровождается функционально-структурными изменениями тех или иных форменных элементов крови. Особый интерес вызывают изменения реологических свойств крови, к которым относятся изменения функционального состояния форменных элементов крови (подвижности, деформируемости, агрегационной активности), а также вязкости крови. Также немаловажный интерес представляют собой изменения параметров микроциркуляции, влекущие за собой дефицит кровенаполнения тканей и изменения в сосудистой стенке. В настоящее время вопрос о данных изменениях изучен не достаточно и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель исследования: Изучение особенностей параметров периферической микроциркуляции и реологических свойств крови у пациентов при метаболическом синдроме.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 37 пациентов с метаболическим синдромом. Больные обследованы по единому протоколу, включавшему анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Контрольную группу составили здоровые лица в количестве 52 человека.

Реологические показатели включали в себя: вязкость крови, плазмы, стандартной 40% суспензии эритроцитов при различных скоростях сдвига, гематокрит, степень агрегации и деформируемость эритроцитов.

Методом лазерной доплеровской флоуметрии определяли состояние микроциркуляции на аппарате ЛАКК-02 исполнение 4 (НПП «Лазма», Москва). Световодный зонд устанавливали в зоне Захарьина-Геда для сердца на предплечье. ЛДФ-граммы