

микрососудов так же были отмечены корреляционные связи с индексом  $dy_2/dy_1$ : Аэ/? ( $r = -0,61$ ;  $p = 0,012$ ); Ан/? ( $r = -0,66$ ;  $p = 0,002$ ); Ам/? ( $r = -0,70$ ;  $p = 0,001$ ).

**Заключение:**

Полученные данные позволяют говорить, что у пациентов с ФП имеет место выраженные нарушения микроциркуляции с формированием жестких эритроцитов, что усугубляет процессы ишемии органов и тканей. Результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии антикоагулянтной терапии на показатели микроциркуляторного статуса и степень оксигенации эритроцитов у больных с ФП.

---

**КОМПЛЕКСНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА**

Суджаева О. А.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

**Введение (цели/ задачи):**

Цель исследования: разработать программы комплексной кардиологической реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума, базирующиеся на выявленных патофизиологических механизмах снижения и восстановления физической работоспособности, и провести комплексную оценку их эффективности.

**Материал и методы:**

В исследование включено 529 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, находящихся на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума: 113 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), возраст  $45,9 \pm 1,0$  год; 74 пациента с метаболическим синдромом (МС), возраст  $45,2 \pm 1,2$  года; 229 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST после проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), возраст  $51,1 \pm 1,0$  год; 32 пациента с терминальной стадией хронической сердечной недостаточности (ХСН) до проведения трансплантации сердца (ТС), возраст  $46,4 \pm 12,1$  года; 81 пациент после проведения трансплантации сердца, возраст  $45,2 \pm 12,1$  года. У всех включенных в исследование исходно и на этапах динамического наблюдения проводилась комплексная оценка функционального состояния системы кровообращения с помощью 24-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру, 24-часового мониторирования артериального давления, эхокардиографии, спирометрической пробы (спироВЭП), тредмил-теста, теста с 6-ти минутной ходьбой, биохимических исследований крови. У лиц после ТС выполнялась эндомиокардиальная биопсия. Пациенты были рандомизированы по нозологиям в основную группу (ОГ), где использовался разработанный подход к кардиологической реабилитации, и контрольную группу, в которой реабилитация проводилась традиционно.

**Результаты:**

Установлено, под влиянием предложенного нового подхода к кардиологической реабилитации у лиц с АГ, МС, ИМ после ЧКВ и терминальной стадией ХСН до и после ТС отмечался рост толерантности к физической нагрузке и аэробной физической работоспособности за счет развития механизмов кратковременной и долгосрочной адаптации, перехода сердечно-сосудистой системы в более экономичный режим функционирования, уменьшения выраженности дыхательных и метаболических нарушений. У лиц с АГ и МС использование разработанного подхода способствует уменьшению затрат на лечение за счет уменьшения числа принимаемых препаратов (на 106 долл. США в год на каждого леченного пациента). У лиц с ИМ после ЧКВ при использовании разработанного подхода уменьшение затрат

на лечение составило 606 долл. США в год за счет уменьшения числа повторных ИМ, потребности в стационарном лечении и проведении повторных ЧКВ.

**Заключение:**

Предложенный новый подход к кардиологической реабилитации способствует уменьшению степени выраженности основных патологических изменений на разных стадиях сердечно-сосудистого континуума, являясь доказано эффективным методом вторичной профилактики, а также способствует повышению медицинской и социально-экономической эффективности лечения на разных стадиях континуума.

---

**СЛОЖНОСТИ МОНИТОРИНГА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТА С РЕСТЕНОЗОМ СТЕНТА**

Васильева И. Н., Миронова Е. Д.

ФГБОУ ВО «Первый МГМУ им. Сеченова И.М.»

**Введение (цели/ задачи):**

Нарушения ритма (НРС) и проводимости сердца являются одной из наиболее сложных, недостаточно изученных, а потому и одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. НРС являются весомым фактором риска тромбоэмболии, и в несколько раз повышают риск острого инфаркта, инсульта, что, безусловно, способствует снижению продолжительности жизни и увеличению смертности среди населения. Мерцательная аритмия (МА) является одним из наиболее частых вариантов нарушений ритма и составляет до 30% госпитализаций по поводу аритмий. Известно, что с возрастом заболеваемость и распространенность МА увеличиваются, а установленные корреляционные связи между МА и возрастом пациента, когнитивными нарушениями подчеркивают большую востребованность в изучении данной проблемы. Выбор лечебной тактики при различных НРС, и в частности, мерцательной аритмии направлен на восстановление и поддержание синусового ритма, предотвращение повторных приступов фибрилляции предсердий, контроль частоты сердечных сокращений, профилактику тромбоэмболических осложнений. Наиболее часто при МА осуществляется назначение антикоагулянта непрямого действия (производное оксикумарина) - варфарина, который снижает активность свертывающей системы крови и препятствует чрезмерному образованию тромбов. Доза для каждого человека подбирается индивидуально врачом, основываясь на результатах анализа на МНО (международное нормализованное отношение). Наиболее страшным осложнением при передозировке варфарина могут стать внутренние кровотечения.

**Материал и методы:**

Было проведено клиническое наблюдение за пациентом с НРС, у которого развились серьезные осложнения со стороны других органов и систем на фоне приема варфарина, свидетельствующие о несовершенстве системы контроля в амбулаторной практике за параметрами системы гемостаза.

**Результаты:**

Пациент К, 60 лет отмечал жалобы на давящие боли за грудной при физической нагрузке, в течении 3-5 мин, на одышку смешанного характера и чувство удушья, на ощущение перебоев в работе сердца в состоянии покоя, повышенное давление (150/100 на фоне медикаментозной терапии), ЧСС более 90 уд/мин, отечность стоп к вечеру, на боли в эпигастрии и изжогу, на редкий кашель с мокротой, на боли в спине и боли в суставах ступней, а так же остановка дыхания во время сна на несколько секунд. Из анамнеза заболевания было установлено, что пациент в 2004г впервые начал отмечать повышение давления. По