

доспособного возраста вследствие поражения опорно-двигательного аппарата побудила экспертов ВОЗ объявить 2000—2010 гг. начавшегося столетия Декадой костно-суставных болезней. В рамках этой Декады приоритетными объявлены исследования и разработки в области следующих пяти направлений: болезни суставов, остеоартроз, боли в спине, в частности Low back pain — боль в нижней части спины, тяжелые травмы конечностей, детские мышечно-скелетные нарушения.

С 2002 г. в Иванове на базе «МУЗ 2-я ГКБ» организован и работает городской центр остеопороза, в терапевтическом отделении развернута палата для пациентов города с хроническим болевым синдромом. В условиях стационара диагноз остеопороза верифицируется, уточняется его этиология, проводится дифференциальный диагноз, составляется индивидуальная программа лечения и реабилитации при этой сложной и социально значимой патологии. На базе терапевтического отделения больницы пациенты с сочетанной суставной патологией проходят учебу в «Школе для больных с хроническим болевым синдромом». Приобретенные знания в этой школе помогают лечению данной патологии, информируют больных о сути заболевания, механизмах развития, прогрессирования болезни, способах избежать их, способствуют формированию комплайенса с лечащим врачом.

Школа для больных с болевым синдромом на фоне костно-суставной патологии включает следующие рекомендации: «ограничение движений, связанных с нагрузкой на сустав», «фиксированные позы, уменьшающие приток крови к больным суставам», «оптимальные стереотипы движений с использованием в помощь трости, ортопедической коррекции», «контроль своей двигательной активности в зависимости от болевого синдрома: «движение не через боль», «ЛФК в безболевого зоне»,

«боль — сторожевой пес здоровья», «лечение заболевания, где режим занимает важнейшее место.

За период с января 2006 по январь 2007 гг. через «Школу для больных с хроническим болевым синдромом» прошли 240 пациентов в возрасте 69—81 лет (средний возраст 75 ± 5 лет) с сочетанием остеоартроза с первичным остеопорозом, находившихся на лечении в терапевтическом отделении МУЗ «2-я ГКБ». Обучение проводилось всем пациентам, страдающим данной патологией, по группам с различным числом участников. Вся программа обучения была рассчитана на 5 занятий по 2 академических часа. Занятия проводились еженедельно с одним преподавателем (врачом-терапевтом первой категории). Исходные знания оценивали по анкете, которая включала знания о проявлениях и осложнениях заболевания, о факторах риска остеопороза, лечении (медикаментозных и немедикаментозных методах). Все больные вели унифицированные дневники самоконтроля. По окончании цикла пациенты заполняли анкету, характеризующую их активность, удовлетворенность качеством лечения.

Для больных с сочетанием остеоартроза с первичным остеопорозом и болевым синдромом, характерен высокий уровень распространенности факторов риска, сочетающийся с недостаточной информированностью по вопросам профилактики заболевания, низкой медицинской активностью. Наиболее эффективным методом повышения роли пациентов в охране собственного здоровья оказались занятия в «Школе для больных с хроническим болевым синдромом», подтвержденные улучшением их информированности по вопросам профилактики заболевания, медицинской активности и формированием приверженности к лечению, проводимые в группах по 6—7 человек.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТРЕХЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ

Селезнев С.В., Якушин С.С., Петров В.С.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

Болезни системы кровообращения занимают ведущее место в структуре и заболеваемости и смертности населения. Сердечная недостаточность и ишемическая болезнь сердца (ИБС) — не только «основной диагноз» столетия, но и одна из наиболее актуальных социально-медицинских проблем современности.

В 40—70% случаев основной причиной сердечной недостаточности является ИБС. Для больных с множественным поражением коронарных артерий, увеличенными полостями сердца, клиническими симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) был предложен термин «ишемическая кардиомиопатия» (ИКМП) (Burch et al., 1970). Проблема данной нозологии обсуждалась и в докладе ВОЗ (1980), где под ИКМП понималась кардиомегалия при ИБС с нарушенной сократи-

тельной функцией, не объяснимой степенью ИБС или ишемическим повреждением. Более современное определение ИКМП принадлежит G.M. Felker et al. (2002), которые данное заболевание верифицируют у пациентов, имеющих инфаркт миокарда в анамнезе, и/или доказательство гипертрофирующего миокарда и/или, при проведении ангиографии, тяжелую коронарную болезнь. Обязательно наличие сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ) < 35—40%).

Больные с ИКМП составляют 5—8% от общего числа пациентов с ИБС, 40—50% от общего числа включенных в лист ожидания на трансплантацию сердца (Iskandrian A. et al., 1992), 11% от всех кардиомиопатий.

Практически у каждого автора, изучающего проблему ИКМП, имеются свои представления о степени кардиомегалии и выраженности систолической дисфункции при данном заболевании. Существуют 2 группы эхокардиографических критериев диагноза ИКМП: учитывается только снижение сократимости левого желудочка (ФВ по Симпсону $< 35\%$). Данной позиции придерживается большинство авторов; помимо снижения ФВ левого желудочка учитывается степень дилатации камер сердца: конечный систолический размер левого желудочка — более 7,0 см, индекс конечного систолического объема левого желудочка — более 100 мл/м^2 (Yamaguchi et al.); ФВ левого желудочка — менее 35% , индекс конечного диастолического объема — более 110 мл/м^2 , индекс площади митрального отверстия — более 22 мм/м^2 . В некоторых источниках указано, что для ИКМП обязательно отсутствие аневризм левого желудочка, а также наличие бивентрикулярной дилатации, но данных положений придерживаются не все авторы. Таким образом, на настоящий момент нет общего соглашения относительно эхокардиографических критериев ИКМП. Трехлетняя выживаемость при данном заболевании во многом зависит от жесткости критериев диагноза и колеблется, по данным разных авторов, от 4—6% до 25—35%.

Цель исследования — изучение трехлетней выживаемости больных ИКМП.

Для оценки трехлетней выживаемости под нашим наблюдением находилось 40 больных ИКМП. Их состояние анализировалось дважды: за исходные данные принимался статус на 2003 г., через трехлетний интервал оценивалась выживаемость/летальность — ретроспективная часть. Для оценки клинико-инструментальных особенностей мы наблюдали 30 пациентов ИКМП — проспективная часть.

При наблюдении за 40 пациентами (36 мужчин и 4 женщины, средний возраст — $60,7 \pm 7,6$ года)

трехлетняя выживаемость составила 35,7%. Сопоставляя полученные результаты с данными литературы, согласно которой показатели трехлетней выживаемости колеблются от 5 до 35%, можно оценить наши показатели как наиболее благоприятный прогноз при ИКМП.

При анализе клинических особенностей у 30 пациентов (28 мужчин, 2 женщины, средний возраст — $59,3 \pm 1,6$ лет), отмечено, что такой важнейший симптом левожелудочковой ХСН, как одышка, встречался не у всех пациентов (80%), в то же время практически у половины наших больных (43,3%) имела место одышка в покое. 80% пациентов страдали стенокардией. Постинфарктный кардиосклероз выявлялся у 73,3% больных. Более чем у половины наших пациентов (73,3%) определялись признаки бивентрикулярной сердечной недостаточности (гепатомегалия). При анализе ЭКГ у 16,7% больных была выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса. На УЗИ сердца выявлено: левое предсердие — $5,07 \pm 0,14$ см, конечный диастолический размер левого желудочка — $6,95 \pm 0,12$ см, конечный систолический размер левого желудочка — $5,69 \pm 0,12$ см, переднезадний размер правого желудочка — $3,33 \pm 0,11$ см. ФВ левого желудочка (по Тейхольцу) — $36,44 \pm 1,76\%$. Таким образом, имела место бивентрикулярная дилатация со снижением систолической функции левого желудочка. Оценка степени тяжести ХСН показала: подавляющее большинство наших пациентов относится к IIA— IIB стадиям (80%), II-III ФК (78,8%).

Таким образом, согласно нашим данным, ИКМП — заболевание с очень неблагоприятным прогнозом: при трехлетнем наблюдении отмечена летальность 2/3 больных. Выявлено отсутствие параллелизма между данными субъективного и объективного исследований: у 20% больных отсутствовал важнейший симптом левожелудочковой недостаточности — одышка.

БЕЗОПАСНОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Солнышков С.К.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Несмотря на то что стресс-эхокардиографические (стресс-эхоКГ) исследования с добутамином признаны относительно безопасными ведущими кардиологическими организациями (Antman E.M. et al., 2004; Fox K. et al., 2006), в отечественной литературе имеются лишь единичные публикации, посвященные специальному анализу осложнений этой пробы (Персиянов-Дубров И.В. и соавт., 2003). Неосведомленность врачей в данном вопросе и их опасения относительно упоминаемых в литературе частых побочных реакций во время проведения стресс-эхоКГ препятствуют более широкому внедрению этого информативного неинвазивного метода исследования в общеклиническую практику.

Нами проведен анализ осложнений и нежелательных побочных реакций, возникающих во время

проведения стресс-эхоКГ с добутамином для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС), стратификации риска больных с установленной ИБС и выявления жизнеспособного миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) или постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Основными показаниями к нагрузочному тесту для диагностики ИБС была неспособность пациента выполнять физическую нагрузку и/или ее неинформативность. У больных с установленной ИБС проба выполнялась, кроме того, для определения тактики их дальнейшего ведения. Во всех случаях перед стресс-эхоКГ за 48 часов отменялись β -адреноблокаторы, а в день ее проведения — другие антиангинальные препараты и диуретики. Проба выполнялась по общепризнанному протоколу ступенеобразно, начиная с дозы 5