

пертонии (стенокардия напряжения – у 8, инфаркт миокарда – у 2, ишемический инсульт – у 2).

В итоге улучшение самочувствия достигнуто в 47,4% случаев, состояние без перемен было в 43,7%, ухудшение самочувствия – в 8,9%, в том числе 3 человека получили III группу инвалидности.

Установлено, что рекомендации по первичной профилактике артериальной гипертензии в 2009 г.

выполняли только 23,7% наблюдаемых. При этом отказались от курения 6 (6,3%) человек, соблюдали рекомендованную диетотерапию – 29 (21,5%), увеличил физическую активность – 41 (30,4%).

За год наблюдения целевой уровень общего холестерина был достигнут в 37,4% случаев, АД – в 42,2%. Осложнения артериальной гипертензии у данной категории лиц не зарегистрированы.

## ФАКТОРЫ РИСКА АНГИОПАТИЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Романенко И.А., доктор медицинских наук,  
Полятыкина Т.С., доктор медицинских наук,  
Будникова Н.В.\*, кандидат медицинских наук,  
Белова Г.В.

Кафедра поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

\* Ответственный за переписку: тел.: 8-902-317-70-14

Метаболический синдром (МС) – комплекс взаимосвязанных клинико-биохимических нарушений (различные нарушения углеводного обмена (НУО), артериальная гипертензия, дислипидемия, ожирение), являющийся важной клинической и социальной проблемой современной медицины, так как каждая из его составляющих представляется угрозой здоровью и жизни значительной части населения. Вопрос о пусковых механизмах и сроках развития сосудистых осложнений у больных МС на сегодняшний день остается открытым.

Целью нашего исследования стал анализ факторов риска сосудистых осложнений (ангиопатий) у пациентов с МС на разных стадиях НУО.

Обследовано 178 пациентов с клиническими и доклиническими (лабораторными) признаками НУО. Диагностика сахарного диабета 2 типа (СД 2) и других НУО осуществлялась в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Пациенты были разделены на группы: первая группа – больные СД 2 со стажем заболевания  $6,7 \pm 1,1$  года (34 человека, средний возраст –  $55,9 \pm 1,7$  года), вторая – лица с впервые диагностированным СД 2 (92 человека, средний возраст –  $53,3 \pm 0,9$  года), третья – пациенты с доклиническими НУО, включающими нарушение гликемии натощак, толерантности к глюкозе (52 человека, средний возраст –  $48,1 \pm 1,6$  года). Контрольная (четвертая) группа состояла из 41 практически здорового донора крови (средний возраст –  $43,2 \pm 1,6$  года).

Проведенные лабораторные исследования включали: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови (уровень общего холестерина, триглицеридов,  $\beta$ -липопротеидов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), креатинина, мочевины,  $K^+$ ,  $Ca^{+}$ ,  $Na^{+}$ ); определение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови натощак и после еды или нагрузки глюкозой в цельной капиллярной крови; концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

В соответствии с «Алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2006) оценивались средние показатели факторов риска развития сосудистых осложнений (уровень гликозилированного гемоглобина, гликемии натощак и после еды, общего холестерина, холестерина ЛПНП и ЛПВП, триглицеридов,

после еды (73,5%), а также уровень артериального давления (76,5%).

Пациенты с впервые выявленным СД 2 имели низкий риск возникновения патологии сосудов по уровню триглицеридов (54,0%) и HbA1c (41,3%). Высокому риску развития ангиопатий соответствовали показатели гликемии натощак (96,7%) и после еды (84,8%), уровень артериального давления (68,5%).

Обследованные с доклиническими формами НУО, так же как и при СД 2, по некоторым показателям имели высокий риск осложнений. Однако выявлены и различия. Если при СД 2 высокий риск наблюдался по показателям артериального давления и уровню гликемии, то при НУО – по уровню артериального давления (67,3%) и концентрации общего холестерина (43,3%).

При проведении корреляционного анализа была установлена взаимосвязь между нарушениями углеводного, липидного обмена и уровнем артериального давления не только при СД 2, но и при доклинических НУО.

Таким образом, значения лабораторных показателей, свидетельствующие о высоком и умеренном риске ангиопатий, имели место уже на доклинической стадии НУО. Уровень артериального давления соответствовал высокому риску развития ангиопатий у обследованных всех трех групп. Полученные данные позволяют говорить о необходимости проведения профилактических мероприятий по предупреждению сосудистых осложнений у лиц с МС при выявлении артериальной гипертензии и дислипидемии, ещё до развития у них СД 2.

## МЕДИЦИНСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Смирнова О.Р.\*,  
Рачкова С.А.,  
Романчук С.В., кандидат медицинских наук

ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, г. Иваново, Ф. Энгельса, 22

\* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-57-11

Цель исследования – оценка эффективности проведения кардиоверсии (КВ) у пациентов с мерцательной аритмией.

17 пациентов (12 мужчин (70,6%) и 5 женщин (29,4%)) в возрасте от 15 до 70 лет (в 70,5% случаев – работающие) находились под наблюдением с момента первого обращения в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново с диагнозом мерцательной аритмии и в течение шести месяцев после проведения КВ. Срок от момента первого обращения пациента до проведения КВ в среднем составил 49 дней. В 53% случаев была проведена электрическая кардиоверсия, в 23,5% – чреспищеводная электрокардиостимуляция. Зафиксирован один отказ от проведения КВ (5,9%).

Первым промежуточным оценочным этапом являлся анализ эффективности КВ непосредственно в момент её проведения. Восстановление синусового ритма зарегистрировано у 12 из 16 (75%) пациентов. Неэффективность КВ отмечена у 4 (25%). Осложнений КВ зарегистрировано

не было. Средняя доза варфарина составила 1,8 таблетки в сутки.

Вторым промежуточным оценочным этапом эффективности КВ являлся анализ длительности удержания синусового ритма. В течение 6 месяцев синусовый ритм сохранялся у 9 (75%) из 12 пациентов. Возобновление аритмии отмечено у 3 (25%) человек: в течение первых суток, в течение недели и через два месяца. 9 пациентов, у которых к концу наблюдения сохранялся синусовый ритм, имели площадь левого предсердия от 22 до 25 см<sup>2</sup>. У больных с неэффективностью КВ и срывами синусового ритма площадь левого предсердия составила от 25 до 28,1 см<sup>2</sup>.

В данном исследовании проводился также анализ экспертизы нетрудоспособности. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности (в 80% случаев – до 30 дней) составила 24,3 дня.

Таким образом, медицинская, медико-социальная эффективность КВ у пациентов с мерцательной аритмией оказалась достаточно высокой.