

Причем высокая толерантность к физической нагрузке имела у 9 (32,1%), средняя — у 16 (57,1%) и низкая — у 4 (14,3%) пациентов.

Среди больных 3-й группы АГ I стадии была у 2 (5,4%), АГ II — у 20 (54,1%) и АГ III — у 15 (40,5%). По шкале HADS, в отличие от больных 2-й группы, нарастали симптомы субклинически и клинически выраженной тревоги и депрессии. Так, отсутствовали признаки тревоги у 15 (40,5%), субклинически выраженная тревога была у 12 (32,5%), клинически выраженная — у 10 (27%), отсутствовала депрессия у 21 (56,8%), субклинически выраженная депрессия была у 10 (27%), клинически выраженная — у 6 (16,2%) пациентов.

Шкала MMSE свидетельствовала о нарастании когнитивного дефицита. Средний балл составил $24,0 \pm 3,4$ ($p < 0,05$ по сравнению с пациентами 1 группы) за счет снижения внимания и памяти, при этом отсутствовали КН у 2 (5,4%), легкие КН ре-

гистрировались у 20 (54,1%), умеренные — у 11 (29,7%) и выраженные — у 4 (10,8%) обследованных. Показатели психической и физической работоспособности снижались еще больше и составили соответственно: ПТ — $310 \pm 10,2$, N — $506,6 \pm 17,4$ кгм/мин ($p < 0,05$), А — $3283,6 \pm 299,2$ кгм ($p < 0,05$). Высокая толерантность к физической нагрузке была только у 4 (10,5%), а средняя и низкая соответственно встречалась у 20 (52,6%) и у 10 (26,3%) пациентов.

Таким образом, у больных АГ с прогрессированием церебральных расстройств развивается психическая дезадаптация тревожно-депрессивного типа и отмечается снижение психической и физической работоспособности, что необходимо учитывать в целостной оценке состояния больных АГ, а также при назначении комплексной терапии и в процессе решения экспертных вопросов.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Воронина Е.П.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова Росздрава»

ГУЗ «Рязанский областной клинический кардиологический диспансер»

Ревматизм представляет серьёзную проблему кардиоревматологии в связи с нередким формированием пороков сердца. Число больных с хронической ревматической болезнью сердца, несмотря на успехи в лечении и профилактике ревматизма, остаётся достаточно большим. В своё время диагноз порок сердца связывали с неминуемой гибелью больного. Сейчас многие пациенты живут несколько десятилетий от момента выявления порока сердца, и этим они обязаны, безусловно, не только блестящим успехам кардиохирургии, но и тому арсеналу лекарственных средств, которые применяются для лечения таких больных. Одним из наиболее распространённых и опасных осложнений ревматических пороков сердца при ревматических болезнях сердца является хроническая сердечная недостаточность, которая ухудшает прогноз больных и продолжительность жизни. Терапия пациентов с хронической сердечной недостаточностью ревматической этиологии основывается на принципах, разработанных для лечения её при ИБС и дилатационной кардиомиопатии. Но вместе с тем имеются особенности при различных видах ревматических пороков сердца, что необходимо учитывать в лечении этих больных.

Цель — определить соответствие проводимой в условиях стационара терапии требованиям национальных рекомендаций по ведению больных с хронической сердечной недостаточностью.

Обследовано 100 пациентов с диагнозом хроническая ревматическая болезнь сердца (82 женщины и 18 мужчин). Средний возраст пациентов составил 53 года. В стационаре проводилось комплексное лечение хронической сердечной недостаточности. Вторичная профилактика ревматизма не

проводилась, она была прекращена у всех пациентов за несколько лет до настоящего исследования.

Большинство больных относилось к возрастной группе 45—65 лет. В структуре пороков сердца у пациентов чаще встречался комбинированный митрально-аортальный порок. При оценке проводимой пациентам в стационаре терапии установлено, что наиболее часто используемыми препаратами являлись β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, калийсберегающие диуретики, петлевые диуретики, тиазидные диуретики, аспирин.

В качестве основного препарата для лечения сердечной недостаточности, как мы видим, применялись ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (в 72% случаев). Препараты этой группы рекомендованы в небольших дозах для предупреждения дилатации и замедления дисфункции левого желудочка. Поэтому наибольший процент назначения ингибиторов АПФ оправдан у больных с недостаточностью митрального и недостаточностью аортального клапанов. Уменьшение числа назначений ингибиторов АПФ при митральном и аортальном стенозе связано с их малой эффективностью при применении у больных с выраженным стенозом, а также риском возникновения гипотонии вследствие отсутствия адекватного увеличения сердечного выброса.

Диуретики применялись также в 72% случаев. Из них наибольший процент составили калийсберегающие препараты — 86% (их получали 62 пациента). Петлевые и тиазидные диуретики соответственно получали 25 и 23 пациента. Назначение группы мочегонных средств обусловлено разви-

ем застойной сердечной недостаточности. Для устранения застойных явлений использовались диуретики в умеренных дозах, так как избыточный диурез может привести к уменьшению трансмитрального градиента давления, что спровоцирует нарушение кровенаполнения левого желудочка и падение сердечного выброса.

Назначение β -адреноблокаторов зарегистрировано в 65% случаев. Исследования последних лет показали целесообразность назначения этой группы препаратов больным с хронической сердечной недостаточностью. В настоящее время рекомендуют кардиоселективные β -адреноблокаторы, что соответствует назначениям в нашем исследовании. Наиболее часто применялись такие препараты как метопролол и конкор. β -адреноблокаторы рекомендуются использовать для уменьшения тахикардии, что препятствует увеличению давления левом предсердии при нагрузке. С этой целью данная группа может назначаться как при сопутствующей мерцательной аритмии, так и у больных с синусовым ритмом. β -адреноблокаторы не только улучшают прогноз при развитии ХСН, но также уменьшают степень ремоделирования сердца, т.е. оказывают кардиопротективное действие, позволяющее замедлять прогрессирование декомпенсации и число госпитализаций.

Сердечные гликозиды назначались в 46% случаев. Препаратом выбора являлся дигоксин. Применение гликозидов обычно не эффективно у больных с чистым митральным стенозом. Поэтому данные препараты целесообразно назначать при тахисистолической форме мерцательной аритмии для нормализации числа сердечных сокращений, а также в случае присоединения правожелудочковой недостаточности. При других пороках рекомендован приём сердечных гликозидов в сочетании с диуретиками для лечения больных с застойной сердечной недостаточностью.

Аспирин является вспомогательным средством при лечении больных с хронической ревматической болезнью сердца, несмотря на довольно высокий процент применения его у наших пациентов (46%). Назначение его оправдано у больных перенесших

инфаркт миокарда и у пациентов с мерцательной аритмией в малых дозах (75—150 мг) для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Антагонисты кальция, являясь также вспомогательными средствами, назначались в небольшом количестве случаев (16%). В настоящее время предпочтение отдаётся длительнодействующим дигидропиридинам, которые слабее, чем нифедипин, активируют симпатoadреналовую систему. Поэтому при выраженной митральной и аортальной регургитации дополнительно к ингибиторам АПФ может быть назначен амлодипин.

Выводы

1. Проводимая в стационаре терапия пациентов с хронической ревматической болезнью сердца соответствует требованиям национальных рекомендаций по ведению больных с хронической сердечной недостаточностью.
2. Применение основных групп лекарственных препаратов проводилось дифференцированно с учётом вида ревматического порока сердца, его гемодинамических особенностей, тяжести и прогноза.
3. Назначение ингибиторов АПФ предупреждает развитие дилатации и замедляет появление дисфункции левого желудочка.
4. Приём β -адреноблокаторов улучшает прогноз, уменьшает степень ремоделирования сердца.
5. Наиболее часто применяемыми в терапии мочегонными препаратами являются калийсберегающие диуретики. Рекомендовано назначение диуретических средств в умеренных дозах.
6. Сердечные гликозиды являются препаратом выбора при тахисистолической форме фибрилляции предсердий.
7. Аспирин и антагонисты кальция являются вспомогательными средствами лечения хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне ревматического порока сердца.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ЛИХОРАДКИ В ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИКЕ

**Довгалюк Т.И., Орлова С.Н., Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П.,
Аверина И.В., Альпер А.Г.**

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Городская клиническая больница №1», г. Иваново

Основным клиническим синдромом инфекционной патологии является лихорадка разных типов (постоянная, ремиттирующая, интермиттирующая), а также немотивированный субфебрилитет. Лихорадка с той или иной степенью выраженности регистрируется при самых разнообразных как инфекционных, так и соматических заболеваниях, но в то же время, является ведущим клиническим синдромом при ОРВИ, гриппе, брюшном и сыпном тифах. Удельный вес тифов в общей структуре инфекционной патологии за последние 3 года ни-

чтожен. Это объясняется наличием эффективных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, способствующих исключению основного — водного — пути передачи инфекции. Практически не встречается и болезнь Брилла, даже у пациентов старшей возрастной группы.

Вирусные инфекции дебютируют с повышения температуры тела уже в первые дни болезни: лихорадка чаще носит неправильный характер. Пациенты находятся под наблюдением врачей поликлиники в течение 3—5 дней, им проводится по-