

рентген), консультации соответствующих специалистов. Результаты оценивали в ближайшие (1–3 мес.) и отдаленные (4–6 мес.) сроки.

**Результаты.** У большинства обследованных уровень ХС оказался выше нормальных значений на 5–8%, были повышены содержание глюкозы, фибриногена и индекс массы тела. Ухудшение состояния и выявленная симптоматика были связаны с резким уменьшением или даже отсутствием позитивного действия эстрогенов на организм пациенток. Дефицит эстрогенов приводил к дислипидемии – гиперхолестерин- и гипертриглицеридемии. До лечения больных беспокоили кардиалгии, сердцебиение, головные боли, одышка, чувство страха, бессонница и приливы жара до 10–15 раз в сутки. Показатели артериального давления (АД): систолическое – 155, диастолическое АД – 95 мм рт.ст. У большинства больных прошли головные боли кардиалгии, сердцебиения. В этот же срок благоприятное действие отмечено у 62% больных, принимавших только МГТ. У женщин с КС наблюдали расстройства эмоций на фоне плохого настроения (тоска, недовольство, раздражительность), возникновение беспричинной веселости, сменяющейся состоянием тревоги, страха, чрезмерная мнительность в отношении собственного здоровья. Большинство

из них жаловались на бессонницу, раздражительность, чувство страха и тревоги, плаксивость, угнетение полового влечения. У многих доминировали сердечно-сосудистые расстройства (кардиалгии, сердцебиения), лабильность АД. Все отмечали чувство жара и потливости. У пациенток контрольной группы уже в конце первого месяца лечения значительно улучшилось общее состояние и самочувствие, восстановилась трудоспособность, наладились семейные отношения. У больных, получавших только МГТ, изученные показатели улучшались в более поздние сроки наблюдения (2–3 мес.). В отдаленные сроки выявлена тенденция к нормализации ХС, ХСЛПНП, ТГ, гормонального фона. Колмстрес переносился хорошо и случаев его отмены не было. Растительный препарат, в состав которого входят хмель обыкновенный, пустырник, каперсы, Melissa лекарственная, чабрец, душица, мята перечная, и обладающий седативным, спазмолитическим и сосудорасширяющим свойствами, удачно сочетался и усиливал эффект МГТ.

**Заключение.** Растительный препарат Колмстрес может быть рекомендован для лечения женщин с ранней менопаузой, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений у этой категории пациенток.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. МНОГОЛЕТНИЙ МОНИТОРИНГ В СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

ОКРУГИН С.А., РЕПИН А.Н.

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт кардиологии «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», г. Томск. Россия*

**Цель исследования.** Проанализировать многолетнюю (1984–2016 гг.) динамику основных эпидемиологических показателей острого инфаркта миокарда (ОИМ) в Томске по данным эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ).

**Материал и методы.** Эпидемиология ОИМ изучалась среди населения города Томска старше 20 лет. Исследование выполнялось по стандартной методике, рекомендованной ВОЗ, с использованием унифицированных диагностических критериев. За анализируемый период в информационно-аналитической базе данных РОИМ накоплена информация о 49606 случаях, подозрительных на ОИМ, из которых заболевание подтвердилось у 30362 (61,2%) больных.

**Результаты исследования.** В первые 11 лет исследования (до 2004 года включительно) динамика заболеваемости ОИМ характеризовалась волнообразным течением с общей тенденцией к росту. В 2005–2010 гг. она существенно снизи-

лась по сравнению с 2004 годом ( $p < 0,05$ ). В 2011–2013 гг. показатель заболеваемости незначительно вырос до уровня 2,23–2,36 случаев на 1000 жителей. В последующем отмечено значительное ( $p < 0,05$ ) снижение заболеваемости, наблюдаемое до настоящего времени (в 2016 году – 1,7 случая на 1000 жителей). Данное сокращение произошло за счет мужского населения во всех возрастных группах. У женщин изменения заболеваемости были менее значимыми. Уровень смертности в течение всего периода исследования практически повторял таковую заболеваемости. В первые пять лет исследования уровень смертности неуклонно возрастал и в 1987 году оказался значительно выше, чем в 1984 году. Однако с 2005 года имело место существенное снижение смертности среди населения города в целом (с 115,2 в 2005 году до 66,4 случаев на 100 тыс. жителей в 2016 году;  $p < 0,05$ ), а также практически во всех возрастно-половых группах. За исследуемый период средний уровень общей летальности больных ОИМ в Том-

ске составил 35,9% и менее всего был подвержен каким-либо изменениям. Вместе с тем, с начала 2000-х годов наметилась тенденция к росту общей летальности за счет увеличения госпитальной составляющей среди больных старше 60 лет. В течение всего периода наблюдения летальность больных в специализированном отделении не превышала 8–10%. В то же время резко выросла госпитальная летальность (до 60–70%) среди больных, находившихся в непрофильных стационарах. Именно этот фактор и послужил причиной роста госпитальной летальности в целом. Средний уровень догоспитальной летальности от ОИМ составил 21,7%. За период с 2001 по 2016 г. догоспитальная летальность постоянно снижалась с 24,8% до 12,3% ( $p < 0,05$ ) за счет мужчин и женщин практически всех возрастных групп.

**Заключение.** Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске эти показатели стали снижаться, причем тенденция к снижению сохраняется до настоящего времени. Этому способствовало широкое применение в терапии ИБС высокоэффективных лекарственных средств, активное использование высокоинформативных методов диагностики и современных инвазивных методов лечения ССЗ. В целом, характеризуя эпидемиологию ОИМ в Томске на основании 33-летнего мониторинга, можно сделать заключение о том, что вся острота эпидемиологической ситуации в отношении ОИМ в Томске определяется частотой развития данного состояния среди лиц старше 60 лет.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

ОРТИКБОЕВ Ж.О., ГАЗИЕВА Х.Ш., ОРТИКБОЕВА Ш.О.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить физическую реабилитацию больных, перенесших инфаркт миокарда.

**Материал и методы исследования.** В основу исследования положены данные обследования 30 больных, перенесших инфаркт миокарда в возрасте от 36 до 65 лет. Все пациенты до и после лечения были обследованы с помощью теста ходьбы в течение 6 мин. Реабилитационная программа больных, состоящая из 15 человек (основная группа), включала: режим, щадящий (I), щадяще-тренирующий (II) или тренирующий (III) в зависимости от состояния больного. Группу сравнения составили 15 пациентов, в комплекс лечения которых не включалась физическая реабилитация.

**Результаты исследования.** В настоящее время для выбора адекватных физических нагрузок пациентам с ИБС, перенесшим ИМ, используется тест ходьбы в течение 6 мин., соответствующий субмаксимальной физической нагрузке. В большинстве случаев у больных, перенесших ИМ, отмечалась 1 и 2 ФК по NYHA. Так, 13,3% больных, перенесших ИМ, за 6 минут прошли в среднем  $570 \pm 4,5$  м, потребление кислорода составило в среднем  $23,9 \pm 1,6$  мл/кг\*мин, что соответствовало 0 степени ФК по NYHA. 50% больных, перенесших ИМ, за 6 минут прошли в среднем  $488 \pm 3,4$  м, потребление кислорода у них в среднем составило  $20,1 \pm 1,8$  мл/кг\*мин, полученные данные соответствовали 1 степени ФК по NYHA. У 30% пациентов параметры, полученные при 6-минутной ходьбе, соответствовали 2 степени ФК по NYHA, так, у них дистанция

в среднем составила  $363 \pm 3,9$  м, при этом потребление кислорода составило  $16,1 \pm 1,2$  мл/кг\*мин. У 6,7% была зарегистрирована 3 степень ФК по NYHA. Их дистанция в среднем составила  $289 \pm 2,4$  м, а потребление кислорода –  $13,8 \pm 1,1$  мл/кг\*мин. 4 степень ФК по NYHA в нашем исследовании не встречалась. После предложенной физической реабилитации через 3 месяца нами был проведен повторный тест 6-минутной ходьбы. Наблюдается достоверная положительная динамика в процессе предложенной физической нагрузки, что является залогом возврата больного к нормальной жизни.

У пациентов основной группы полностью прекратились приступы стенокардии (100%), снизился уровень общего холестерина крови (73,3%), улучшилась функция сердечной мышцы (100%); при одновременном соблюдении умеренности в еде снизилась масса тела (60%), увеличилась общая устойчивость к нагрузкам (100%). При изучении данных параметров в группе сравнения выявлены достоверные отличия: так, полное прекращение приступов стенокардии наблюдалось всего лишь у 13,3%, у 26,7% сократилось число приступов. У 53,3% снизился уровень общего холестерина крови, улучшилась функция сердечной мышцы (26,7%). Масса тела снизилась у 6,7%. У 33,3% пациентов увеличилась общая устойчивость к нагрузкам.

**Заключение.** Таким образом, доказана эффективность проведения реабилитационных мероприятий с включением физической реабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.