

PSYCHO-PHYSIOLOGICAL CONDITIONS WITH PREDISPOSITION TO CARDIO-VASCULAR DISEASES

Kuban State medical university, Krasnodar

Д.А. Суетина, Л.Н. Порубайко, Н.В. Зайцева

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Методом непрерывной 10-секундной пульсометрии исследованы 80 практически здоровых студентов 6 курса КГМУ в возрасте 22-24 лет. Частота пульса (ЧП) при этом рассматривалась как интегральный параметр, степень организации которого объективно характеризует качество автоматического регулирования, психофизиологической устойчивости организма.

Анализ полученных результатов выявил три типа состояний: I — низкая колеблемость ЧП, малый разброс значений (1-2), эксцессивный (пикообразный) тип вариационной кривой (ВК); II — средняя колеблемость ЧП, средний разброс значений (3-5), гармоничный тип ВК; III — высокая колеблемость ЧП, большой разброс ее значений (≥ 6), многомодовый тип ВК. Состояния, повторяющиеся в динамике, объективно характеризовали индивидуальные особенности исследуемых.

Психолого-педагогические наблюдения подтвердили, что студенты I типа (6%) напряжены, замкнуты, чувствительны к помехам, работоспособны в течение ограниченного времени. Студенты II типа (74%) — уравновешенны, общительны, работоспособны. Представители III типа (20%) — неорганизованны, импульсивны, непродуктивны. У студентов I и III групп выявлены психофизиологические состояния явно преморбидного характера, что в процессе будущей врачебной деятельности может привести к сердечно-сосудистым заболеваниям типа ИБС, гипертонической болезни, аритмии. Такие студенты получают рекомендации по здоровому образу жизни, лечебной гимнастике, по приемам мышечной релаксации, самомассажа, аутогенной тренировки. Уделяется большое внимание их медицинской профориентации.



I.V. Tishina, V.M. Loifman, I.F. Bukatova, V.E. Golovin, Z.V. Kalagina

CARDIAC GATING THERAPY

Khabarovsk Krai Teaching Hospital №1, State Institution of Public Health, Khabarovsk

И.В. Тишина, В.М. Лойфман, И.Ф. Букатова, В.Е. Головин, З.В. Калагина

К ВОПРОСУ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Краевая клиническая больница №1, г. Хабаровск

Сердечную ресинхронизирующую терапию в настоящее время следует рассматривать как дополнительное лечебное средство при прогрессирующей сердечной недостаточности и диссинхронии левого желудочка, подтвержденной данными ЭХО-КГ, в дополнение к медикаментозному лечению.

Критериями отбора больных для кардиоресинхронизирующей терапии являлись: 1) хроническая

сердечная недостаточность (III-IV ФК по NYHA); 2) декомпенсация или непереносимость стандартной медикаментозной терапии (ингибиторы АПФ, диуретики, β -блокаторы, дигиталис); 3) систолическая дисфункция ЛЖ: ФВ ЛЖ $< 35\%$, КДР ЛЖ > 60 мм; 4) желудочковая асинхрония: QRS > 130 мс; QRS < 130 мс, то ЭХО-КГ-критерии (наличие любых 2 из 3).

Эхокардиографические критерии сердечной асинхронии: 1) время пресистолической аортальной задержки (интервал от начала QRS до волны выброса в аорту) > 140 мс; 2) межжелудочковая задержка более 40 мс; 3) поздняя активация задней стенки левого желудочка. Дополнительные критерии (не обязательные, но желательные): 1) синусовый ритм; 2) митральная регургитация эксцентричным потоком II-III ст.; 3) незначительная дилатация фиброзного кольца мит-

рального клапана; 4) легочная гипертензия не более 50 мм рт.ст. Противопоказания: септические состояния; онкологические заболевания IV стадии; тяжелые психические заболевания; острые инфекции; терминальная печеночно-почечная недостаточность. В силу недоступности пересадки сердца в нашей стране сердечная ресинхронизирующая терапия — это единственная надежда на продление жизни и улучшение ее качества у больных с выраженной ХСН.



I.V. Tishina, V.M. Loifman, N.N. Glonina

PREVENTION OF ANTHRACYCLINE CARDIOMYOPATHY

Khabarovsk Krai Teaching Hospital №1, Khabarovsk

И.В. Тишина, В.М. Лойфман, Н.Н. Глони́на

К ПРОФИЛАКТИКЕ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Краевая клиническая больница №1, г. Хабаровск

Кардиотоксический эффект антрациклинов (доксорубицин, даунорубицин, митоксантрон, идарубицин) в виде антрациклиновой кардиомиопатии (АК) и сердечной недостаточности (СН) в настоящее время не вызывает сомнений. У больных острым лейкозом, вследствие непродолжительного срока их жизни, развитие АК раньше редко устанавливалось. На фоне увеличения продолжительности жизни у 80% больных через несколько недель или месяцев после достижения полной ремиссии опухоли развивается и прогрессирует СН.

Важным фактором в развитии АК является доза. При кумулятивной дозе > 400 мг/м² СН регистрируется у 3% больных, > 500 мг/м² — в 7%, и > 700 мг/м² — в 18% случаев. Общая критическая доза доксорубицина, способная вызвать СН, может быть гораздо ниже общепринятой 550 мг/м², а именно < 300 мг/м². Контроль дозы антрациклинов и фракции выброса

левого желудочка является средством профилактики развития АК. Препараты отменяют при снижении фракции выброса левого желудочка на 10% или при снижении менее 50%. Применение пролонгированной инфузии антрациклинов и лекарственных форм в липосомных капсулах уменьшает риск кардиотоксического эффекта. Лечение АК проводят антиоксидантами, сердечными гликозидами, антагонистами кальция, β-блокаторами. Новым кардиопротектором является кардиаксан, снижающий образование комплексов доксорубицин — железо и свободных радикалов железа. Вводится одновременно с введением антрациклинов. Прогноз АК неблагоприятный, лечение сходно с таковым при СН. Пациенты, получающие антрациклины, должны периодически проходить ЭХО-КГ. Ранниестораживающие признаки следует считать основанием для прекращения такой химиотерапии.

