

Введение системы дистанционного консультирования и оказания квалифицированной медицинской помощи бригадой специалистов ОКБ г. Иваново в совокупности с другими организационными мероприятиями в Ивановской области позволило снизить показатель детской смертности с 1,27‰ в 1996 г. до 1,06‰ в 2006 г., младенческой смерти с 18,2‰ в 1996 г. до 9,2‰ в 2006 г. Анализ данных детского реанимационного отделения ОКБ, где в основном оказывается помощь самым тяжелым контингентам больных, доставленных из муниципальных учреждений области, показывает также тенденцию к снижению показателя смертности с 5,8% в 1996 г. до 3,9% в 2006 г. При этом отмечается улучшение показателя досрочной летальности с 22,6% до 15,4% за тот же временной промежуток. Эта динамика характеризует повышение качества оказания помощи на всех этапах и позволяет наметить новые перспективы по его улучшению. Анализ смертности по

нозологическим группам позволил установить увеличение числа выживающих при следующих жизнеугрожающих состояниях. Летальность при детском травматизме сократилось за десятилетие с 12,7% до 1,3%, при сочетанных травмах с 60% до 12,5%. Если в 1996 г. смертность от ожоговых поражений составляла 5,6%, а от черепно-мозговых травм — 10,2%, то в 2006 г. летальных исходов в этих группах больных не наблюдалось.

Таким образом, деятельность детского реанимационно-консультативного центра на базе отделения детской реанимации и интенсивной терапии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» привело к снижению неблагоприятных исходов, улучшению качества оказания помощи, экономии материальных средств, контролю за управляемыми факторами, обуславливающими возникновение, развитие и осложненное течение заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Воробьева И.О.

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрав»

Повышенный интерес к артериальной гипертензии (АГ) последнее время связан не только с растущим ее распространением, но и облигатным поражением органов-мишеней — сердца, почек, головного мозга, лежащим в основе осложненного течения заболевания. Целью работы было уточнение особенностей психической и физической работоспособности у больных артериальной гипертензией с церебральными расстройствами.

Обследовали 90 больных с АГ (40 мужчин и 50 женщин; средний возраст — $51,2 \pm 3,8$ года). В зависимости от выраженности церебральных расстройств больных разделили на 3 группы: 1-ю составили 25 человек, у которых отсутствуют церебральные нарушения (контрольная), 2-ю — 28 с начальными признаками нарушения мозгового кровотока (НПНМК), 3-ю — 37 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I-III стадии. Согласно классификации ВНОК (2004), АГ I стадии была у 14 (15,4%), АГ II — у 49 (53,8%) и АГ III — у 27 (30,8%) больных. Для оценки психической работоспособности применялась шкала MMSE (Folstein M.F. et al., 1975) и корректурная проба Бурдона с расчетом показателя точности ($ПТ = S^2/M$), где S — количество просмотренных строк за 10 мин, M — количество допущенных ошибок (Блейхнер В.П. 1976).

Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по шкале HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983). Толерантность к физической нагрузке изучалась с помощью велоэргометрии на аппарате «ERG-900» (SCHILLER) с регистрацией ЭКГ на электрокардиографе «CARDIOVIT AT-10» (SCHILLER) в положении сидя по стандартной методике (Шхвацабая И.К. и др. 1971). В конце нагрузки определялась пороговая мощность (N , кгм/мин) и объем выполненной работы (A , кгм).

Среди больных 1 группы АГ I стадии была у 9 (35%), АГ II — у 11 (44%) и АГ III — у 5 (20%) больных. По шкале HADS не было симптомов тревоги у 17 (68%), субклинически выраженная тревога регистрировалась у 5 (25%), клинически выраженная — у 3 (15%); депрессия отсутствовала у 19 (76%), субклинически выраженная депрессия имела у 4 (16%) и клинически выраженная — у 2 (8%) обследованных. По шкале MMSE средний балл составил $27,4 \pm 2,4$, отсутствовали когнитивные нарушения (КН) у 19 (70%), легкие КН выявились у 4 (20%), умеренные — у 2 (10%). ПТ составил $583 \pm 16,5$. Показатели физической работоспособности были: N — $653,91 \pm 31,2$ кгм/мин, A — $6091,8 \pm 729,8$ кгм. Высокая толерантность к физической нагрузке отмечалась у 17 (68%), средняя — у 8 (32%) пациентов.

Среди больных 2 группы АГ I стадии была у 3 (10,7%), АГ II — у 18 (64,3%) и АГ III — у 7 (25%). По шкале HADS нарастала частота клинически выраженной тревоги и депрессии. Так, отсутствовали симптомы тревоги у 16 (57,1%) пациентов, субклинически выраженная тревога была у 5 (17,9%), клинически выраженная — у 7 (25%); признаков депрессии не было у 18 (64,3%), субклинически выраженная депрессия имела у 6 (21,4%) и клинически выраженная — у 4 (14,3%) пациентов. Средний балл шкалы MMSE, по сравнению с обследованными 1 группы, снижался до $25,3 \pm 3,2$; при этом КН отсутствовали у 9 (32,1%), легкие КН выявлялись у 12 (42,9%), умеренные — у 6 (21,4%) и выраженные (деменция) — у 1 (3,6%) больного. ПТ снижался и составил $430 \pm 9,2$ ($p < 0,05$). В этой группе отмечалось существенное снижение физической работоспособности (N — $526,8 \pm 30,9$ кгм/мин; $p < 0,05$, A — $3860,2 \pm 580,5$ кгм; $p < 0,05$).

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-