

**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., Задонченко 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, прошедших 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 (ОФВ<sub>1</sub>) 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% SpO<sub>2</sub>) 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 ОФВ<sub>1</sub> ( $r = -0,348$ ;  $p = 0,013$ ), мин% SpO<sub>2</sub> ( $r = -0,356$ ;  $p = 0,011$ ), 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, ОФВ<sub>1</sub>, мин% SpO<sub>2</sub>. 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.<sup>1</sup>, Перепеч Н.Б.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Центр сердечной медицины «Черная речка»; <sup>2</sup>НКиОЦ «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), прошедших 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