

подготовлено 1228 врачей, из них 585 на циклах ПП. В рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» в 2006-2009 гг. подготовлено 809 врачей общей практики (из них 506 на выездных 6-месячных циклах ПП).

Таким образом, одним из путей решения проблемы массовой подготовки врачей общей практики в период реформирования амбулаторно-поликлинической помощи является проведение выездных циклов профессиональной переподготовки. Благодаря внедрению выездной формы обучения удалось значительно ускорить подготовку кадров врачей общей практики в Республике Татарстан.

061. НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С СИСТЕМНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ И ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Гайдукова И.З.¹, Ребров А.П.²
 ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»¹
 ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Росздрава», г. Саратов²

Актуальность. Повышенная кардиоваскулярная заболеваемость и летальность среди больных псориазическим артритом (ПсА) по сравнению с общей популяцией может быть обусловлена как влиянием системного воспаления на раннее развитие атеросклеротического процесса, так и «накоплением» классических факторов сердечно-сосудистого риска. Известно, что хронический воспалительный процесс влияет на автономную регуляцию деятельности сердца, снижая вариабельность сердечного ритма (ВСР). Изменение вариабельности сердечного ритма расценивается как независимый фактор, влияющий на неблагоприятный прогноз сердечно – сосудистых заболеваний.

Цель - выявить нарушения вегетативной регуляции сердечной деятельности у больных ПсА и возможную взаимосвязь с активностью системного воспаления и традиционными факторами сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. Обследованы 32 больных ПсА без кардиоваскулярной патологии (средний возраст 44,6 ± 11,6 года (M±SD), 52,3% обследованных составляли мужчины, средняя длительность заболевания - 10,3 ± 10,2 лет. Группу контроля составили 25 здоровых добровольца (средний возраст 40,3 ± 11,8 лет, мужчины составляли 49,1% обследованных). Анализировали временные и спектральные области ВСР. Активность ПсА определяли с помощью индекса DAS, модифицированного для ПсА, определения СОЭ, в/ч С-реактивного белка (в/ч СРБ), фибриногена. Учитывали факторы кардиоваскулярного риска: общий холестерин (ОХ), липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП и ЛПНП), триглицериды (ТГ) сыворотки крови, артериальную гипертензию, индекс массы тела, семейный анамнез сердечно - сосудистых заболеваний. Критериями исключения из исследования являлось наличие артериальной гипертензии 3 стадии, сопутствующих заболеваний в стадии обострения,

хронической почечной недостаточности 2-3 степени, печеночной недостаточности, сахарного диабета, инфаркта миокарда, инфаркта мозга в анамнезе. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программ «Microsoft Excel», а также ППП «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США). Для описания нормального распределения количественных признаков использовали среднее значение признака и среднее квадратичное отклонение (M±SD); для описания распределения признаков, отличающегося от нормального распределения, указывались медиана, верхний и нижний квартили Me [Q₂₅;Q₇₅]. Для сравнения двух групп с нормальным распределением количественного признака определяли t-критерий Стьюдента, при отклонении распределения от нормального использовали метод Мана-Уитни. Корреляцию двух нормально распределенных количественных признаков изучали с помощью метода Пирсона (z Пирсона), при отклонении распределения от нормального, а также при анализе ассоциации качественных признаков использовали метод Спирмена (r Спирмена).

Результаты. Выявлено уменьшение всех показателей ВСР у больных ПсА в сравнении с показателями ВСР у лиц контроля: АМо 30,72±13,65 и 24,34±9,25, IN 76,82 [23,08; 96,81] и 30,46 [20,82;60,61], NN50 9,00[4;61] и 47,00[12;98], pNn50 2 [1;18] и 13 [3;28], TP 1292[688;1648] и 2014 [1222; 2560], HF 179 [70;461] и 422 [230;689], LF 392 [215;558] и 545 [201;1065], VLF 621,62±74,61 и 940±895,08, LF/HF 2,794±2,179 и 1,62±1,03, p< 0,01. При анализе взаимосвязи показателей ВСР с показателями активности ПсА выявлена значимая обратная взаимосвязь между АМо и СОЭ, СРБ, фибриногеном (r =-0,38; r =-0,21; r=-0,35; p<0,01, соответственно), а также между SDNN с СОЭ и СРБ (z =-0,25; z =-0,36; p<0,01), CV - с СОЭ, СРБ и фибриногеном (z =-0,32; z=-0,41; z=-0,3; p <0,001, соответственно). Имеется выраженная взаимосвязь между изменениями во временной области анализа ВСР и наличием энтезита: SDNN (r=+0,57, p<0,001), Cv (r=+0,46, p<0,001), RMSDNN (r= +0,59, p<0,005), NN50 (r=+0,36, p< 0,01), pNN50 (r=+0,39, p<0,05). Установлено наличие достоверной обратной взаимосвязи между классическими факторами сердечно-сосудистого риска (дислипидемией, возрастом, курением) - r<-0,25 (p<0,001) для каждого из факторов.

Выводы. У больных ПсА имеется нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности в виде снижения показателей ВСР и активации симпатической ее составляющей. Выявленные изменения связаны с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска и активностью системного воспаления.

062. АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛАССИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Гайдукова И.З.¹, Ребров А.П.²
 ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с ПЦ»¹, г. Саратов