

Федеральное агентство по высокотехнологической медицинской помощи

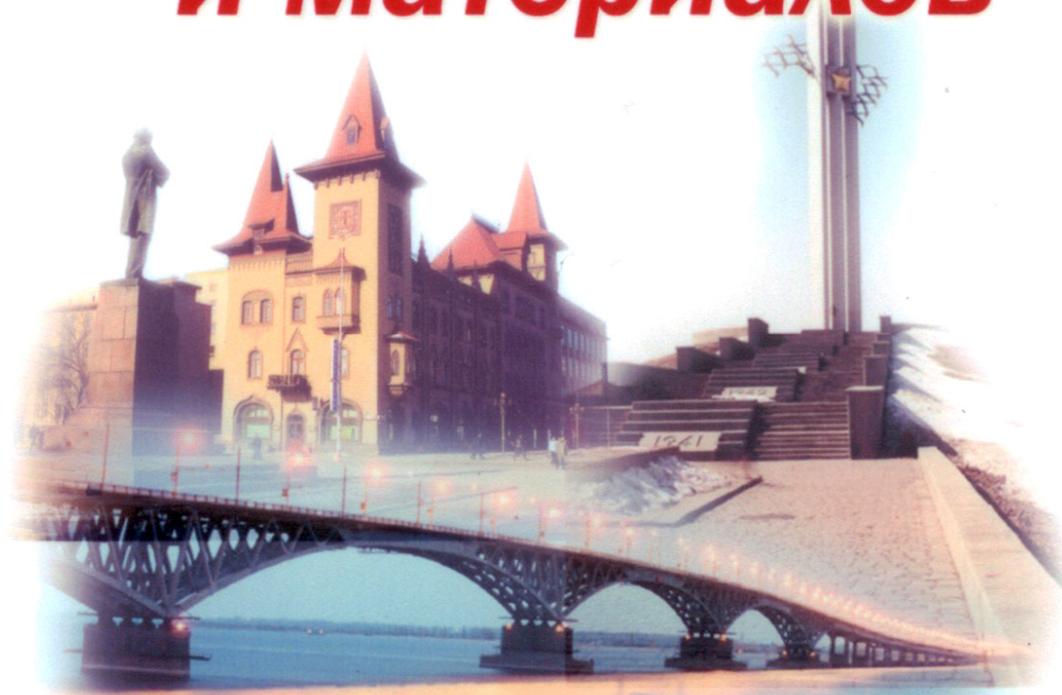


Всероссийское научное общество кардиологов



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 ГИПЕРТОНИЕЙ 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 ателололом (иАПФ и  $\beta$ -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  $46 \pm 7$  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 ВСП 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 ВСП: 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 ВСП 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  $\beta$ -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  $46 \pm 7$  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  $\beta$ -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