

вмешательства и 21 человек из группы контроля. При сравнении состава групп контроля и вмешательства различия выявлены не были. Таким образом, группы остались сопоставимы, и рандомизация не была нарушена. При анализе данных, полученных при контрольном обследовании оказалось, что в группе вмешательства только у одного (1 из 20) субъекта сохранялась ГР, и не было зафиксировано ни одного случая артериальной гипертензии (АГ). В группе контроля у 18 (18 из 21) субъектов сохранилась ГР и выявлено 3 случая АГ. При анализе времени до наступления исхода с помощью критерия Сох были получены следующие результаты: при сравнении времени до повторной регистрации ГР на физическую нагрузку – $F=12,88$; $p=0,0001$. Это значит, что через 1 год от начала исследования в группе контроля достоверно чаще встречалась ГР на физическую нагрузку.

Заключение. Учитывая результаты исследования, можно сделать вывод, что длительное использование «расчетной» скорости ходьбы приводит к уменьшению выраженности ГР на физическую нагрузку. Возможно, методика коррекции привычной скорости ходьбы у лиц с ГР будет эффективна для первичной профилактики АГ.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В СОЧЕТАНИИ С ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИЕЙ

Кулишова Т.В., Репкина Т.В., Осипова И.В., Саватеева С.Я.

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, НУЗ ОКБ ст. Барнаул

Цель исследования – изучить эффективность комплексного лечения пожилых больных страдающих хронической сердечной недостаточностью в сочетании с курсом общей магнитотерапии,

Материал и методы. В исследование включены 62 больных пожилого возраста с ХСН I–II ФК (67,4±6,8) по NYHA. Под нашим наблюдением находились пациенты с ХСН развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца II–III ФК.

Больные методом рандомизации были разделены на две группы: основная – 30 больных, которые на фоне стандартной медикаментозной терапии получали ОМТ. Группа сравнения составила – 32 пациента, получавшая то же медикаментозное лечение, но без ОМТ, длительность курса составила 10 сеансов, по 10 минут. Для проведения ОМТ использовалась магнитотерапевтическая установка «Магнитор – АМП». Все больные хорошо переносили процедуры, побочных эффектов не отмечалось.

Наряду с общеклиническими методами исследования применялись: оценка динамики жалоб, дневники самонаблюдения, эхокардиография, 6-минутный тест ходьбы, оценка качества жизни (Миннесотский опросник). Анализ результатов проводился через один месяц, три месяца, шесть месяцев.

В основной группе после курса ОМТ достоверно снизилось число жалоб на усталость, сердцебиение, одышку, улучшилась переносимость физической нагрузки, что подтверждалось данными шестиминутного теста ходьбы. По данным ЭХО КГ у больных на первоначальном этапе фракция выброса составляла в основной группе 64,7%, в контрольной 65,3%, через один месяц в основной группе она увеличилась на 12,3%, а через три на 17,2% ($p<0,05$), в контрольной – через 1 месяц на 7,8%, а через три месяца на 11,4%. Отмечено улучшение качества жизни. В основной группе зарегистрировано снижение САД на 10,1% ($p\leq 0,05$), ДАД на 9,6% ($p\leq 0,05$), в группе сравнения на 5,0% (Нд) и 4,2% (Нд). В процессе лечения в основной группе отмечено снижение дозировок препаратов, отсутствие кризов и декомпенсации ХСН на протяжении трёх месяцев. В кон-

трольной группе у 10% пациентов отмечалась декомпенсация. Достоверных различий через 6 месяцев не отмечалось.

Таким образом, включение общей магнитотерапии в комплексное лечение пожилых больных ХСН улучшает общее самочувствие, оказывает выраженный гипотензивный эффект, положительно влияет на показатели гемодинамики, переносимость физической нагрузки, повышает качество жизни. Для поддержания полученных результатов у пожилых пациентов с ХСН проведение курса общей магнитотерапии необходимо 2 раз в год.

КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ФАКТОРЫ РИСКА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАНИМАЦИИ

Культербаев А.Т., Медалиева Р.Х., Хуранова Л.М., Борвинок Н.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик

Цель: выявить факторы риска внезапной смерти (ВС) при инфаркте миокарда (ИМ) и их связи с исходом реанимационных мероприятий.

Методы: исследовали 56 больных ИМ, у которых в стационаре внезапно развилась клиническая смерть (ВКС), закончившаяся, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия, летальным исходом в 51 случае. Больные находились под постоянным электрокардиографическим мониторингом наблюдением. Умершие больные подвергнуты были секционному исследованию. Анализировали у этих больных возрастную-половую состав, кратность ИМ, формы остановки сердца, локализацию, глубину, распространенность ИМ и их возможные влияния на исход реанимационных мероприятий.

Результаты: количество мужчин и женщин инфарктом миокарда, умерших внезапно, существенно не различались – 5:4 соответственно. Однако, количество женщин в среднем (45-59 лет) и в пожилом (60-74 года) возрастах было меньше в 2 раза, а в старческом (>74 лет) возрасте, наоборот, было больше в 2 раза, по сравнению с количеством мужчин в этих же возрастных группах. Впервые развившийся ИМ встречался чаще (у 34 больных), чем повторный ИМ (у 22 больных). Из всех случаев ИМ абсолютное большинство составлял крупноочаговый ИМ (у 55 больных) против мелкоочагового ИМ (у 1 больного, притом ИМ был распространенный). Случаев ИМ с поражением 2-х и более стенок левого желудочка (ЛЖ) было больше (у 33 больных), чем с поражением одной стенки (у 23 больных). Однако, среди случаев ИМ с вовлечением лишь одной стенки ЛЖ, абсолютное большинство (у 20 больных) составило поражение задней стенки. Во всех случаях остановки сердца в форме асистолии (31 больной) и идиовент-трикулярного ритма (2 больных) реанимационные мероприятия с применением электрической дефибрилляции (ЭД) оказались безуспешными. У 23 больных с фибрилляцией желудочков (ФЖ) ЭД привела к стойкому восстановлению синусового ритма у 5 больных (21%), которые выписались с выздоровлением. У всех 5 больных ИМ, которым удалось стойко восстановить синусовый ритм, поражено было не более 2 стенок ЛЖ.

Выводы: частота вероятности наступления ВС при ИМ в целом не зависит от пола больных, однако риск развития ВКС у мужчин присутствует в более раннем возрасте (<45 лет), чем у женщин (>45 лет). В старческом возрасте (>74 лет) у женщин риск развития ВКС при ИМ выше, по сравнению с таковыми у мужчин. Кратность ИМ не играет существенной роли в развитии ВКС. В большинстве случаев к ВКС приводит крупноочаговый ИМ, однако и мелкоочаговый ИМ может также закончиться фатально в случае его распространенности. Риск развития ВКС значительно выше при одновременном поражении 2-х и более сте-

нок ЛЖ. При изолированном поражении одной стенки ЛЖ ВКС чаще развивается при ИМ задней стенки. При остановке сердца в форме асистолии или идиовентрикулярного ритма реанимационные мероприятия не дают положительного эффекта. Стойкий синусовый ритм, позволяющий выписать больного в состоянии выздоровления, удается восстановить при остановке сердца в форме ФЖ у больных с поражением не более 2-х стенок ЛЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

Курбанов Р.Д., Алимухамедова Н.Р., Умаров Р.Т., Митропольская И.О.

Республиканский специализированный центр кардиологи МЗ РУз, г. Ташкент

Цель – оценить роль наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям в смертности мужчин.

Материалом исследования служили данные, полученные при проспективном наблюдении за неорганизованной популяцией мужчин 40-59 лет на старте исследования. Исследование проведено в рамках Всесоюзной кооперативной программы «Эпидемиология ишемической болезни сердца и атеросклероза в различных регионах страны».

В работе использованы эпидемиологические методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных проспективных исследований.

За 21 год проспективного наблюдения за 669 мужчинами с отягощенной наследственностью и 462- без отягощенной наследственности умерли 168 и 125 человек соответственно. Среди мужчин с отягощенной наследственностью умерли от сердечно-сосудистых заболеваний 16,1%, среди лиц с неотягощенной наследственностью умерли 11,2% ($t=2,44$; $p=0,02$). Среди лиц с отягощенной наследственностью в структуре смертности 64,3% приходилось на сердечно-сосудистые заболевания, в том числе 39,9% на ишемическую болезнь сердца и 24,4% на мозговой инсульт; 15,5% – на онкологические заболевания, 1,8% – на другие сердечно-сосудистые заболевания и 18,4% – на другие причины смерти. Среди лиц без отягощенной наследственности в структуре смертности 41,6% приходилось на сердечно-сосудистые заболевания, в том числе 30,4% – на ишемическую болезнь сердца и 11,2% – на мозговой инсульт; 25,6% – на онкологические заболевания, 5,6% – на другие сердечно-сосудистые заболевания и 27,2% – на другие причины смерти. Средний возраст умерших мужчин с отягощенной наследственностью составил $59,02 \pm 0,7$ лет, с неотягощенной наследственностью – $60,8 \pm 1,2$ лет ($t=2,02$; $p=0,04$).

Таким образом, среди мужчин с отягощенной по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственностью наблюдалась более высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и в более молодом возрасте, чем среди мужчин с благоприятным в отношении сердечно-сосудистых заболеваний семейным анамнезом.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ В ГОСПИТАЛЬНОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Курбанов Р.Д., Зокиров Н.У., Юлдашев Н.П., Кеворкова Ю.Г., Пулатов С.Ф.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент

Цель: Выявление морфофункциональных и нейрогуморальных предикторов развития жизнеопасных желудочковых

экстрасистол (ЖОЖЭ), у больных госпитальной стадии инфаркта миокарда (ИМ).

Методы: Обследованы 31 мужчина с первичным Q волновым ИМ на 12-14 сутки заболевания. Частота и структура ЖОЖЭ изучалась с помощью 24-часового холтеровского мониторинга ЭКГ. Состояние симпатoadренальной системы (САС) изучалось по суточной экскреции адреналина (А), норадреналина (Н) и дофамина (Д) с мочой по методу высокоэффективной жидкостной хроматографии. Эхокардиографическое исследование проводилось в соответствии с рекомендациями Американского эхо-кардиографического общества -ASE.

В зависимости от наличия частых (>10 ЖЭ/час) и/или сложных (III,IVa,b) градации по классификации Lown-Wolf больные были разделены на 2-группы. I-группа ($n=15$) больные с наличием ЖОЖЭ, II-группа ($n=16$) больные без ЖОЖЭ.

Результаты: ЖОЖЭ чаще выявлялись при передней локализации ОИМ 93% и 57%, ($\chi^2=5,56$; $p<0,05$), у больных с признаками аневризмы левого желудочка (ЛЖ) 73% и 19%, ($\chi^2=9,31$; $p<0,01$).

В I группе по сравнению со II группой выявлены признаки гиперактивации САС по суточной экскреции А 11,8 и 7,4 мкг/сутки, соответственно, ($p<0,01$).

У больных I группы выявлена повышенная экскреция Н и Д в сравнении со II группы 16,9 и 333 мкг/сутки; а также 13,3 и 293мкг/сутки, соответственно, однако эти различия носили недостоверной характер, ($p>0,05$).

Индексированная масса миокарда ЛЖ в I группы была больше в сравнении со II группой 136,2 и 121 гр/м², соответственно, ($p>0,05$).

Установлено значимое увеличение конечно диастолического объема (КДО) ЛЖ, а также индексированного КДО в I группе в сравнении с больными II группы 152,4 и 130,4мл ($p<0,05$), а также 80,3 и 68,4 мл/м² ($p<0,05$), соответственно.

Более значимые различия выявлены в отношении конечно систолического объема (КСО), 85,2 и 63,1мл ($p<0,05$), а также индексированного КСО 45,1 и 33,1мл/м², ($p<0,05$).

Фракции выброса (ФВ) ЛЖ в I группе была ниже, чем в группе сравнения 44,7 и 52,1% соответственно, ($p<0,05$).

Вывод: У больных с острым Q ИМ вероятность выявления ЖОЖЭ выше при переднем ИМ, гиперактивации САС, наличии аневризмы ЛЖ, увеличение КДО, КСО и снижение ФВ ЛЖ.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СОТРУДНИКОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ВЫЕЗЖАВШИХ В КОМАНДИРОВКИ В ЗОНЫ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Курина Н.Н.1, Гарганеева Н.П.2, Медведев М.А.3

1 Клиническая больница № 1 ГУФСИН по Кемеровской области, г. Кемерово, 2,3 ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Цель исследования: Изучить динамику артериального давления (АД) и показателей качества жизни (КЖ) у сотрудников уголовно-исполнительной системы (УИС), выезжавших в командировки в Чеченскую Республику (ЧР) и принимавших участие в оперативно-боевых действиях в зонах военных конфликтов.

Материалы и методы: Обследовано 57 мужчин, сотрудников УИС. Из них 26 человек (I группа), неоднократно выезжавших в командировку, среднее число командировок $3,69 \pm 0,25$, средний возраст $30,48 \pm 0,99$ лет и 31 человек (II группа), сотрудники УИС, впервые выезжавшие в командировку, средний