

113

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Николаев Н. А., Остапенко В. А., Тюрина М. В., Тюрина Н. В.

ГОУ ВПО ОмГМА, Городской клинический кардиологический диспансер

Актуальность

Оценены фармакоэпидемиологические аспекты и клиническая эффективность антигипертензивной терапии у больных ХРБС в сочетании с ГБ.

Материалы и методы

Открытое одноцентровое стратифицированное кросс-секционное с элементами эпидемиологического анализа исследование 88 больных (12 мужчин, 76 женщин, средний возраст $58 \pm 6,4$ лет), госпитализированных по поводу хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в сочетании с гипертензивной болезнью (ГБ).

Результаты

Преобладающую долю составляли женщины (86,3%), 100% участников исследования предъявляли жалобы, связанные как с ХРБС, так и с ГБ. 68% являлись инвалидами (ограничение трудоспособности I-II степени), еще 21% наблюдались в период экспертизы МСЭК. Все 100% обследуемых получали препараты для коррекции состояния, при этом антигипертензивная монотерапия проводилась лишь у 12% больных, 27% требовалось назначение 2 препаратов, а 61% - трех и более. Из антигипертензивных средств у больных ХРБС чаще назначались тиазидные и тиазидоподобные диуретики (88%), ингибиторы АПФ (81%) и бета-блокаторы (40%). Редко назначались блокаторы кальциевых каналов (16%), калийсберегающие диуретики (11%) и препараты других фармакологических групп (6%). Удовлетворительный антигипертензивный клинический эффект был достигнут в 74% случаев (наибольший - при назначении комбинации диуретиков, гидрофильных ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов - 96,7%, наименьший - при монотерапии диуретиками 41% и липофильными ингибиторами АПФ - 44%).

Выводы

Сочетание ХРБС и ГБ требует постоянной комбинированной фармакотерапии. У таких больных в качестве антигипертензивных средств предпочтительны комбинации тиазидоподобного диуретика, гидрофильного ингибитора АПФ и блокатора кальциевых каналов.

115

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ СУСТАВНЫХ ОБЛАСТЕЙ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИНоскова А. С., Лаврухина А. А., Горбачева Н. Ю., Семенова А. Г.
ЯГМА**Актуальность**

Врачебное восприятие функциональной недостаточности (ФН) суставов обычно определяется областью воспалительного или анкилозного поражения и может не соответствовать оценке ФН самими больными. Целью исследования была оценка субъективного восприятия ФН верхних и нижних конечностей и нижнего отдела позвоночника больными ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилоартритом (АС), первичным остеоартрозом коленных суставов (ОА) и остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (ОХ).

Материалы и методы

Для изучения ФН верхнего и нижнего плечевых поясов и нижней части позвоночника использовали опросник FAS-9 (А.С.Носкова, 2005), построенный на основе Станфордской анкеты оценки здоровья HAQ. Также использовали индекс ФН HAQ. В исследование включено 60 больных РА, АС, ОА и ОХ (по 15 обследуемых в группе) в возрасте от 45 до 65 лет со стажем заболевания не менее 5 лет с отсутствием тяжелой ФН и сопутствующей патологии.

Результаты

Индекс ФН HAQ составил в группах 1,8; 1,5; 1,2; 1,1 баллов. ФН верхних конечностей - 45; 31; 26; 18 мм ВАШ. ФН нижних конечностей - 41; 54; 63; 24 мм ВАШ. ФН нижнего отдела позвоночника - 67; 86; 52; 51 мм ВАШ. У пациентов всех групп, за исключением ОА, наибольшая субъективная ФН отмечена со стороны нижнего отдела позвоночника. Максимальные значения отмечены у больных АС и РА, меньшие и равные значения в группах ОА и ОХ.

Выводы

Данные о субъективной оценке ФН суставных областей должны учитываться при составлении дифференцированных программ физического и физиотерапевтического воздействия.

114

СООТНОШЕНИЕ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ CES-D И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И ОСТЕОАРТРИТЕ

Носков С. М., Красивина И. Г., Носкова А. С., Козлова О. Г.

Ярославская медицинская академия, кафедра госпитальной терапии

Актуальность

Шкала Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D) является наиболее частым инструментом для выявления депрессивных состояний в эпидемиологических исследованиях. Целью работы было определение соотношений счета шкалы CES-D с клиническими проявлениями ревматоидного артрита (РА) и первичного генерализованного остеоартрита (ОА).

Материалы и методы

В исследование включено 25 больных РА с низкой степенью активности (DAS4 < 2,4) с поражением коленных суставов и 25 пациентов с первичным генерализованным ОА. Дополнительно применяли опросники Леккена, KOOS, FAS-9. Результаты были подвергнуты корреляционному анализу.

Результаты

Расстройства депрессивного спектра (CES-D ≥ 19) обнаружены при РА и ОА в 8% и 28%, соответственно. У больных РА достоверные коэффициенты корреляции ($r > 0,37$, $p < 0,05$) счета шкалы депрессии CES-D выявлены с продолжительностью утренней скованности ($r = 0,56$), болезненностью ниже-медиального энтеза коленного сустава ($r = 0,56$), оценкой боли по VAS ($r = 0,46$), продолжительностью сна ($r = 0,41$) и временем просмотра телевизионных программ ($r = 0,42$). У больных ОА достоверные корреляции отмечены с болезненностью ниже-медиального энтеза коленного сустава ($r = 0,58$) индексом Леккена ($r = 0,53$), функциональной недостаточностью верхних конечностей по FAS-9 ($r = 0,38$), а также со всеми подшкалами опросника KOOS, включая боль ($r = 0,46$), симптомы ($r = 0,44$), активность повседневной жизни ($r = 0,64$), спорт/отдых ($r = 0,48$), качество жизни ($r = 0,41$).

Выводы

Таким образом именно при ОА счет шкалы депрессии CES-D ассоциируется с функциональной физической несостоятельностью.

116

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМНуримова Д. К., Бурханова Ф. А., Абдуллаев С. Ф.
Ташкентская Медицинская Академия**Актуальность**

Остеоартроз (ОА) характеризуется неуклонно прогрессирующим характером течения процесса и приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности.

Материалы и методы

В условиях артрологического СКАЛ проведено многолетнее наблюдение за 276 больными ОА, с преимущественным поражением коленных суставов, в возрасте 32-65 лет. I - группа - 204 - без проявления реактивного синовита. II-группа - 72 - с явлениями вторичного реактивного синовита. Больным проводилось комплексное лечение - хондропротекторами (адфлугон внутрисуставно №4 и внутримышечно, на курс лечения №10-20 ампул, структурум), НПВП, витамин В6 и РР, физиопроцедуры, ЛФК, массаж.

Результаты

При явлении упорного синовита - внутрисуставно-кэналог 40 мг №1. Комплексное лечение повторялось каждые 6 месяцев, бальнеолечение 1 раз в год, сероводородные или родоновые ванны. Проводились мероприятия по снижению массы тела, улучшению венозного оттока, ортопедическая коррекция, а также трудоустройство больных с целью уменьшения микротравматизации. Выявлено уменьшение болевого синдрома в покое и движении, выраженность стартовых болей. Увеличилась амплитуда движений в тазобедренных, коленных суставах. Исследование индекс WOMAC по ВАШ показало уменьшение болевого синдрома у 86% больных, а также расширение функциональной активности больных, что способствовало улучшению качества жизни больного. Показателем лечения - служит анализ социальной эффективности, так в 5 раз уменьшилось число дней нетрудоспособности: с 22,6 дней до 12,2 средняя длительность каждого случая обострения.

Выводы

Таким образом, разработанный метод динамического наблюдения с проведением повторных курсов комплексного лечения высоко эффективен.