

МАТЕРИАЛЫ

Региональной научно-практической конференции, посвященной 25-летию кардиологического диспансера, «Научные достижения – в практику» (4-5 декабря 2008 г.)

Аминова Н.М., Атаев М.Г.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Нами проведена фармакоэпидемиологическая оценка терапии 42 пациентов терапевтического отделения с целью выяснения степени влияния количества назначаемых препаратов на исход терапии ишемической болезни сердца (ИБС) и хронического заболевания печени (ХЗП). Критериями включения в исследование были наличие ИБС и/или ХЗП. Все больные были распределены по диагнозу на 3 группы: группа 1 – 10 пациентов (средний возраст 65 ± 3 года), которые лечились по поводу ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда) на фоне ХЗП (цирроз, хронический гепатит или стеатоз), группа 2 – 24 пациента (средний возраст 60 ± 3 года) с ИБС без ХЗП и группа 3 – 8 больных (средний возраст 47 ± 4 года) с ХЗП без ИБС.

Фармакоэпидемиологический анализ назначений исследуемым больным продемонстрировал распространенность в группах полипрагмазии (одновременное назначение более 4 препаратов) и широту спектра лекарственных препаратов. Так, в группах 1 и 2 полифармакотерапия наблюдалась при лечении всех больных, а в группе 3 – 75% пациентов. В среднем больные получали $7,5 \pm 1,3$, $8,3 \pm 2,5$ и $8,5 \pm 4,6$ препаратов одновременно соответственно в группах 1, 2 и 3.

У 70% больных группы 1, 71% больных группы 2 и 50% больных группы 3 в ходе лечения в стационаре не было выявлено улучшения клинической, лабораторной и инструментальной картины заболеваний печени и сердца, то есть фармакотерапия была неэффективной. Двое больных из группы 1 умерли от пищеводного кровотечения. У 2 больных из группы 3 отмечалось ухудшение самочувствия в виде нарастания общей слабости, появления бессонницы, усиления диспепсических проявлений.

Таблица

Группы лекарственных препаратов, использованных в лечении больных

Лекарственные средства	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Бета-адреноблокаторы	5 (50)	14 (58)*	2 (25)
Ингибиторы ангиотензинконвертазы	6 (60)	20 (83)*	3 (38)
Кардиопротекторы	3 (30)*	8 (33)*	0
Гепатопротекторы	2 (20)*	2 (8,3)*	4 (50)
Витамины	7 (70)*	8 (33)	3 (38)
Ноотропы	2 (20)	17 (71)*	1 (13)

Примечание. * – $P < 0,05$ по отношению к группе 3.

Таким образом, полипрагмазия при заболеваниях печени и сердца вызвана назначением препаратов с сомнительной эффективностью: кардиопротекторов, гепатопротекторов, нейропротекторов, витаминов. С другой стороны, назначается много токсичных препаратов для сердца, печени, головного мозга и других органов, что значительно снижает пользу от терапии и нередко приводит к летальному исходу.

Атаев М.-Р.Г., Аминова Н.М., Алхазова Р.Г.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ СИНТРОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Дагестанская государственная медицинская академия МЗ РФ, Махачкала

Нами подвергнуты изучению развернутые клинические диагнозы 84 больных гастроэнтерологического отделения. С целью сравнительного анализа частоты выявления сердечно-сосудистых сопутствующих заболеваний больные, включенные в исследование, по нозологии были распределены на 3 группы: группа 1 – 18 больных циррозом печени (средний возраст 55 ± 11 года), группа 2 – 35 больных хроническим гепатитом (средний возраст 51 ± 12 года), группа 3 – 11 больных жировым гепатозом (средний возраст 65 ± 10). Контрольную группу составили 20 больных без заболеваний печени (средний возраст 52 ± 18 лет), но страдающих гастритом и/или дуоденитом. Следовательно, по возрасту все группы были репрезентативны. В группе 2 мужчин было в 2 раза больше, чем женщин, тогда как в других группах преобладали женщины.

Поражение головного мозга было представлено в трех основных группах как печеночной энцефалопатией, так и дисциркуляторной энцефалопатией, вызванной вертебробазилярной или каротидной недостаточностью.

Артериальная гипертензия (артериальное давление $>140/85$ мм рт. ст.) меньше всего наблюдалась на фоне цирроза печени. Ишемическая болезнь сердца (эпизоды депрессии сегмента ST на электрокардиограмме) достоверно чаще определялась у больных группы 3, что коррелировало с частотой ожирения.

Нарушения проводимости сердца в виде атриовентрикулярной или внутрижелудочковой блокады имели место у половины больных группы 1, что оказалось достоверно чаще, чем в других группах больных. Нарушения ритма сердца (частая и/или политопная экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия), выявляемые при холтеровском мониторировании электрокардиограммы, отмечались с частотой 18-30% без значимого отличия между группами больных.

Наряду с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией среди наиболее частых синтропий значилась сердечная недостаточность, которая у 34-61% больных проявлялась в виде декомпенсации правого и/или левого желудочка. Причиной возникновения сердечной недостаточности кроме указанных заболеваний могли быть заболевания миокарда в виде миокардита, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, которые встречались у 11-28% больных.

Итак, больные хроническими заболеваниями печени более подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы, среди которых преобладают нарушения проводимости сердца и венозная недостаточность.

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Семке Г.В.

ТРЕВОЖНО-ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Невротические расстройства, особенно тревожно-депрессивного и фобического круга, являются независимыми факторами риска, развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Особый интерес представляет проблема исследования психологических особенностей лиц (в частности аффективных и невротических), страдающих артериальной гипертензией, с постоянно высоким уровнем артериального давления, не снижающимся в ночное время суток (non-dipper), поскольку в формировании данного механизма можно предположить участие психологических и психопатологических особенностей.

Цель исследования: изучение особенностей суточного профиля АД у пациентов гипертонической болезнью с тревожно-личностными расстройствами.

Методы исследования. В исследование вошли 50 пациентов

(22 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст $48,4 \pm 6,2$ лет), страдающих эссенциальной гипертензией 1-й-3-й степени тяжести с исключением тяжелой сопутствующей патологии. Всем больным было проведено общеклиническое обследование, нейропсихологическое тестирование с использованием опросника Менделевича, шкалы тревоги Спилберга, суточное мониторирование АД.

Результаты. У всех обследуемых пациентов были выявлены признаки выраженной личностной тревожности (ЛТ). У 8 (17%) была выявлена низкая реактивная тревожность (РТ), у 31 (60%) – умеренная РТ, у 11 (22%) – выраженная РТ. По опроснику Менделевича у 8 (17%) отмечались признаки тревоги, у 19 (40%) – депрессии, у 16 (33%) – астении, у 18 (37%) – истерии, у 16 (33%) – обсессивно-фобические симптомы, у 18 (37%) – вегетативные нарушения. Пациенты с выраженной РТ отличались от пациентов с низкой РТ достоверно более высокими показателями вариабельности ночного САД ($16,6 \pm 4,74$ и $11,42 \pm 4,79$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,043$) и ДАД ($11,5 \pm 3,72$ и $7,7 \pm 2,69$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,036$). Пациенты с выраженной РТ отличались от пациентов с умеренной РТ повышенным уровнем вариабельности ночного САД ($16,6 \pm 4,74$ и $12,69 \pm 3,64$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,010$) и ДАД ($11,5 \pm 3,72$ и $9,4 \pm 2,48$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,067$). У пациентов с умеренной РТ по сравнению с низкой РТ были достоверно выше индексы времени ночного САД ($51,19 \pm 30,3$ и $25,5 \pm 22,7\%$ соответственно; $p=0,032$). У пациентов с тревожной РТ достоверно выше показатели ср. суточного САД ($153,6 \pm 12,7$ и $139,3 \pm 12,8$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,014$), ср. ночного САД ($145,5 \pm 19,6$ и $122,6 \pm 18,6$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,036$), выше индексы времени ночного САД ($87,3 \pm 12,2$ и $61 \pm 18,5$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,036$), выше вариабельность ночного САД ($11,7 \pm 2,63$ и $9,26 \pm 2,9$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,017$), ниже суточный индекс САД ($7,5 \pm 4,3$ и $13,2 \pm 7,5$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,044$). У пациентов с депрессией выше показатели ср. суточного САД ($147,5 \pm 16,6$ и $137,9 \pm 13,2$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,032$), выше ИВ ночного САД ($77,3 \pm 20,56$ и $57,6 \pm 31,3$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,019$). У пациентов с астенией выше показатели ср. ночного ДАД ($83,5 \pm 16,2$ и $71,4 \pm 8,7$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,036$), ниже СИ САД ($8,5 \pm 8,0$ и $14,1 \pm 6,3$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,011$) и ДАД ($14,4 \pm 7,1$ и $19,6 \pm 7,1$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,021$), выше ИВ ночного САД ($81,4 \pm 23,9$ и $57,4 \pm 28,2$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,005$) и ДАД ($61,4 \pm 27,0$ и $36,8 \pm 30,0$ мм рт. ст. соответственно; $p=0,008$).

Выводы. У пациентов с тревожно-личностными расстройствами отмечается нарушение суточного профиля АД, выше уровни АД и нагрузка АД в ночной период времени, снижен суточный индекс АД.

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Цапина И.А., Лукьяненко П.И. КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПО ДАННЫМ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования. Изучение особенностей когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией с признаками гипертензивной энцефалопатии.

Методы исследования. В исследование вошли 66 пациентов (31 женщина и 35 мужчин) в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст $48,4 \pm 6,2$ лет), страдающих эссенциальной гипертензией 1-й-3-й ст. тяжести с исключением тяжелой сопутствующей патологии. Всем больным было проведено общеклиническое обследование, нейрокогнитивное тестирование по Wechsler Memory Scale (WMS), МРТ головного мозга.

Результаты. У пациентов с нарушениями внимания отмечалось увеличение линейных размеров субарахноидальных пространств (САП) ($0,38 \pm 0,08$ и $0,23 \pm 0,10$ см; $p=0,012$), увеличение размеров задних рогов боковых желудочков мозга ($1,26 \pm 0,47$ и $0,78 \pm 0,18$ см; $p=0,029$), увеличение хиазмальной цистерны ($0,585 \pm 0,146$ и $0,4 \pm 0,15$ см; $p=0,031$) и большой цистерны ($2,26 \pm 0,54$ и $1,46 \pm 0,53$ см; $p=0,013$). У пациентов с нарушениями кратковременной памяти отмечалось увеличение линейных размеров передних рогов латеральных желудочков мозга ($0,888 \pm 0,358$ и $0,550 \pm 0,22$ см; $p=0,035$), САП в париетальной области ($0,388 \pm 0,136$ и $0,162 \pm 0,106$ см; $p=0,001$), увеличение размеров квадригеминальной цистерны ($2,67 \pm 0,82$ и $1,83 \pm 0,35$ см; $p=0,017$), большой цистерны ($2,18 \pm 0,68$ и $1,3 \pm 0,35$ см; $p=0,005$), IV желудочка ($2,33 \pm 0,76$ и $1,6 \pm 0,22$ см; $p=0,019$). У пациентов с нарушением долговременной памяти отмечалось увеличение размеров хиазмальной цистерны ($0,37 \pm 0,09$ и $0,66 \pm 0,05$ см; $p=0,000$) и большой цистерны ($0,71 \pm 0,15$ и $0,43 \pm 0,15$ см; $p=0,018$). У

пациентов с нарушениями долговременной памяти были увеличены линейные размеры САП ($0,387 \pm 0,112$ и $0,133 \pm 0,057$ см; $p=0,005$).

У пациентов с нарушениями внимания достоверно чаще регистрировались признаки ЛА ($\chi^2=11,96$, $p=0,0005$). У пациентов с умеренными нарушениями внимания чаще встречался ЛА 1 степени, чем ЛА 0 ($\chi^2=42,3$, $p=0,0000$). У пациентов с выраженными нарушениями внимания также чаще встречался ЛА 1-й ст., чем ЛА 0 ($\chi^2=15,67$, $p=0,0001$). У пациентов с умеренными нарушениями внимания чаще встречался ЛА 2-й ст., чем ЛА 1-й ст. ($\chi^2=7,96$, $p=0,004$). У пациентов с выраженными нарушениями внимания также чаще наблюдался ЛА 2-й ст. ($\chi^2=5,37$, $p=0,020$). Пациенты с выраженными нарушениями психомоторной скорости отличались от пациентов с умеренными нарушениями более частой встречаемостью признаков ЛА ($\chi^2=11,64$, $p=0,0006$). У пациентов с умеренными (78%) ($\chi^2=17,01$, $p=0,0000$) и выраженными ($\chi^2=13,33$, $p=0,0003$; 75%) нарушениями кратковременной памяти по сравнению с пациентами без нарушений достоверно чаще встречался ЛА. У пациентов с умеренными (45%; $p<0,0001$) и выраженными (50%; $p<0,0001$) нарушениями кратковременной памяти достоверно чаще отмечался ЛА высоких степеней градации (ЛА 2-й-3-й ст.), чем низкой степени.

Выводы. У пациентов с изменением когнитивных функций отмечаются нарушения ликвородинамики, чаще выявляется лейкоараиоз.

Белокопытова Н.В., Фальковская А.Ю., Ефимова И.Ю., Суслова Т.Е. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель работы: изучение связи показателей суточного мониторирования АД (СМАД), эндотелиальной дисфункции (ЭД), показателей церебральной гемодинамики с изменениями церебральной микроциркуляции по результатам перфузионной скintiграфии головного мозга.

Материал и методы. Под наблюдением находился 51 пациент, средний возраст $51,7 \pm 4,6$ года. Выполнено СМАД («SpaceLabs», USA), В-сканирование сонных артерий (СА), однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) головного мозга с ^{99m}Tc -ГМПАО. ЭД оценивали по пробе с реактивной гиперемией (РГ) на плечевой артерии и уровню фактора Виллебранда (vWF) в плазме крови.

Результаты. Установлено, что гипоперфузируемые сектора (ГС) чаще обнаруживались в левом полушарии головного мозга ($\chi^2=41,55$, $p<0,001$) (межполушарная асимметрия – 31%), преимущественно в височной области (34%). На фоне АТФ-пробы отмечено увеличение количества ГС на 41% в лобной области ($\chi^2=3,32$, $p=0,068$). Выявлены обратные связи между количеством ГС в височной области мозга с суточными индексами САД и ДАД ($R=-0,454$, $p=0,025$ и $R=-0,419$, $p=0,041$ соответственно) и средней вариабельностью ДАД ($R=0,584$; $p=0,006$). Имеется зависимость увеличения числа ГС от скоростных показателей в СА и индексов сопротивления ($R=-0,550$, $p=0,011$; $R=-0,538$, $p=0,017$). Увеличение толщины интимо-медialной комплекса СА сопровождается увеличением количества ГС в лобных и височных областях ($R=0,408$, $p=0,073$; $R=0,575$, $p=0,007$). Выявлены обратные корреляции между количеством ГС в лобной доле и результатами пробы с РГ ($r=-0,448$; $p=0,047$). Повышение уровня vWF (от $145,5 \pm 10,5\%$) также сопровождается увеличением количества ГС ($R^2=0,623$, $df(7,12)$, $F=2,918$, $p=0,049$).

Выводы. Таким образом, по данным ОЭКТ у наблюдаемых пациентов, не имеющих очаговой неврологической симптоматики, имеются признаки гипоперфузии мозга. Недостаточная степень ночного снижения АД, наличие ЭД и рост vWF в крови, а также структурно-функциональное состояние магистральных артерий головы – факторы, определяющие данные изменения.

Бобровская Е.Е., Бузова Н.Н., Кон В.Е., Кутузова А.Э., Соловьева Н.В. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. акад. В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург

Цель работы: определить наличие и характер тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST (ОКС с ЭСТ).

Материал и методы. Обследовано 19 больных с ОКС с ЭСТ (12 муж., 7 жен.; средний возраст $56,1 \pm 1,2$ лет). Для оценки психического статуса больных применялись методики самооценки по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и объективная оценка депрессивных состояний по шкале Гамильтона (HDRS). Тестирование проводилось в 1-й день после купирования болевого приступа и на 30-й день с момента развития ОКС с ЭСТ.

Результаты. При первичной оценке психического статуса больных (1-й день) установлено, что тревожно-депрессивные расстройства выявляются у большей части обследованных (84% пациентов). Большой депрессивный эпизод ($17 \pm 1,2$ баллов по шкале HDRS) и клинически выраженное тревожно-депрессивное состояние ($13 \pm 1,1$ баллов по шкале HADS) определены у 5 человек (26% больных). У 58% больных изменения в психическом статусе проявлялись субклинически выраженным тревожно-депрессивным состоянием и малым депрессивным эпизодом (соответственно $10 \pm 1,3$ и $12 \pm 1,4$ баллов по шкалам HADS и HDRS). Только у 3 человек отсутствовали достоверные симптомы тревоги и депрессии.

Анализ психического статуса 10 больных, которые не получали какие-либо препараты для коррекции тревожно-депрессивных расстройств, выполненный на 30-й день ОКС с ЭСТ, позволил показать тенденцию к увеличению уровня тревоги и депрессии. Так, число больных с клинически выраженным тревожно-депрессивным состоянием и большим депрессивным эпизодом увеличилось вдвое. Частота субклинически выраженного тревожно-депрессивного состояния и малого депрессивного эпизода была устойчивой.

Выводы. Для больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST характерны тревожно-депрессивные расстройства, которые носят устойчивый характер.

Бобровская Е.Е., Бурова Н.Н., Кон В.Е., Кутузова А.Э., Соловьева Н.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ АНКСИОЛИТИКОМ
НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА «АФОБАЗОЛ»
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ
СИНДРОМ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. акад. В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург

Цель работы: оценить эффективность терапии анксиолитиком небензодиазепинового ряда «Афобазол» тревожно-депрессивных расстройств у пациентов, перенесших острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST (ОКС с ЭСТ).

Материал и методы. Обследовано 19 больных с ОКС с ЭСТ. Больные разделены на две группы: I – 9 больных (6 муж., 3 жен., средний возраст $56,1 \pm 1,2$ лет), которые наряду со стандартной терапией ОКС получали «Афобазол» по 10 мг 3 раза в день в течение 30 дней; II (контрольную) – 10 пациентов (6 муж., 4 жен., средний возраст $57,9 \pm 1,3$ лет), получавшие только стандартную терапию. По клинической характеристике, возрасту, полу группы наблюдаемых пациентов достоверно не различались. Для оценки психического статуса больных применялись методики самооценки по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и объективная оценка депрессивных состояний по шкале Гамильтона (HDRS). Тестирование проводилось в 1-й день после купирования болевого синдрома и на 30-й день с момента развития ОКС с ЭСТ.

Результаты. При анализе психического статуса больных в 1-й день ОКС с ЭСТ тревожно-депрессивные расстройства выявлены у больных обеих групп с одинаковой частотой (89% – в I и 80% – во II, $p=0,07$). Характер и выраженность этих расстройств в группах не различались. Выраженное тревожно-депрессивное состояние выявлено у 34% больных I группы и у 20% группы контроля, $p=0,06$. У 55% пациентов I группы и у 60% в группе контроля определены субклинические проявления тревожно-депрессивного синдрома и признаки малого депрессивного эпизода. Отсутствие достоверных симптомов тревоги и депрессии определено лишь у 11% больных I группы и у 20% группы контроля. На 30-е сутки при проведении тестирования установлено, что у пациентов I группы по сравнению с группой контроля значительно снизился уровень тревоги и депрессии. Так, выраженное тревожно-депрессивное состояние и большой депрессивный эпизод не регистрировался ни у одного из больных, у 45% определялись признаки субклинического тревожно-депрессивного расстройства; достоверно увеличилось число больных без признаков тревожно-депрессивных расстройств ($p=0,045$). Во II группе отмечалась тенденция к увеличению уровня тревоги и депрессии. Так, число больных с клинически выраженным тревожно-депрессивным

состоянием увеличилось вдвое, несколько уменьшилось число пациентов с субклинически выраженным тревожно-депрессивным состоянием и малым депрессивным синдромом ($p=0,36$), а отсутствие достоверных признаков тревожно-депрессивных расстройств отмечено только у одного больного.

Выводы. Использование Афобазола на фоне стандартной терапии у больных с ОКС с ЭСТ значительно снижает уровень тревожно-депрессивных расстройств.

Богданова М.Ю., Кутузова А.Э., Дидур М.Д.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова;
 Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Многочисленные современные исследования подтверждают широкую распространенность ожирения и его чрезвычайную значимость как одного из факторов риска развития артериальной гипертензии (АГ). Снижение веса пациента рассматривается в качестве возможного немедикаментозного метода нормализации артериального давления, уменьшения риска ранней инвалидизации и неблагоприятных исходов заболевания. Борьба с лишним весом невозможна без активных осознанных усилий мотивированного и дисциплинированного субъекта, что, скорее всего, будет зависеть от психологических особенностей больного с АГ и избыточной массой тела, исследование которых стало целью настоящего исследования.

Материал и методы. Обследованы 54 женщины в возрасте $45 \pm 0,9$ лет с индексом массы тела $33,8 \pm 0,8$ кг/м², окружностью талии $112 \pm 1,7$ см, страдающие АГ 2-й степени. Функциональные возможности пациенток определялись с помощью субмаксимальной нагрузочной пробы – теста с шестиминутной ходьбой. Для анализа психологических особенностей больных использовались самооценочные тесты тревожности Спилбергера и депрессии Бека. Качество жизни пациенток изучалось с помощью методики SF-36.

Полученные результаты. За 6 минут нагрузочной пробы больные в среднем преодолевали дистанцию до $580 \pm 12,5$ метров, основными жалобами на момент прекращения пробы были одышка и усталость. Устойчивой личностной особенностью исследуемых пациенток оказалась выраженная тревожность ($48 \pm 2,4$ балла), кроме того, у больных регистрировалась умеренная реактивная (ситуативная) тревожность (до $38 \pm 2,5$ балла). Уровень депрессии по шкале Бека не превышал нормальных значений ($10,8 \pm 1,8$ баллов). Оценивая качество жизни, пациентки с АГ и избыточной массой тела оказались наименее всего удовлетворены своим эмоциональным функционированием и физическими возможностями ($33,3 \pm 5$ баллов и 50 ± 6 баллов соответственно), а также динамикой своего здоровья. Таким образом, несмотря на благоприятные результаты нагрузочной пробы, негативные тревожные переживания больных снизили не только эмоциональную, но и физическую составляющую их качества жизни. По-видимому, это подтверждает значимость тревожных расстройств и их потенциальное дезадаптирующее воздействие у пациенток с АГ и избыточной массой тела, а также целесообразность дальнейшего комплексного исследования психического статуса, стереотипов поведения и защитных психологических механизмов данного контингента больных.

Выводы. Для пациенток с артериальной гипертензией и избыточной массой тела характерна умеренная ситуативная тревожность на фоне выраженной личностной тревожности, что негативно сказывается на их качестве жизни.

Вышлов Е.В., Марков В.А.
ИСПЫТАНИЕ НОВОГО ТРОМБОЛИТИКА ТРОМБОВАЗИМА
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность терапии тромбовазимином у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда в сравнении с терапией стрептокиназой.

Материал и методы. В исследование было включено 168 пациентов в возрасте до 75 лет, поступивших в первые 6 часов от начала острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Критериями исключения были общепринятые противопоказания для тромболитической терапии, кардиогенный шок и полная блокада левой ножки

пучка Гиса. Больные были рандомизированы на 2 группы. Больным 1-й группы (n=86) при поступлении в/в в течение 1 часа вводился тромбозим в ударной дозе 2000 ЕД, затем еще 2000 ЕД со скоростью 100 ЕД/час в течение суток. Больные 2-й группы (n=82) при поступлении получали тромболитическую терапию стрептокиназой (СК) 1,5 млн. ЕД в/в в течение 1 часа. Все больные получали стандартную терапию аспирином и гепарином. Косвенным признаком реперфузии служило уменьшение подъема сегмента ST на 50% и более от исходного уровня в информативных отведениях в течение 3 часов от начала введения тромболитика.

Результаты. Частота реперфузии коронарной артерии в 1-й и 2-й группах составила 59 и 72% соответственно; среднее время достижения реперфузии – 119±5,1 и 117±5,2 мин, различия достоверны. Частота рецидивов ИМ между группами достоверно не различалась и составила 11% (13 больных) и 7% (8 больных) в 1-й и 2-й группах соответственно. Летальность составила в 1-й группе 4,7% (4 больных) против 11,0% (9 больных) во 2-й группе. При введении тромбозима у 4 больных наблюдались пирогенные реакции: температура тела повышалась до 38°C, сопровождалась ознобом. При введении СК таких реакций не отмечено, но была 1 аллергическая реакция в виде кожных высыпаний. У 3 больных на фоне инфузии тромбозима в области установки в/в катетера развился тромбофлебит. В группе тромбозима из геморрагических осложнений наблюдались только 1 случай микрогематурии, а в группе СК отмечены 5 «малых» геморрагических осложнений в виде подкожных гематом в местах инъекций гепарина, 1 микрогематурия и одно серьезное кровотечение в виде внутримозгового кровоизлияния, которое привело к смерти пациента.

Выводы:

1. В клинике подтвердился тромболитический эффект тромбозима, который был обнаружен на доклинической стадии работы в эксперименте.
2. Необходимо улучшать качество препарата для исключения пирогенных реакций и усиливать его тромболитическую активность, в том числе увеличивая применяемую дозу.

Гаевская А.И., Бурова Н.Н., Кутузова А.Э., Белехов Г.А. ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

ФГУ Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург

Для обеспечения безопасного расширения двигательного режима больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в отечественной практике в настоящее время используется методика Д.М. Аронова и Л.Ф. Николаевой, позволяющая дифференцировать тяжесть состояния пациента в зависимости от выраженности и объема поражения миокарда, состояния его перфузии и наличия осложнений. Однако в связи с тем, что физическая активизация не всегда выполняется в рекомендуемые сроки, возникает вопрос о том, какие еще факторы могут учитываться при определении скорости начала физической реабилитации пациентов с ОИМ. Таким образом, целью настоящего исследования стала оценка особенности физической активизации больных с ОИМ различных классов тяжести.

Материал и методы. Обследован 41 больной ИБС в возрасте 60±2 года, которые находились в отделении реанимации и интенсивной терапии Федерального центра им. В.А. Алмазова по поводу ОИМ (Q-инфаркт в 78% случаев, не-Q инфаркт – в 22% случаев). Функциональный статус пациентов соответствовал I-II:III:IV классам тяжести (КТ) ОИМ по классификации Д.М. Аронова и Л.Ф. Николаевой в 10%:10%:22%:58% случаев соответственно.

Полученные результаты. У исследуемых больных регистрировалась тенденция к росту уровня тропонина, мВКФК и сахара крови по мере усугубления КТ ОИМ (до 12,6±2,1 нг/мл, 147,1±36,9 Е/л и 8,6±1,1 ммоль/л соответственно, у пациентов IV КТ). За время пребывания в отделении интенсивной терапии больные осваивали 1 двигательный режим и комплекс упражнений №1-2. В среднем стандартный курс лечебной гимнастики начинался на 4±0,3 сутки ОИМ. В частности больные IV КТ выполняли физические упражнения со 2-х-10-х суток, III КТ – со 2-х-5-х суток, II КТ – со 2-х-3-х суток, I КТ – со 2-х-6-х суток заболевания. Следует отметить, что у пациентов, вовлеченных в программу физической реабилитации не ранее 3-х суток ОИМ, отмечались большие значения мВКФК (p<0,01). У больных, физическая активизация которых была отсрочена до 5-х и более суток заболевания, регистрировалась гипергликемия (p<0,05). Одной из причин увеличения сроков начала физической активизации до 7-х суток заболевания у 29% пациентов стала

лихорадка (от 37,1°C до 38°C). В 24% случаев основным фактором, определяющим скорость физической реабилитации больных, стало рецидивирующее течение инфаркта миокарда. Такие осложнения острого периода заболевания, как нарушения ритма и проводимости, эпизоды острой левожелудочковой недостаточности, тромбоэмболии фигурировали в качестве основных причин замедления активизации у 32% пациентов.

Выводы. Метаболические нарушения могут рассматриваться в качестве дополнительных факторов замедления ранней физической активизации больного с острым инфарктом миокарда.

Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Орлова С.Д.,
Базилевич И.А.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ ЗА 24 ГОДА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: проанализировать заболеваемость и смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди постоянного населения города Томска старше 20 лет за период с 1984 по 2007 гг.

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 г. Было зарегистрировано 22366 случаев заболевания ОИМ, в том числе 14632 (66,4%) «определенным» и 7734 (34,6%) – «возможным» ОИМ. Среди больных мужчины составили 13579 (60,7%), женщины – 8787 (39,3%) человек. В возрастной структуре больных в течение всего срока наблюдения преобладали лица старше 60 лет (61,0-69,0%). Летальный исход зарегистрирован у 8420 (37,6%) больных.

Результаты исследования. В первые 3 года исследования уровень заболеваемости ОИМ вырос с 2,18 до 2,69 (P<0,05) случая на 1000 жителей (у мужчин – с 2,92 до 3,63, P<0,05, у женщин – с 1,56 до 1,85, P<0,05). Рост данного показателя отмечен только среди жителей старше 60 лет (как в целом, так у мужчин и у женщин). За все время работы регистра уровень заболеваемости ОИМ в молодых возрастных группах не увеличился, а имел тенденцию к снижению. В последующие годы уровень заболеваемости статистически достоверно не менялся. В 2005-2007 гг. отмечено снижение данного показателя по отношению к предыдущему году как в целом (с 2,73 до 2,46, 2,45 и 2,18 соответственно), так у мужчин (с 3,71 до 3,34, 3,35 и 2,92) и у женщин (с 1,93 до 1,74, 1,73 и 1,60); P<0,05. Снижение заболеваемости выявлено во всех возрастных группах за исключением мужчин в возрасте 40-49 лет, где изменения были незначительны. В 1984-2004 гг. показатель смертности увеличился в целом с 91,1 до 121,2 случаев на 100 тыс. жителей (P<0,05), у мужчин – со 121,3 до 161,5 (P<0,05), у женщин – с 63,8 до 88,2 (P<0,05). В последние три года смертность, как и заболеваемость снизилась и составила 115,2, 106,5 и 78,2 (P<0,05) в целом, у мужчин – 151,4, 140,9 и 101,6, у женщин – 85,6, 78,1 и 65,9 соответственно (P<0,05).

Заключение. Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске наметилась тенденция к снижению данных показателей. К числу возможных причин этого можно отнести явления как медицинского, так и экономического характера. К особенностям эпидемиологии ОИМ в Томске следует отнести отсутствие тенденции к «омоложению» данного заболевания.

Гарганеева А.А., Багреева С.М., Тимофеева А.В. ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА КОРОНАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ФИЗИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: оценить антиишемическую и антиангинальную эффективность ингибитора If-каналов ивабрадина у больных ИБС, ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (из них 11 мужчин) со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. У 9 пациентов ИБС ассоциировалась с ХОБЛ. Средний возраст составил 52,3±1,12 г. Оценивались результаты 12-недельной терапии ингибитором If-каналов – ивабрадином (Кораксан фирмы Servier, Франция) в средней дозе 5,2±0,7 мг/сут. Наряду с общеклиническим об-

ледованием выполнялись велоэргометрические тесты, тест 6-минутной ходьбы, спирография и оценка качества жизни с помощью опросника SF-36.

Результаты и их обсуждение. В результате проводимой терапии ивабрадином отмечена редукция клинических проявлений коронарной недостаточности в виде уменьшения эпизодов, а в ряде случаев (3 пациента) исчезновения приступов стенокардии. Уменьшилось количество пациентов со II и III ФК стенокардии, в свою очередь количество больных с I ФК и без эпизодов стенокардии статистически достоверно ($p < 0,05$) возросло в обеих группах. В среднем по группам отмечен достоверный прирост физической толерантности на 24% по данным ВЭМ-пробы и на 18% – по данным 6-минутного теста ходьбы; улучшение качества жизни пациентов – на 20% ($p < 0,05$). Интересным представляется установленный факт выраженной антиангинальной эффективности 12-недельной терапии ивабрадином, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение количества приступов стенокардии (на 15,7%; $p < 0,001$) и суточной потребности в нитроглицерине (на 16,0%; $p < 0,05$). Важным представляется и то, что в группе больных ИБС, ассоциированной с патологией бронхолегочной системы, не отмечено ухудшения течения ХОБЛ на фоне терапии ивабрадином, ни по клиническим проявлениям, ни по данным спирографического исследования.

Выводы. Установлено положительное влияние терапии ингибитором II-каналов – ивабрадином на клинические проявления коронарной недостаточности, физическую толерантность и качество жизни у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, а также у больных ИБС, ассоциированной с ХОБЛ. На фоне терапии не отмечено ухудшения течения ассоциированной бронхолегочной патологии. Результаты выполненного исследования позволяют оптимизировать подходы к медикаментозному лечению стабильной стенокардии у больных ИБС, а также у пациентов с ассоциированными заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем.

Гзогян М.Н., Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Кривоносов Д.С., Макаров С.А., Чуйко О.Е., Барбараш Л.С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2
 МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

Целью исследования явилось изучение влияния медикаментозной терапии в сочетании с длительными контролируемыми физическими тренировками на липидный обмен в процессе 6-месячной реабилитации больных инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета типа 2.

Обследовано 55 больных (средний возраст $52,6 \pm 4,8$ лет), перенесших Q-образующий инфаркт миокарда, в сочетании с сахарным диабетом типа 2. Все пациенты были разделены на три группы. Группа 1 (контрольная): пациенты получали нитраты (кардикет) в дозе 40-80 мг/сут, группа 2: пациенты получали карведилол в дозе 6,25-25 мг/сут, группа 3: пациенты получали комбинацию карведилола с квинаприлом (5-10 мг/сут). Кроме того, при поступлении в стационар всем пациентам по показаниям назначались липидснижающие препараты (статины) в дозе 10 мг/сут, а пациенты с СД дополнительно получали индивидуально сахароснижающую терапию (манинил) в индивидуально подобранных дозировках.

Липидограмма (общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности, липопротеиды низкой плотности, индекс атерогенности) оценивалась на всех этапах наблюдения (стационарный, санаторный, амбулаторный). Исследование липидограммы проводили в биохимической лаборатории с использованием набора реактивов «Ольвекс» (г. Санкт-Петербург), на полуавтоматическом анализаторе RA-50 («Bayer», Германия) для количественного определения холестерина в сыворотке крови ферментативным методом.

Исходно показатели липидограммы не различались у больных исследуемых групп. Через 6 месяцев в группе 1 уровень триглицеридов уменьшился на 13,04%, в группе 2 – на 30,4%, в группе 3 – на 25,0%. Уровень ЛПВП увеличился в группе 1 на 22,0%, в группе 2 – на 37,5%, а в группе комбинированной терапии – на 33,3%. Все остальные показатели изменились недостоверно.

Таким образом, результаты наблюдения свидетельствуют о том, что 6-месячная курсовая терапия карведилолом и квинаприлом не оказывала отрицательного влияния на показатели липидного про-

филя в крови у больных ИМ. Наряду с этим наблюдался положительный эффект монотерапии карведилолом и комбинации с квинаприлом в сочетании с длительными дозированными контролируемыми физическими тренировками: достоверно снижался уровень триглицеридов, что является дополнительным положительным эффектом у данных пациентов.

Гзогян М.Н., Тарасов Н.И., Тепляков А.Т., Кривоносов Д.С., Макаров С.А., Чуйко О.Е., Барбараш Л.С.
ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА
 МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

Целью данного исследования явилось изучение влияния контролируемых физических тренировок, проводимых, в том числе, и на амбулаторном этапе реабилитации, на течение ИБС у больных ИМ, ассоциированным с сахарным диабетом.

В данном разделе работы проанализированы 42 пациента (из 106), которые в свою очередь были разделены на 2 группы: группа А ($n=22$): пациенты с ИМ с СД и группа Б ($n=20$): пациенты с ИМ без СД. Все пациенты на фоне контролируемых физических тренировок получали стандартную терапию (в том числе, комбинацию карведилола и квинаприла) в индивидуально подобранных дозировках. Кроме того, при поступлении в стационар всем пациентам по показаниям назначались липидснижающие препараты (статины) в дозе 10 мг/сут, а пациенты с СД дополнительно получали индивидуально сахароснижающую терапию (манинил) в индивидуально подобранных дозировках.

У всех больных в течение 12 месяцев оценивали клиническое состояние, переносимость физических нагрузок, наличие или отсутствие «новых» коронарных событий, проявления сердечной недостаточности, качество жизни. Для оценки эффективности влияния физических тренировок на нормализацию углеводного обмена в данном исследовании использовался показатель глюкозы и постпрандиальной глюкозы (ППГ) крови.

За 12-месячный период наблюдения серьезные нежелательные события развились в группе А, проявившиеся рецидивом ИМ – 1 человек (4,5%), повторным ИМ – 1 человек (4,5%), нестабильной стенокардией – 13,6% случаев, в группе Б у 3 человек развились нежелательные коронарные события: рецидив ИМ – 1 человек (5%), нестабильная стенокардия – 10% случаев. В группе Б на фоне проводимой терапии больные субъективно отмечали улучшение самочувствия (по сравнению с группой А): на 40% ($p < 0,05-0,01$), снижение тяжести и частоты приступов стенокардии, на 41,2%, уменьшение суточной потребности в приеме нитроглицерина ($p < 0,05-0,01$), повышение физической толерантности на 46%, уменьшение признаков ХСН. Уменьшился показатель ИМТ у двух групп больных, но наибольшее снижение наблюдалось в группе больных без СД – на 33,5%. Уменьшились показатели постпрандиальной глюкозы крови: в группе А – на 11,8% и в группе Б – на 41,8%. Качество жизни улучшилось ($p < 0,01$) как в группе больных с СД (с $28,3 \pm 0,6$ до $16,8 \pm 0,5$), так и в группе больных без СД (с $23,9 \pm 0,7$ до $10,8 \pm 0,4$ баллов).

Таким образом, 12-месячные контролируемые физические тренировки у больных с ИМ, протекающим в сочетании с СД, оказывают позитивное влияние на коронарную недостаточность, способствуют оптимизации контроля метаболических нарушений, а также уменьшению избыточной массы тела. Кроме того, проводимая индивидуальная изолированная программа длительных физических тренировок оказалась безопасной и способствовала улучшению качества жизни.

Горбунова Е.В., Макаров С.А., Чистюхин О.М., Хоменко Е.А., Гайфулин Р.А., Тришкина Н.Н., Горшкова Т.В., Огарков М.Ю., Бернс С.А., Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ АРИТМОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В КЕМЕРОВСКОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ
 МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»

В условиях Кемеровского кардиологического диспансера (ККД) с 1995 г. осуществляется специализированный прием кардиолога-аритмолога. Потребность в увеличении количества интервенционных и хирургических методов лечения способствовала созданию на базе кардиологической поликлиники ККД в 2004 г. аритмологичес-

кого центра, в состав которого входят кардиологи-аритмологи и хирурги-аритмологи.

В задачи кардиологов-аритмологов входит отбор больных на хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, динамическое наблюдение пациентов после имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС), имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов, проведение радиочастотной абляции (РЧА), кардиоресинхронизирующей терапии, а также проведение специализированного консультативного приема пациентов с нарушением ритма и проводимости сердца по направлению кардиологов поликлиники ККД и организационно-методическая работа.

Хирурги-аритмологи кроме консультативного приема выполняют хирургические и интервенционные методы лечения аритмий с последующим направлением больных к кардиологам-аритмологам для динамического наблюдения.

Аритмологический центр осуществляет взаимодействие с отделениями ККД, сотрудничает с кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Кемеровской медицинской академии, участвует в проведении областных дней специалистов-кардиологов. Разработаны и внедряются обучающие программы для пациентов с нарушением ритма и проводимости сердца.

Увеличение количества имплантируемых водителей ритма способствовало созданию компьютеризированной базы данных больных с ЭКС, что позволило усовершенствовать динамическое наблюдение данной категории больных, проводить планирование и анализ качества медицинской помощи как по отдельному больному, так и по всей группе наблюдения.

Помимо клинического наблюдения пациентам проводится проверка работы ЭКС через 3, 6 месяцев в течение первого года после имплантации ЭКС, далее 1-2 раза в год. Оптимизация параметров стимуляции позволяет продлить более чем в 2 раза срок службы имплантированного электрокардиостимулятора.

С 2004 г. в ККД увеличилось в три раза количество интервенционных методов лечения тахикардий. Благодаря подготовке пациентов на амбулаторном этапе, длительность пребывания больных на стационарном этапе уменьшилась до $3,2 \pm 0,8$ дней. После выписки пациенты направляются на реабилитацию в кардиологический санаторий «Меркурий», входящий в структуру ККД, или находятся под наблюдением кардиолога-аритмолога амбулаторно.

Таким образом, создание аритмологического центра позволило оптимизировать оказание специализированной аритмологической помощи жителям г. Кемерово и области.

Ефимова Н.Ю., Чернов В.И., Ефимова И.Ю., Родионов В.А., Попов С.В.

ВЛИЯНИЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА НА КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ И ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ПЕРФУЗИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Целью настоящей работы явилось изучение влияния имплантации электрокардиостимулятора на когнитивную функцию и церебральную перфузию у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

В исследование включены 17 пациентов с постоянной формой ФП, которым исходно и через 3 месяца после создания полной поперечной блокады методом радиочастотной абляции атриовентрикулярного соединения и имплантации электрокардиостимулятора проводили оценку неврологического статуса и когнитивной функции, скintiграфию головного мозга и ЭхоКГ.

По данным нейропсихологического тестирования у 16 (94%) пациентов с постоянной формой ФП отмечался когнитивный дефицит. Результаты скintiграфии с ^{99m}Tc -ГМПАО у пациентов с ФП показали достоверное снижение церебральной перфузии во всех регионах головного мозга по сравнению с контрольной группой. Оперативное вмешательство с имплантацией электрокардиостимулятора оказало положительное влияние на когнитивную функцию пациентов. Так, наблюдалось увеличение показателей слухоречевой кратковременной, долговременной памяти и продуктивности запоминания по сравнению с исходными результатами в среднем по группе на 33% ($p=0,005$), 68% ($p=0,000000$) и 25% ($p=0,00001$) соответственно. Положительную динамику претерпевали также показатели зрительной краткосрочной и долговременной памяти, психомоторной скорости – на 26% ($p=0,001$), 18% ($p=0,036$), и 12% ($p=0,025$) соответственно. После оперативного лечения имело место и улучшение показателей

церебральной перфузии. Так, по данным ОЭКТ с ^{99m}Tc -ГМПАО, отмечалось увеличение регионального мозгового кровотока (по сравнению с исходным уровнем) в правой нижней лобной области ($43,3 \pm 9,2$ до $48,3 \pm 7,3$ мл/100 г/мин, $p=0,01$), в левой верхней лобной ($47,3 \pm 5,7$ до $49,7 \pm 5,2$ мл/100 г/мин, $p=0,007$) и левой височной долях ($49,1 \pm 6,1$ до $52,0 \pm 5,4$ мл/100 г/мин, $p=0,005$). В послеоперационном периоде наблюдалось достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка на 6% ($p=0,027$), а также ударного и минутного объема крови на 14% ($p=0,0003$) и 15% ($p=0,015$) соответственно. Положительная динамика когнитивной функции и церебральной перфузии оказалась тесно связанной с показателями систолической функции левого желудочка по данным ЭхоКГ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что выполнение операции с имплантацией ЭКС через 3 месяца, увеличивая фракцию выброса левого желудочка, ударного и минутного объема крови, оказывает положительное влияние на церебральную перфузию и приводит к улучшению нейрокогнитивной функции пациентов.

Завадовский К.В., Ковалев И.А., Чернышев А.А., Лишманов Ю.Б., Попов С.В.

ОДНОФОТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ КРОВЯНОГО ПУЛА В ОЦЕНКЕ АРИТМОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: оценить диагностические возможности радионуклидной томовентрикулографии в диагностике аритмогенной дисфункции миокарда у детей с желудочковыми тахикардиями.

Материал и методы. В исследование вошел 41 ребенок с желудочковыми аритмиями (средний возраст $13,2 \pm 3,7$ лет). Всем пациентам выполнялось стандартное клинико-инструментальное обследование, включавшее радионуклидную томовентрикулографию (РТВГ) с мечеными *in vivo* ^{99m}Tc -пирофосфатом эритроцитами. Исследование осуществлялось на гамма-камере Philips-Forte в томографическом ЭКГ-синхронизированном режиме.

Результаты. При анализе фазовых полярных карт сокращения ПЖ фокусы преждевременного сокращения миокарда были обнаружены в следующих отделах сердца: в выходных отделах ПЖ – в 22 (54%) случаях, в свободной и задней стенках ПЖ – у 8 (19%) пациентов, в левом желудочке – 0. Выявление множественных ЗПСМ было классифицировано нами как проявление полиоточной желудочковой экстрасистолы – 11 (27%) случаев. При выполнении эндокардиального электрофизиологического исследования области эктопической активности были выявлены в выходных отделах ПЖ – 23 (56%), левом желудочке – 8 (20%), свободной и задней стенках ПЖ – 5 (13%). Полиоточная ЖТ была диагностирована у 4 (10%) детей. При сопоставлении данных радионуклидного и электрофизиологического исследований было установлено, что расположение участков эктопической активности и зон ПСМ совпадало в 85% случаев. Объемные и систоло-диастолические показатели состояния левого желудочка статистически значимо между группами не различались. При анализе объемных показателей нами не были выявлены достоверных межгрупповых различий значений КДО и КСО правого желудочка. При этом значения ударного объема, определенного по алгоритму SB, и фракция выброса правого желудочка, вычисленная с применением всех трех методов, были достоверно снижены во второй группе пациентов по сравнению с первой. Значения максимальной скорости изгнания были достоверно выше у детей с большим числом зон ПСМ, что свидетельствует о снижении контрактильной функции кардиомиоцитов. Также у больных второй группы мы выявили увеличение максимальной и средней скорости наполнения за одну треть диастолы. Нами было установлено, что у пациентов второй группы по отношению к первой был достоверно более высоким показатель стандартного отклонения среднего времени сокращения как левого, так и правого желудочков, который отражает степень внутрисердечной диссинхронии. При этом само время сокращения желудочков достоверно не различалось между группами, что свидетельствует об отсутствии межжелудочковой диссинхронии.

Заключение. Благодаря своей неинвазивности и простоте выполнения, РТВГ может быть использована при обследовании детей с НРС с целью выявления и оценки выраженности аритмогенной дисфункции миокарда.

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Базилиевич И.А., Гарганеева А.А. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ В ТОМСКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель работы: разработать и внедрить в Томске программу по изучению нестабильной стенокардии (НС), оценить результаты внедрения.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», существующей в Томске с 1984 г. В ходе его обследовались все больные в возрасте 20-70 лет, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз «Нестабильная (прогрессирующая) стенокардия» с одновременным анализом всей соответствующей медицинской документации. Были выделены следующие клинические формы (КФ) НС: 1 – впервые возникшая стенокардия; 2 – учащение приступов стенокардии без изменения их характера; 3 – учащение приступов стенокардии с изменением их характера в виде удлинения и усиления интенсивности болей, появления приступов стенокардии покоя, снижения купирующего эффекта от нитроглицерина; 4 – затяжной ангинозный приступ длительностью более 20 минут. У всех пациентов учитывалось наличие или отсутствие изменений ЭКГ. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 больных (69,1%).

Результаты. Первая КФ НС выявлена у 300 (20,3%) больных, вторая – у 41 (2,8%), третья – у 565 (38,3%) и четвертая – у 571 (38,6%) больного. Первые случаи заболевания НС у мужчин были отмечены в возрастной группе 20-39 лет, у женщин – на десятилетие позже. Во всех клинических группах мужчин было в два раза больше, чем женщин. Среди больных с «впервые возникшей стенокардией» и у мужчин, и у женщин преобладали лица моложе 60 лет. У каждого второго больного НС в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, более 80% больных страдали артериальной гипертензией. Изменения ЭКГ были изучены у 69,1% больных. В 33,7% случаев они касались сегмента ST-T, чаще встречались у больных с «впервые возникшей стенокардией», причем в 44,2% случаев имела место депрессия сегмента ST и в 29,5% – его подъем. У 25,4% больных НС завершилась развитием острого инфаркта миокарда, летальность составила 16%. Статистический анализ показал, что к факторам, определяющим прогноз острого периода НС, относятся клиника заболевания, наличие сахарного диабета, характер изменений на ЭКГ и место лечения.

Выводы. В клинической структуре НС преобладали варианты в виде «учащения приступов стенокардии с изменением их характера» и «затяжного приступа стенокардии длительностью более 20 минут». Все КФ НС встречались в два раза чаще у мужчин, чем у женщин. Изменения на ЭКГ ишемического типа отмечены только у каждого третьего больного, у каждого четвертого больного течение НС завершилось развитием инфаркта миокарда. К факторам, определяющим прогноз острого периода НС, относятся клиника заболевания, наличие сахарного диабета, характер изменений на ЭКГ и место проведенного лечения.

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Базилиевич И.А., Гарганеева А.А. ВЛИЯНИЕ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПО ДАННЫМ ПОПУЛЯЦИОННОГО РЕГИСТРА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: определить факторы, влияющие на отдаленный прогноз нестабильной стенокардии (НС).

Материал и методы. Для исследования была сформирована группа из 472 больных трудоспособного возраста, перенесших в 2003-2004 гг. нестабильную стенокардию. Из них 32% имели в анамнезе перенесенный острый инфаркт миокарда (ОИМ). Все больные наблюдались в течение года в условиях кардиологического диспансера. Отдаленными исходами считались: стабильное течение ИБС, дестабилизация (обострение ИБС без развития острой коронарной патологии), возникновение ОИМ (с летальным исходом или без него), смерть больного от других причин. Полученные данные подвергались статистической обработке методом пошаговой логистической регрессии.

Результаты. После года наблюдения стабильное течение ИБС отмечено у 68,64% больных, дестабилизация – у 23,31%, ОИМ раз-

вился у 6,99%, смерть не от ИБС зарегистрирована у 1,27% пациентов. Летальность от ОИМ составила 27,27%. У всех больных, погибших от ОИМ, ранее была выявлена выраженная постинфарктная дисфункция левого желудочка. В результате проведенного анализа было выяснено, что развитие неблагоприятного исхода связано только с наличием перенесенного ранее ОИМ. Влияние остальных возможных факторов (пол, возраст, сахарный диабет и артериальная гипертензия в анамнезе, клиническая форма НС и т.д.) оказалось незначительным.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что при наличии перенесенного ОИМ в анамнезе у больного шансы получить его повторно, в течение первого года после эпизода НС, увеличиваются в 2,5 раза. Фактором, существенно отягощающим при этом прогноз заболевания, является постинфарктная дисфункция левого желудочка. Вероятно, НС как кратковременное состояние не оставляет после себя стойких патологических образований, способных существенно повлиять на отдаленное течение ИБС. В то же время наличие перенесенного ранее ОИМ, т.е. постинфарктного рубца (очага нарушенной микроциркуляции), возникшего на фоне стенозирующего коронаросклероза, можно уверенно отнести к самостоятельному фактору, способному оказать неблагоприятное влияние на течение данного заболевания даже без возникновения НС.

Климова Е.В., Конобеевская И.Н.*, Линок Е.А. ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ 10-Х КЛАССОВ

МЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»;

* ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучение особенностей отношения к курению у подростков г. Томска для определения целевой группы при разработке профилактических программ, направленных на профилактику табакокурения.

Материал и методы. В исследовании приняли добровольное участие 132 учащихся 10-х классов школ города Томска, из них лиц мужского пола – 51, женского – 81 человек. Опрос проводился анонимно, использовалась анкета CINDI-CHILD, позволяющая оценить статус и отношение к курению как к фактору риска.

Результаты исследования. 59% обследуемых ответили «да» на вопрос «Вы когда-нибудь курили сигарету или папиросы». 1% школьников впервые попробовали сигарету в 5 лет; 5% – в 7 лет; 1% – в 8 лет; 6% – в 10 лет; 6% – в 11 лет; 18% – в 12 лет; 10% – в 13 лет; 27% – в 14 лет; 8% – в 15 лет; 13% – в 16 лет; 1% – в 17 лет, то есть 75% учеников 10-х классов первый раз попробовали курить в возрасте от 10 лет до 15. Каждый день курят 35% школьников 10-х классов; не каждый день, но не менее одного раза в неделю – 6%; меньше, чем 1 раз в неделю – 1%, ответ «я не курю» дали 58% школьников. Таким образом, более трети учеников курят сигареты каждый день. На вопрос «Сколько сигарет или папирос Вы сейчас выкуриваете за неделю?» школьники дали следующие ответы: 3% не выкуривают ни одной сигареты, 6% – 1 сигарету, 3% – 4 сигареты, 3% – 7 сигарет, 3% – 8 сигарет, 12% – 10 сигарет, 15% – 20 сигарет, 3% – 25 сигарет, 3% – 35 сигарет, 9% – 40 сигарет, 3% – 50 сигарет, 3% – 60 сигарет, 6% – 70 сигарет, 3% – 80 сигарет, 2% – 100 сигарет, 6% – 120 сигарет, 9% – 140 сигарет, 3% – 160 сигарет. На вопрос «Насколько велика вероятность для Вас лично приобретения наркотической зависимости» получены следующие варианты ответов: 2% отметили, что вероятность велика; 7%, что вероятность незначительна; 91%, что такой вероятности нет. Тема «вред курения» интересует 2% обследуемых учеников 10 классов. На вопрос «Каково Ваше отношение к факту «курения» выявлено, что ответ: «В этом нет ничего плохого» выбрали 5% школьников, ответ «Если это не создает проблем, то большой беды нет» – 42%, ответ «Это неприемлемо» – 53%.

Таким образом, лишь у 2% школьников присутствует осознание того, что может возникнуть наркотическая зависимость от табака, у 47% учащихся существует приемлемое отношение к курению, 75% учащихся пробуют первый раз курить в возрасте от 10 до 15 лет, более половины курящих выкуривают за неделю более пачки сигарет.

Заключение:

1. Более половины школьников пробуют курить в возрасте от 10 до 15 лет. Низкая информированность о табачной зависимости школьников делает очевидной необходимость разработки программы профилактики курения для учеников и начала её у лиц, ещё не достигших подросткового возраста.

2. При разработке профилактических программ необходимо делать акцент на темы успешности, красоты, моды, здоровья для школьников, так как тема «Вред курения» интересна менее трети учеников.

Кривоногов Н.Г., Гарганеева А.А., Панькова А.Н.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОНУКЛИДНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: предложить сцинтиграфические критерии прогнозирования развития сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Методы исследования. У 30 пациентов с острым крупноочаговым, трансмуральным инфарктом миокарда (ОИМ) и 56 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) проведена радионуклидная ангиопульмонография и равновесная вентрикулография с анализом показателей прохождения радиоактивного болюса по полостям сердца и сосудам легких, сократительной способности правого и левого желудочков сердца. Дополнительно 34 пациентам с ПИКС оценивали перфузию легких.

Полученные результаты. У больных ОИМ через 12 мес после ангинозного приступа сократительная способность миокарда желудочков сердца оставалась достаточно стабильной, при этом наблюдалось увеличение времени кровотока по правым отделам сердца и крупным легочным артериям, что позволяет говорить о прогрессировании постинфарктной сердечной недостаточности. У больных с ПИКС изменения легочной гемодинамики касались преимущественно артериального русла легких при значениях ФВлж >30% при соединении венозного компонента – при ФВлж <30%. При этом у больных с ПИКС и нормальным давлением в легочной артерии наблюдалась мобилизация микрососудистого резерва малого круга кровообращения в ответ на физическую нагрузку, что проявлялось увеличением апикально-базального градиента перфузии легких (U/L), в то время как для пациентов с более тяжелым клиническим течением ИБС и наличием легочной гипертензии характерным было ограничение компенсаторных резервов легочной микроциркуляции, о чем свидетельствовало отсутствие прироста U/L или его снижение при велоэргометрии.

Заключение. Представленные результаты свидетельствуют о том, что использование радионуклидных методов (радионуклидная ангиопульмонография, вентрикулография и перфузионная сцинтиграфия легких) позволяет объективно оценить ранние нарушения гемодинамики малого круга кровообращения у больных, перенесших инфаркт миокарда, а также прогнозировать развитие сердечной недостаточности у данной категории лиц.

Кузнецова А.В., Тепляков А.Т., Левшин А.В., Рыбальченко Е.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ SIROLIMUS-ЭЛЮИРУЮЩИМИ СТЕНТАМИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: изучить влияние сахарного диабета (СД) типа 2 на отдаленные результаты эндоваскулярной реваскуляризации Sirolimus-стентами в процессе 18-месячного проспективного наблюдения у больных ИБС.

Материал и методы. Обследовано 108 пациентов с ИБС, которые были рандомизированы в 2 группы: 1-я (n=51) с ИБС, ассоциированной с СД, 2-я группа (n=57) с ИБС без СД. По исходным данным пациенты обеих групп не различались. Больные получали антиангинальную, антиагрегационную (клопидогрел+аспирин) терапию. Всем обследованным выполняли эндоваскулярную реваскуляризацию Sirolimus-элюирующими стентами. В обеих группах проводился анализ клинических и ангиологических показателей в динамике, оценивалась первичная конечная точка – летальность, а также частота конечной комбинированной точки (смерть, инфаркт миокарда (ИМ), мозговые инсульты, потребность в повторном стентировании и коронарном шунтировании (КШ). В среднем через 18 мес после имплантации стента пациенты обследовались повторно, проводилось контрольное коронароангиографическое исследование.

Результаты. Перенесенные эпизоды безболевой ишемии (5,9% и 0%), повторный ИМ (15,7% и 8,8%), КШ (13,7% и 8,8%) диагностировались несколько чаще у больных ИБС с СД по сравнению с больными ИБС без него. Первичный ИМ (41,2% и 56,1%) чаще регистрировался во 2-й группе. Вместе с тем у больных СД чаще выявлялась более тяжелая коронарная недостаточность. Ангиографически преобладало атеросклеротическое поражение 2 и 3 коронарных артерий (КА) (56,9% и 54,4%) и ствола левой КА (4,1% и 3,7% соответ-

ственно). В отдаленном периоде в одном случае (2%) у больного с ИБС, ассоциированной с СД зарегистрирован летальный исход, возобновление стенокардии произошло в 2 раза чаще (27,4% и 12,3%) у больных ИБС с СД. В одном случае (2%) в группе с СД развился поздний тромбоз стента. Безболевая ишемия миокарда, обусловленная прогрессированием атеросклероза в нативных КА встречалась в 5 раз чаще – у 6 (11,8%) и у 1 (1,8%) – в 1-й группе с СД по сравнению со 2-й группой. ИМ развился у 4 (7,8%) больных СД. Потребность в повторном стентировании (29,4% и 10,5%) и КШ (5,9%) в большей мере имела у больных ИБС с СД. Частота комбинированной конечной точки – в 35,3% случаев у больных СД и в 10,5% у больных без СД. В целом в течение 18 мес проспективного наблюдения применение Sirolimus-элюирующих стентов привело к снижению (p<0,02) возобновления стенокардии на 39,2% в 1-й группе больных и на 61,4% – во 2-й группе; частота комбинированной конечной точки снизилась (p<0,05) у пациентов с СД на 29,4% по сравнению с 54,9% у пациентов без СД.

Выводы. Результаты проведенного 18-месячного исследования свидетельствуют о том, что после процедуры эндоваскулярного стентирования достоверно уменьшается частота рецидивов стенокардии и частота комбинированной конечной точки, снизившись у пациентов с СД на 29,4% по сравнению с 54,9% у пациентов без СД. Неблагоприятные клинические события, развившиеся после эндоваскулярного вмешательства при СД, обусловлены рестенозированием целевой КА и прогрессированием атеросклероза КА в нативных сосудах.

Линок Е.А., Трубочева И.А.*, Палий И.А.

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БЕЗ ТАБАКА В ТОМСКЕ

МЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»;

* ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Ежегодно 31 мая по инициативе Всемирной Организации Здравоохранения проводится Всемирный день без табака (ВДБТ) как часть глобальной антитабачной инициативы. В этом году он проходил под девизом «Юность без табака» (Tobacco Free Youth). Эта проблема особенно актуальна для Томска – города студенческой молодежи. Научные исследования, выполненные в ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, демонстрируют высокую распространенность табакокурения во всех группах населения нашего города, включая детей и подростков. Томск, как и Россия в целом, характеризуется выраженным неблагополучием по уровню подросткового и молодежного курения.

В этом году в Томске ВДБТ проводился в форме антитабачной декады с 21 по 31 мая. Инициаторами акции выступили городской Центр медицинской профилактики и ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. С самого начала инициативу поддержало Управление здравоохранения города. Идеологию и стратегию проведения акции обеспечивали сотрудники ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. На подготовительном этапе были разработаны и тиражированы тематические информационные материалы, налажено сотрудничество со средствами массовой информации и другими потенциальными партнерами, подготовлены волонтеры из числа студентов ТГУ. Для специалистов МЛПУ г. Томска, ответственных за профилактику, был проведен семинар «Курение – общенациональная медицинская проблема. Опыт успешной профилактики в рамках программы CINDI-Томск». Собственно акция стартовала 21 мая проведением научно-практической конференции «Курение – ведущий фактор заболеваемости и смертности населения» на базе ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. Для населения в МЛПУ города проводились лекции-семинары о вреде курения. В холлах поликлиник демонстрировались видеоролики и видеофильмы о влиянии курения на здоровье человека. Медицинские работники распространяли тематические буклеты среди курящих пациентов, проводили консультации. Важное значение имело привлечение к акции сети аптек, которые активно участвовали в распространении профилактических материалов, а также в обеспечении доступности фармакологических средств, облегчающих отказ от курения. При поддержке Департамента образования антитабачная декада активно и разнопланово продвигалась в школах, лицеях, училищах города. Были проведены тематические классные часы, видеолектории, конкурсы рисунков, плакатов, агитбригад, тренинги, викторины, акции по обмену («конфетку на сигаретку») и др. Финишировала декада 31 мая в Городском саду массовой акцией «За здоровье», цель которой – обратить внимание жителей города и в первую очередь молодежи на здоровый образ жизни. Организатором акции являлся Департамент по делам молодежи, спорту и туризму.

Антитабачная декада позволила привлечь внимание томичей к

проблеме табакокурения. В то же время её проведение выявило ряд проблем, которые необходимо решать, чтобы подобные мероприятия стали более эффективными. Кроме того, со всей очевидностью обозначилась принципиальная необходимость внедрения системно-образующего комплекса мер по профилактике табакокурения во всех группах населения города.

Лишманов А.Ю., Белокопытова Н.В., Сыркина А.Г., Марков В.А. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РОССИИ. ЧЕМ МЫ ХУЖЕ ЕВРОПЫ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Регистры острых коронарных синдромов (ОКС) регулярно проводятся как в различных регионах, так и на международном уровне. Они позволяют более или менее точно описать картину, касающуюся лечения ОКС, выявить недостатки для каждого лечебного учреждения и в изучаемом регионе в целом, а также определить пути для улучшения лечения ОКС.

Цель проекта:

1. Получить реальную, непредвзятую картину о лечении ОКС в России.
2. Сравнить подходы к лечению ОКС и его результаты в России и в европейских странах.

Критерии включения пациентов: в Регистр включались все последовательно госпитализированные больные с подозрением на острый коронарный синдром. Пациент должен был обратиться за медицинской помощью в течение 24 часов от индексного приступа.

Критерии невключения: а) инфаркт миокарда, ставший осложнением чрескожного коронарного вмешательства или АКШ; б) пациент был переведен из другого стационара.

В качестве регистрационной карты настоящего Регистра использовался адаптированный аналог Case Report Form (CRF) III европейского регистра ОКС. В исследование приняли участие 16 центров в 12 городах РФ: Белгород, Воронеж, Екатеринбург, Иваново, Кемерово, Кострома, Краснодар, Москва, Одинцово, Пермь, Тверь, Томск. Было включено 796 пациентов с подозрением на ОКС, последовательно госпитализированных в течение ноября 2007 г.

Результаты.

1. Летальность при ОКС с подъемом сегмента ST в России – 16,6%, в Европе – 7,3%;
2. Летальность при ОКС без подъема сегмента ST в России – 2,72%, в Европе – 2,77%. Данное различие не является статистически достоверным.
3. В российских стационарах пациенты, поступающие с диагнозом ОКС, имеют сердечную недостаточность при выписке в 3 раза чаще, чем в Европейских центрах.
Возможными причинами выявленных различий могут быть:
 1. В российских центрах первичная реперфузионная терапия при ОКС с подъемом ST проводится в 49,6% случаев против 77,3% случаев в европейских центрах.
 2. Инвазивная стратегия при лечении пациентов с ОКС без подъема сегмента ST в России используется только в 7,8% случаев против 37,2% в Европе.
 3. Отсутствие в российских больницах ингибиторов Пв/Ша гликопротеиновых рецепторов и недостаток современных тромболитиков (tPA), а зачастую, отсутствие тромболитиков вообще.
 4. Более тяжелое исходное состояние пациентов, во многом обусловленное отсутствием государственных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: только 25% пациентов знают свой уровень холестерина. На момент поступления: в 1,5 раза чаще, чем в Европе пациенты имеют артериальную гипертензию, в 2 раза чаще повторный инфаркт миокарда, в 1,5 раза чаще ОНМК в анамнезе.

Лугачева Ю.Г., Кулагина И.В., Петлин К.А., Юдина Н.В., Михайлова О.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ ПРОТЕИНА С С НАЛИЧИЕМ АУТОАНТИТЕЛ К ФОСФОЛИПИДАМ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: оценить динамику уровня протеина С после хирургической коррекции ревматического порока митрального клапана в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с наличием аутоантител к фосфолипидам.

Материал и методы. В ходе исследования было обследовано 25

пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении порока митрального клапана: 10 женщин и 15 мужчин в возрасте от 28 до 66 лет. В большинстве случаев этиологией порока митрального клапана являлся ревматизм, все пациенты исходно имели IIА степень сердечной недостаточности по классификации Стражеско-Василенко (III функциональный класс по NYHA). До начала оперативного вмешательства проводился комплекс лабораторных исследований по выявлению у пациентов спектра специфических аутоантител: уровень антител классов Ig M и G к кардиолипину и β 2-гликопротеину-1, антинуклеарных антител (АНА) (наборы фирмы «Orgentec», Германия), а также определяли ревматоидные факторы (РФ), орозомукоид, С-реактивный белок (СРБ), иммуноглобулины А, М, и G (наборы фирмы ThermoFisherScientific, США) и исследование активности протеина С (ПС) (набор фирмы «Technoclone», США). В послеоперационном периоде все пациенты получали варфарин в дозе 10 мг в сутки. Взятие крови для исследования активности ПС, орозомукоида, СРБ иммуноглобулинов А, М, и G осуществляли на 7-е и 14-е сутки после операции. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica v.6.

Результаты исследования. Среди пациентов, обследованных до операции, диагностически значимый уровень АНА выявлен не был, повышенные значения РФ – 5%, концентрация СРБ и орозомукоида определялись в пределах нормальных величин. Было выявлено повышение уровня антител к кардиолипину у 24% больных и β 2-гликопротеину-1 – у 4%. Активность ПС до операции составляла в среднем $154,3 \pm 0,46\%$. При этом у 40% пациентов отмечалось его повышенное содержание, у 56% – нормальные значения и 4% – сниженные значения ПС. В послеоперационном периоде на 7-е сутки регистрировалось достоверное снижение ПС до $70,9 \pm 0,47\%$ ($p=0,001$), и у 52% пациентов этот показатель уменьшался в пределах нижней границы нормальных значений, а у 48% – значительно ниже. К 14-м суткам активность ПС составляла в среднем $49,7 \pm 0,46\%$ ($p=0,03$), и только у 26% пациентов уровень его восстанавливался до нормальных величин. При анализе динамики активности протеина С было отмечено, что в группе больных с отсроченным восстановлением ПС исходно выявлялось умеренное повышение титра антител М или G к кардиолипину или β 2-гликопротеину-1. У всех этих пациентов отсутствовали признаки послеоперационных воспалительных осложнений (уровни СРБ, орозомукоида, иммуноглобулинов А, М, и G не превышали достоверно исходных значений).

Циркуляция аутоантител к фосфолипидам можно рассматривать как одну из причин угнетения функциональной активности протеина С, обеспечивающего эффективность антикоагулянтной системы наряду с другими плазменными белками. С другой стороны, реализация патогенного влияния антифосфолипидных антител возможна и на клеточном уровне: активация функциональной активности тромбоцитов и апоптоза эндотелиальных клеток. Выявленные изменения можно рассматривать как дополнительные факторы риска тромботических осложнений в послеоперационном периоде.

Вывод. Таким образом, пациентам с ревматическим пороком митрального клапана целесообразно проводить комплекс лабораторных исследований по выявлению аутоантител к фосфолипидам с целью оценки риска развития тромботических осложнений в послеоперационном периоде.

Марков В.А., Репин А.Н., Сыркина А.Г. ВАЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СЛУЧАЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: определить причины, приводящие к отказу от проведения ТЛТ у больных ОИМ 60 лет и старше; определить факторы, влияющие на ближайший прогноз у больных ОИМ 60 лет и старше.

Методы исследования. Работа является ретроспективным историческим когортным исследованием по материалам историй болезни. Анализу подверглись данные сплошной выборки 504 историй болезни пациентов с ОИМ в возрасте от 60 до 91 года, поступивших в отделение неотложной кардиологии ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (руководитель – профессор Марков В.А.).

Критерии включения: 1) возраст 60 лет и более; 2) признаки крупноочагового ОИМ согласно критериям ВОЗ; 3) поступление до 12 часов от начала ОИМ.

Критериями исключения были имеющиеся при поступлении: 1) признаки истинного кардиогенного шока; 2) сопутствующая патология, значительно влияющая на прогноз жизни; 3) признаки спонтанной реперфузии ИСКА.

Статистический анализ проводился с использованием пакета SAS 6.12. Построение прогностических вероятностных моделей осуществлялось с помощью логистического регрессионного анализа с использованием 25-30 признаков. В каждом уравнении логистической регрессии пошаговый алгоритм отбирал предикторы с указанием процента верного предсказания значения (Concordant). Достигнутые уровни значимости теста согласия Hosmer и Lemeshow в итоговых уравнениях составили более 0,05, что свидетельствует об адекватности созданных моделей реальным данным.

Полученные результаты. Причинами отказа от ТЛТ у пожилых и старых больных ОИМ оказались в порядке убывания значимости: возраст старше 80 лет, наличие повторного ИМ, приезд СМП позднее 4,6 часов от начала ИМ. При пошаговом анализе первый признак дает 61,2%, второй – 66,6%, а последний – 68,9% верного предсказания. Уровень значимости теста согласия Hosmer и Lemeshow – 0,8; Concordant=68,9%.

Эти данные находят подтверждение в печатных работах многих кардиологов, которые считают, что возраст и позднее поступление являются ведущими предикторами отказа от ТЛТ у пожилых больных.

При анализе ряда факторов, в том числе и возраста, влияющих на госпитальную летальность на протяжении 28 сут, на первый план выступает развитие острой аневризмы ЛЖ и рецидива ИМ (54,3% точного предсказания). Дополнительное наличие у больного ФЖ, отека легких, АВ блокады, двух и более ФР ИБС, пароксизмов ФП и отсутствие реперфузии ИСКА приводят к летальному исходу в 86% случаев. При этом возраст пациентов не фигурирует среди предикторов летальности. Уровень значимости теста согласия – 0,1006; Concordant=86,0%.

Заключение. Пожилой и старческий возраст не должен быть отказом для проведения ТЛТ у таких больных ОИМ, так как не возраст, а отсутствие реперфузии ИСКА является предиктором госпитальной летальности у этой категории больных.

Минин С.М., Савенкова Г.М., Антонченко И.В., Лишманов Ю.Б. **ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ** **КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ** **РАДИОНУКЛИДНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Введение. У ряда пациентов с выраженной сердечной недостаточностью регистрируются нарушения внутри- и межжелудочковой проводимости, которые, прогрессируя, приводят к дискоординации сокращения желудочков и ухудшению сократительной функции миокарда. Сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) зарекомендовала себя как эффективный способ лечения данной группы пациентов. Однако влияние ее на центральную гемодинамику и сократимость ЛЖ практически не изучено.

Цель исследования: скintiграфическая оценка влияния СРТ на центральную гемодинамику и сократимость миокарда у больных с сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В исследование было включено 19 пациентов (10 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 21 до 72 лет (средний возраст – 55,4±8,3 года). На ЭКГ у всех пациентов зарегистрированы нарушения внутрижелудочкового проведения в виде блокады левой ножки пучка Гиса. Ширина комплекса QRS варьировала от 146 мс до 240 мс (средняя 183±32 мс). Радионуклидные исследования были выполнены на гамма-камере «Омега-500» («Technicare» США-Германия). Легочную гемодинамику оценивали методом радионуклидной ангиопульмонографии (РАПГ), а для оценки сократительной функции левого желудочка использовали радионуклидную равновесную вентрикулографию (РРВГ).

Результаты. В течение первого месяца после имплантации кардиоресинхронизатора у пациентов увеличился минутный объем с 3,67±1,24 до 4,32±1,1 (p=0,004), ударный объем с 52,08±18,8 до 64,4±17,6 (p=0,02), сердечный индекс 1,92±0,63 до 2,21±0,51 (p=0,009) и ударный индекс с 26,8±9,8 до 32,05±9,9 (p=0,03). Имело место и улучшение сократимости левого желудочка, фракция выброса которого возросла с 26,6±8,3 до 31,9±8,3 (p=0,02). У всех пациентов отмечалась положительная динамика временных показателей гемодинамики малого круга кровообращения: артериальное модалное время уменьшилось с 7,95±3,3 до 6,25±2,5 (p=0,01), а среднее время циркуляции крови в малом круге – с 16,89±6,45 до 13,8±5,59 (p=0,01).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что сердечная ресинхронизирующая терапия положительно влияет на сократительную функцию миокарда ЛЖ и центральную гемодинамику.

Радионуклидные методы исследования позволяют объективно оценить эффект ресинхронизирующей терапии у пациентов с ХСН.

Нижгородцев М.Ю., Тепляков А.Т., Кузнецова А.В. **ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА АТ₁-РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА** **II ВАЛСАРТАНА НА РЕГРЕСС НАРУШЕНИЙ** **МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ** **БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОТЯГОЩЕННОЙ САХАРНЫМ** **ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: оценить влияние 3-месячной терапии блокатором АТ₁ рецепторов ангиотензина II (БРАП) валсартаном на состояние микроциркуляторного русла (МКЦР) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в ассоциации с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материал и методы исследования. В исследование включено 25 больных ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа в возрасте 59,2±5,8 лет. В среднем стаж ИБС составил 6,4±4,8 года, стаж СД 2-го типа – 10,5±5,6 лет. Среднесуточная доза валсартана составила 106±6,3 мг/сут. Больные обследовались исходно и через 3 месяца после начала терапии. МЦР исследовалась посредством лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате «Transonic System Inc.» (США). Исследование проводилось в положении сидя с расположением предплечья на уровне сердца. В исследовании анализировались данные исходной регистрации ЛДФ, показатели окклюзионной пробы. ЛДФ-граммы подвергались компьютерной обработке с вычислением среднего показателя МЦ (ПМ) за 3 мин. При выполнении окклюзионной пробы оценивались показатели максимального постокклюзионного кровотока (МПК), резерва капиллярного кровотока (РКК), прироста капиллярного кровотока (ПКК) и время восстановления (ВВ) показателей до исходных значений. У всех пациентов исходно диагностировалось снижение показателей микроциркуляции (МЦ) по сравнению со здоровыми лицами.

Результаты. Оценка состояния МЦ показала, что в исходном состоянии у больных СД 2-го типа диагностированы гетерогенные изменения МЦ с преобладанием патологических гемодинамических типов МЦ (ГТМ): гиперемический ГТМ – у 18,5% и спастический – у 81,5%, обусловленных структурно-функциональными изменениями (МКЦР). К окончанию курсовой комбинированной терапии валсартаном регистрировался прирост показателей МЦ. Отмечалось статистически значимое (p<0,001) увеличение на 16,7% значений максимального постокклюзионного кровотока (МПК) с 7,5±3,4 до 8,7±3,2 перф. ед. При этом прирост (p<0,004) капиллярного кровотока (ПКК) составил 13,4% (с 4,8±3,4 до 5,5±3,1 перф. ед.). Время восстановления тканевой перфузии до исходного уровня значимо уменьшилось (с 128,2±28,9 до 108,8±27,7) и составило 16,2%. Эти изменения были обусловлены улучшением сосудистой реактивности на фоне проводимой терапии за счет снижения влияния симпатической нервной системы, а также уменьшения тканевой активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у данной категории больных.

Заключение. У больных ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа, имеет место нарушение состояния МКЦР. Прием валсартана в средней дозе 106±6,3 мг/сут способствовал значимому улучшению сосудистой реактивности, благоприятным изменениям гемодинамических типов МЦ за счет снижения влияния симпатической нервной системы и уменьшения тканевой активности РААС.

Нижгородцев М.Ю., Тепляков А.Т., Кузнецова А.В., Левшин А.В. **ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ НА НАРУШЕНИЯ** **МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ** **У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ** **С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: оценить влияние терапии блокатором рецепторов ангиотензина II валсартаном на нарушения микроциркуляции и коронарной недостаточности у больных ИБС, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (средний возраст – 54,9±9,1 г.) с ИБС, ассоциированной с метаболическим синдромом. Для оценки состояния микроциркуляторного русла (МЦР) всем пациентам проводилась биомикроскопия бульбарной конъюнктивы глаза с анализом полученных результатов по методу Волкова В.С. и соавт. (1976). Для оценки скоростных показателей потока крови МЦР

кожи применялась лазерная доплеровская флоуметрия. Антигипертензивная эффективность лечения оценивалась по данным суточного мониторинга артериального давления с использованием системы «Astrocard». Оценка физической толерантности проводилась с помощью 6-минутного теста ходьбы, а также парных велоэргометрий (ВЭМ). Качество жизни – с использованием Миннесотского опросника.

Результаты. По данным конъюнктивной биомикроскопии исходно KI_1 , KI_2 , KI_3 и KI_c составили $2,5 \pm 0,2$, $12,2 \pm 0,5$, $6,5 \pm 0,6$ и $21,2 \pm 0,9$ балла, в динамике KI_1 , KI_2 , KI_3 и KI_c снизились достоверно на 16%, 23,8%, 23,1% и 22,6% соответственно. Средняя доза валсартана составила $126,3 \pm 39,5$ мг/сут. По данным лазерной доплеровской флоуметрии исходные значения БК и МПК колебались на уровне $1,36 \pm 0,1$, $3,42 \pm 0,3$ усл.ед. Уровень БК и МПК вырос на 22,1% ($p < 0,001$) и 19,6% ($p < 0,05$), составив $1,66 \pm 0,1$ и $4,09 \pm 0,3$ усл.ед. По окончании 4-недельной терапии валсартаном САД уменьшилось на 8,1%, ДАД на 6,1% ($p < 0,001$). Среднедневные значения САД и ДАД снизились на 7,3% и 5,6% соответственно ($p < 0,001$), однако не достигали нормальных величин. Среднеочные изменения характеризовались снижением САД на 13,1% и ДАД – на 10,9% ($p < 0,001$). Индекс времени гипертензии САД отреагировал снижением днем на 32,2%, ночью – на 66,1% ($p < 0,001$). Для ДАД уменьшение индекса времени составило днем 27,4%, ночью – 53,9% ($p < 0,001$), оставаясь недостаточным в связи со стабильно высокими исходными значениями. По данным ВЭМ физическая толерантность достоверно увеличилась на 31,2%. Дистанция 6-минутной ходьбы возросла на 10,2%, качество жизни улучшилось на 36,5%. В процессе наблюдения не было зарегистрировано ни одного побочного эффекта. Антиишемический эффект проявлялся регрессом коронарной недостаточности, в связи с чем частота стенокардии достоверно снизилась на 65,1%, а потребность в НТГ уменьшилась на 63,3%.

Выводы. Таким образом, 4-недельная терапия валсартаном в средней дозе $126,3 \pm 39,5$ мг/сут эффективно предупреждает прогрессирование нарушений микроциркуляции у больных с умеренно выраженными проявлениями ХСН, ассоциированной с метаболическим синдромом.

Нижгородцев М.Ю., Тепляков А.Т., Кузнецова А.В. ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРА АТ₁-РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ВАЛСАРТАНА НА РЕГРЕСС ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АССОЦИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: оценить влияние 3-месячной терапии блокатором АТ₁ рецепторов ангиотензина II (БРАП) валсартаном на регресс постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) коронарной и сердечной недостаточности, качество жизни и клиническое течение у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), отягощенной сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материал и методы исследования. В исследование включено 25 больных ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа в возрасте $59,2 \pm 5,8$ лет. В среднем стаж ИБС составил $6,4 \pm 4,8$ года, стаж СД 2-го типа – $10,5 \pm 5,6$ лет. Среднесуточная доза валсартана составила $106 \pm 6,3$ мг/сут. Больные обследовались исходно и через 3 месяца после начала терапии. Для оценки постинфарктного ремоделирования ЛЖ проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца на аппарате «Aloka SSD-5500 SV» (Япония), Ultramark. 9 (ATL, США), при этом оценивались следующие показатели: конечный диастолический размер (КДР), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО) а также фракция выброса (ФВ) ЛЖ. Оценка физической толерантности проводилась методом велоэргометрических тестов с помощью эргометра «Siemens-Elema». Для определения качества жизни применялся Миннесотский опросник.

Результаты. По результатам 3-месячной терапии БРАП валсартаном в дозе $106 \pm 6,3$ мг/сут имели место определенные признаки ремоделирования ЛЖ, которые по данным УЗИ проявились значимым ($p < 0,00$) снижением ИММ ЛЖ ($135,8 \pm 24,4$ до $114,8 \pm 19,7$), ММ ЛЖ ($p < 0,01$). ФВ ЛЖ – значимо ($p < 0,03$) возросла на 3%, составив $57,5 \pm 6,7\%$; КДР существенно не изменился – $57,9 \pm 13,4$ мм, имея тенденцию к снижению, в то время как КДО значимо ($p < 0,01$) уменьшился на 4,4% при средних значениях $142,0 \pm 28,9$ мл. Это отражало кардиопротективный эффект валсартана, который проявлялся в виде замедления процессов ремоделирования ЛЖ, улучшения насосной функции сердца. Частота стенокардии умень-

шилась на 84,6% ($p < 0,001$). Потребность в нитроглицерине также статистически значимо ($p < 0,001$) сократилась на 86,4%. При этом физическая толерантность по результатам велоэргометрии существенно ($p < 0,001$) возросла на 42,6% (с $49,2 \pm 27,2$ Вт до $70,2 \pm 29,8$ Вт), сопровождаемая улучшением качества жизни по данным Миннесотского опросника на 13,7%.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют говорить о положительном влиянии БРАП валсартана на регресс расстройств центральной гемодинамики, повышение физической толерантности и качество жизни, а также процессов патологического ишемического ремоделирования у больных с постинфарктной дисфункцией ЛЖ в ассоциации с СД 2-го типа.

Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А., Орлова С.Д., Базилович И.А.

ОБЩАЯ, ГОСПИТАЛЬНАЯ И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ДИНАМИКА ЗА 24 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ (1984-2007 ГГ.)

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: определить показатели и проследить тенденции в уровне общей (ОЛ), госпитальной (ГЛ) и догоспитальной (ДЛ) летальности больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в городе Томске за период с 1984 по 2007 гг.

Материал и методы. В основу исследования положены данные эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». Эпидемиология ОИМ изучается среди постоянного населения в возрасте старше 20 лет. За анализируемый период зарегистрировано 22366 случаев ОИМ. В остром периоде погибло 8420 (37,6 %) больных, в том числе на догоспитальном этапе – 5573 (66,2%) и в стационарах – 2847 (33,8%) человек.

Результаты. Уровень ОЛ за 24 года не изменился как в целом (35,5-37,1%), так среди мужчин (35,3-36,0%) и среди женщин (35,8-37,6%). Уровень ГЛ также не изменился (14,1-16,7%). Среди мужчин – 11,3-8,6%, среди женщин – 18,4-20,1%. В течение всего срока исследования стационарная летальность была статистически достоверно выше среди женщин и среди больных старше 60 лет. С первого года исследования показатель ГЛ имел стойкую тенденцию к снижению, которая прослеживалась до 1994 г. (7,5%, $P < 0,05$), однако затем ГЛ постоянно возрастала, почти достигнув исходного уровня. Это связано с ее ростом среди больных старше 60 лет в целом (1994 г. – 11,5%, 2007 г. – 23,4%, $P < 0,05$). Показатель ДЛ за 24 года достоверно снизился (с 21,4% до 19,1%), в том числе среди мужчин с 24 до 22,7%, среди женщин с 17,4 до 15,4%. Тенденция к снижению отмечена во всех возрастных группах. В течение всего срока исследования ДЛ была достоверно выше у мужчин и среди больных моложе 60 лет. За анализируемый период среди погибших на догоспитальном этапе стало больше больных умерших от «определенного» ОИМ (с 17,1 до 31,8%, $P < 0,05$), в том числе от разрыва миокарда (с 3,3 до 13,7%, $P < 0,05$). Увеличилось с 9,6 до 32,3% ($P < 0,001$) число умерших, для которых эпизод ОИМ, закончившийся смертью, был повторным (т.е. развился в течение первых 12 месяцев после предыдущего).

Выводы. Таким образом, показатели ОЛ больных ОИМ в Томске за 24 года статистически достоверно не изменились. Увеличение уровня ГЛ за последние годы наблюдения связано с преобладанием в возрастной структуре больных лиц старше 60 лет. Стабильно высокий показатель ДЛ и выявленные в ходе исследования данные указывают на необходимость скорейшего восстановления в полном объеме диспансеризации лиц с сердечно-сосудистой патологией и улучшения амбулаторной реабилитации лиц, перенесших ОИМ.

Панькова А.Н., Завадовский К.В., Лишманов Ю.Б. НАРУШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И КОНТРАКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель работы: изучить особенности гемодинамики правых отделов сердца и состояние легочной микроциркуляции у пациентов с тромбозом легочной артерии.

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 25 больных. Основную группу составили 15 пациентов (средний возраст 62 ± 11 лет) с ТЭЛА, верифицированной по данным V/Q скинтиграфии. В группу сравнения вошли 10 пациентов (средний возраст 59 ± 9 лет), страдающих ИБС, с недостаточностью кровообращения

I-II ФК по NYHA и исключенным по данным полного клинико-инструментального исследования диагнозом ТЭЛА. Радионуклидное исследование включало выполнение радионуклидной равновесной томографии и перфузионно-вентиляционной сцинтиграфии легких. В процессе обработки изображений были определены основные систолические и диастолические показатели ПЖ. Для оценки степени выраженности эмболии мы рассчитывали показатели кровенаполнения областей легких, подвергшихся тромбоэмболии.

Полученные результаты. Было установлено, что значения фракции выброса ПЖ были достоверно меньшими в группе пациентов с ТЭЛА. Значения КДО и КСО между группами достоверно не различались. Связано это, на наш взгляд, с тем, что среди пациентов данной выборки не было больных с рецидивирующими тромбоэмболиями, которые, как известно, осложняются развитием легочного сердца с дилатацией правого желудочка. У пациентов с ТЭЛА мы выявили достоверно меньшие значения ударного объема правого желудочка. Основные различия между группами были выявлены по диастолическим показателям. Причиной ухудшения показателей наполнения и изгнания правого желудочка является, на наш взгляд, не столько сам факт выключения части легочных капилляров из кровотока, сколько повышение давления в системе легочной артерии. Так, повышенное сопротивление току крови в легкие будет приводить к замедлению выброса крови из ПЖ, что проявляется уменьшением максимальной скорости изгнания. Увеличение постнагрузки на правый желудочек является также причиной достоверного уменьшения пиковой скорости наполнения как за всю диастолу, так и за ее треть.

При анализе кровенаполнения легких было установлено, что в эмболизированных зонах кровенаполнение было статистически достоверно снижено по сравнению с интактными зонами. В ряде случаев площадь зоны редуцированного кровенаполнения была большей по сравнению с областью гипоперфузии (по данным перфузионной томосцинтиграфии легких), что может быть обусловлено рефлекторным вазоспазмом по периферии области тромбоэмболии.

Выводы. Развитие тромбоэмболии легочной артерии сопровождается достоверным снижением фракции выброса, ударного объема, пиковой скорости изгнания, а также ухудшением диастолической функции правого желудочка.

Радионуклидная равновесная томография позволяет определять легочный кровоток и полуколичественно оценивать выраженность легочной эмболии.

Выполнение радионуклидной томографии показано пациентам с тромбоэмболией легочной артерии для оценки гемодинамической перегрузки правых отделов сердца и мониторинга эффективности проводимой терапии.

Рыбальченко Е.В., Тепляков А.Т. ДИНАМИКА КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: изучение влияния модифицируемых факторов риска (сахарный диабет в сочетании с гипертонической болезнью) на клиническую и ангиографическую эффективность стентирования коронарных артерий (КА) у больных ИБС в ходе 18-месячного наблюдения.

Материал и методы. В исследование всего включено 72 больных (94,4 мужчин): в 1-ю группу – 34 пациента без нарушений обмена углеводов и признаков ГБ (в ср. возрасте $50,7 \pm 1,1$ лет) и во 2-ю – (n=38) больные с сочетанием сахарного диабета легкой степени и ГБ 1-й-2-й стадии ($54,1 \pm 1,9$ лет). Группы были сопоставимы по частоте других факторов риска: курению, избыточной массе тела, ЖЭС невысоких градаций, а также по ангиологическим характеристикам: число пациентов с одно-, двухсосудистым поражением составило в 1-й и 2-й группах 52,9 и 57,8% соответственно. Большинство пациентов (80,6 и 94,7%) через 18 мес проспективного наблюдения проводили контрольную коронарографию (КТ).

Результаты. Исходно в 1-й гр. нестабильная стенокардия имела место у 8,3%, стенокардия напряжения тяжелых ФК – у 19 (55,8%) больных; во 2-й гр. – у 26,3 и 60,5% соответственно. Постинфарктный кардиосклероз диагностировался у 15 (44,1%) и 24 (63,2%) больных, гиперхолестеринемия ($>5,2$ ммоль/л) – в 59% и 76,3% случаев. У больных 2-й группы уровень триглицеридов исходно был значительно ($p<0,03$) выше: $3,1 \pm 0,39$ против $1,99 \pm 0,17$ ммоль/л. ТФН исходно по группам достоверно не различалась и была на уровне $71,6 \pm 9,7$ Вт и $64,3 \pm 9,7$ Вт.

Через 18 мес после вмешательства у 64,8% и 36,8% пациентов

имела место стенокардия напряжения легких ФК или симптомы ИБС отсутствовали. Клинические рецидив стенокардии зарегистрировали у 12 (35,2%) и 24 (63,2%) больных, при этом частота ангиографически подтвержденного рестеноза составила 17,6% (1-я гр.) и 57,8% (2-я гр.) соответственно ($p<0,05$). Среднее количество ангинозных приступов снизилось в 3 раза у больных 1-й группы и на 65,7% во 2-й группе на фоне прироста ТФН на 70,0% ($p<0,05$) и 44,1%. ИМ после реваскуляризации миокарда перенесли 8,8 и 13,2% больных соответственно. Летальных исходов среди больных 1-й группы зарегистрировано не было, тогда как во 2-й группе по сердечным причинам погибли 2 пациента.

К концу наблюдения 52,9% (n=18) больных 1-й гр. и 57,8% (n=22) 2-й гр. получали липидкорректирующие препараты. При этом в 1-й группе холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) снизился на 10,6% при тенденции к возрастанию холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с 0,99 до 1,06 ммоль/л (7%). Во 2-й группе ХС ЛПНП уменьшился на 9,6%, а ХС ЛПВП – с 1,05 до 0,97 ммоль/л.

Вывод. В период 18 мес после стентирования КА риск рестеноза и рецидива коронарной недостаточности остается выше (в 3,2 раза) у больных с наличием модифицируемых факторов риска (СД и ГБ) на фоне явной гипертриглицеридемии, при этом приверженность пациентов к терапии статинами остается низкой. Все это диктует необходимость осуществления более агрессивной липидкорректирующей терапии у данной категории больных.

Рыбальченко Е.В., Тепляков А.Т., Левшин А.В., Кузнецова А.В. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ РЕСТЕНОЗА СТЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: ранняя диагностика рестеноза внутри стента у больных, подвергшихся эндоваскулярной реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. В исследование включено 40 больных (ср. возраст $52,8 \pm 6,3$ лет) без клинических признаков рецидива коронарной недостаточности, подвергшиеся за 12-24 мес до включения в исследование стентированию коронарных артерий. Критериями исключения из исследования были: нарушения синоаурикулярной проводимости, отсутствие устойчивого синусового ритма, частая экстрасистолия, наличие заболеваний, существенно влияющих на прогноз и/или изменяющих ВРС (инсулинзависимый сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы, анемия, тяжелая дыхательная и почечно-печеночная недостаточность, последствия перенесенного ранее нарушения мозгового кровообращения). До вмешательства 17 (44,7%) больных перенесли ИМ, у 15 (37,5%) диагностировалась гиперхолестеринемия ($>5,2$ ммоль/л).

За 3 дня до исследования пациентам отменялись коронароактивные препараты, при необходимости допускалось использование нитроглицерина. Оценка показателей ВРС проводилась по окончании стандартного теста 6-минутной ходьбы; исходно и после нагрузки определялось АД. При отсутствии противопоказаний назначался современный $\alpha_1\beta_2$ -адреноблокатор акридиллол в дозе 25 мг/сут. Повторная запись ЭКГ и измерение этих же показателей осуществлялось через 2 недели курсовой монотерапии акридиллолом в условиях нагрузочного тестирования. Общий уровень нейрогуморальной регуляции оценивали по показателям SDNN и SDANN, показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим – pNN50; относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции – HF; относительный уровень активности вазомоторного центра – LF. ВРС оценивалась при помощи установки кардиорегилятора «Валента» (Россия).

Результаты. Непосредственный ангиографический успех стентирования достигал 95%. Через 12-24 мес антиишемическая эффективность вмешательства сохранялась у 77,5% больных. Количество приступов стенокардии уменьшилось ($p<0,01$) в 2,8 раза. ТФН в целом по группе прироста в 2 раза ($p<0,05$), составив $92 \pm 0,7$ Вт. Случаев летального исхода не было, у 2 (5%) пациентов после вмешательства развился ОИМ.

При анализе данных суточного мониторирования ЭКГ было отмечено, что прирост показателей вариабельности ритма сердца [для SDNN 47,7% ($p=0,03$), для SDANN 59,2% ($p=0,002$), для pNN50 93,3% ($p=0,05$) и для HF 90,5% ($p=0,02$)] достоверно чаще отмечали в группе пациентов, у которых при выполнении контрольной КВГ диагностировали рестеноз ранее имплантированных стентов.

Вывод. Использование неинвазивной методики оценки вариабельности ритма сердца в условиях фармакологической пробы с

$\alpha_2\beta_2$ -адреноблокатором акридиллолом у больных, подвергшихся ранее эндоваскулярной реваскуляризации, позволяет диагностировать наличие рестеноза внутри стента.

Рябов В.В., Марков В.А., Васильев А.Г.

ВЛИЯНИЕ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВВЕДЕНИЯ СРЕПТОКИНАЗЫ И УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель: оценить эффективность и безопасность усиленной наружной контрапульсации (УНКП) и ускоренного метода тромболитической терапии (ТЛТ) стрептокиназой 750 000 ЕД у больных с синдромом STEMI (острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST).

Методы исследования. Объект исследования – 16 человек с синдромом STEMI в первые 12 часов от его начала, больные рандомизированы на 2 группы. В 1-й группе – 8 больным выполнен 30-минутный сеанс УНКП в сочетании с ТЛТ стрептокиназой 750 000 ЕД за 10 мин. Больные 2-й группы – 8 человек получили лечение только ТЛТ по той же методике. В течение 180 мин оценивали косвенные признаки реперфузии инфарктсвязанной артерии (ИСКА). В случае их отсутствия выполняли спасительную ангиопластику и стентирование ИСКА. Пациенты обеих групп получали стандартную терапию дезагрегантами, антикоагулянтами и антиангинальными препаратами. В обеих группах выполняли отсроченную ангиопластику и стентирование ИСКА, в случае если интервенционное вмешательство не выполняли экстренно. У пациентов обеих групп оценивали клинико-демографические показатели, ранние и поздние осложнения STEMI, неблагоприятные сердечные события МАСЕ, большие и малые кровотечения. Оценивали частоту гипотоний, реперфузионные нарушения ритма и проводимости и степень их тяжести, побочные эффекты УНКП (мацерация, гематомы).

Полученные результаты. Обе группы пациентов сопоставимы по клинико-демографическим показателям. Средний возраст пациентов 1-й группы – $57 \pm 5,34$ лет, во 2-й группе – $53,8 \pm 7,62$ лет. Реперфузия ИСКА в 1-й группе достигнута во всех случаях, среднее время реперфузии ИСКА – $28,12 \pm 9,61$ мин, во 2-й группе – $99,16 \pm 35,83$ мин ($p=0,0001$), она достигнута у 6 пациентов. У 2 пациентов косвенные признаки реперфузии получены не были. Летальные исходы в 1-й группе не наблюдались, у одной пациентки во 2-й группе развился фатальный геморрагический инсульт. Гипотонические реакции во время ТЛТ в 1-й группе в 25% требовали инфузионной коррекции, во 2-й группе они требовали коррекции в 37,5%. Проведение спасительной ангиопластики потребовалось только у 12,5% пациентов контрольной группы. Рецидивы инфарктов миокарда наблюдались только в контрольной группе в 12,5% случаев. Развитие гематом фиксировалось у 25% в исследуемой группе и в 50% в контрольной. Желудочковая тахикардия наблюдалась в равном проценте случаев – 12,5% в обеих группах, случаев фибрилляции желудочков во время ТЛТ не наблюдалось ни в одной группе. Признаков мацерации и повреждения кожи в группе с УНКП не наблюдалось.

Выводы. УНКП – эффективная и безопасная процедура, позволяющая ускорить время наступления реперфузии ИСКА в сочетании с ТЛТ что, скорее всего, приведет к инфарктограничивающему эффекту и уменьшению частоты сердечной недостаточности, что необходимо подтвердить в исследованиях большей выборки.

Серебрякова В.Н.

ОТНОШЕНИЕ И ГОТОВНОСТЬ ВРАЧЕЙ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Целью работы явилось изучение отношения к профилактике табакокурения (ТК) и степени вовлеченности в неё врачей первичного звена здравоохранения г. Томска и Томской области.

Материал и методы. Изучение отношения к профилактике ТК и степени вовлеченности в неё проведено нами среди врачей, обучающихся на цикле краткосрочного тематического усовершенствования (72 часа): «Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения» в течение 2004-2007 гг. Исследование проведено анонимно, путем самоопределения анкеты, разработанной в ГНИЦ ПМ МЗ и СР РФ, Росмедтехнологий, г. Москва. Были изучены мнения 121 врача – 113 женщин и 8 мужчин, средний возраст которых составил $42,8 \pm 11,8$ лет. Отклик на исследование составил 96,8%.

Результаты. Установлено, что врачи выясняли статус курения у своих пациентов «Практически всегда» в 82,4%, делали это «Иногда» в 17,6% ($p<0,01$) случаев соответственно. Регистрировали статус курения пациента в его медицинской документации «Практически всегда» в 47,1%, «Иногда» в 29,4% ($p<0,001$) и «Практически никогда» в 23,5% ($p<0,0001$) случаев соответственно. Указали на то, что отказ от курения следует рекомендовать всем курящим – 91,7%; лицам, имеющим для этого медицинские показания, – 4,1% ($p<0,001$); только тем, кто курит более 10 сигарет в день, – 1,7% ($p<0,001$) специалистов. Ещё в 1,7% ($p<0,001$) случаев врачи выбрали все вышеперечисленные варианты ответа, затруднились с ответом в 0,8% ($p<0,001$) случаев.

Анализ вовлечённости врачей в профилактическое консультирование пациентов выявил, что менее половины (48,5%) респондентов постоянно только в рамках приема проводят профилактическую работу в отношении отказа от курения. Консультируют пациентов по отказу от курения как на приеме, так и вне его и от случая к случаю ещё 26,3% и 18,2% врачей соответственно. В то же время следует отметить, что практически никогда не оказывают подобной помощи пациентам 3,0%, ответили неопределенно 4,0% медицинских работников. Анализ распределения по частоте рекомендуемых методов помощи в отказе от курения показал, что респонденты рекомендовали своим пациентам никотинзаместительную терапию (НЗТ) в 41,2% случаев. Групповую и индивидуальную психотерапию, в качестве метода помощи при отказе от курения специалисты рекомендовали в 35,3% и 64,7% случаев соответственно. Такие методы помощи в отказе от курения, как гипноз, иглорефлексотерапия, включая другие виды рефлексотерапии и гомеопатические препараты, врачи указали в 11,8% случаев каждый.

Таким образом, большинство (89,9%) врачей правильно ориентированы в отношении тактики ведения курящих пациентов. В то же время, несмотря на то, что совет врача прекратить курение является эффективной мерой в профилактике табакокурения, только половина из опрошенных врачей консультируют пациентов по этому вопросу постоянно в рамках приема.

Серебрякова В.Н.

ПРИОРИТЕТ ЗДОРОВЬЯ В ИЕРАРХИИ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ТОМСКА

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель работы: оценить место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей студентов ведущих университетов г. Томска

Материал и методы. Одномоментное эпидемиологическое исследование (сплошное раздаточное анонимное анкетирование) проведено нами среди юношей студентов III курса, обучающихся в пяти университетах города – Томском государственном университете (ТГУ); Сибирском государственном медицинском университете (СибГМУ); Томском государственном архитектурно-строительном университете; Томском университете систем управления и радиоэлектроники (ТУСУР); Томском политехническом университете (ТПУ). Всего обследовано 524 (возраст 18-25 лет) человека, отклик на исследование составил 81,1%. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ EPI INFO 5 (WHO, 1990).

Результаты. В обследованной популяции первое место здоровью в иерархии жизненных ценностей отдавали 74,6% студентов. В то же время второе и третье место по приоритетности в иерархии жизненных ценностей учащиеся отдали материальному благосостоянию (65,8%, $p<0,01$) и семье (63,0%, $p<0,01$) соответственно ($p>0,05$). Далее по значимости следовали такие жизненные ценности, как друзья (58,2%, $p<0,0001$), интересная работа (43,7%, $p<0,0001$) и положение в обществе (33,2%, $p<0,0001$) – 4-е, 5-е и 6-е место соответственно. Сравнительный анализ показал, что только в отношении двух жизненных ценностей – здоровье и интересная работа – между студентами медиками и учащимися университетов немедицинского профиля не было получено статистически значимых различий. Среди учащихся университетов немедицинского профиля здоровью как жизненной ценности значительно чаще отдавали предпочтение респонденты ТГУ по сравнению с учащимися ТУСУР: 83,3% и 66,4% ($p<0,05$) соответственно. Обращает на себя внимание тот факт, что в отношении такой жизненной ценности, как семья среди студентов ВУЗов немедицинского профиля не было получено статистически значимых различий. Вместе с тем такие жизненные ценности, как интересная работа, друзья и положение в обществе были наиболее значимыми для студентов ТГУ и ТГАСУ, чем для респондентов ТУСУР ($p<0,05$). Материальному благополучию как жизненной ценности значительно чаще отдавали предпочтение учащиеся ТГАСУ, чем студенты ТУСУР: 75,5% и 60,7% ($p<0,01$) соответственно.

Таким образом, здоровье в иерархии жизненных ценностей студентов ведущих университетов г. Томска занимает главенствующую позицию. При этом такое отношение к категории здоровье не различалось между студентами СибГМУ и учащимися немедицинских ВУЗов. Среди учащихся немедицинских университетов наименьший приоритет здоровью в иерархии жизненных ценностей отмечен у студентов ТУСУРа.

Суслова Т.Е., Груздева О.В., Кремено С.В., Кологривова И.В., Кошельская О.А., Левашкина Е.А., Желтоногова Н.М.
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Целью работы явилось изучение антиоксидантной активности плазмы крови, неферментативного звена антиоксидантной системы и окислительной резистентности липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и у здоровых доноров.

Обследовали 30 больных СД в сочетании с АГ и 22 здоровых донора. Оценивали окислительную модификацию ЛПНП, содержание токоферола, аскорбиновой кислоты и уратов в сыворотке крови. Антиоксидантную активность сыворотки крови (АОА) исследовали методом люминол-зависимой хемилюминесценции. Достоверность различий оценивали непараметрическими методами.

В группе больных обнаружено снижение окислительной резистентности ЛПНП, что может быть связано с изменением антиоксидантного потенциала плазмы крови при СД в сочетании с АГ. Так, у больных отмечалось увеличение интегрального показателя АОА, концентрации аскорбиновой кислоты и уратов, в то время как содержание токоферола в сыворотке крови у больных не изменялось. Результаты корреляционного анализа показали, что у больных и у здоровых доноров АОА была связана с концентрацией сывороточных уратов ($R=0,8$; $p<0,05$ и $R=0,6$; $p<0,05$ соответственно). У обследованных больных обнаружена отрицательная связь между содержанием липидных пероксидов в циркулирующих ЛПНП и содержанием токоферола в сыворотке крови ($R=-0,4$; $p<0,05$). В группе здоровых доноров обнаружено, что содержание липидных пероксидов в циркулирующих ЛПНП отрицательно коррелирует с содержанием токоферола ($R=-0,57$; $p<0,05$) и мочевой кислоты ($R=-0,7$; $p<0,05$), так как последние являются основными антиоксидантами, защищающими ЛПНП от окисления. Для здоровых доноров также обнаружена прямая взаимосвязь между содержанием токоферола в сыворотке крови и способностью ЛПНП к окислению ($R=0,74$; $p<0,05$), по-видимому, ингибируя окисление ЛПНП, токоферол, тем самым, увеличивает их потенциальную способность к окислению, которая при определенных условиях может реализоваться *in vivo*.

Таким образом, при сочетании СД и АГ наблюдается снижение окислительной резистентности ЛПНП. Изменение антиоксидантной активности сыворотки крови является важным фактором, влияющим на способность липопротеинов к окислению.

Тривоженко А.Б.

ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ПЕЙСМЕКЕРНОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

ФГУЗ Клиническая больница № 81 ФМБА России, Северск

Пейсмекерная стресс-эхокардиография с чреспищеводной стимуляцией предсердий (ЧПЭС) позиционируется как один из наиболее доступных и относительно высокочувствительных методов ранней диагностики ИБС. Однако использование трансторакального ультразвукового доступа ограничивает возможности этого метода у 10-15% пациентов с ожирением, узкими межреберными промежутками или эмфиземой легких. Чреспищеводная эхокардиография (ЧП ЭхоКГ) легко преодолевает эти ограничения ввиду анатомической близости исследуемого органа и пищевода.

Целью нашего исследования явилась разработка простого способа комбинации ЧП ЭхоКГ и ЧПЭС, алгоритма и протокола выполнения ЧП стресс-ЭхоКГ, а также изучение диагностической надежности и недостатков предлагаемого метода.

Было обследовано 52 человека: 18 мужчин и 34 женщины в возрасте от 34 до 74 лет (средний возраст $52\pm 7,2$ года), 85% из них имели боли в грудной клетке различной локализации, продолжительности и интенсивности, у 25% они сопровождались одышкой. Артериальная гипертензия имела место у 65%, а у 40% наблюдалось ожирение

различной степени. Для совмещения ЧП ЭхоКГ и ЧПЭС было использовано оригинальное устройство, состоящее из стандартного чреспищеводного ультразвукового кардиологического датчика и электрода для ЧПЭС с коаксиально перемещаемыми элементами. Четкость получения изображений достигалась за счет изменения кривизны эндоскопа, поворотами пьезоэлектрического преобразователя и перемещениями самой конструкции, а устойчивость предсердного ритмовождения – за счет изменения расстояния между электродами и регулировкой амплитуды электрических стимулов. С целью индукции предполагаемой ишемии миокарда был выбран ускоренный протокол ритмовождения, а для оптимальной визуализации левого желудочка исследование выполнялось в положении пациента на правом боку.

В процессе интубации пищевода, по причине волнения, у всех пациентов произошло увеличение ЧСС и систолического АД не менее чем на 20% от исходных значений. Это позволило сократить продолжительность индукционного периода пробы.

Во всех случаях ЧП стресс-ЭхоКГ была доведена до диагностических критериев и оказалась положительной у 23 человек. Различные по протяженности и выраженности нарушения сегментарной сократимости левого желудочка появлялись в регионе передней нисходящей артерии у 83% и правой – у 17% пациентов. У 74% они сопровождались ишемическими изменениями на ЭКГ, у 52% – ишемической митральной регургитацией и у 43% – стенокардией.

При верификации заболевания методами рентгеноконтрастной коронарографии и нагрузочной перфузионной сцинтиграфии миокарда было обнаружено 2 ложноположительных и 3 ложноотрицательных результата. Точность метода составила 90%, чувствительность – 88%, а специфичность – 90%.

Для продления порога стимуляции использовалась достаточно низкая амплитуда стимулов с минимальным раздражением слизистой оболочки пищевода благодаря тому, что конструкция устройства позволяла плотно прижимать контакты электродного узла к его стенке.

Таким образом, предложенное устройство для одномоментной ЧП ЭхоКГ и ЧПЭС позволило добиться безупречной визуализации левого желудочка в процессе стресс-ЭхоКГ. Возможность коаксиального перемещения контактов электродного узла исключала перемены в ритмовождении при сканировании из различных позиций, а повышение систолического АД, на которое приходился определенный расход коронарного кислорода, повысило надежность метода.

Трубачева И.А.*, Серебрякова В.Н.*, Линок Е.А., Мелешко Э.В.
ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ ВРАЧЕЙ МЛПУ Г. ТОМСКА

МЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики», Томск;

* ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Целью исследования явилось изучение отношения к табакокурению врачей МЛПУ г. Томска.

Материал и методы исследования. Отношение врачей МЛПУ к проблеме табакокурения исследовали анонимно сплошным опросным методом с помощью специально разработанной анкеты. Анкетирование проводили на рабочих местах в рамках антитабачной декады в г. Томске (21-31 мая 2008 г.).

Результаты. В исследовании приняли участие 674 врача МЛПУ, в том числе 512 женщин и 148 мужчин, 2% респондентов не указали свой гендер.

Никогда не курили 62% врачей, регулярно курят 15%, курят иногда 7%, курили ранее и бросили 14%, не дали ответа на поставленный вопрос 2% респондентов. Анализ возраста приобщения к привычке показал, что в возрасте 7 лет начали курить 1% респондентов, в 10-12 лет – 5%, в 13-15 лет – 9%, в 16-19 лет – 42%, в 20-24 лет – 26%, в 25-28 лет – 7%, в 30-38 лет – 3%, в 40-46 лет – 1%, не ответили 6%. Среди курящих в настоящее время только 57% врачей пытались бросить курить.

Поддавляющее большинство врачей (90%) рассматривают курение в качестве ведущего фактора риска ССЗ и других неинфекционных заболеваний. При этом статус курения у своих пациентов уточняют «практически всегда» менее половины врачей – 48 %, «иногда» – 31%, «практически никогда» – 11% опрошенных. Ещё 10% врачей не дали ответа на этот вопрос. Регистрируют статус курения в медицинской документации опрошенные специалисты ещё реже. Делают это «практически всегда» только 28% врачей, «иногда» – 30%, «практически никогда» – 26% специалистов. Не дали ответа 16% респондентов. Рекомендуют курящим пациентам отказаться от курения «практически всегда» только 63% врачей, «иногда» – 22%, «практически никогда» – 7%, не дали ответа ещё 8% респондентов.

В помощь пациенту при отказе от курения индивидуальную психотерапию рекомендуют 42% врачей, никотинзаместительную терапию – 39%, гомеопатические средства – 26%, групповую психотерапию – 19%, гипноз – 10% специалистов. Более половины (59%) врачей считают, что чувствуют себя вполне уверенно, консультируя курящего пациента, для этого у них есть необходимые знания и навыки. В то же время в случае с табачной зависимостью только 19% специалистов считают, что чувствуют себя вполне уверенно, имея для этого необходимые знания и навыки. Каждый третий (34%) врач полагает, что нуждается в дополнительной подготовке по данной проблеме. Ещё 26% специалистов в этом вопросе не всегда чувствуют себя уверенно, знаний и навыков иногда не хватает. Подавляющее большинство (72%) опрошенных специалистов не имеют руководств (методических материалов) по организации профилактической работы с курящими пациентами.

Предварительные результаты выполненного исследования демонстрируют масштабы проблемы табакокурения в такой фокусной группе населения, как врачи МЛПУ города.

Усольцева Т. А., Поликутина О. М., Сизова И. Н. *, Кудрявцева И. А., Макаров С. А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер»;

* ГУ «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой» СО РАМН, Кемерово

Цель исследования: изучение клинических и функциональных параметров сердечно-сосудистой системы у подростков с различным уровнем АД.

Материал и методы. Проведено обследование 162 подростков г. Кемерово в возрасте 10-18 лет. Программа обследования включала проведение клинического осмотра с антропометрией, измерением АД, оценку физического развития, определение вегетативного статуса, проведение электрокардиографии, эхокардиографии, велоэргометрии.

Результаты. По результатам трехкратного измерения АД подростки были разделены на группы: с нормальным АД, с высоким нормальным АД (ВНАД), с артериальной гипертензией (АГ). Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Средние значения индекса Кетле у подростков с артериальной гипертензией были достоверно выше по сравнению с аналогичными параметрами подростков с нормальным АД. Количество подростков с симпатикотонией достоверно увеличивалось в группах с ВНАД и АГ по сравнению с основной группой независимо от пола.

При оценке состояния гемодинамики у подростков в зависимости от уровня АД выявлено увеличение СИ и ОПСС пропорционально степени повышения АД. При сравнении групп выявлены различия в развитии патоморфологических реакций миокарда ЛЖ в зависимости от пола и уровня повышения АД. При анализе индексированных морфометрических параметров левого желудочка у подростков с АГ выявлены достоверные признаки начала ремоделирования миокарда ЛЖ.

Анализ результатов велоэргометрической пробы выявил особенности гемодинамического обеспечения физической нагрузки в зависимости от пола и уровня АД.

Выводы:

1. У подростков с АГ средние значения индекса Кетле достоверно выше по сравнению с подростками с нормальным уровнем АД.
2. Среди подростков с ВНАД и АГ достоверно чаще встречается преобладание симпатического отдела автономной нервной системы.
3. У подростков с ВНАД независимо от пола отмечается достоверное изменение показателей гемодинамики в сторону преобладания гиперкинетического типа и снижения доли гипокINETического типа гемодинамики.
4. Выявлены особенности гемодинамического обеспечения физической нагрузки в зависимости от пола и уровня АД.

Федоренко Е. В., Witsack H.-J., Гуляев В. М., Мордовин В. Ф., Усов В. Ю.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОЗГОВОГО КРОВОТОКА И ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ И ДИНАМИЧЕСКОЙ РКТ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН; Институт медицинской радиологии, Кельн, Германия

Цель исследования: оценить влияние медикаментозной терапии на количественные показатели объема боковых желудочков и выраженности перивентрикулярного отека у пациентов с артериальной гипертензией при первичном обращении и после 6-месячного курса терапии.

Материал и методы. Исследование выполнено у 36 пациентов с неосложненной эссенциальной артериальной гипертензией II стадии. Всем пациентам при поступлении и через 6 месяцев терапии выполнена контрастированная динамическая СРКТ как последовательность ежесекундных срезов по 5 мм на уровне тел боковых желудочков и базальных ядер в течение 45 с после болюсного введения до 50 мл контрастного препарата. По передней мозговой артерии построена входная артериальная функция «РП-время». По результатам свертки входной функции и повоксельно полученных кривых «время – рентген-плотность», получены карты пространственного распределения регионального мозгового кровотока (рМК, мл/мин/100 г ткани), регионального мозгового объема крови (рМОК, мл/100 г ткани). Динамические протоколы СРКТ и количественные модели кинетики внутрисосудистых контрастных препаратов позволили считать локальный мозговой кровоток в физиологических единицах (как мл/мин/100 г ткани) и кровенаполнение (как мл/100г ткани/мин) по всем бассейнам кровоснабжения головного мозга, в области базальных ядер и области перивентрикулярной отечности. Магнитно-резонансная томография выполнена всем пациентам при первичном обследовании и через 6 месяцев наблюдения. По данным МРТ исследования, помимо верификации структурных изменений в ткани головного мозга была проведена количественная оценка показателей ликворной системы и выраженности перивентрикулярно-го отека белого вещества головного мозга (ПВО).

Заключение. По результатам контрольного обследования нами были выделены 2 группы пациентов: 1-я группа – с положительной динамикой исследуемых параметров (уменьшение линейных размеров желудочков мозга и выраженности перивентрикулярного отека) и 2-я группа – с отсутствием или отрицательной динамикой состояния ликворной системы головного мозга и кровотока как в области базальных ядер, так и в области лейкомакозоза (ПВО). При анализе клинических данных выяснено, что у пациентов 1-й группы в ходе проводимой терапии было достигнуто умеренное снижение САД от 138 до 126 мм рт. ст., а во 2-й группе на фоне терапии стойкого снижения артериального давления достигнуто либо не было, либо, напротив, имело место выраженное снижение цифр САД от 154 до 123 мм рт. ст. Таким образом, на фоне достижения низких цифр артериального давления в ходе антигипертензивной терапии (снижение САД более 15-19%) наблюдаются отрицательные изменения показателей ликворной системы, сопровождающиеся отеком белого вещества головного мозга в перивентрикулярной зоне, а также ухудшением кровотока и кровенаполнения головного мозга.

Федорченко Ю. Л., Пузынина Н. Г., Кушнир Т. В., Христенко Г. А. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет; Госпиталь УВД по Хабаровскому краю, Хабаровск

Цель исследования состояла в изучении клинико-инструментальных показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов, сотрудников УВД, имеющих повышенное АД, в том числе на фоне избыточной массы тела, и относящихся к различным группам предназначения («оперативные» и «кабинетные» работники).

Материал и методы. В исследование по принципу случайной выборки были включены 86 человек, сотрудников УВД, мужчин в возрасте от 35 до 50 лет, имеющих артериальную гипертензию (АГ) 1-й степени. Сформированы 2 группы: 1-я – представители «оперативных» специальностей и 2-я – «кабинетные» работники. Обе группы в свою очередь были разделены на две подгруппы: подгруппа А включала лиц с нормальной, подгруппа В – с избыточной массой тела или ожирением 1-й степени. Всем определяли липидный спектр, проводили ЭКГ, СМАД (суточное мониторирование АД) по общепринятой

методике, с помощью ЭхоКГ рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Результаты и обсуждение. При сравнении ряда клинико-гемодинамических особенностей обследованных пациентов оказалось, что у лиц «оперативной» группы достоверно раньше развивается повышение АД, чем в «кабинетной» группе, но у имеющих избыточную массу тела стаж АГ выше независимо от характера работы. «Оперативная» группа имела больший процент курящих (87,9%), чем «кабинетная» группа (от 68,2%). Имеющие избыточную массу тела курили реже, чем лица с нормальной массой как в 1-й, так и во 2-й группах. Отмечено, что в «оперативной» группе достоверно чаще, чем в «кабинетной» наблюдалась предсердная экстрасистолия (54,5 % и 33,3% соответственно). При оценке изменений липидного спектра отмечено, что лица «оперативных» профессий без избыточной массы тела (подгруппа 1А) имели более низкие значения ОХ, ХС ЛПНП, ТГ, чем «кабинетные» работники (подгруппа 2А). В обеих группах у лиц с избыточной массой тела уровни атерогенных липопротеидов были достоверно выше. При проведении СМАД у сотрудников «оперативных» служб УВД выявлена большая частота изолированной систолической АГ, увеличение индекса нагрузки давлением, повышенная вариабельность САД и ДАД, высокая скорость утреннего подъема АД. Во 2-й группе («кабинетной») чаще наблюдалась диастолическая АГ, отмечалось повышение ДАД как в дневное, так и в ночное время, с высоким индексом времени ДАД. При оценке суточного ритма АД для 1-й группы было характерным отсутствие достаточного снижения АД в ночное время: «non-dippers», а также парадоксальное ночное повышение АД: «night-peakers». Во 2-й группе преобладали лица с нормальным суточным ритмом АД, и даже чаще встречались пациенты, у которых имелось избыточное снижение АД в ночное время: «over-dippers». В группе «оперативных» работников отмечены большие величины среднего ИММЛЖ и достоверно более высокий процент лиц с гипертрофией левого желудочка, чем у «кабинетных» служащих. У лиц, имеющих избыточную массу тела и ожирение 1-й степени, независимо от группы наблюдения, отмечено более раннее развитие АГ, более высокие значения среднесуточного САД и ДАД, среднего ночного САД и ДАД, индекса времени ДАД, чем у пациентов с нормальным весом. Кроме того, у данных лиц ИММЛЖ был достоверно выше, чем у пациентов с нормальным весом, вне зависимости от группы предназначения.

Шилова Л.Н.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет; ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии, РАМН, Волгоград

Системная склеродермия (ССД) – аутоиммунное заболевание соединительной ткани, основные проявления которого связаны с ишемией и фиброзом органов. Фиброзирование и нарушение микроциркуляции, приводящие к развитию ишемии и кардиосклероза, предпологающие к развитию раннего атеросклероза, являются основой поражения сердца при ССД. Поражение антиоксидантной системы при данной патологии способствует активизации прооксидантных процессов.

Цель: исследование уровня антител к ферментам антиоксидантной системы: супероксиддисмутазе (СОД), глутатионпероксидазе (ГП) у больных ССД.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 здоровых лиц и 32 больных с ССД, среди которых 31 жен. (96,9%), 1 муж. (3,1%), средний возраст – $48 \pm 2,3$ г., продолжительность болезни – $8,3 \pm 1,23$ г. Всем больным проводились инструментальные исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское исследование ЭКГ. У 15 (46,9%) больных было выявлено поражение сердца. Антитела к СОД, ГП в сыворотке крови определяли методом непрямого иммуноферментного анализа с использованием иммобилизованных антигенных форм энзимов (Гонтарь И.П., 2001).

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании сывороток здоровых лиц уровень антител к СОД составил $0,095 \pm 0,07$, к ГП – $0,09 \pm 0,04$, существенных различий в зависимости от пола, возраста не выявлено. В крови 13 пациентов (40,6%) выявлены антитела к СОД, 12 (37,5%) – антитела к ГП, обнаружена тенденция к снижению активности энзимов ($p > 0,02$), что может быть обусловлено, в том числе, выработкой аутоантител к СОД и ГП, приводящих, вероятно, к инактивации ферментов. В группе больных с I степенью активности обнаружено увеличение уровня антител по сравнению со здоровыми лицами ($p > 0,04$), у больных со II степенью активности

выявлен достоверно более высокий уровень антител к ферментам по сравнению с минимальной степенью активности ($p < 0,05$), а при максимальной степени активности – достоверно высокие уровни антител по сравнению со II степенью ($p < 0,05$).

В группе больных, имеющих высокий уровень антител к СОД, ГП выявлено снижение активности ферментов ($3,6 \pm 0,46$, $p < 0,02$, $0,095 \pm 0,04$ ЕД/мл, $p < 0,02$ соответственно), в то время как при отсутствии антител (во 2-й группе) снижения активности практически не наблюдалось ($5,2 \pm 0,19$, $p < 0,05$, $0,118 \pm 0,03$ ЕД/мл соответственно). В 1-й группе больных у более чем 70% человек диагностировано поражение сердца, во 2-й группе – у 5 (26,3%) – СОД и у 6 (30%) – ГП, то есть значительно менее частое поражение.

Таким образом, можно предположить, что выявленные антитела к ферментам антиоксидантного ряда вызывают, вероятно, снижение их функции и способствуют поражению сердца.

Гуляев А.М., Веснина Ж.В., Гольцов С.Г., Лишманов Ю.Б.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОНУКЛИДНОЙ РЕНОСЦИНТИГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Цель исследования: с помощью динамической реносцинтиграфии оценить степень влияния различных рентгеноконтрастных веществ (РКВ) на функциональную активность почек.

Материал и методы. В исследование включены 47 пациентов, страдающих ИБС (44 мужчины и 3 женщины, средний возраст $54,15 \pm 1,16$ лет). Коронароангиография (КВГ) была выполнена 21 пациенту, из них у 15 больных использовали иогексол (1-я группа), 18 – иобитридол (2-я группа) и 14 – иокситаламат (3-я группа). Динамическую радионуклидную реносцинтиграфию с ^{99m}Tc -ДТПА проводили до и через 2-3 дня после КВГ. Сцинтиграфические исследования выполнены на гамма-камере «Омега 500» («Technicare», США-ФРГ).

Результаты. После КВГ у пациентов 1-й группы имело место достоверное уменьшение средних значений общей скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и СКФ левой почки в сочетании с замедлением клиренса крови. Во 2-й группе также выявлено достоверное снижение средних значений общей СКФ и клиренса крови. При этом незначительное уменьшение фильтрационной активности (снижение суммарной СКФ не более чем на 15%) внутри каждой из групп наблюдалось в одинаковом проценте случаев (20%, 22% и 21% соответственно). В то же время более выраженная почечная дисфункция под влиянием РКВ развивалась заметно чаще в 1-й и 2-й группах (в 33% и 33% случаев соответственно) по сравнению с 3-й группой (21%). Как следствие, изменения показателей, отражающих фильтрационную функцию почек, носили в 3-й группе недостоверный характер. У больных всех групп наблюдалось достоверное увеличение средней величины $T_{1/2}$ левой и правой почек – показателя, отражающего скорость выведения индикатора из чашечно-лоханочной системы. При этом внутри каждой из групп незначительно выраженное (в пределах допустимой нормы) удлинение этого параметра ренограммы имело место в 13%, 22% и 36% случаев соответственно. В то же время число пациентов с достаточно выраженным нарушением экскреторной функции одной или обеих почек, также как по отношению к фильтрационной функции, было заметно меньшим в 3-й группе по сравнению с 1-й и 2-й группами (21%, 33% и 33% соответственно). Кроме того, во 2-й группе достоверно изменился период полувыведения РФП из почечной паренхимы левой почки и индекс кортикальной задержки индикатора с обеих сторон. В целом, статистический и индивидуальный анализ полученных результатов показал, что наименее выраженное негативное влияние на эвакуаторную активность почек в ряду исследованных РКВ оказывал Телебрик.

Заключение. Радионуклидная реносцинтиграфия позволяет объективно и с высоким уровнем информативности определить степень и характер негативного воздействия рентгеноконтрастных веществ на функциональную активность почек. Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокоосмолярный ионный мономер Телебрик оказывает менее выраженное нефротоксическое влияние по сравнению с низкоосмолярными неионными мономерами Омнипаком и Ксенетиксом.

Розин А.И., Гарганеева Н.П., Лебедева Е.В., Репин А.Н.,
Счастный Е.Д.

К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра
СО РАМН;
ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН;
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский
университет Росздрава, Томск

Депрессия может с полным основанием рассматриваться в качестве важной общемедицинской проблемы. Это связано с тем, что проявления депрессивного состояния в силу выраженности соматовегетативных (соматических) симптомов зачастую ассоциируются пациентами не с психическим расстройством, а с различными соматическими заболеваниями, поэтому больные депрессией нередко обращаются за медицинской помощью не к психиатрам, а к терапевтам, кардиологам, неврологам. Эпидемиологические данные последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской и кардиологической практике, намного превышающей частоту этих расстройств в популяции.

В ходе взаимодействия психиатров и кардиологов на базе отделения реабилитации клиники ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН разрабатывается и применяется модель биопсихосоциальной реабилитации. Это позволяет повысить уровень информированности пациентов о сущности кардиологической патологии, наличии и степени выраженности аффективных расстройств, механизмах действия принимаемых лекарств и обусловленной необходимости длительного их приема. Устанавливая психотерапевтический контракт, четко очерчиваются возможности и критерии улучшения самочувствия пациента, обсуждаются качество жизни и уровень социального функционирования пациентов. В результате тесного сотрудничества врачей-психиатров и кардиологов происходит ликвидация пробелов знаний по соответствующим дисциплинам. Проводится совместная разработка программ лекарственной терапии пациентов с учетом сложных межлекарственных взаимодействий, согласованно подаются заявки на приобретение необходимых отделению препаратов, что позволяет достичь более комфортного выбора назначаемого медикаментозного лечения. Во время встреч врача-психиатра и пациента проводятся сеансы краткосрочной психотерапии с преобладающим использованием когнитивно-поведенческого подхода, большое значение имеет поведенческая психотерапия, направленная на формирование желаемых адаптивных форм поведения, оптимизацию уровня социального функционирования.

Первые результаты показывают достаточно высокий уровень эффективности комплексной терапии с применением антидепрессантов и психотерапии в лечении пациентов с ИБС, гипертонической болезнью, компонентами метаболического синдрома и тревожно-депрессивными расстройствами. В клинической картине депрессивных расстройств у данной когорты пациентов достаточно высок уровень алекситимии, отмечалась частая склонность к соматизации психических переживаний. Отмечалось значительное уменьшение среднего балла по шкале оценки выраженности депрессии MADRS ($13 \pm 1,1$ – на 2-й неделе и $7 \pm 0,8$ – на 4-й неделе), также пациенты указывали на отчетливое улучшение общего самочувствия, урежение приступов стенокардии и эпизодов подъема артериального давления. Следует считать реализацию биопсихосоциальной модели реабилитации пациентов наиболее оптимальной и перспективной.

Русина А.М., Мордовин В.Ф., Фальковская А.Ю., Афанасьева Н.Л.,
Федоренко Е.В., Усов В.Ю., Гордеева Е.В., Трисс С.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ И АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН

Целью работы была оценка гипотензивной эффективности и динамики показателей МРТ-томографии головного мозга на фоне лечения бета-блокаторами и антагонистами кальция и определение особенностей церебропротективных свойств этих препаратов.

Материал и методы. Обследовано 88 больных с гипертонической болезнью II стадии (45 мужчин, 43 женщины). Метопролол (эгилок-ретард, Egis, Венгрия) в дозе 25-100 мг был назначен 47 пациентам, фелодипин (фелодип, IVAX, Чехия) в дозе 2,5-10 мг назначался 23 больным и верапамил (изоптин СР 240, Knoll, Германия) в дозе 120-

480 мг назначался 18 пациентам. Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по всем клиническим и метаболическим параметрам. Исходно и после 6 месяцев терапии пациентам проводилось суточное мониторирование АД и магнитно-резонансная томография головного мозга.

Результаты. Достоверных различий гипотензивного эффекта между препаратами отмечено не было. Препараты достоверно снижали артериальное давление во все периоды суток, тем не менее более выраженный гипотензивный эффект отмечался у изоптина СР. Значимого влияния на суточный профиль отмечено не было.

Под влиянием эгилока-ретарда через 6 месяцев отмечается преимущественное уменьшение выраженности признаков внутричерепной гипертензии, что выражалось уменьшением перивентрикулярного отека (исход – $2,7 \pm 0,8$ мм, через 6 месяцев – $2,5 \pm 0,7$ мм, $p=0,3$) и достоверным уменьшением субкортикальной отечности (исход – $2,1 \pm 0,5$ мм, через 6 месяцев – $1,4 \pm 0,6$ мм, $p=0,00009$). Отмечалась тенденция к уменьшению размеров боковых желудочков и субарахноидальных пространств.

Под влиянием верапамила реже на 21% наблюдалось расширение борозд, достоверно уменьшились явления перивентрикулярного отека (исход – $2,2 \pm 0,5$ мм, через 6 месяцев – $1,6 \pm 0,7$ мм, $p=0,03$) и субкортикальной отечности (исход – $1,8 \pm 0,6$ мм, через 6 месяцев – $1,2 \pm 0,6$ мм). Отмечалась тенденция к уменьшению размеров боковых желудочков и субарахноидальных пространств.

На фоне лечения фелодипом наблюдалась лишь тенденция к уменьшению признаков нарушения ликвородинамики и внутричерепной гипертензии (перивентрикулярный отек исходно – $2,8 \pm 0,9$ мм, через 6 месяцев – $2,6 \pm 0,9$ мм, $p=0,5$, субкортикальный отек исходно – $2,2 \pm 0,9$ мм, через 6 месяцев – $1,7 \pm 0,4$, $p=0,1$).

Выводы:

1. Препараты в равной мере достоверно снижают артериальное давление по данным суточного мониторирования АД.
2. Отсутствует значимое влияние на суточный профиль.
3. Достоверное уменьшение перивентрикулярного отека наблюдалось под влиянием верапамила, а более выраженное снижение степени субкортикального отека отмечалось при использовании метопролола.