

Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи

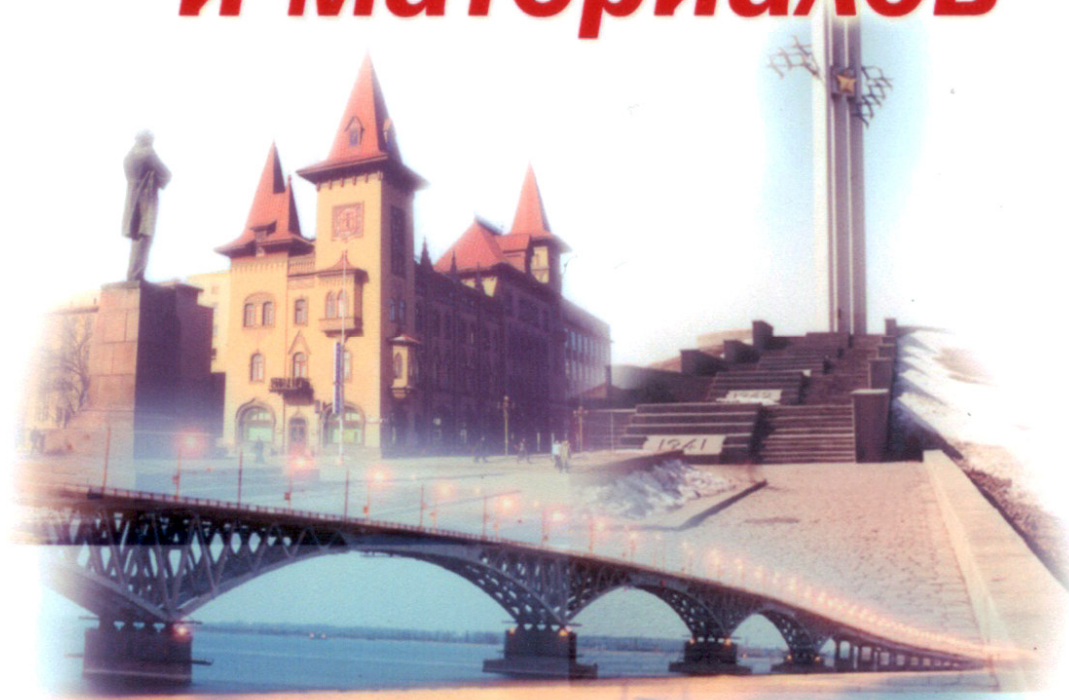


Всероссийское научное общество кардиологов



ФГУ САРНИИК Росмедтехнологии

Второй съезд
кардиологов Приволжского
федерального округа
**Сборник тезисов
и материалов**



Саратов
14-15 мая 2008 г.

стационар – санаторий – поликлиника. Важным звеном кардиологической реабилитации является санаторный этап.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности санаторного этапа реабилитации больных с сердечно-сосудистой патологией.

Работа проводилась на базе отделения реабилитации кардиологического санатория всероссийского значения «Октябрьское ущелье».

Результаты. Больные поступали из различных стационаров города и области. В 2007 году лечение прошли 1363 больных, из них с ИБС инфарктом миокарда 673 человек, стенокардией 429, после оперативного вмешательства 34, после острого нарушения мозгового кровообращения 227. Возраст больных колебался от 40 до 78 лет, большинство трудоспособного возраста.

В лечении больных, помимо медикаментозного лечения, широко использовались немедикаментозные методы: физическая реабилитация (лечебная гимнастика в зале и бассейне, занятия на велоэргометре и тредмиле, дозированная ходьба с элементами терренкура), психологическая реабилитация (проводится врачом-психотерапевтом с использованием основных методов психотерапевтического воздействия), физиотерапевтическое лечение (гидротерапия, «сухие» углекислые ванны, лазеротерапия, магнитотерапия, массаж, прием кислородных коктейлей и ингаляции с лекарственными препаратами) и фитотерапия.

В результате проведенного лечения с улучшением было выписано 96,9 % больных, с ухудшением (госпитализировано в стационары) - 3,1 %.

Заключение. Таким образом, использование комплексного восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистой патологией на санаторном этапе позволяет улучшить состояние здоровья большинства пациентов, помогает больным в скорейшем возвращении к бытовым нагрузкам, способствует восстановлению трудоспособности.

**ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ВЫБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА
БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ С УЧЕТОМ АДАПТАЦИОННЫХ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА**

Шевченко О.В., Киселев А.Р.*, Гриднев В.И. *, Посненкова О.М. *, Свистунов А.А.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов

*ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов

Цель: разработать критерии лечения больных артериальной гипертонией (АГ) фозиноприлом и атенололом (иАПФ и β -адреноблокатором) на основе сравнительного

изучения их влияния на динамические свойства центральной (0,1Гц) вегетативной регуляции сердца.

Материал и методы. В исследование включено 98 больных с нелеченой или неадекватно леченой АГ без признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, в возрасте 46 ± 7 лет. Ритмограммы регистрировались в ходе пассивной ортостатической пробы до и после лечения каждым из препаратов (фозиноприла, ателолола). Длительность приема каждого препарата - 3 нед., между курсами приема (этап прерывания лечения) другие гипотензивные средства не применялись. Вычислялась мощность спектра ВСР в низкочастотном (LF: 0,04-0,15 Гц) диапазоне. Исходно больные АГ были разделены на две группы по типу ортостатической динамики мощности LF-компоненты спектра ВСР: 1) со снижением ее мощности при переходе в ортостаз («отрицательная» динамика); 2) с сохранением или повышением ее мощности («положительная» динамика). Клинически пациенты обеих групп были сопоставимы. Изучались особенности изменения характера ортостатической динамики LF-компоненты спектра ВСР на фоне лечения фозиноприлом и ателололом в обеих группах.

Результаты. Лечение и фозиноприлом, и ателололом в группе 1 вызывает сопоставимое умеренное «ухудшение» ортостатической динамики мощности LF-компоненты (т.е. увеличение степени снижения мощности LF-компоненты при переходе в ортостаз, относительно положения лежа). В группе 2 лечение ателололом сопровождается достоверно ($p < 0,05$) более выраженным снижением мощности LF-компоненты при переходе в ортостаз, чем при лечении фозиноприлом.

Вывод. Можно предположить, что у больных АГ с исходно адекватной (по направленности) ортостатической реакцией 0,1Гц-механизма вегетативной регуляции, лечение β -адреноблокатором (ателолол) снижает адаптационные возможности центральных механизмов вегетативной регуляции сердца, поэтому им предпочтительнее назначение иАПФ (фозиноприл).

**ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ФОЗИНОПРИЛА И АТЕНОЛОЛА НА
ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ**

Шевченко О.В., Киселев А.Р. *, Гриднев В.И. *, Посненкова О.М. *, Свистунов А.А.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов

*ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов

Цель: провести сравнительную оценку влияния фозиноприла и атенолола на динамику вегетативной регуляции сердца у больных артериальной гипертонией (АГ) мужского и женского пола на основе представлений о наличии 0,1 Гц-колебаний в вариабельности сердечного ритма (ВСР), характеризующих свойства центрального звена вегетативной регуляции сердца.

Материал и методы: в исследование включено 49 больных (29 мужчин и 20 женщин) с АГ без признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, возраста 46 ± 7 лет. Регистрация ритмограмм производилась в ходе пассивной ортостатической пробы при спонтанном дыхании до и после лечения каждым из препаратов (фозиноприла, атенолола). Длительность приема каждого препарата составляла 3 недели, между курсами приема (этап прерывания лечения) другие гипотензивные средства не применялись. Мощность спектра ВСР вычислялась в низкочастотном (LF: 0,04-0,15 Гц) и высокочастотном (HF: 0,15-0,4 Гц) диапазонах.

Результаты: исходно мощность LF-диапазона спектра ВСР, характеризующего свойства 0,1Гц-колебаний в ВСР, у мужчин была достоверно выше, чем у женщин. Лечение фозиноприлом у мужчин и женщин достоверных изменений LF-диапазона спектра не дало. На фоне лечения атенололом мощность LF-диапазона при переходе в положение ортостаза у мужчин достоверно снижалась, у женщин оставалась на прежнем уровне. Мощность HF-диапазона спектра ВСР, характеризующая дыхательно-парасимпатические влияния, на фоне лечения фозиноприлом при переходе в положение ортостаза достоверно снижалась как у мужчин, так и у женщин. Лечение атенололом в течение 3 недель привело к достоверному увеличению HF-диапазона спектра ВСР у большинства больных независимо от пола.

Выводы. Влияние β -адреноблокатора (атенолол) на функциональные характеристики 0,1Гц-механизма вегетативной регуляции у мужчин более выражено, чем у женщин, и проявляется снижением его регуляторной активности. Половых особенностей влияния фозиноприла и атенолола на мощность HF-диапазона спектра ВСР, характеризующего дыхательно-парасимпатические влияния, не выявлено.

ВЕЛИЧИНА ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И ИЗМЕНЧИВОСТЬ КОНЕЧНОЙ ЧАСТИ ЗУБЦА T

Шматова С.С., Фурман Н.В., Довгалевский П.Я., Шамьюнов М.Р., Мухортов В.В.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, г. Саратов

Цель работы - оценить возможность использования для повышения