

Результаты клинического анализа эффективности шинирования зубов

Группы	Количество пациентов	Количество осложнений (разгерметизация шины)	Эстетическая удовлетворённость пациента
1	18	1	100%
2	18	4	75%

равномерно распределить ленту вокруг каждого зуба (практически невозможно), входящего в шину, следовательно, трудно создать равнопрочную конструкцию и равномерное распределение нагрузки. Зубная конструкция (шина) получается неравнопрочной и недолговечной. Кроме того, при такой структуре нити она может распадаться на отдельные ворсинки (шершавиться), что приводит к быстрому ее износу. В группе 1 предложенный способ может быть использован в практике как более долговечный, на 100% отвечающий косметическим требованиям пациентов, с помощью шины, изготовленной из диоксида циркония (таблица).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулович А. В. Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта // Новое в стоматологии: Сб. науч. трудов. – М., 1999. – № 4. – С. 25–32.
2. Иоффе Е. Зубоврачебные заметки. – Н.-Йорк – СПб: изд. «Сезам», 1999. – 216 с.
3. Белоусов Н. Н. Адгезивные шины – современный метод выбора при шинировании зубов // Новое в стоматологии: Сб. науч. трудов. – М., 2000. – № 3. – С. 75–77.
4. Бернар Туати, Пол Миара, Дэн Нэтэнсон. Эстетическая стоматология и керамические реставрации. Пер. с англ. – М.: изд. дом «Высшее образование и наука», 2004. – 448 с.
5. Гаврилов Е. И., Оксман И. М. Ортопедическая стоматология. Изд. 2-е. – М.: Медицина, 1978. – 232 с.
6. Грудянов А. И. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта. – Изд. МИА, 2009. – 112 с.
7. Canullo L. Clinical outcome study of customized zirconia abutments for single-implant restorations // Int. j. prosthodont. – 2007. – V. 20. № 5. – P. 489–493.
8. Denry I. L., Holloway J. A. Microstructural and crystallography surface changes after grinding zirconia-based ceramics // J. biomed. mater. res. appl. biomater. – 2006. – V. 76. № 2. – P. 440–448.
9. Strassler H. E., Tomona N. Stabilizing periodontally compromised teeth with fiber-reinforced composite resin // Jr. dent today. – 2003. – Vol. 22 (9). – P. 102–109.
10. Vult von Steyern P. All-ceramic fixed partial dentures. Studies on aluminium oxide- and zirconium dioxide- based ceramic systems // Swed. dent. j. suppl. – 2005. – № 173. – P. 1–69.

Поступила 26.11.2012

А. С. АДАМЧИК, Р. Н. ХАКУНОВ, Ю. Ю. ДАУТОВ

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;
ООО «Центр Здоровье»,
Россия, 385000, Адыгея, г. Майкоп, ул. Кожевенная, 16и.
Тел. 8-928-469-91-89. E-mail: rustam-hakunov@yandex.ru

Проведение комплекса немедикаментозной программы лечения с включением диетической терапии у пациентов с метаболическим синдромом сопровождается разнообразными положительными эффектами. Наряду с потерей веса (до 11,2% от исходной массы) у пациентов улучшилось состояние липидного обмена и гемодинамики.

Ключевые слова: метаболический синдром, артериальная гипертензия, лечение.

A. S. ADAMCHIK, R. N. KHAKUNOV, Y. Y. DAUTOV

METABOLIC SYNDROM: OPTIMIZATION OF TREATMENT

Department of propaedeutics of internal diseases of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4;
«Center Zdorovie»,
Russia, 385000, Republic Adygea, ul. Kozhevennaya, 16i.
Tel. 8-928-469-91-89. E-mail: rustam-hakunov@yandex.ru

A complex of non-drug treatment programs to include dietary therapy in patients with the metabolic syndrome is accompanied by a variety of positive effects. Along with weight loss (up to 11,2% of initial weight) in patients improved lipid metabolism and hemodynamics.

Key words: metabolic syndrome, hypertension, treatment.

Метаболический синдром (МС) – состояние, характеризующееся увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией с развитием нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертензии [14]. МС лежит в основе заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидизации и высокой смертности населения. Однако в научной литературе доказана полная обратимость симптомов метаболического синдрома [12, 15]. По мнению многих авторов, врачами и пациентами недооценивается роль немедикаментозных мероприятий с доминантой медикаментозного воздействия [2, 7, 9, 18]. Диетотерапия, как главный метод немедикаментозного воздействия, в большинстве случаев, к сожалению, дает кратковременный результат. Большинство пациентов возвращается к исходному весу после диеты в течение примерно 6 месяцев, а исходная дислипидемия возвращается в течение нескольких недель [3, 6, 10, 19]. Это связано со множеством причин, но доминирующим из них является принцип «однонаправленного» терапевтического воздействия (например, только диетотерапия). Тогда как важное значение имеет лечебное воздействие на большинство уровней организации функциональных систем человеческого организма: метаболический, гомеостатический, поведенческий, социальный и психический [1, 17, 21, 23]. С учетом патофизиологии нарушений при МС в рекомендациях по медикаментозному лечению артериальной гипертензии у пациентов с МС препаратами выбора являются ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (инг. АПФ). В частности, на основании крупных многоцентровых исследований ASCOT [20], HOPE [24], EUROPA [15, 22] известно, что периндоприл (престариум А 2,5–5 мг «Лаборатории Сервье», Франция) является метаболически нейтральным, органопротективным, липофильным препаратом, обладает хорошим антигипертензивным эффектом, снижает инсулинорезистентность (ИР), улучшает показатели углеводного и липидного обменов [9, 21]. В связи с этим нами применялся данный препарат с целью сравнения эффективности сочетания лекарственной терапии и комплекса немедикаментозных мероприятий с эффективностью применения комплексной программы лечения без медикаментозной нагрузки у больных с МС.

Цель работы – оценить эффективность комплексной немедикаментозной программы лечения в сравнении с сочетанной терапией (комплекс немедикаментозных методов с гипотензивным препаратом – престариум А) пациентов с МС.

Материалы и методы

Исследование проводилось в условиях специализированного центра «Здоровье», г. Майкоп. Нами оценивалось состояние гемодинамики у пациентов с МС группы 1 и группы 2 офисным измерением артериального давления по методу Н. С. Короткова и методом эхокардиографии с использованием аппарата «SonoSiteMTurbo». Гемодинамические показатели определялись на основании исследования систолической, диастолической функций сердца и структурно-объемных измерений. В программе ультразвукового аппарата имеются классические формулы, по которым и проводится автоматическое вычисление показателей: ударный объем (УО) – разница конечного диастолического и конечного систолического объемов; минутный объем (МО) – произведение УО на частоту

сердечных сокращений (ЧСС); ударный индекс (УИ) – отношение УО к площади поверхности тела (S); общее периферическое сопротивление на основе уравнения Франка; сердечный индекс – отношение МО к S [13]. У всех пациентов на основании критериев ВНОК (2009) диагностирован МС (компоненты – абдоминальное ожирение и АГ I стадии, 1–2-й степени диагностированы у всех пациентов). В группе 1 проводилась комплексная немедикаментозная программа лечения (21 день) (гипокалорийное питание – 800–1000 ккал с ограничением поваренной соли до 2 г/сут: очищение ЖКТ в виде очистительных клизм или гидроколонотерапии; водные процедуры – частый циркулярный душ; потребление некалорийной жидкости 2–2,5 л/сут., из них 0,5 л минеральной воды «Майкопская»; динамические физические упражнения, массаж, психокоррекция и музыкотерапия, обучающий курс 40 ч по основам здорового питания и образа жизни) [4, 5, 16]. После окончания основного курса низкокалорийной комплексной немедикаментозной программы лечения пациентам выдается документированный комплекс рекомендаций (представленный в обучающем курсе), включающий: режим диетотерапии с постепенным расширением калорийности и ассортимента пищевых продуктов (с преобладанием сложных углеводов растительного происхождения – 60%, ненасыщенных жиров – 30%, белков – 15%), с исключением рафинированных углеводов; ограничением поваренной соли до 3 г/сут.; динамические аэробные нагрузки; разгрузочные дни (1–3 дня раз в 30 дней – до 800–1000 ккал/сут. в виде овощей, фруктов, кисломолочных продуктов и 2 л некалорийной жидкости в сутки). Также предусмотрено дальнейшее консультативное ведение пациентов.

У пациентов группы 2 кроме описанного выше комплекса немедикаментозной программы лечения применялся гипотензивный препарат – престариум А 2,5–5 мг («Лаборатории Сервье», Франция). После основного курса комплексной терапии (21 день) пациентам выдается аналогичный документированный комплекс рекомендаций (ранее описан), только с применением престариума А 2,5 мг. Также предусмотрено дальнейшее консультативное ведение пациентов. У всех пациентов получено информированное согласие на исследование. Характеристика пациентов группы 1 по полу, возрасту и антропометрическим данным: 42 женщины, 22 мужчины; средний возраст пациентов 49,3 года; средний рост – 166,9 см; средняя масса тела – 98,4±1,5 кг (M±m); индекс массы тела (ИМТ) – 35,3±0,33; индекс талии бедер (ИТБ) – 0,9±0,01. Характеристика пациентов группы 2: 30 женщин, 20 мужчин; средний возраст пациентов 49,6 года; 167,6 см; средняя масса тела – 99,3±1,8 кг; ИМТ – 35,3±0,4; ИТБ – 0,9±0,01. Состав группы здоровых людей: количество – 50 человек; 30 женщин, 20 мужчин; средний возраст – 48,7 года.

Результаты исследования

На фоне применения комплексной немедикаментозной программы лечения наблюдается улучшение антропометрических показателей в группе 1 (на 21-й день): средняя масса тела – 87,4±1,4 кг (M±m); индекс массы тела (ИМТ) – 31,3±0,35; индекс талии бедер (ИТБ) – 0,87±0,02. Таким образом, масса тела снизилась на 11,2%; ИМТ – на 11,3%; ИТБ – на 3,34%. Сравнивая показатели антропометрии в группе 2 (на 21-й день) с аналогичными показателями в группе 1, на фоне проводимой терапии, достоверных различий не выявили.

В группе 1 наблюдались положительные результаты практически по всем показателям гемодинамики (табл. 1). На 20-й день от начала комплексной немедикаментозной терапии показатели гемодинамики не отличаются от значений у здоровых лиц: систолическое (АДс) – $127,3 \pm 1,3$ мм рт. ст., $p < 0,001$, диастолическое (АДд) – $78,5 \pm 1,8$ мм рт. ст., $p < 0,001$, и среднее АД – $94,6 \pm 0,8$ мм рт. ст., $p < 0,001$, ударный объем крови (УО) – $99,8 \pm 1,3$ мл, $p < 0,001$, ударный индекс (УИ) – $57,3 \pm 0,3$ мл/м², $p < 0,001$, и сердечный индекс (СИ) – $4,4 \pm 0,19$ л/мин/м², $p < 0,01$. Кроме того, положительные изменения в гемодинамике сохраняются и через 4 месяца, различия между данными у здоровых и показателями лиц с МС и АГ не обнаруживаются ($p > 0,05$). Улучше-

и затем препарат отменялся в связи с выраженным гипотензивным эффектом. На 10-й день прием препарата отменен у 13 пациентов, на 20-й день – у 6 пациентов соответственно. Отмечалось снижение большинства показателей гемодинамики (на 20-й день): среднее АД – $87,7 \pm 0,8$ мм рт. ст., $p < 0,001$, ударный объем крови – $92,8 \pm 0,6$ мл, $p < 0,001$, ударный индекс – $50,5 \pm 0,4$ мл/м², $p < 0,001$, минутный объем – $7,1 \pm 0,1$ л/мин, сердечный индекс – $3,9 \pm 0,1$ л/мин/м², $p < 0,01$, ОПС – $1067,3 \pm 7,4$ дин. с см⁻⁵. При этом на 4-м месяце количество принимающих престариум А сократилось до 25 человек: 3 пациента самостоятельно прекратили прием препарата в связи с чувством слабости и снижением АД; с тремя пациентами не уда-

Таблица 1

Динамика показателей гемодинамики у больных группы 1 на фоне комплексной немедикаментозной терапии ($M \pm m$) (n=64)

Показатель	Здоровые, n=50	Исходный	Этапы			Р		
			1	2	3	Исх., 2-й этап	Исх., 3-й этап	Здоровые, 3-й этап
			Через 10 дней	Через 20 дней	Спустя 4 мес.			
АДс, мм рт. ст.	$125,1 \pm 0,68$	$151,6 \pm 1,0$	$134,0 \pm 1,6^{***}$	$127,2 \pm 1,3^{***}$	$129,6 \pm 3,7^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$
АДд, мм рт. ст.	$78,7 \pm 0,5$	$96,1 \pm 0,9$	$87,5 \pm 1,2^{***}$	$78,4 \pm 1,8^{***}$	$78,1 \pm 2,7^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$
АДср, мм рт. ст.	$94,2 \pm 0,49$	$115,1 \pm 0,7$	$101,7 \pm 1,2^{***}$	$94,5 \pm 0,8^{***}$	$94,8 \pm 3,1^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$
ЧСС, уд/мин	$65,4 \pm 0,99$	$80,04 \pm 4,1$	$90,0 \pm 2,1$	$79,2 \pm 1,4$	$73,6 \pm 3,8$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,05$
УО, мл	$109,4 \pm 2,96$	$138,2 \pm 4,07$	$109,1 \pm 2,6^{***}$	$99,7 \pm 1,3^{***}$	$103,1 \pm 2,1^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$
УИ, мл/м ²	$59,1 \pm 1,57$	$73,2 \pm 2,1$	$56,03 \pm 2,3^{***}$	$57,2 \pm 0,3^{***}$	$58,2 \pm 2,0^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$
МО, л/мин	$7,4 \pm 0,19$	$10,7 \pm 0,4$	$9,35 \pm 0,36^{**}$	$8,1 \pm 0,4^{***}$	$8,2 \pm 0,3^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,01$
СИ, л/мин/м ²	$4,05 \pm 0,1$	$5,27 \pm 0,2$	$5,21 \pm 0,24$	$4,3 \pm 0,19^{**}$	$4,7 \pm 0,23^{**}$	$< 0,01$	$< 0,01$	$> 0,05$
ОПС, дин. с см ⁻⁵	$1217,4 \pm 0,92$	$1926,0 \pm 28,3$	$1083,1 \pm 30,7^{***}$	$1163,0 \pm 63,0^{***}$	$1182 \pm 65,4^{***}$	$< 0,001$	$< 0,001$	$> 0,05$

Примечание: *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$, АДс – систолическое артериальное давление; АДд – диастолическое артериальное давление; АДср – среднее артериальное давление; ЧСС – частота сердечных сокращений; УО – ударный объем; УИ – ударный индекс; МО – минутный объем; СИ – сердечный индекс; ОПС – общее периферическое сопротивление.

ния наблюдаются и по показателю минутного объема крови, однако интенсивность изменений недостаточна, и поэтому спустя 4 месяца после стационарного курса комплексной немедикаментозной терапии достоверное различие между показателями у лиц с МС и здоровыми лицами сохраняется ($p < 0,01$).

На фоне проводимой терапии у пациентов группы 2 наблюдаются следующие изменения в гемодинамике: в связи с более выраженным (чем в группе 1) снижением систолического, диастолического АД ($114,7 \pm 0,9$ и $74,2 \pm 1,0$ мм рт. ст. соответственно) и появлением жалоб на слабость, головокружение, тошноту к 5–20-му дню доза престариума А снижалась,

лось найти связь. Показатели гемодинамики на 4-й месяц были достоверно ниже аналогичных показателей у здоровых лиц ($p < 0,05$), кроме уровня сердечного индекса ($p > 0,05$) (табл. 2) (n=25).

При исследовании влияния комплексной программы лечения пациентов с МС с включением медикаментозной гипотензивной терапии (престариум А 2,5 мг) на липидограмму и уровень гликемии натощак (на 21-й день курса) выявлены достоверное снижение показателей триглицеридов крови (ТГ) ($1,34 \pm 0,72$ ммоль/л), общего холестерина (ОХС) ($5,3 \pm 0,21$ ммоль/л), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) ($5,9 \pm 0,3$ ммоль/л), гликемии натощак ($3,53 \pm 0,18$ г/л); уровня липопротеи-

**Динамика показателей гемодинамики у больных группы 2
на фоне комплексной терапии с периндоприлом ($M \pm m$) ($n=50$)**

Показатель	Здоровые, $n=50$	Этапы				Р		
		Исходный, 50	1	2	3	Исх., 2-й этап	Исх., 3-й этап	Здоровые, 3-й этап
			Через 10 дней, $n=37$	Через 20 дней, $n=31$	Спустя 4 мес., $n=25$			
АДс, мм рт. ст.	125,1 $\pm$ 0,68	150,5 $\pm$ 0,7	123,1 $\pm$ 0,9***	114,7 $\pm$ 0,9***	119,2 $\pm$ 0,6***	<0,001	<0,001	<0,05
АДд, мм рт. ст.	78,7 $\pm$ 0,5	95,8 $\pm$ 0,6	80,1 $\pm$ 0,71***	74,2 $\pm$ 1,0***	77,4 $\pm$ 0,8***	<0,001	<0,001	<0,05
АДср, мм рт. ст.	94,2 $\pm$ 0,49	114,0 $\pm$ 0,5	94,5 $\pm$ 0,7***	87,7 $\pm$ 0,8***	91,9 $\pm$ 0,6***	<0,001	<0,001	<0,05
ЧСС, уд/мин	65,4 $\pm$ 0,99	82,4 $\pm$ 0,9	80,0 $\pm$ 0,1	76,2 $\pm$ 0,8**	71,4 $\pm$ 1,0***	<0,05	<0,05	<0,05
УО, мл	109,4 $\pm$ 2,96	136,5 $\pm$ 1,2	103,3 $\pm$ 0,7***	92,8 $\pm$ 0,6***	94,1 $\pm$ 0,8***	<0,001	<0,001	<0,05
УИ, мл/м ²	59,1 $\pm$ 1,57	71,4 $\pm$ 0,4	52,8 $\pm$ 0,7***	50,5 $\pm$ 0,4***	51,9 $\pm$ 0,7***	<0,001	<0,001	<0,05
МО, л/мин	7,4 $\pm$ 0,19	11,2 $\pm$ 0,2	8,26 $\pm$ 0,11***	7,1 $\pm$ 0,1***	6,7 $\pm$ 0,12***	<0,001	<0,001	<0,05
СИ, л/мин/м ²	4,05 $\pm$ 0,1	5,89 $\pm$ 0,1	4,22 $\pm$ 0,09 **	3,9 $\pm$ 0,1***	3,7 $\pm$ 0,1***	<0,01	<0,01	>0,05
ОПС, дин. с см ⁻⁵	1217,4 $\pm$ 0,92	1870,9 $\pm$ 13,1	1085,8 $\pm$ 5,53 ***	1067,3 $\pm$ 7,4***	1057,7 $\pm$ 8,3***	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$.

Таблица 3

**Биохимические показатели плазмы крови до и после проведения
комплексной немедикаментозной терапии
у пациентов групп 1 и 2 ($M \pm \delta$)**

Исследуемая возрастная группа	Исследуемый параметр									
	ТГ		ХС		ХС ЛПНП		ХС ЛПВП		Глюкоза	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Группа 1 ($n=64$)	2,26 $\pm$ 1,11	1,46 $\pm$ 1,24**	6,37 $\pm$ 1,15	5,53 $\pm$ 1,39**	6,83 $\pm$ 1,9	6,15 $\pm$ 1,78**	1,59 $\pm$ 0,73	1,37 $\pm$ 0,6*	4,62 $\pm$ 1,67	4,09 $\pm$ 1,39*
Группа 2 ($n=50$)	2,3 $\pm$ 0,9	1,34 $\pm$ 0,72**	6,04 $\pm$ 0,21	5,3 $\pm$ 0,21*	6,7 $\pm$ 0,27	5,9 $\pm$ 0,3*	1,49 $\pm$ 0,1	1,25 $\pm$ 0,05*	4,34 $\pm$ 0,12	3,53 $\pm$ 0,18*****

Примечание: ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$; 1 – до лечения; 2 – после лечения.

дов высокой плотности (ХС ЛПВП) (1,25 $\pm$ 0,05 ммоль/л) ($p > 0,05$) (табл. 3).

Обсуждение

Комплексная немедикаментозная программа лечения имеет достаточное позитивное влияние на нормализацию состояния гемодинамики у пациентов с МС (с АГ I стадии 1–2-й степени) с достоверным улучшением показателей АДс, АДд, АДср, УО, МО, УИ, ОПС, ЧСС.

Сочетание комплексной немедикаментозной программы с гипотензивной монотерапией в малых дозах (престариум А 2,5–5 мг) приводило к снижению показате-

лей гемодинамики, и в ряде случаев к отмене препарата – у 44% (22 чел.), что обосновывает достаточную эффективность применяемого комплекса немедикаментозной терапии у пациентов с МС (с АГ I стадии 1–2-й степени).

Сравнение полученных результатов по липидограмме и гликемии натощак у пациентов групп 1 и 2 на фоне комплексной терапии с применением престариума А (2,5–5 мг) и без применения данного препарата достоверных различий не выявило (табл. 3).

Таким образом, применение комплексной немедикаментозной программы лечения у пациентов с МС (АГ

I стадии, 1–2-й степени) является достаточно эффективным, физиологичным методом, который может способствовать снижению риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М., 1975. – 326 с.
2. Воробьев П. Геронтофармакология: больной, врач, лекарство // Медицинская газета. – 2006. – № 17. – С. 10–11.
3. Велиев Е. И., Богданов А. Б. Современные возможности терапии андрогенного дефицита у мужчин // Врачебное сословие. Научно-образовательный журнал для урологов. – 2007. – № 5.
4. Даутов Ю. Ю., Уракова Т. Ю. Артериальная гипертензия: диагностика и лечение. – Майкоп: ООО «Качество», 2007. – 279 с.
5. Кудашева В. А., Малахова А. В., Никитенко Е. И. Диетотерапия при ожирении // Медицинская помощь. – 2001. – № 5. – С. 42–45.
6. Лобыкина Е. Н., Хвостова О. И., Колтун В. З. Комплексный подход в коррекции избыточной массы тела и ожирения // Клиническая медицина. – 2005. – № 3. – С. 66–68.
7. Лобыкина Е. Н., Хвостова О. И., Колтун В. З., Рузаев Ю. В. Научно-организационные подходы в области пропаганды знаний о рациональном питании // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. – № 1. – С. 32–36.
8. Маколкин В. И. Метаболический синдром. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 144 с.
9. Мамедов М. Н., Оганов Р. Г. Необходимо ли определение инсулинорезистентности для диагностики метаболического синдрома в клинической практике? // Кардиология. – 2005. – № 4. – С. 92–97.
10. Мкртумян А. М., Бирюкова Е. В. Ксеникал – современный и перспективный препарат для лечения ожирения (обзор) // Терапевтический архив. – 2007. – № 10. – С. 35–39.
11. Оганов Р. Г. Национальные клинические рекомендации ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома / Под ред. академика РАМН, проф. Р. Г. Оганова. – М.: «МЕДИ Экспр», 2009. – 389 с.
12. Ройтберг Г. Е. Метаболический синдром / Под ред. чл.-кор. РАМН Г. Е. Ройтберга. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. – 224 с.
13. Рыбакова М. К., Митков В. В. Эхокардиография в таблицах и схемах. Настольный справочник. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: издательский дом «Видар-М», 2011. – 288 с.
14. Сорока Н. Ф. Результаты исследования EUROPA: новые показания для применения периндоприла // Медицинские новости. – 2004. – № 8. – С. 78–81.
15. Соколов Е. И. Метаболический синдром. Пособие для терапевтов и кардиологов / Под ред. академика РАМН, проф. Е. И. Соколова. – М.: РКИ Соверо пресс, 2005. – 48 с.
16. Старкова Н. Т. Клиническая эндокринология: Руководство (3-е изд.) / Под ред. Н. Т. Старковой. – СПб: Питер, 2002. – 576 с. – (Серия «Спутник врача»).
17. Судаков К. В., Фудин Н. А., Мамедов А. М. (и др.) Системные принципы диагностики и коррекции состояния человека в условиях реального производства (опыт работы МВК «Санатрон»): Метод. рекомендации / Под ред. К. В. Судакова. – М., 1990.
18. Тутельян В. А. Гигиена питания: современные проблемы // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 1. – С. 8–9.
19. Чазова И. Е., Мычка В. Б. Метаболический синдром. – М.: Медиа Медика, 2004. 168 с.
20. Эшгинин С., Гаппаров М. М., Мальцев Г. Ю., Кулакова С. Н. Влияние диетотерапии с использованием подсолнечного масла, обогащенного фосфолипидами, на показатели липидного обмена у больных гипертонической болезнью и ожирением // Вопросы питания. – 2007. – Том 76. № 1. – С. 58–62.
21. Dahlof B., Sever P. S., Poulter N. R., et al, for the ASCOT Investigators Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required, in the ASCOT-BPLA: a multicenter randomized controlled trial // Lancet. – 2005. – № 366. – P. 895–906.
22. Dzau V. The cardiovascular continuum and rennin-angiotensin-aldosterone system blockade // J. hypertens. suppl. – 2005. – № 23. – P. 9–17.
23. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study) // Lancet. – 2003. – V. 262. – P. 782–788.
24. Lifton R. P., Gharavi A. G., Geller D. S. Molecular mechanisms of human hypertension // Cel. – 2001. – № 104. – P. 545–556.
25. The HOPE Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on death from cardiovascular causes, myocardial infarction, and stroke in high-risk patients // New. engl. j. med. – 2000.

Поступила 08.02.2013

А. В. АЛАБУТ, В. Д. СИКИЛИНДА, Д. В. МАРТЫНОВ

ВЫБОР ТАКТИКИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ИНДЕКСОМ КОМОРБИДНОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО

«Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. Тел. +79185585182. E-mail: alabut@mail.ru

На основании изучения хода и результатов лечения 204 больных разработана тактика анестезиологического пособия при эндопротезировании коленного сустава. Средний возраст пациентов 61,55 года, у 80,39% больных диагностировано 2 и более сопутствующих заболевания. Среднее значение индекса коморбидности Чарлсона – 2,65 балла, диапазон – от 0 до 7 баллов. ASA I имели 6,37% больных, у 54,78% пациентов выявлено ASA II, у 38,22% больных – ASA III, у 0,64% – ASA IV. Регионарная анестезия выполнена 170 (83,33%) больным, общая – 25 (12,26%), комбинированная анестезия – 9 (4,41%) больным. Дифференцированный подход к выбору метода анестезии позволил минимизировать процент осложнений.

Ключевые слова: эндопротезирование коленного сустава, анестезиологическое пособие, коморбидность.