

клубочковой фильтрации. Гипотензивный, антипротеинурический и нефропротекторный эффекты препарата “Эксфорж” по-видимому связаны с вазодилатацией, повышением эффективности почечного кровотока, со снижением внутривенной гипертензии.

Заключение. Препарат «Эксфорж» при лечении больных хроническим гломерулонефритом оказывает синергическое действие на артериальную гипертензию, протеинурию, скорость клубочковой фильтрации и является важным фактором, тормозящим скорость прогрессирования почечной декомпенсации.

Терапия комбинированным препаратом “Эксфорж” с фиксированной дозой (два препарата в одной таблетке) удобна для больного – простота дозирования, удобство однократного приема, меньшая вероятность появления дозозависимых побочных эффектов, увеличение приверженности пациентов к постоянному лечению (compliance).

296. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА. РОЛЬ КАРДИОЛОГА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Фокин А.А., Яковлев А.Н., Нетисанов С.В., Борсук Д.А.

ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, Челябинск, Россия

НУЗ Дорожная Клиническая Больница на станции Челябинск, ОАО «РЖД», Челябинск, Россия

Хирургические вмешательства на коронарных артериях доказали свою необходимость. В связи с тем, что количество кардиохирургических операций ежегодно увеличивается, вопросы полноценной реабилитации и адекватного медикаментозного лечения больных в послеоперационном периоде становятся все более актуальными (Cooley D., 2006; Beukema R., 2009). Ввиду постоянно растущего количества терапевтических стратегий, появления новых препаратов, возрастает роль врача, прицельно занимающегося данными аспектами. Наиболее адекватным способом решения этих задач является наблюдение и лечение пациентов страдающих ишемической болезнью сердца, прооперированных на коронарных артериях, врачом-кардиологом, постоянно работающим с данной категорией больных.

За последние 3 года в нашей клинике было выполнено 420 операций на коронарных артериях. Из них по технологии ОРСАВ выполнено 382 (91%), в условиях искусственного кровообращения – 38 (9%). В послеоперационном периоде получены следующие результаты: летальных исходов было 5 (1,2%) из которых 3 пациента исходно имели тяжелую сопутствующую патологию. Острый инфаркт миокарда развился у 4 пациентов (0,95%), нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий возникло в 42 случаях, что составило 10%. Данные результаты считаются хорошими и сопоставимы с результатами большинства преуспевающих Европейских и мировых клиник, а их

достижение является продуктом совместного труда хирургической и терапевтической служб.

В послеоперационном периоде необходима ранняя активизация пациентов, которая должна проходить под постоянным контролем опытного специалиста; ишемия миокарда требует дифференциальной диагностики от послеоперационного перикардита, развивающегося у большинства пациентов; профилактика и своевременное лечение нарушений ритма и проводимости сердца, борьба с сердечной недостаточностью, - все это требует от врача широких знаний терапевтического характера, знаний электрокардиографии, основ реабилитации.

За время нахождения пациентов в стационаре после операций на коронарных артериях возможен подбор соответствующей состоянию больного антигипертензивной, антиагрегантной и липидкорректирующей терапии, имеется возможность рассказать больному о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и о необходимости их коррекции. В совокупности с физическими аспектами реабилитации это способствует более раннему восстановлению трудоспособности пациента и возврату его к активному образу жизни, формированию у больных правильных психологических установок относительно здорового образа жизни. Все это является прерогативой врача терапевтического профиля – кардиолога.

Таким образом, мы считаем, что совместная оценка состояния больного кардиологом и кардиохирургом является разносторонней, более объективной и соответственно подразумевает под собой грамотное и обоснованное ведение больных, коррекцию патологических состояний и выбор адекватных терапевтических стратегий в послеоперационном периоде.

297. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ШУМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА НА ОСНОВЕ ТРАХЕОФОНОГРАФИИ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА.

Хаирзаманова Т.А.*, Кулаков Ю.В*., Почекутова И.А**., Крыжановский С.П.***

*Кафедра госпитальной терапии с курсом фтизиопульмонологии, ГОУ ВПО ВГМУ, Министерство здравоохранения и социального развития России, г. Владивосток,

**Тихоокеанский океанологический институт им. акад. В.И.Ильичева ДВО РАН, Россия, г. Владивосток,

***Медицинское объединение Дальневосточного отделения РАН, Россия, г. Владивосток (МО ДВО РАН).

Актуальность. Одной из важных задач современной медицины является поиск и разработка новых неинвазивных экономически доступных подходов к диагностике нарушений бронхиальной проходимости в амбулаторно-поликлинических условиях, которые позволят повысить эффективность выявления обструктивных заболеваний легких на ранних стадиях. Одним из таких методов является акустическая трахеофонография форсированного выдоха, однако существует неоднозначная трактовка акустических параметров форсированного выдоха в зависимости от пола (Коренбаум В.И., Почекутова И.А., 2008).