

XII Научно-практическая конференция (РосОКР) с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии»

20–21 апреля 2017 г., Москва, Россия

Материалы конференции

Для цитирования: XII Научно-практическая конференция (РосОКР) с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии». 20–21 апреля 2017 г., Москва, Россия. Материалы конференции. CardioSomatika. 2017; 8 (1): 5–88.

XII Russian conference (RSCSR) with international participation

“Rehabilitation and secondary prevention in cardiology”

April 20–21, 2017, Moscow, Russia

For citation: XII Russian conference (RSCSR) with international participation “Rehabilitation and secondary prevention in cardiology”. April 20–21, 2017, Moscow, Russia. Cardiosomatics. 2017; 8 (1): 5–88.

Оценка эффективности медикаментозных и немедикаментозных методов в лечении и реабилитации больных ишемической болезнью сердца

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Шарипова А.А., Турдикулова Ш.У., Убайдуллаева З.З., Исхаков Ш.А., Кличев Б.Х.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Институт биоорганической химии АН РУЗ, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить эффекты комплексного применения медикаментозных и немедикаментозных методов в лечении и реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции.

Материал и методы. Наблюдались пациенты узбекской популяции с ИБС и стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. Больные 1-й группы (n=30) получали только базисное лечение (антиагреганты, β -адреноблокаторы, аторвастатин 20–40 мг/сут или розувастатин 10–20 мг/сут, при необходимости – нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), а больные 2-й группы (n=30) – дополнительно магнитотерапию на нижнегрудную паравертебральную область или на нижние конечности, 15 мин; электрофорез воротниковой области с $MgSO_4$, 15 мин, №8 (при артериальной гипертензии) и лечебную физическую культуру в индивидуальном порядке. Исходно и через 3–6 мес определялись в крови уровни липидов, С-реактивный белок (СРБ), полиморфизм генов HMGCR и ApoE методом полимеразной цепной реакции, изучались параметры ЭхоКГ, толщины комплекса интима–медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) с помощью УЗИ.

Результаты. На фоне терапии статинами отмечалось достоверное снижение уровней (общий холестерин – ХС, ХС липопротеидов низкой плотности – ЛПНП, триглицериды и соотношения ХС ЛПНП/ХС липопротеидов высокой плотности – ЛПВП), а также содержания СРБ при повышении концентрации ХС ЛПВП. У больных значительно улучшились изученные показатели ЭхоКГ: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ), масса миокарда ЛЖ, толщина задней стенки ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки, конечный диастолический размер, конечный диастолический объем, конечный систолический объем, ударный объем. При этом отмечено улучшение показателей скорости раннего наполнения ЛЖ (пик E), скорости диастолического наполнения в период систолы левого предсердия (пик A), отношения скоростных характеристик (E/A); времени изоволюметрического расслабления ЛЖ и замедления скорости раннего наполнения. До лечения, несмотря на сохраненную систолическую функцию ЛЖ, большинство параметров трансмитрального кровотока отличалось от нормы, определялось нарушение диастолической функции ЛЖ. Выявлена целесообразность проведения больным ЭхоКГ и определения ТКИМ ОСА для оценки эффективности лечения, а также использование показателя ТКИМ ОСА в качестве маркера атеросклеротических поражений. Исследование полиморфизма генов ApoE и HMGCR помогло подобрать наиболее безопасные и адекватные дозы аторвастатина и розувастатина, а также определить пациентов, плохо отвечающих (резистентных) на лечение статинами. Комплексное лечение и реабилитация с включением немедикаментозных методов усиливали эффект медикаментозной терапии, позволяли уменьшить дозы препаратов и повышали качество жизни больных.

Заключение. Проведение патогенетического лечения и реабилитации больных ИБС с учетом индивидуальных генетических особенностей пациента позволяет добиться максимальной эффективности, исключая развитие осложнений и побочных эффектов со стороны лекарственной терапии.

Прогностическая модель развития фибрилляции предсердий у больных хронической обструктивной болезнью легких

Адашева Т.В., Павлов С.В., Леонова Е.И., Саморукова Е.И., Задионченко В.С.
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Выявить основные факторы, влияющие на возникновение пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы. Из 936 человек, проходивших обследование, согласно критериям включения/невключения были отобраны 94 больных ХОБЛ 2–4-й степенью (GOLD 2013), стабильное течение. Критерии не включения: наличие в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний, патологии щитовидной железы, постоянной или персистирующей формы ФП. У всех пациентов была диагностирована ранее артериальная гипертензия (АГ) и назначено лечение. Исследовали функцию внешнего дыхания, суточную пульсоксиметрию, мониторингирование ЭКГ по Холтеру, суточное мониторирование артериального давления с определением жесткости сосудистой стенки и центрального давления в аорте, ЭхоКГ. Оценивали уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вчСРБ). У 46 больных ХОБЛ было обнаружено 2 [1; 4] пароксизма ФП (группа ХОБЛ и ФП). Контрольную группу составили 48 больных ХОБЛ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности ХОБЛ, количеству обострений, длительности АГ. Статистическая обработка данных включала множественный корреляционный анализ в программе IBM SPSS Statistic 20.0, расчет логистической регрессии с построением модели параметров, влияющих на развитие пароксизмов ФП, – в программе SAS 6.12.

Результаты. У больных ХОБЛ и ФП наблюдалось более выраженное системное воспаление – вчСРБ 6,6 [3,9; 14,6] мг/л в группе ФП+ХОБЛ и 2,4 [0,8; 3,7] мг/л в контрольной группе ($p < 0,001$), ниже объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) 49,0 [42,5; 57,5] % в группе ФП+ХОБЛ и 59,0 [46,5; 72,0] % в контрольной группе ($p = 0,032$), ниже уровень минимальной сатурации крови кислородом (мин% SpO₂) 76,0 [72,3; 80,0] % vs 83,0 [79,5; 87,0] % ($p < 0,001$), больше симптомов ХОБЛ, выше значения средней скорости пульсовой волны в аорте (срPWao) 13,6 [12,3; 14,1] м/с vs 11,8 [10,2; 12,0] м/с ($p = 0,001$), свидетельствующие о повышении жесткости сосудистой стенки в группе ХОБЛ и ФП. Частота пароксизмов ФП была связана с ОФВ₁ ($r = -0,348$; $p = 0,013$), мин% SpO₂ ($r = -0,356$; $p = 0,011$), уровнем вчСРБ ($r = 0,442$; $p = 0,001$), а также размером обоих предсердий ($p < 0,001$), временем изоволюметрического расслабления (IVRT) левого желудочка ($r = 0,350$; $p = 0,022$), размером правого желудочка ($r = 0,478$; $p < 0,001$), систолическим давлением в легочной артерии – сДЛА ($r = 0,530$; $p < 0,001$), срPWao ($p = 0,001$). Жесткость сосудистой стенки зависела от степени бронхиальной обструкции, гипоксии, системного воспаления. По результатам логистической регрессии выявлены основные факторы развития ФП у больных ХОБЛ: сДЛА, срPWao, вчСРБ, ОФВ₁, мин% SpO₂. Данные параметры вошли в прогностическую модель развития ФП у больных ХОБЛ. Влияние АГ на развитие пароксизмов ФП было исключено с использованием логистической регрессии при статистическом анализе.

Заключение. С увеличением бронхиальной обструкции, степени гипоксемии, сосудистой жесткости и системного воспаления необходимо исключать наличие бессимптомных пароксизмов ФП у пациентов с ХОБЛ.

Динамика и взаимосвязь физической и умственной работоспособности пациентов на II этапе реабилитации после операции аортокоронарного шунтирования

Александров П.В.¹, Перепеч Н.Б.²
¹Центр сердечной медицины «Черная речка»; ²НКиОЦ «Кардиология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить динамику и взаимосвязь физической работоспособности (ФР) и умственной работоспособности (УР) пациентов на II этапе реабилитации после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включены 80 пациентов (72 мужчины, 8 женщин), проходивших II этап реабилитации после операции АКШ. Возраст пациентов составлял от 28 до 78 лет (средний возраст 59,41±8,73 года). Все пациенты получали базовую терапию. Реабилитация проводилась по стандартным 21-дневным программам, построенным по модульному принципу. ФР оценивалась с помощью теста шести-минутной ходьбы (ТШХ) в соответствии с рекомендациями Американского торакального общества 2002 г. Для оценки УР использовался корректурный тест ЭЛландольга в модификации В.Н.Сысоева. Вычислялись два показателя: скорость переработки информации (СПИ) и продуктивность (П). Обследование проводилось в 1 и 21-е сутки пребывания в реабилитационном центре.

Результаты. Средняя дистанция ТШХ до реабилитации составила 393,0±98,5 м, после – 469,6±76,0 м ($p < 0,05$). Приrost дистанции составил 76,6±58,4 м, или 25,0±30,3% от исходного значения. У 80% пациентов