ской нагрузкой. Тест с физической нагрузкой применяется как диагностический метод для оценки поражения коронарных артерий, также у пациентов после острого инфаркта миокарда, для динамического наблюдения после реваскуляризации миокарда, динамической оценки толерантности к физической нагрузке, оценки связи нарушений ритма и проводимости с физической нагрузкой и их индукции на фоне нагрузочного теста, оценки эффективности антиангинальной, антиаритмической и гипотензивной терапии, оценки особенностей динамики АД на фоне физической активности. Показаниями к проведению нагрузочных проб являются диагностика ИБС (пациенты со средней вероятностью наличия ИБС, в том числе при полной блокаде правой ножки пучка Гисса с исходной депрессией >1 мм и вазоспастическая стенокардия). Целью исследования является диагностика ИБС, динамическая оценка толерантности к физической нагрузке.

Материал и методы:

Тредмил-тест проводился на стресс-системе General Electric (GE) (Германия). Тредмил-тест был проведен 115 пациентам с установленным диагнозом ИБС. Среди них мужчин составили 91 (80%) пациент от 29 до 71 года, средний возраст составил 52,7±4,2 лет и 23 женщин (20%) от 43 до 70 лет, средний возраст составил 56,4±3,1 лет. Количество пациентов трудоспособного возраста среди мужчин 75 человек (81,5%), среди женщин 14 человек (60,8%). Показания и противопоказания к проведению исследования, критерии прекращения нагрузочного тестирования являлись общепринятыми. Использовались стандартные протоколы. Нагрузка дозируется в метаболических эквивалентах (единицах, ME или METs), которая отражает энерготраты организма при выполнении работы, при этом 1 MET = 1,2 кал/мин или 3,5-4,0 мл потребленного кислорода в минуту на 1 кг массы тела. Проанализированы результаты нагрузочных тестов. Пробы оценивались как отрицательные, положительные, сомнительные, не информативные.

Результаты:

При исследовании использовались протоколы нагрузочного тестирования: MOD BRUCE (с медленным нарастанием нагрузки, для здоровых лиц и пациентов старше 75 лет), BRUCE (с быстрым темпом прироста скорости движения дорожки и угла наклона и для здоровых лиц и пациентов в возрасте до 75 лет). Оценка толерантности к физической нагрузке отмечалась: очень высокая в 54 случаях (58,7%), высокая в 30 случаях (32,6%), средняя в 8 случаях (8,7%), низкая - нет случаев. Средняя толерантность в группе к физической нагрузке составила 5,95 METs, что соответствует средней толерантности к физической нагрузке. Результаты нагрузочного тестирования: положительных проб – 6 (5,2%); отрицательных проб – 97 (8,43%); сомнительных проб – 10 (8,7%); не информативных проб – 2 (1,8%). Проба была доведена до критериев ее прекращения в 85,2% случаев. Полученный процент не информативных проб объясняется наличием пациентов снижением функциональной способности сердца (повышение АД и т.д.). Отдельно проанализированы положительные пробы. Средний возраст достоверно не отличается от общей группы пациентов – от 48 до 68 лет, преобладали мужчины – 5 пациентов. На ЭКГ отмечалась горизонтальная и косонисходящая депрессия сегмента ST от 1,1 до 1,8 мм (в среднем 1,5 мм). Ангинозные боли были у 8 пациентов (6,95%) (1 – не завершенная, 4 – сомнительные и 3 – положительные). Таким образом, у пациентов с ИБС преобладала очень высокая толерантность к физической нагрузке. Частота положительных проб – 5,2%, информативность проб – 65%. Также был проведен анализ типов реакций на нагрузку: среди мужчин

наблюдается 61,9% нормотонический тип, гипертонический тип у 27,2%, гипотонический – 10,9%. Среди женщин преобладает нормотонический тип – 82,6%, гипертонический – у 17,4%. В обоих полах преобладают пациенты более молодого возраста. Кроме этого была анализирована индукция нарушения ритма: единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы наблюдались у 21,7% (5) женщин, у мужчин – 31,5% (29). Жизнеугрожающих нарушений ритмов не наблюдалось.

Заключение:

Тредмил-тест в алгоритме верификации ИБС является скрининговым методом. Метод определяет вероятность наличия ишемии миокарда, дальнейший план обследования и лечения пациента. При проведении пробы четкое соблюдение показаний и противопоказаний и критериев прекращения пробы позволяет избежать осложнений при нагрузочном тестировании пациентов.

РАЗНОЕ

ПЕРЕДВИЖНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КОМПЛЕКСЫ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ДЖАЙНАКБАЕВ Н. Т., КИМ З. Г., МАНШАРИПОВА А. Т.,
ШОКАРЕВА Г. В., ВДОВЦЕВ А. В., ТРЕТЬЯКОВА С. Н.
НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время изучение распространенности социально-значимых заболеваний является составной частью национальных программ охраны здоровья населения и основой при планировании медицинской помощи у сельских жителей. Одним из ключевых факторов охраны здоровья сельского населения является профилактическая направленность медицинских скринингов, изучение распространенности социально-значимых заболеваний терапевтического профиля, принципов доступности медицинской помощи, что достигается при использовании передвижных медицинских комплексов (ПМК) на уровне ПМСП. В регионах с неразвитой железнодорожной инфраструктурой для усовершенствования системы здравоохранения, в частности сельских районов и районов, отдаленных от областных и районных центров, использование ПМК на базе автомобильного транспорта имеет важное значение.

Материал и методы:

В Казахском Российском Медицинском университете в рамках исполнения послания президента Назарбаева Н.А совместно с фондом «Асар Береке» осуществлен проект по внедрению мобильной медицины в Республике Казахстан и созданы передвижные медицинские комплексы такие как: Амбулаторно-поликлинический, Медицинский Аварийно-спасательный, Гемодиализный, ПМК Флюорограф (цифровой), Скорая помощь на основе мототехники. С 2009 года, совместно с общественным фондом «Асар-Береке» медицинскими осмотрами охвачены 16 областей, осмотрены отдаленные сельские районы и социальные объекты.

Результаты:

За это время было обследовано на безвозмездной основе более 270 000 пациентов. Выявляемость различных заболеваний составила порядка 57 % от общего числа осмотров. Необходимо отметить что, опыт использования мобильных медицинских формирований, показал реальную потребность населения в специализированной медицинской помощи.

Заключение:

Таким образом, использование передвижных форм оказания медицинской помощи и телемедицинских технологий в районах с низкой плотностью населения и ограниченной медицинской инфраструктурой характеризуется высокой эффективностью и представляет медико-социальный и экономический интерес для отдаленных регионов.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ГУАНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

БЕДИНА С. А., МАРТЕМЬЯНОВ В. Ф., МОЗГОВАЯ Е. Э.,
ЗБОРОВСКАЯ И. А.
ФГБНУ «НИИ КиЭР»

Введение (цели/ задачи):

За последние годы, как в России, так и за рубежом значительно увеличился удельный вес первично-латентного течения ревматизма (до 40,0-42,5%), который часто не диагностируется, а диагноз устанавливается уже на стадии сформировавшегося порока сердца, то есть, через 1-3 года. Работы последних лет свидетельствуют о ведущей роли стрептококковой инфекции в этиопатогенезе ревматизма. Ежегодно в мире регистрируется около 100 млн. человек, перенесших стрептококковую инфекцию, из которых 0,3-3,0% заболевают ревматизмом, а до 30,0% становятся носителями стрептококковой инфекции. Учитывая эти данные и исходя из цикличности вспышек стрептококковой инфекции, логично предположить о новом пике заболеваемости ревматизмом в ближайшие годы. Цель – изучить активность ферментов пуринового метаболизма у больных ревматизмом в зависимости от стадии недостаточности кровообращения.

Материал и методы:

Под наблюдением в условиях стационара находились 114 больных ревматизмом: 79 (69,3%) женщин и 35 (30,7%) мужчин. Средний возраст больных – 48,7±1,13 лет. Диагностика ревматизма проводилась в соответствии с критериями Американской кардиологической ассоциации и рекомендациями Института ревматологии. Все больные неоднократно лечились в стационаре по поводу ревматизма, и у всех клинически и инструментально выявлены различные пороки сердца. Наиболее часто (46,5%) наблюдался комбинированный митральный порок сердца, а поражение клапанного аппарата левого атриовентрикулярного отверстия в сочетании с другими пороками сердца отмечалось в 82,4% случаев. Активная фаза ревматизма установлена у 77 и неактивная фаза у 37 больных. Из 37 больных в неактивной фазе I стадия недостаточности кровообращения (Н-1) установлена у 5 (13,5%) больных, Н-2А стадия – у 26 (70,3%) и Н-2Б стадия – у 6 (16,2%) больных. В активной фазе недостаточность кровообращения Н-1 выявлена у 13 (16,9%) больных, Н-2А стадия – у 37 (48,1%) и Н-2Б стадия – у 27 (35,0%) больных. В сыворотке крови активность ГДА и ГЗДА определялись колориметрическим методом с помощью цветной реакции (W.T. Saraway, 1966), ГФ – по образовавшемуся в ходе реакции гуанину (M. Yamada et al., 1989) и активность ПНФ по образованию МК в ходе двух сопряженных энзимных реакций (B.C. Robertson et al., 1973). Контрольную группу составили 35 здоровых людей. Существенной зависимости активности энзимов от пола и возраста выявлено не было. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программного пакета «Statistika 6».

Результаты:

У больных в неактивной фазе ревматизма с Н-2А и Н-2Б стадиями при поступлении выявлено достоверно значимое повышение активности ГДА, ПНФ и снижение активности ГЗДА и ГФ ($p < 0,01-0,001$). Сравнительные исследования показали, что у больных с Н-1 стадией по сравнению с Н-2А стадией, ниже активность ГДА ($p < 0,001$), ПНФ ($p < 0,05$), но выше активность ГЗДА ($p < 0,001$) и ГФ ($p < 0,05$); по сравнению с Н-2Б стадией, также ниже активность ГДА, ПНФ, выше активность ГЗДА, ГФ (все $p < 0,001$). У больных с Н-2А, по сравнению с Н-2Б, ниже активность ГДА, ПНФ ($p < 0,001$), но выше активность ГЗДА и ГФ ($p < 0,001$). Проведенный анализ энзимных показателей у больных в активной фазе ревматизма в зависимости от недостаточности кровообращения показал, что с Н-1 стадией, по сравнению со здоровыми, выше активность ГДА, ПНФ, ГФ (все $p < 0,001$), но ниже активность ГЗДА ($p < 0,01$); по сравнению с Н-2А стадией, ниже активность ГДА, ПНФ ($p < 0,001$) и выше активность ГЗДА ($p < 0,001$); по сравнению с Н-2Б стадией, ниже активность ГДА, ПНФ, но выше активность ГЗДА и ГФ (все $p < 0,001$). У больных с Н-2Б стадией, по сравнению с Н-2А, выше активность ГДА, ПНФ, но ниже активность ГЗДА и ГФ (все $p < 0,001$).

Заключение:

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что и у больных в неактивной, и у больных в активной фазе ревматизма обнаружены существенные изменения активности энзимов, зависящие от стадии недостаточности кровообращения. Чем больше стадия недостаточности кровообращения, тем выше активность ГДА, ПНФ и ниже ГЗДА и ГФ.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ: РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА АССОЦИИРУЕТСЯ С СОСТОЯНИЕМ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

АГАФОНОВА Т. Ю., БАЕВ В. М., САМСОНОВА О. А.,
КУДРЯВЦЕВА Е. Н., ДУСАКОВА Р. Ш.
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Учитывая противоречивые данные о состоянии автономной нервной системы при артериальной гипотензии, мы выдвинули гипотезу о том, при ИАГ постоянная симпатикотония и парасимпатикотония могут сопровождаться различными структурными и функциональными изменениями сердца. Цель исследования было изучение особенностей ремоделирования сердца в зависимости от состояния автономной нервной системы у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией (ИАГ).

Материал и методы:

Тип исследования – одномоментный. Объект исследования – молодые женщины с ИАГ. Предмет исследования – структурно-функциональные параметры сердца и автономная нервная система. Критерии включения: добровольцы женского пола в возрасте от 18 до 35 лет с ИАГ. Критерием ИАГ считали уровень САД 99 мм рт.ст. и ниже. Нормальное АД определяли как САД 120-129 мм рт.ст. и ДАД как 80-84 мм рт.ст. Критерии исключения: синдромы Марфана, Элерса-Данло, несовершенный остеогенез, онкологические заболевания, сахарный диабет, гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, ревматические болезни, анемии, врожденные заболевания сердца и сосудов, оперированные сердце и сосуды, наркомания, острые инфекционные заболевания, ожирение, беременность. Первичный врачебный осмотр и исключение сим-