

**ТЕЗИСЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В XXI ВЕКЕ:
ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
18–19 сентября 2014 г.**

**НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА У МУЖЧИН
ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА**

А. М. АКИМОВ¹, В. В. ГАФАРОВ², А. Н. СИЛИН¹

¹ *Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия*

² *Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
(ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН), Новосибирск, Россия*

Цель. Изучение взаимосвязей стресса в семье и на рабочем месте и индекса близких контактов в открытой популяции Тюмени у мужчин 25–64 лет.

Материалы и методы. Исследование выполнено по алгоритмам программы Всемирной организации здравоохранения «МОНИКА-психосоциальная» на репрезентативной выборке неорганизованного населения Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1 тыс. человек в рамках кардиологического скрининга с откликом 85,0 %. Для оценки индекса близких контактов (ИСС) предлагался бланк шкалы близких контактов (тест Бекмана – Сима), состоящий из 17 утверждений. Для ответа на каждое утверждение предусмотрен перечень фиксированных ответов. Индекс близких контактов оценивался как низкий, средний, высокий. Для анализа стресса в семье и на рабочем месте использовалась анкета ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью». Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

Результаты. Исследования показали, что у мужчин 25–34 лет преобладали низкий (39,6 %) и средний (41,7 %) индекс близких контактов, высокий ИСС встречался достоверно реже – в 18,7 % случаев. У лиц с разными уровнями индекса близких контактов в категории «стресс в семье» не было получено значимых различий при ответах на вопросы по поводу тяжелой болезни или смерти близких в течение последних 12 месяцев, изменения семейного положения за последние 12 месяцев, серьезных конфликтов в семье в течение последних 12 месяцев, а также спокойного

отдыха дома. На вопрос: «Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12 месяцев?» наибольшее количество положительных ответов было получено у лиц с низким и средним индексом близких контактов в сравнении с группой лиц с высоким уровнем ИСС (42,8 % – 25,2 %, $p < 0,01$; 44,2 % – 25,2 %, $p < 0,001$ соответственно). Вместе с тем отрицательный ответ на этот вопрос достоверно чаще имел место у мужчин с высоким уровнем ИСС в сравнении с мужчинами, имеющими низкий и средний уровень ИСС (74,8 % – 57,2 %, $p < 0,001$; 74,8 % – 55,8 %, $p < 0,001$ соответственно); 60,5 % мужчин с высоким ИСС ответили, что им нравится их работа, что оказалось существенно больше в сравнении с количеством таких мужчин в группах с низким и средним ИСС (60,5 % – 46,4 %, $p < 0,01$; 60,5 % – 50,7 %, $p < 0,05$ соответственно). Оценили ответственность на своей работе в течение последних 12 месяцев как высокую минимальное количество мужчин с низким уровнем ИСС в сравнении с группами лиц со средним и высоким уровнями ИСС, достоверные различия показателей установлены в группах с низким и средним уровнями ИСС (39,2 % – 50,4 %, $p < 0,01$).

Заключение. Следовательно, в открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города среди мужчин трудоспособного возраста при низком уровне близких контактов не выявлено статистически значимых различий по стрессу в семье, но установлено более частое изменение специальности, негативное отношение к своей работе, снижение высокой ответственности на рабочем месте.

ОТНОШЕНИЕ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ

А. М. АКИМОВ², А. Н. СИЛИН¹, Р. Х. КАЮМОВ¹

¹ *Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения
«Научно-исследовательский институт кардиологии»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия*

² *Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
(ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН), Новосибирск, Россия*

Цель. Изучение отношения к физической активности у мужчин трудоспособного возраста Тюмени при разных уровнях образования.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди неорганизованного населения Тюмени. Из избирательных списков граждан одного из административных округов Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1 тыс. человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на скрининг составил 85,0 % – 850 участников. Исследование отношения к физической активности проводили с использованием стандартной анкеты ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) «Знание и отношение к своему здоровью». Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путем самозаполнения анкеты. Вопросы анкеты сопровождалась перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Уровень образования оценивался по трем градациям: начальное, среднее, высшее. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7.

Результаты. В тюменской популяции в отношении физической активности на вопрос «Делаете ли Вы физзарядку (кроме производственной)?» – утвердительно ответило 19,0 % мужчин, отрицательно – 22,1 % мужчин; 56,7 % мужчин тюменской популяции не делали физзарядку, но были убеждены в ее необходимости. Отрицательное отношение к физзарядке (ответ «Мне это не нужно») достоверно чаще встречалось в группе мужчин со средним уровнем образования (18,3 %)

по сравнению с мужчинами с высшим уровнем образования (10,4 %, $p < 0,01$). Напротив, регулярно делали физзарядку достоверно чаще мужчины с высшим уровнем образования (21,3 %) относительно лиц со средним образованием (16,3 %, $p < 0,05$). Такие категории ответов, как: «Я должен бы делать физзарядку, но не делаю», «Пытался, но безуспешно», «По мнению врачей, физзарядка мне противопоказана», в тюменской популяции не зависели от уровня образования. Существенно чаще активное проведение досуга имело место среди лиц с высшим уровнем образования (28,3 %) по сравнению с лицами со средним образованием (20,0 %, $p < 0,01$). Динамика физической активности в течение последних 12 месяцев в мужской популяции в зависимости от уровня образования не различалась. Значительно активнее, чем другие, считали себя 33,3 % лиц с начальным уровнем образования, показатель значимо различался с категорией таких ответов у лиц со средним (9,4 %, $p < 0,05$) и высшим уровнем образования (14,6 %, $p < 0,05$). Оценка своей физической активности «такой же, как другие» достоверно чаще встречалась в группе лиц со средним уровнем образования (47,5 %), чем у лиц с высшим образованием (36,8 %, $p < 0,01$). Значительно более пассивными оценили себя 16,7 % лиц с начальным образованием. Такая оценка оказалась значимо более частой, чем у лиц с высшим образованием (2,5 %, $p < 0,05$).

Таким образом, по данным нашего исследования на открытой тюменской популяции, у мужчин трудоспособного возраста с ростом уровня образования формируются принципы здорового образа жизни, отмечается рост физической активности.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ВРАЖДЕБНОСТЬ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Е. В. АКИМОВА¹, М. М. КАЮМОВА¹, В. В. ГАФАРОВ², В. Ю. СМАЗНОВ¹, В. А. КУЗНЕЦОВ¹

¹ Филиал Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
(ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель. Определение ассоциации высокого уровня враждебности (ВР) и распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) в открытой мужской популяции 25–64 лет среднеурбанизированного сибирского города в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе данных кардиологического скрининга с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков мужчин 25–64 лет, респонс 85,0 % – 850 участников. Диагностическим критерием наличия ИБС в популяции служил стандартный вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения и оценка ЭКГ по Миннесотскому коду, по строгим критериям выделяли определенную форму ИБС (ОИБС) и возможную форму ИБС (ВИБС). Ассоциация высоких уровней ЖИ с ИБС оценивалась с помощью расчета отношений шансов (ОШ) и их 95 % доверительных интервалов (ДИ).

Результаты и обсуждение. При наличии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня враждебности ОШ в мужской популяции 25–64 лет оказалось равным 2,71 (95 % ДИ: 1,63±4,52, $p<0,05$). При оценке влияния высокого уровня ВР на развитие ОИБС и ВИБС были получены соответственно ОШ 4,65 (95 %

ДИ: 2,14±10,12, $p<0,05$) для ОИБС и ОШ 1,36 (95 % ДИ: 0,69±2,66, $p>0,05$) для ВИБС. В возрастном диапазоне показатель достиг статистической значимости лишь в возрастном десятилетии 55–64 лет, где повторял закономерности, присущие в целом популяции 25–64 лет. Так, ОШ в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня ВР в возрасте 55–64 лет оказалось равным 5,42 (95 % ДИ: 2,32±12,66, $p<0,05$), в группе с наличием ОИБС и высокого уровня ВР – 25,85 (95 % ДИ: 3,30±202,60, $p<0,05$). В возрастной категории 55–64 лет ОШ в группе с ОИБС и ВР оказалось в 5,6 раза выше общепопуляционного показателя, а в группе с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и ВР – в 2 раза выше общепопуляционного показателя. У мужчин 55–64 лет с ВИБС и наличием высокого уровня ВР ОШ не достигало статистической значимости, как и в общей популяции 25–64 лет.

Заключение. У лиц с ИБС 25–64 лет высокие уровни враждебности встречаются чаще, чем у лиц без ИБС. У лиц с высокими уровнями враждебности 25–64 лет наблюдается увеличение шансов развития ОИБС. Увеличение шансов развития ИБС и ОИБС при наличии враждебности характерно для возрастной группы 55–64 лет.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ДЕПРЕССИЯ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Е. В. АКИМОВА¹, М. М. КАЮМОВА¹, В. В. ГАФАРОВ², В. А. КУЗНЕЦОВ²

¹ Филиал Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
(ФГБУ «НИИ терапии и профилактической медицины» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель. Установить ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) с депрессией в открытой популяции мужчин 25–64 лет

среднеурбанизированного сибирского города в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Исследование прово-

дилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков среди лиц мужского пола 25–64 лет одного из административных округов Тюмени. В рамках кардиологического скрининга были изучены ассоциации распространенности ишемической болезни сердца и метаболического синдрома с высоким уровнем депрессии, которая изучалась с использованием стандартной анкеты ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная». Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, ЭКГ покоя и кодирование по Миннесотскому коду), используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определенную» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС).

Результаты и обсуждение. Распространенность депрессии у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири составила (стандартизованный по возрасту показатель): 4,6 % – высокий уровень, 19,0 % – средний уровень. С увеличением возраста отмечался рост высокого уровня депрессии, который достигал своего максимума в группе 55–64 лет. При наличии высокого уровня депрессии и ИБС у мужчин 25–64 лет установлено отношение шансов 21,07, высокого уровня депрессии и определенной формы ИБС – 39,84. При оценке влияния депрессии на развитие ОИБС было получено ОШ 39,84 (95 %ДИ: 19,61±80,90, $p<0,05$), то есть у лиц с ОИБС 25–64 лет высокий уровень депрессии встречался достоверно чаще, чем у лиц без ОИБС. В то же время ОШ у лиц с ОИБС и высоким уровнем депрессии в популяции было почти в два раза выше, чем у лиц с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высоким

уровнем депрессии. Для группы 25–64 лет с ВИБС и высоким уровнем депрессии было установлено ОШ 1,06 (95 %ДИ: 0,31±3,65, $p>0,05$), то есть различия с группой сравнения (без ВИБС) оказались статистически незначимыми. В возрастных категориях 25–34 и 35–44 лет не было зарегистрировано лиц с наличием высоких уровней депрессии как в группе с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям, так и в группах с ОИБС и ВИБС. В старших возрастных категориях при оценке влияния депрессии на развитие ИБС повторялись закономерности, полученные для популяции в целом. Так, в группах 45–54 и 55–64 лет при наличии или отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и высокого уровня депрессии отношение шансов для наших данных оказалось равным соответственно 26,0 (95 %ДИ: 6,41±105,40, $p<0,05$) в возрасте 45–54 лет и 14,51 (95 %ДИ: 5,33±39,52, $p<0,05$) в возрасте 55–64 лет; при наличии или отсутствии ОИБС и высокого уровня депрессии – соответственно 70,0 (95 %ДИ: 15,58±314,47, $p<0,05$) в возрасте 45–54 лет и 29,33 (95 %ДИ: 10,76±41,26, $p<0,05$) в возрасте 55–64 лет, то есть для возрастной категории 45–54 лет ОШ по сравнению с категорией 55–64 лет было выше практически вдвое. Для группы с ВИБС и высоким уровнем депрессии в возрастных категориях 45–54 и 55–64 лет так же, как и в популяции в целом 25–64 лет, различия с группой сравнения (без ВИБС) оказались статистически незначимыми.

Следовательно, увеличение шансов развития ИБС и ОИБС при наличии депрессии в открытой популяции среднеурбанизированного сибирского города характерно для возрастных групп 45–54 и 55–64 лет.

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Н. С. АЛЕКСЕЕВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»

Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить роль индекса массы тела у пациентов с абдоминальным ожирением в развитии компонентов метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В исследовании участвовали 296 пациентов с абдоминальным ожирением (51,3 % мужчин и 48,7 % женщин в возрасте от 30 до 70 лет) и сочетанием различных компонентов МС. Диагностику компонентов МС осуществляли согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Набор пациентов проводился согласно индексу массы тела Кетле (1997). В пер-

вой группе было 76 пациентов с избыточной массой тела, во второй – 78 пациентов с ожирением 1-й степени, в третьей – 74 пациента с ожирением 2-й степени, в четвертой – 68 пациентов с ожирением 3-й степени. Биохимическое исследование сыворотки крови (определение уровня триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и глюкозы) проводили ферментативными методами. Статистическая обработка результатов осуществлялась

с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. В первой группе у 76 пациентов с избыточной массой тела ОТ более 94 см выявили у 52,6 % мужчин и более 80 см – у 47,4 % женщин, артериальную гипертонию (АГ) уровень артериального давления (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) выявили у 48,7 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 32,5 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 30,6 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 40,8 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 51,3 %, гипергликемию натощак – у 6,5 % и нарушение толерантности к углеводам (НТГ) – у 9,2 %, сахарный диабет (СД) 2-го типа – у 18,4 %. Во второй группе у 78 пациентов с ожирением 1-й степени: ОТ более 94 см диагностировали у 47,4 % мужчин и более 80 см – у 52,6 % женщин, АГ выявили у 64,1 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 35,1 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 29,3 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 47,3 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 53,9 %, гипергликемию натощак – у 10,3 % и НТГ – у 14,1 %, СД 2-го типа – у 23,1 %. В третьей группе у 74 пациентов с ожирением 2-й степени: ОТ более 94 см выявили у 55,4 % мужчин и более 80 см – у 44,6 % женщин, АГ (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) диагностировали у 83,8 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 46,3 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 45,5 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП

$> 3,0$ ммоль/л – у 52,7 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л – у 66,2 %, гипергликемию натощак – у 9,5 %, НТГ – у 8,1 %, СД 2-го типа – у 29,7 %. В четвертой группе у 68 пациентов с ожирением 3-й степени: ОТ более 94 см диагностировали у 44,1 % мужчин и ОТ более 80 см – у 55,9 % женщин, АГ (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) выявили у 92,6 %, снижение уровня ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л – у 46,7 % мужчин, $< 1,2$ ммоль/л – у 52,6 % женщин, повышение уровня ХС ЛПНП $> 3,0$ ммоль/л – у 60,3 %, повышение уровня ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л у 75 %, гипергликемия натощак – у 13,2 %, НТГ – у 5,8 %, СД 2-го типа – у 39,7 %. У пациентов первой и второй групп чаще наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и двух компонентов МС. У пациентов третьей группы в 59 % случаев было сочетание центрального ожирения и двух дополнительных компонентов МС, в 41 % случаев абдоминального ожирения и трех и более компонентов МС. У пациентов четвертой группы центральный тип ожирения и наличие двух из дополнительных критериев МС выявили у 32,4 % пациентов, у остальных пациентов наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и трех и более дополнительных компонентов МС.

Заключение. С увеличением индекса массы тела у пациентов с абдоминальным ожирением чаще наблюдалось увеличение частоты встречаемости и сочетание большего количества компонентов МС.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Н. С. АЛЕКСЕЕВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить эффективность лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы. Исследование проведено среди 125 пациентов (женщины – 71,2 %, мужчины – 28,8 % в возрасте 25–55 лет) с абдоминальным ожирением при МС. Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Резистентность к инсулину оценивали с помощью индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела Кетле (1997). Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических про-

грамм Statistica 6.0 и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. Центральный тип ожирения, являющийся ведущим клиническим признаком МС (объем талии (ОТ) > 94 см), выявили у 28,8 % мужчин и 71,2 % женщин (ОТ > 80 см). Избыточную массу тела диагностировали у 37,6 %, ожирение 1-й степени – у 30,4 %, 2-й степени – у 20 % и 3-й степени – у 12 %. Артериальную гипертонию (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) зарегистрировали у 62,4 % пациентов. Повышение уровня триглицеридов (ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л) наблюдали у 52,8 % пациентов. Снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) $< 1,0$ ммоль/л диагностировали у 36,1 % мужчин и $< 1,2$ ммоль/л –

у 38,2 % женщин. Повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>3,0$ ммоль/л выявили у 44,8 % обследованных. Гипергликемию натощак диагностировали у 6,4 % пациентов, нарушение толерантности к глюкозе – у 5,6 %, сахарный диабет 2-го типа – у 14,4 %. После диагностики у пациентов абдоминального ожирения и основных компонентов метаболического синдрома были рекомендованы диетотерапия и метформин в дозе 850 мг в два приема (утро, вечер). Диетотерапия была пониженой калорийности – 1200 ккал для женщин и 1500 ккал для мужчин, с включением углеводсодержащих продуктов с низким гликемическим индексом (ГИ) – менее 40. При снижении исходной массы тела на 5 % и более от исходного уровня и стабилизации веса в течение двух месяцев калорийность питания поднимали до расчетной величины, рекомендованной ВОЗ. В рацион питания вводили углеводсодержащие продукты со средним ГИ (40–69) до снижения веса до заданного уровня. Длитель-

ность лечения была индивидуальна – от 6 до 18 месяцев. После проведенного лечения у всех пациентов наблюдались снижение объема талии на 5–12 см, индекса массы тела – на 3,2–4,76 кг/м², индекса инсулинорезистентности НОМА-IR – на 2,58–4,85. При этом было отмечено снижение уровня триглицеридов на 0,5–2,3 ммоль/л, снижение ХС ЛПНП на 1,1–2,9 ммоль/л и повышение уровня ХС ЛПВП на 0,3–0,8 ммоль/л. У больных с артериальной гипертензией было зарегистрировано снижение систолического артериального давления на 25–30 мм рт. ст., диастолического артериального давления – на 20–25 мм рт. ст.

Заключение. Диетотерапия с ограничением жиров, включением в рацион углеводов с низким гликемическим индексом и назначением метформина является эффективным методом лечения абдоминального ожирения при метаболическом синдроме, с помощью которого можно добиться стойкого и длительного снижения абдоминального ожирения и метаболических нарушений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Е. Д. БАЗДЫРЕВ, О. М. ПОЛИКУТИНА, Ю. С. СЛЕПЫНИНА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Цель. Оценить распространенность патологии респираторной системы (РС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), поступивших для планового проведения коронарного шунтирования.

Материалы и методы. В исследование включено 662 пациента со стабильной ИБС, средний возраст – 59,0 (54,0; 65,0) года. Анализ распространения заболевания бронхолегочной системы (БЛС) осуществлялся в несколько этапов. Первый заключался в сборе анамнеза, второй – в проведении инструментального исследования РС, которое включало проведение спирометрии, бодиплетизмографии и определение диффузионной способности легких. Все исследования проведены на бодиплетизмографе Elite DI-220v (Medical Graphics Corporation, США).

Результаты. Согласно данным анамнеза, у 74 (11,2 %) пациентов с ИБС были ранее диагностированы заболевания РС (хронический бронхит – у 50 (67,6 %), ХОБЛ – у 22 (29,7 %) и бронхиальная астма – у 2 (2,7 %). Проведение исследований БЛС среди 588 пациентов с отсутствием указаний в анамнезе на респираторную патологию по-

зволило выявить подгруппу пациентов с ранее не диагностированной патологией системы дыхания. В результате этого были сформированы три группы: группа I – больные с известными ранее в анамнезе сопутствующими заболеваниями БЛС – 74 (11,2 %), группа II – с впервые выявленной патологией РС – 222 (33,5 %) и группа III – пациенты без заболеваний и инструментальных признаков поражения РС – 366 (55,3 %). Инструментальные признаки нарушения вентиляционной функции легких были лишь у 32 (43,2 %) из 74 пациентов, в анамнезе которых была патология легких. Преобладающими (75 %) были признаки обструкции, тогда как у пациентов группы II данный тип вентиляционных расстройств был верифицирован в 100 % случаев. По частоте выявления основных типов вентиляционных расстройств данные группы статистических различий не имели. Признаки гиперинфляции легочной ткани превалировали у пациентов группы I (50 % против 29,7 % $p=0,036$), несмотря на то, что у пациентов III группы имело место изолированное, не связанное с основными вентиляционными расстройствами снижение (у 64, 17,5 %)

и повышение (у 4, 1,1 %) уровня диффузионной способности легких.

Заключение. Результаты углубленного инструментального исследования РС у пациентов со стабильной ИБС позволили прийти к выводу о том, что в Кузбасском регионе высока распространенность заболеваний БЛС. Так, среди

генеральной выборки (662 пациента) патология РС наблюдается практически у половины (44,7 %) пациентов с ИБС, причем пациентов с ранее недиагностированными заболеваниями в 3 раза больше, чем пациентов с отягощенным респираторным анамнезом (33,5 и 11,2 % соответственно).

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИН НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

Л. В. БАТУРЕВИЧ

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Белоруссия

Введение. Установление признаков перехода от состояния здоровья к болезни – сложная теоретическая и практическая проблема современной медицины. Переход от состояния здоровья к болезни можно рассматривать как процесс постоянного снижения адаптационных возможностей организма и развития донозологического состояния. Таким донозологическим состоянием при формировании ожирения является предожирение (индекс массы тела (ИМТ) = 25–29,9 кг/м²).

Цель исследования. Изучение адаптационных возможностей организма на ранних этапах развития ожирения у женщин детородного возраста посредством изучения изменений микроэлементного статуса.

Материалы и методы. Обследовано 100 практически здоровых женщин 25–35 лет, проживающих в Минске, не имеющих клинических признаков патологии (ИМТ 18,5–34,9 кг/м²). У них определяли уровень микроэлементов в волосах методом атомно-абсорбционной спектроскопии на базе ЦНИЛ БелМАПО. При обработке данных пользовались программой Statistic for

Windows-6,0. Наиболее информативной характеристикой адаптационного напряжения является уровень скоррелированности физиологических параметров. Для этого определили «вес корреляционного графа» (т. е. сумма модулей соответствующих коэффициентов корреляции, если они не ниже 0,5 и статистически достоверны).

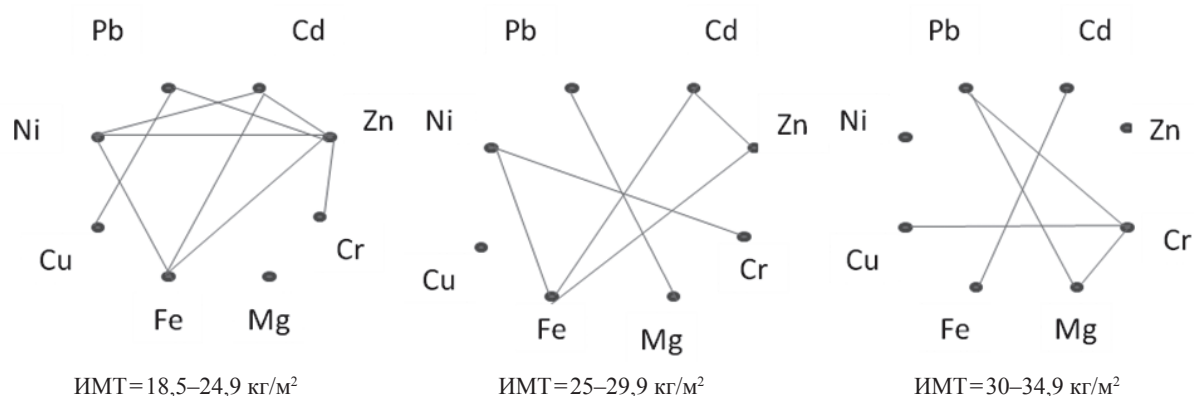
Результаты. С увеличением массы тела уменьшается число, качество, характер корреляционных взаимосвязей между сопоставляемыми концентрациями элементов, что указывает на дезадаптационный характер перестроек в обмене химических элементов у женщин детородного возраста уже на стадии предожирения (рис., табл.).

Таблица

Изменение величины графа в группах исследования

ИМТ, кг/м ²	18,5–24,9	25–29,9	30–34,9
Сумма графа	5,02	2,77	2.33

С ростом массы тела уменьшается сумма графа, что указывает на дезадаптационные изменения



Примечание: — корреляционная связь

Рис. Структура корреляционных связей

в обмене химических элементов, происходящие на начальных этапах формирования избыточной массы тела. Изменения характера корреляционных связей между содержанием элементов наблюдаются при росте массы тела.

Заключение. При формировании избыточной массы тела наблюдаются изменения в силе, коли-

честве и характере взаимосвязей между исследованными элементами. Нарушение баланса и перестройка межэлементных взаимодействий на начальных стадиях нарастания массы тела в обмене химических элементов у женщин детородного возраста на стадии предожирения носит дезадаптационный характер.

РАЗРАБОТКА МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

К. П. БЕЛОКОНЕВА, Н. А. БИЧАН

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения

«Центральная районная больница Новокузнецкого района», Новокузнецк, Россия

Введение. Установлено, что при ИМ (инфаркте миокарда) в результате некроза сердечной мышцы происходит увеличение в плазме крови концентрации белковых реактантов острой фазы воспаления.

Цель. Изучение динамики концентрации лактоферрина в сыворотке крови у больных с Q-образующим ИМ, осложненным ОСН III–IV классов по Killip.

Материалы и методы. В обследование включены 162 пациента с Q-образующим ИМ, средний возраст – 58,5±1,06 года. Лактоферрин исследовали в сыворотке крови у 97 пациентов, полученную на 1-е, 7-е и 14-е сутки от возникновения заболевания. Концентрацию лактоферрина (ЛФ) определяли при помощи твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты. Разработана математическая модель прогнозирования неблагоприятных исходов. На основании анализа концентрации ЛФ в 1-е сутки ИМ, первичности инфаркта, локализации, возраста, степени тяжести ОСН, развития рецидива, типа конституции, наличия ожирения, курения, предшествующей стенокардии и гипертонической болезни была разработана формула. Наиболее значимыми критериями развития смертельных исходов оказались: первичность ИМ (независимый критерий Вальда равен 2,79), его локализация (2,04) и уровень ЛФ (1,05).

$$\hat{Y} = \frac{1}{1 + e^{3,56 - 2,79 \times \text{Первичность} - 2,04 \times \text{Локализация} - 1,05 \times \text{Лактоферрин}}}$$

Согласно формуле, при первичном ИМ передней локализации и уровне ЛФ, превышающем нормативные значения в 1,5 раза, риск смертель-

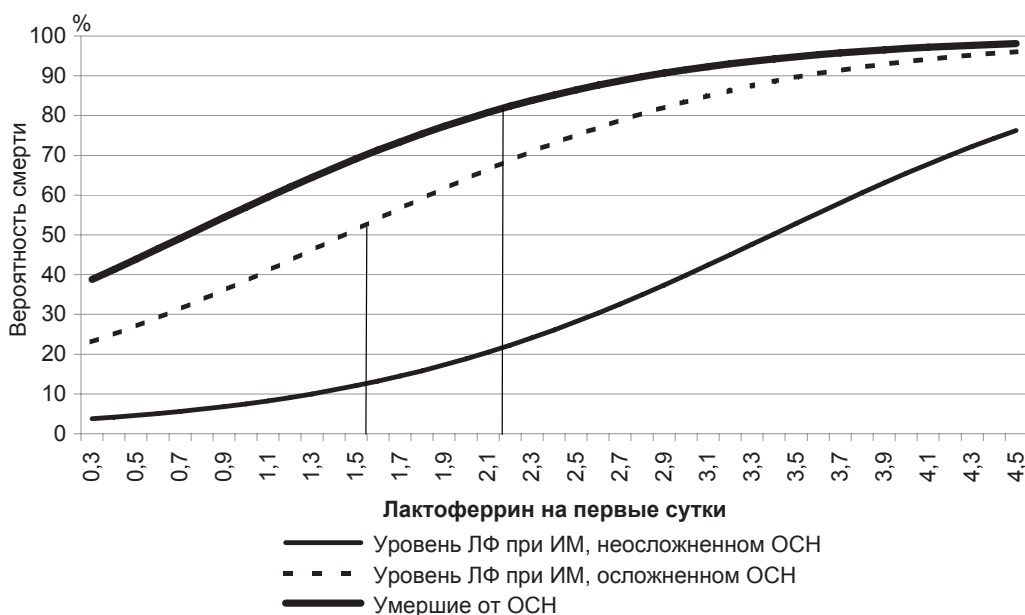


Рис. Логистические кривые показателей ожидаемой смертности

ных исходов составил 21 %. При таком же уровне ЛФ, но повторном ИМ циркулярной локализации риск смертельного исхода повышался до 61 %. С помощью построения логистических кривых, показателей ожидаемой смертности установлена зависимость неблагоприятных исходов от уровня ЛФ в 1-е сутки ИМ.

Заключение: Достоверное повышение концентрации ЛФ на 187,8 % в 1-е сутки инфаркта

указывает на возможность использования его в комплексной диагностике данного заболевания и прогнозирования неблагоприятных исходов. Повышение ЛФ в 1,5 раза выше нормативных значений с вероятностью более 50 % указывает на возможность развития острой сердечной недостаточности. При повышении значений ЛФ более чем в 2,1 раза с вероятностью 80 % указывает на риск развития смертельных исходов.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕБИЛОНГА И НЕБИЛОНГА-АМ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Н. А. БИЧАН¹, Н. А. ТРОФИМЕНКО², О. И. КРИУЛЬКИНА², Г. Ю. МАМАДЖАНОВА²

¹ *Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия*

² *Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 1», Новокузнецк, Россия*

Цель. Изучить эффективность небилонга (небиволола ф. «Микро Лабс Лимитед», Индия) и фиксированной комбинации небилонга-АМ (небиволол 5 мг + амлодипин 5 мг) в лечении артериальной гипертензии у беременных.

Материалы и методы. В исследование включены 24 беременные женщины с АГ в возрасте от 17 до 40 лет (средний возраст – 30,5±4,2 года), госпитализированных в терапевтическое отделение МБЛПУ «ГКБ № 1» Новокузнецка с ноября 2013 года по февраль 2014 года. Срок беременности – от 9 до 26 недель. Основным показанием для госпитализации было повышение АД от 140/80 до 170/110 мм рт. ст., при госпитализации среднее САД составило 150,9±13,6 мм рт. ст., ДАД – 90,8±7,2 мм рт. ст. У большинства пациенток отмечался гиперкинетический синдром с ЧСС 83,9±10,6 уд/мин. Всем женщинам проведено тщательное клиническое обследование, включающее: общие анализы крови и мочи, суточную протеинурию, определение СКФ по эндогенному креатинину, расширенные биохимические исследования крови с определением мочевого кислоты и СРБ, офтальмоскопию, ЭКГ, УЗИ почек и сердца, суточного мониторирования АД. Контроль за состоянием плода проводился с помощью кардиотохографии и УЗИ-скрининга при поступлении и через 3 месяца.

Результаты. После тщательного обследования у 6 (25 %) женщин установлен диагноз вегетативно-сосудистой дистонии, у 2 (8,3 %) – гестационной артериальной гипертензии и у 15 (62,5 %) – гипертонической болезни. У 12 пациенток была АГ 1-й стадии, у 3 – 2-й стадии. Всем пациенткам назначался небилонг в начальной дозе 2,5 мг с по-

следующим увеличением дозы до 5 мг. Средняя суточная доза небилонга составила 4,3±1,2 мг. При недостаточной эффективности небилонг заменялся на небилонг-АМ (1 таблетка в сутки). Курс лечения небилонгом или небилонгом-АМ составил 12 недель. На фоне проводимой терапии отмечено достоверное снижение САД с 150,9±9,6 до 123,5±5,4 мм рт. ст., $p<0,001$; ДАД – с 90,7±5,2 до 81,1±2,4 мм рт. ст., $p<0,01$. При этом урежение ЧСС не имело статистической значимости с 83,6±10,6 до 75,1±3,3 уд/мин. Достоверное снижение АД отмечено как при офисном измерении, так и по данным суточного мониторирования АД – среднее САД понизилось с 138,6±4,5 до 121,3±5,3 мм рт. ст., среднее ДАД – соответственно с 77,4±8,4 до 64,0±1,5 мм рт. ст. ($p<0,01$). При этом монотерапия небилонгом оказалась эффективной у 18 (75 %) пациенток. Только у 6 (25 %) женщин с АГ 2–3-й степени пришлось заменить небилонг на небилонг-АМ, что позволило добиться снижения АД до 120/80 мм рт. ст. у 4 из них (66,6 %). Только у 2 женщин с АГ 3-й степени и ожирением для повышения эффективности понадобилось добавление к небилонгу-АМ допегита.

Заключение. Небилонг (небиволол ф. «Микро Лабс Лимитед») показал свою эффективность у 75 % беременных женщин с АГ 1–2-й степени. При АГ 2–3-й степени замена небилонга на фиксированную комбинацию небилонг-АМ позволила добиться целевого снижения АД еще у 66 % пациентов. Отмечена хорошая переносимость препарата при незначительном влиянии на ЧСС, что очень важно с целью предотвращения гипотрофии плода.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Н. А. БИЧАН¹, Н. А. ТРОФИМЕНКО²,
О. И. КРИУЛЬКИНА², Г. Ю. МАМАДЖАНОВА²

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

² Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 1», Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить факторы риска развития артериальной гипертензии во время беременности.

Материалы и методы. Изучение факторов риска (ФР) развития АГ проведено у 94 беременных женщин, госпитализированных по поводу повышенного АД в терапевтическое отделение МБЛПУ «ГКБ № 1» Новокузнецка за 2013 г. Срок беременности – от 6 до 30 недель. Из них у 32 человек АГ была выявлена впервые, у 62 длительность АГ составила от 1 до 18 лет. Средний возраст женщин с впервые выявленной АГ был $27 \pm 4,2$ года, при хронической гипертензии – $30,7 \pm 4,7$ года. В исследование не включались больные, у которых АГ была вторичной на фоне установленных заболеваний: коарктации аорты, поликистоза почек, гломерулонефрита и т. п. Проведено тщательное клиническое обследование женщин, включающее общий анализ крови и мочи, суточную протеинурию, исследование скорости клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину, биохимические исследование крови с определением мочевого кислоты и СРБ, офтальмоскопию, ЭКГ, УЗИ почек и сердца, суточное мониторирование АД.

Результаты и обсуждение. Наиболее частой причиной госпитализации женщин было повышение АД от 140/90 до 180/110 мм рт. ст., среднее САД при госпитализации составило $147,6 \pm 14,6$ мм рт. ст., ДАД – $91,1 \pm 9,1$ мм рт. ст. При этом у большинства женщин отмечалась наклонность к гиперкинетическому синдрому с увеличением ЧСС до $85,8 \pm 8,9$ уд/мин. Большинство женщин (90 %) не имели субъективных проявлений повышения АД. При тщательном обследовании 32 женщин с впервые установленной АГ диагноз гипертензивной болезни был выставлен у 9 (9,5 %), у 6 (18,8 %) АГ была расценена как гестационная, у оставшихся 17 (53,1 %) был установлен диагноз вегетативно-сосудистой дистонии. Из 62 женщин с длительно существующей АГ ги-

пертензивная болезнь была выставлена в 72,6 % случаев, ВСД – в 27,4 %. Наиболее часто АГ соответствовала 1-й стадии и только у 14,8 % соответствовала 2-й стадии. АГ 1-й степени была при госпитализации у 80 женщин, 2-й степени – у 11, 3-й степени – у 3 пациенток. У двух женщин при обследовании выявлен хронический пиелонефрит вне обострения, а у четырех – односторонний нефроптоз 1-й степени, которые могли усугубить течение АГ. При пошаговом анализе был изучен широкий спектр ФР развития АГ. Установлено, что у беременных наиболее часто встречаемым ФР артериальной гипертензии было ожирение (42,6 % случаев), особенно если быстрая прибавка в весе наблюдалась во время беременности. На втором месте по частоте стоит наследственная отягощенность – у 35 %. Сочетание ожирения с наследственной отягощенностью приводило к развитию АГ в 80 % случаев. Курение отмечалось у 18,1 % беременных. При этом сочетание ожирения с курением не превышало 9,5 %, а курение и наследственная отягощенность – 5,3 %. Возраст женщин и количество предшествующих беременностей не имели принципиального значения. Вместе с тем прослежена четкая зависимость развития АГ во время текущей беременности от осложнений, имевшихся при предыдущей, особенно таких, как поздний гестоз или артериальная гипертензия. Вместе с тем не отмечено зависимости развития АГ от наличия отека в предыдущую беременность.

Заключение. Наиболее частыми ФР развития АГ у беременных являются ожирение и наследственная отягощенность. При сочетании данных ФР развитие АГ отмечено в 80 % случаев. Учет вышеперечисленных ФР позволяет предвидеть развитие АГ во время беременности, что требует у данной категории женщин более тщательного контроля за АД.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У РАБОТНИКОВ ПРОИЗВОДСТВА РЕЗИНОВЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Д. М. ВАГАПОВА

*Федеральное бюджетное учреждение науки
«Уфимский научно-исследовательский институт
медицины труда и экологии человека», Уфа, Россия*

Введение. В развитии и прогрессировании заболеваний системы кровообращения играют роль множество факторов – генетических, поведенческих, экологических, социально-экономических и др. В то же время производственные факторы, в частности шум, вибрация, неблагоприятный микроклимат, тяжесть и напряженность трудового процесса, способны оказать влияние на состояние сердечно-сосудистой системы.

Цель. Изучение влияния вредных производственных факторов на состояние сердечно-сосудистой системы работников ОАО «УЗЭМИК» г. Уфы.

Материалы и методы. Прошли углубленное стационарное обследование 24 человека, работающие в ОАО «УЗЭМИК», из них мужчин было 7 человек (30,4 %), женщин – 16 (69,6 %). В возрасте 20–29 лет – 3 человека, 30–39 лет – 1, 40–49 лет – 11, 50–59 лет – 8 человек. Обследуемые были представлены такими профессиями, как: клейщики – 10 человек, машинисты шпринг-машин – 2, аппаратчики – 2, просеивальщик, наладчик, слесарь, прессовщик, комплектовщик, сборщик ОКР, лаборант, вальцовщик, транспортировщик – по 1 человеку. Стаж работы составил от 7 до 35 лет. Все обследуемые осмотрены офтальмологом, неврологом, терапевтом, кардиологом. Всем пациентам проведены ЭКГ, биохимический анализ крови с определением липидного спектра и индекса атерогенности. Для оценки сердечно-сосудистого риска использовалась шкала SCORE. Обследуемые имеют контакт с изоцианатами, бензинами, этил-ацетатом, клеями, полиакрилатами, тиурамомД, гетероциклическими углеводородами, монооксидом углерода, резиной, сажами. Обследуемые выполняют работы, связанные с локальными мышечными нагрузками, с вынужденными наклонами корпуса, шумом.

Результаты. В возрастных категориях 20–29 и 30–39 лет пациенты при осмотре специалистами

были определены как «здоровые». Однако у двух обследованных имелись повышенные уровни общего холестерина (до 5,4–5,8) и индекса атерогенности (до 3,9–6,3).

В возрастной группе 40–49 лет метаболические кардиомиопатии выявлены в 33 % случаев, гипертоническая болезнь 1-й стадии – в 43 %, гипертоническая болезнь 2-й стадии – в 8 %, метаболический синдром в сочетании с абдоминальным ожирением – в 16 % случаев. Повышение уровня общего холестерина наблюдалось у 45 % обследованных, повышение индекса атерогенности – у 64 %. Максимальные значения последнего показателя составляли 6,2–6,7.

В возрастной группе 50–59 лет метаболическая кардиопатия выявлена в 12,5 % случаев, гипертоническая болезнь 1-й стадии – в 12,5 %, гипертоническая болезнь 2-й стадии – в 25 %, мультифокальный распространенный атеросклероз – в 12,5 %, гипертоническая болезнь 3-й стадии – в 37,5 % случаев, которые сопровождались ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом в одном случае. Повышение уровня общего холестерина обнаружено в 88 % случаев, повышенный индекс атерогенности наблюдался у всех обследованных, с максимальными значениями показателя 7,3–7,5.

По шкале SCORE были получены следующие результаты: в группах 20–29 и 30–39 лет риск был оценен как «низкий», в группе 40–49 лет у 63 % обследованных определен как «умеренный» и у 37 % – «низкий», а в группе 50–59 лет в 75 % случаев определен как «высокий» и в 25 % случаев – «умеренный».

Заключение. Проведенное исследование позволило установить ассоциацию комплекса вредных производственных факторов с развитием сердечно-сосудистых заболеваний у работников производства резиновых технических изделий в зависимости от возраста и стажа работы.

ЧАСТОТА АМПУТАЦИЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ В НОВОКУЗНЕЦКЕ. ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Е. М. ВАСИЛЬЧЕНКО¹, Г. К. ЗОЛОВЕВ¹, Г. И. ЧЕЧЕНИН²

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России, Новокузнецк, Россия*

² *Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения особого типа
«Кустовой информационно-аналитический центр», Новокузнецк, Россия*

Введение. Число ежегодно выполняемых ампутаций конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий (ОЗА) в том или ином регионе является важным показателем, позволяющим косвенно судить о распространенности критической ишемии нижней конечности и, соответственно, оценивать нуждаемость жителей в оказании специализированной ангиохирургической и реабилитационной помощи.

Цель. Оценить значение частоты ампутации нижней конечности вследствие ОЗА в группах, различающихся по полу, возрасту, административной территории проживания в популяции Новокузнецка.

Материалы и методы. Исследование выполнено на основе регистра ампутаций конечности, содержащего сведения обо всех случаях ампутации нижней конечности (на уровне голени или бедра), выполненных у жителей Новокузнецка в период 1996–2008 гг. Был проведен анализ числа ежегодно выполняемых ампутаций конечности вследствие ОЗА у лиц на 100 тыс. населения (частота ампутаций) в возрастных группах мужчин и женщин. Выделяли следующие возрастные группы: младше 40 лет; 40–49 лет, 50–59 лет, 60–69 лет, 70–79 лет, 80 лет и старше. Проанализирована динамика частоты ампутаций конечности в шести административных районах города (в период исследования): Центральном, Куйбышевском, Орджоникидзевском, Кузнецком, Заводском и Новоильинском. Изучена взаимосвязь частоты ампутации конечности с медико-социальными характеристиками населения района: демографической структурой, уровнем общественного здоровья на территории. Уровень здоровья на территории административных районов г. Новокузнецка определяется специалистами Кустового медицинского информационно-аналитического центра Управления здравоохранения администрации г. Новокузнецка на основе мониторинга значений 46 показателей (в том числе

смертности от социально значимых болезней, заболеваемости, инвалидности и т. п.). Интегрально уровень здоровья жителей отражается в индексе здоровья.

Результаты. Установлено, что в среднем частота ампутаций нижней конечности по поводу ОЗА составила 19,6 (95 % ДИ: 16,8–22,4) ампутаций на 100 тыс. населения г. Новокузнецка. В популяции мужчин показатель частоты ампутаций вследствие ОЗА достигал (95 % ДИ: 27,5–35,7) случаев, в популяции женщин – 9,9 (95 % ДИ: 7,3–12,5) случаев (на 100 тыс. жителей соответствующего пола). С увеличением возраста пациентов наблюдали неуклонный рост частоты ампутаций конечности. Максимальное значение данного показателя зафиксировано в возрастной группе 70–79 лет: 203,5 (95 % ДИ: 151,0–256,0) – у мужчин; 59,1 (95 % ДИ: 43,5–74,7) – у женщин.

Показатель частоты ампутаций конечности в разных районах г. Новокузнецка варьировался от 13,7 (95 % ДИ 9,8–17,6) в Новоильинском до 30,4 (95 % ДИ: 24,1–36,7) на 100 тыс. населения в Кузнецком районе. Выявлены статистически значимые различия показателя в разных районах. Определена отрицательная корреляция между частотой ампутаций конечности и величиной индекса здоровья для каждого района, $r = -0,45$ ($p = 0,001$). Положительные статистически значимые взаимосвязи установлены между частотой ампутаций вследствие ОЗА, показателями смертности от инфекционных заболеваний, смертности от туберкулеза, показателями инвалидности, заболеваемости злокачественными новообразованиями, заболеваемости пневмонией, заболеваемости астмой, уровнем наркомании.

Заключение. Частота ампутации конечности вследствие ОЗА достигает максимальных значений в старших возрастных группах населения. Риск неблагоприятных исходов (ампутаций) при критической ишемии нижней конечности повышается на фоне низкого уровня общественного здоровья.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ ПО ИНФОРМАЦИИ ЭЛЕКТРОННЫХ БАЗ ДАННЫХ (НА ПРИМЕРЕ НОВОКУЗНЕЦКА)

А. Е. ВЛАСЕНКО², Н. М. ЖИЛИНА², Г. И. ЧЕЧЕНИН¹

¹ *Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия*

² *Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения особого типа «Кустовой информационно-аналитический центр», Новокузнецк, Россия*

Введение. Фактическое состояние и перспективы заболеваемости населения как основных индикаторов общественного здоровья всегда вызывали и вызывают повышенный научный и практический интерес. Болезни системы кровообращения относятся к числу социально значимых заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения.

Материалы и методы. Исследование проведено на основе информации персонифицированной базы данных «Заболеваемость, форма 025-2/у» (номер регистрационного свидетельства 11044, № Государственной регистрации 0220711702 от 19 июля 2007 г.). База содержит информацию об обращаемости населения г. Новокузнецка как в лечебно-профилактические учреждения, относящиеся к управлению здравоохранения администрации г. Новокузнецка, так и в учреждения областного бюджета.

Применялись методы описательной статистики. Сравнение двух групп в динамике выполнено с помощью непараметрического аналога двухфакторного дисперсионного анализа – критерия Фридмана (χ^2). Наличие статистически значимого тренда в рядах данных проверялось с помощью критерия тау Кендалла (τ). Сравнение двух независимых групп по качественному признаку проводилось с помощью критериев z и χ^2 . Критическим уровнем статистической значимости различия (p) выбран 0,05. Среднее значение возраста больных в пределах одного года приводится со стандартной ошибкой среднего. Анализ проведен в лицензионном статистическом пакете *IBM SPSS Statistics 19*.

Результаты. В общем числе всех впервые выявленных заболеваний с разбивкой по возрастным группам за 2004–2012 годы болезни системы кровообращения (БСК) лидируют в пенсионной возрастной группе, занимают четвертое место после болезней органов дыхания, травматизма и инфекционной заболеваемости в когорте трудоспособного населения Новокузнецка. У детей 0–17 лет доля данного класса в структуре первичной заболеваемости невелика, но вызывает тревогу рост показателя от 4,2 на тысячу населения данной возраст-

ной группы в 2004 году до 10,0 ‰ в 2012 году. Увеличение статистически значимо: $z=4,96$, $p<0,001$.

Заболеваемость населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения выросла за 2004–2006 годы с 14,9 до 33,0 ‰. Возможным объяснением данного скачка заболеваемости может быть диспансеризация населения в рамках проекта «Здоровье», которая стартовала в 2006 году. В этом случае снижение заболеваемости данным классом болезней за 2006–2012 годы не является снижением как таковым, а скорее возвращением показателей к базовому уровню. Первичная заболеваемость населения трудоспособного возраста болезнями системы кровообращения за 2006–2012 годы снизилась с 33,0 до 16,0 ‰, тенденция к снижению статистически значима: $\tau=-0,91$, $p=0,005$.

Так же как и среди трудоспособного населения, в когорте жителей Новокузнецка пенсионного возраста наблюдается значительный рост заболеваемости болезнями системы кровообращения за 2004–2006 годы с последующим снижением значений показателей. Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла с 68,1 до 185,6 ‰. После пика 2006 г. наблюдается снижение заболеваемости населения пенсионного возраста болезнями системы кровообращения со 185,6 ‰ в 2006 году до 51,5 ‰ в 2012 году, тенденция к снижению статистически значима $\tau=-1,00$, $p<0,001$.

Показатели заболеваемости в классе БСК по территориальным районам Новокузнецка в 2012 году стандартизованы по населению Центрального района для того, чтобы исключить различия в возрастной структуре населения. Стандартизованный показатель по Новокузнецку равен 22,8 ‰. Минимальный показатель зарегистрирован в Заводском районе – 17,7 ‰, максимальный – в Кузнецком районе – 44,3 ‰. Заболеваемость болезнями системы кровообращения превышает среднегородские показатели только в одном районе города – Кузнецком, но превышает очень существенно, на 94 % ($\chi^2=2144,47$, $p<0,001$).

Проанализирован средний возраст больных по классу БСК, у которых данное заболевание выявлено впервые в жизни, в динамике за 2004–

2012 годы. За исследуемый период болезни системы кровообращения статистически значимо «помолодели». Если в 2004 году средний возраст больных составлял $57,2 \pm 0,16$ года, то в 2012 году он равен $54,0 \pm 0,18$ года. Выявлена негативная тенденция к дальнейшему снижению возраста больных ($\tau = -0,61$, $p = 0,022$).

Далее рассмотрена заболеваемость в Новокузнецке в сравнении с показателями по Российской Федерации в динамике за 2005–2011 годы. Заболе-

ваемость в Новокузнецке за исследуемый период превышает общероссийские показатели по болезням системы кровообращения на 46 %. Различия статистически значимо: $\chi^2 = 3,57$, $p = 0,050$. Однако в 2011 году по России показатель первичной заболеваемости в классе БСК – 26,6 ‰, а в Новокузнецке – чуть ниже, 25,7 ‰.

Заключение. Выявленные проблемы требуют пристального внимания к ним медицинских специалистов для улучшения ситуации.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ МАЛЬЧИКОВ

Е. И. ГАКОВА^{1,2}, В. А. КУЗНЕЦОВ¹, Е. В. АКИМОВА^{1,2}

¹ *Филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия*

² *Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*

Цель. Целью данного исследования явилась оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии и ее факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материалы и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников одного из округов Тюмени, выбранных по методу случайных чисел. Всего было охвачено 1 308 мальчиков 7–17 лет с откликом 87,7 %. Обследование проводилось с применением стандартизованных методов: анонимного анкетирования на выявление фактора курения; измерения артериального давления (АД); ЭКГ; антропометрии с определением ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$); определения стадии полового созревания по схеме Таннера (1962). Возраст школьников определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты. Значительное место среди факторов риска многих неинфекционных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистой системы отводится курению. Многие дети приобщаются к курению в школьном возрасте. По данным нашего исследования, интерес к курению мальчики начинали проявлять уже с младших классов, и их количество увеличивалось пропорционально возрасту. Так, пробовали курить до 11-летнего возраста уже 10 % мальчиков, а к 17 годам их число составило 65,8 %. Распространенность активного курения в популяции мальчиков 7–17 лет составила 7,6 %: среди мальчиков младшего школьного возраста (7–

10 лет) активное курение выявлено у 1–2 % обследованных, среди мальчиков 14–15 лет – у 13,3 %, а в 17 лет курили 27,7 % подростков. Пик приобщения к курению школьников отмечен в средних классах, т. е. в 11–14 лет. Мальчики с положительной установкой на курение в дальнейшем составили от 2 до 8 %. Количество «неуверенных» в отношении курения в дальнейшем увеличивалось пропорционально возрастной динамике: с 1,4 % в 7 лет до 24,0 % в 17 лет. Известно, что чаще курят дети из семей с курящими родителями. Такие семьи в нашем исследовании составили около 50 %, т. е. можно предположить, что их дети являлись пассивными курильщиками с рождения или раннего возраста. Также следует отметить, что школьники, имеющие курящих родителей, начинали курить в более раннем возрасте, особенно в семьях, где родители имели начальное или неполное среднее образование.

Выявлена статистически достоверная обратная корреляционная связь между уровнем диастолического артериального давления и курением.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало высокую распространенность активного и пассивного курения среди тюменских школьников. Приобщение к курению происходит с начальных классов на протяжении всего школьного цикла пропорционально возрастной динамике. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения мониторинга курения и перспективности работы по профилактике и устранению этой вредной привычки среди детей, подростков и взрослых.

ОРГАНИЗАЦИЯ БЫСТРОГО ДОСТУПА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST В КРУГЛОСУТОЧНЫЕ ЦЕНТРЫ ПЕРВИЧНОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В. И. ГАНЮКОВ, Р. С. ТАРАСОВ, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Польза первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в снижении числа летальных случаев от инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) напрямую зависит от времени задержки реперфузии или временного интервала «симптом – баллон», которое определяется как время от возникновения симптомов до восстановления антеградного кровотока в инфаркт-зависимой артерии.

Материалы и методы. Основными составляющими внедрения национальной (региональной) программы организации первичного ЧКВ являются: 1) увеличение количества процедур первичного ЧКВ (количественная часть программы) и 2) организация быстрого доступа больных ИМпST в ЧКВ-центры, работающих 24 часа в день и 7 дней в неделю (качественная часть программы). Даже когда страна (регион) будет тщательно «опутана» сетью ЧКВ-центров, работающих круглосуточно, и число первичного ЧКВ будет достигать показателя, превышающего 70 % от всех случаев ИМпST, окончательная цель усилий (снижение смертности от ИМпST) не будет достигнута, если среднее время задержки первичного ЧКВ будет длительным (например, более 4–6 часов). Соответственно, если значимое сокращение времени «симптом – баллон» невозможно, то все усилия по национальной (региональной) организации системы первичного ЧКВ теряют смысл.

Результаты. Главной причиной задержки реваскуляризации во временной интервал «начало симптомов – звонок в систему скорой медицинской помощи (СМП)» является низкая осведомленность пациентов о симптомах инфаркта миокарда, важности раннего проведения реперфузионной терапии, ключевой роли времени (считаются даже минуты). Европейские эксперты ре-

комендуют улучшать осведомленность населения посредством подготовки рекомендаций, образовательных программ, проектов и других видов деятельности. Население регулярно должно информироваться о необходимости вызова скорой помощи в случае возникновения боли в груди. Вторым интервалом времени, в который может быть задержка реваскуляризации, является «звонок в систему СМП – первый медицинский контакт». Сокращение времени на указанном промежутке полностью зависит от организации системы медицинской помощи и квалификации персонала диспетчерской службы, принимающей телефонные звонки от населения. В третьем временном интервале («первый медицинский контакт – прибытие в ЧКВ-центр») потери времени возможны: а) в процессе постановки диагноза ИМпST, б) при первичной госпитализации больного в госпиталь, не имеющий возможности проведения первичного ЧКВ и в) в случае обеспечения транспортировки силами попутного транспорта или родственниками. После прибытия в стационар больной ИМпST должен быть транспортирован непосредственно в рентген-операционную. Коронарография должна быть первым обследованием после записи ЭКГ у больного ИМпST.

Заключение. Время «симптом – баллон» – краеугольный параметр качества национальной (региональной) системы организации реперфузии для пациентов ИМпST. Этот параметр, как и его составляющие, должны тщательно мониторироваться для выяснения конкретных причин задержки реваскуляризации и последующего их устранения. Множество причин задержки первичного ЧКВ требуют колоссальных организационных усилий медицинских и государственных структур общества для достижения целевого результата.

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ
И СЛЕДОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ВЕДЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА.
ИТОГИ 5-летнего ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

А. А. ГАРГАНЕЕВА, К. Н. БОРЕЛЬ, С. А. ОКРУГИН, Е. А. КУЖЕЛОВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия*

Цель. Оценить характер медикаментозной терапии и следование национальным рекомендациям по ведению и лечению пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Анализировались карты первичной регистрации больных по программе «Регистр острого инфаркта миокарда» (РОИМ), функционирующей на базе отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний с 1984 года. Проспективные данные оценивались по амбулаторным картам. Витальный статус определялся по архивным документам патологоанатомических отделений стационаров города и бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты. В 2003–2005 годах в базу данных РОИМ внесена информация о 504 больных трудоспособного возраста. После определения витального статуса научный интерес представляли выжившие пациенты ($n=369$). Установлено, что не все больные после выписки получали рекомендуемую терапию в соответствии с рекомендациями. Метопролол тартрат назначался каждому второму пациенту ($n=161$) в средней дозе $55,2 \pm 28,5$ мг в сутки (от 12,5 до 200 мг). Среднесуточные показатели ЧСС по данным суточного мониторирования ЭКГ составили $81,7 \pm 13,5$ в минуту, не обеспечивая оптимального антиангинального эффекта. Часто возникала необходимость назначать пролонгированные нитраты для удовлетворительного контроля болевого синдрома у пациентов – в каждом пятом случае ($n=77$). Ингибиторы АПФ назначались каждому второму больному (58 %). Лишь треть (35 %) пациентов принимали статины. При этом приоритетно ($n=102$; 80 %) назначался симвастатин в средних дозах $18,7 \pm 5,5$ мг/сут, тогда как аторвастатин рекомендовался лишь в 15 % случаев ($n=19$) и в меньших средних суточных дозах – $11,7 \pm 7,5$ мг.

Обращает на себя внимание достоверное снижение частоты приема бета-адреноблокаторов ($p=0,000$) и ингибиторов АПФ ($p=0,000$) на этапе 5-летнего контроля. Блокаторы β -рецепторов рекомендовались *de novo* на промежуточных врачебных визитах лишь трети (36,2 %) пациентам, не принимавшим до этого препараты данного класса. Аналогичная тенденция отмечалась и в отношении ингибиторов АПФ, которые в течение 5-летнего наблюдения рекомендовались только в каждом четвертом случае (27 %). Схожие результаты выявлялись и в интенсивности новых назначений липидснижающей терапии – только четверть больных (26,3 %), исходно не получавших статины, начинали принимать их на промежуточных этапах наблюдения. Оценивая приверженность к лечению у больных, которые изначально принимали бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, следует отметить ее низкий уровень – 43 и 40 % соответственно. Лишь половина (50 %) пациентов продолжали принимать статины при последующих визитах. При этом пациенты в большинстве своем регулярно посещали врача (участкового терапевта или кардиолога): только 14 % больных не отличались дисциплинированностью, прекратив визиты в медицинские учреждения до истечения 5-летнего срока наблюдения.

Выводы. Несмотря на существующие рекомендации по оптимальному оказанию медицинской помощи пациентам высокого риска, следование им на практике далеко не всегда соответствует основным современным положениям. Обращает на себя внимание отсутствие преемственности между стационарным лечением и назначениями на амбулаторном этапе. Необходима тщательная коррекция подходов к ведению больных, перенесших ОИМ, с акцентом на диспансерное наблюдение с достижением рекомендуемых целевых уровней ЧСС, липидного спектра и АД.

РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИБЕЛИ БОЛЬНЫХ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

А. А. ГАРГАНЕЕВА, С. А. ОКРУГИН, М. В. ШАБАНОВА, О. В. ТУКИШ, В. А. БАУЭР

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Цель. Проанализировать случаи смерти больных от острого инфаркта миокарда (ОИМ), находившихся на лечении в хирургических стационарах Томска в 2012–2013 годах.

Материалы и методы. За анализируемый период, по данным эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», в Томске было зарегистрировано 56 случаев смерти больных от ОИМ в хирургических стационарах. Во всех случаях верификация диагноза производилась на основании патологоанатомического исследования с использованием соответствующих патоморфологических диагностических критериев. Среди умерших 80,4 % составили лица старше 60 лет. В анализируемой группе мужчин было 58,9 %, женщин – 41,1 %.

Результаты. Все больные были доставлены в стационар в порядке скорой медицинской помощи (СМП) с подозрением на острую хирургическую патологию, которая нашла свое подтверждение в дальнейшем, в том числе 46,4 % – патология желудочно-кишечного тракта, 21,4 % – заболевания периферических сосудов, 19,6 % – онкология и 12,5 % – другие заболевания. Практически все больные страдали артериальной гипертонией (96,4 %) и стенокардией напряжения (80,4 %). У каждого третьего (32,1 %) в анамнезе был перенесенный в прошлом ОИМ или сахарный диабет, у каждого пятого (21,4 %) – тяжелая степень хронической сердечной недостаточности (ХСН). Типичные клинические проявления ОИМ отмечены только в 5,8 % случаев. Из атипичных проявлений чаще всего имели место астматический (30,6 %), абдоминальный (24,5 %) и коллаптоидный (20,4 %) варианты. В 73,2 % случаев ОИМ развился непосредственно в стационаре, из них в 56,1 % – в по-

слеоперационном периоде. В процессе лечения 21 (37,5 %) больному не регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ). В тех случаях, когда производилась запись ЭКГ, у 57,1 % больных выявлялись изменения, позволявшие заподозрить ОИМ. В 60,7 % случаев не была определена активность сыворотки ферментов крови (в основном из-за быстрого наступления летального исхода). В тех случаях, когда соответствующие исследования были выполнены, в 77,3 % получены положительные результаты. В структуре осложнений ОИМ ведущее место заняли острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) – 57,1 %, ХСН – 48,2 % и кардиогенный шок – 37,5 %. Летальный исход в течение первых суток заболевания наступил у 56,6 % больных, из них в 40,0 % случаев – в течение 6 часов. Основной причиной смерти явилась ОЛЖН (53,6 %) и кардиогенный шок (37,5 %). При первичном осмотре больного врачом наличие ОИМ изначально было заподозрено только в 41,1 % случаев. В 32,1 % случаев ОИМ был выявлен только при патологоанатомическом исследовании.

Заключение. Полученные данные показывают, насколько уязвимыми в плане развития ОИМ являются лица пожилого и старческого возраста, насколько трудна у них в силу объективных причин своевременная диагностика этого заболевания, особенно в послеоперационном периоде, когда больные находятся под действием анальгетиков. В то же время приведенные данные указывают на то, что регулярная регистрация ЭКГ и контроль активности ферментов сыворотки крови (КФК, КФК-МВ, тропонин) способствуют своевременному выявлению ОИМ у лиц с сопутствующей хирургической патологией даже при отсутствии типичных клинических проявлений.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА РИСК ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНСУЛЬТА В ТЕЧЕНИЕ 16 лет СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 лет В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

В. В. ГАФАРОВ^{1,2}, Д. О. ПАНОВ^{1,2}, Е. А. ГРОМОВА^{1,2},
И. В. ГАГУЛИН^{1,2}, А. В. ГАФАРОВА^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние личностной тревожности (ЛТ) на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ), инсульта в течение 16 лет (1995–2010 гг.) среди женщин 25–64 лет Новосибирска.

Материалы и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 году была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет одного из районов Новосибирска. Личностная тревожность была изучена с помощью теста Спилбергера. Регистрация всех впервые возникших случаев ИМ в течение 16 лет (1995–2010 гг.) выполнялась при помощи программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»; инсульта – при динамическом наблюдении за когортой. Пропорциональная регрессионная модель Кокса использовалась для оценки относительного риска (HR) возникновения ИМ, инсульта. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, перенесшие ИМ и/или cerebrovascular события к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Высокий уровень тревожности (ВУТ) в наблюдаемой когорте встречался у 59,8 % женщин. В течение 16 лет (1995–2010 гг.) 2,2 % женщин перенесли ИМ, 5,1 % – инсульт. Относительный риск (HR) развития ИМ был в 4,2 раза выше (95 %ДИ: 1,946–18,583;

$p=0,05$) среди женщин 25–64 лет с ВУТ в сравнении с лицами с более низкими уровнями ЛТ. HR развития инсульта в течение 16 лет у женщин с ВУТ в 3,5 раза выше, чем без ВУТ (95,0 %ДИ: 1,020–12,015; $p<0,05$). Среди замужних женщин с ВУТ частота развития ИМ была более высокой, чем среди разведенных со средним уровнем тревожности (СУТ) ($\chi^2=5,66$; $df=1$; $p<0,05$). При ВУТ у лиц с высшим образованием более высокая частота инсульта, чем у лиц со средним образованием ($\chi^2=4,32$; $df=1$; $p<0,05$). В отношении профессионального статуса частота инсульта была выше среди работниц тяжелого физического труда с ВУТ, чем у лиц инженерных специальностей с СУТ ($\chi^2=3,99$; $df=1$; $p<0,05$) и ВУТ ($\chi^2=7,325$; $df=1$; $p<0,01$). Были отмечены статистические различия в частоте инсульта между работницами тяжелого физического труда с ВУТ и группами женщин с трудом легкой ($\chi^2=6,35$; $df=1$; $p<0,05$) и средней тяжести ($\chi^2=4,518$; $df=1$; $p<0,05$) с ВУТ.

Заключение. Распространенность ВУТ открытой популяции среди женщин 25–64 лет значительна. В течение 16-летнего периода наблюдения женщины с ВУТ имеют более высокий риск ИМ и инсульта, чем без ВУТ. Развитие ИМ и инсульта четко связано с социальным градиентом (семейным статусом, уровнем образования, профессиональным уровнем) у женщин с ВУТ.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-psychosocial»)

В. В. ГАФАРОВ^{1,2}, Д. О. ПАНОВ^{1,2}, Е. А. ГРОМОВА^{1,2}, И. В. ГАГУЛИН^{1,2}, А. В. ГАФАРОВА^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние социальной поддержки (СП) на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) в женской популяции 25–64 лет Новосибирска в течение 16 лет.

Материалы и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 году была обследована случайная репрезентативная выборка женщин (n=870) в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Новосибирска. Отклик на исследование составил 72,5 %. Социальная поддержка измерялась в начале исследования при помощи теста Беркмана – Сима; учитывался индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей (SNI). В течение 16-летнего периода (1995–2010 гг.) при помощи программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» в когорте были изучены все впервые возникшие случаи ИМ. Пропорциональная регрессионная модель Кокса использовалась для оценки относительного риска (HR) возникновения ИМ. Женщины, имевшие ИБС к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Распространенность низкого уровня ICC в открытой женской популяции 25–64 лет составила 57,1 %, низких уровней социальных связей – 77,7 %. В течение 16 лет 2,2 % женщин перенесли ИМ.

При низком индексе ICC HR развития ИМ среди женщин 25–64 лет был в 4,9 раза выше

(95 %ДИ: 1,108–21,762; $p < 0,05$), чем при более высоких уровнях ICC. В возрастных группах женщин с низким ICC риск инфаркта не достигал значимых величин.

Низкий SNI у женщин 25–64 лет увеличивал HR развития ИМ в 2,92 раза (95 %ДИ: 1,040–8,208; $p < 0,05$) в сравнении с более высокими уровнями SNI. В возрастной группе 55–64 лет риск инфаркта возрастал и был в 5,9 раза выше (95 %ДИ: 1,534–22,947; $p = 0,01$) для женщин с низким SNI.

Тенденции в увеличении частоты развития ИМ отмечены в следующих группах: среди замужних женщин с низкими индексами ICC, SNI; среди женщин с высшим и средним специальным образованием и низким ICC; среди женщин с профессиональным статусом в категории «руководитель» с низкими ICC и SNI в сравнении с более высокими индексами СП.

Выводы. Установлена большая распространенность низкого уровня социальной поддержки (социальных связей и близких контактов) в женской популяции 25–64 лет, при котором отмечается высокий риск возникновения ИМ в течение длительного периода наблюдения. На риск развития ИМ оказывает влияние социальный статус при низком уровне социальной поддержки: семейное положение – «замужем»; образовательный уровень – «высшее», «среднее специальное»; профессиональный статус – «руководитель».

ДЕПРЕССИЯ, СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25–64 лет НОВОСИБИРСКА (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-psychosocial»)

В. В. ГАФАРОВ^{1,2}, Д. О. ПАНОВ^{1,2}, Е. А. ГРОМОВА^{1,2}, И. В. ГАГУЛИН^{1,2}, А. В. ГАФАРОВА^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние депрессии (Д) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ)

и инсульта в женской популяции 25–64 лет в зависимости от социального статуса в условиях круп-

ного промышленного центра Западной Сибири (Новосибирска) в течение 16 лет.

Материалы и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 году была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет ($n=870$) одного из районов Новосибирска. Выборка формировалась на основе избирательных списков граждан с использованием таблицы случайных чисел. Отклик на исследование составил 72,5 %. Д была изучена при помощи теста «MOPSY» (подшкала депрессия). В течение 16-летнего периода (1995–2010 гг.) в когорте были изучены все вновь возникшие случаи АГ и инсульта. Пропорциональная регрессионная модель Кокса использовалась для оценки относительного риска (HR) возникновения ССЗ. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, имевшие АГ и/или цереброваскулярные заболевания к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Распространенность Д среди женщин 25–64 лет составила 55,2 %. В течение периода наблюдения АГ развилась у 33,4 % женщин, инсульт – у 5,1 %. HR развития АГ у женщин с Д в течение первых пяти лет был в 1,6 раза выше в сравнении с лицами без Д (95,0 %ДИ: 0,86–2,98; $p<0,05$). Тенденция более высокого риска АГ отмечалась во всех возрастных группах, но значимый риск получен в старшей возрастной группе 55–64 лет с Д (HR=1,86; 95 %ДИ:

0,44–7,8; $p<0,05$). HR АГ у лиц с Д в течение 10 лет наблюдения составил 1,74 (95,0 %ДИ: 1,01–3,01; $p<0,05$) без значимых различий в возрастных группах. Не получено увеличение риска АГ у женщин с Д в течение 16 лет ($p>0,05$). Наблюдалась тенденция в увеличении частоты развития АГ в группе замужних женщин с Д в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами с Д. У женщин с неоконченным высшим или средним специальным образованием с Д частота АГ имела тенденцию увеличиваться в сравнении с таковым или более низким образованием у лиц без Д. В отношении профессиональных групп определено, что у руководителей с Д ($\chi^2=4,380$; $df=1$; $p<0,05$) и работников легкого физического труда с Д ($\chi^2=4,606$; $df=1$; $p<0,05$), чаще развивалась АГ в сравнении с военнослужащими с Д. В течение 16 лет относительный риск развития инсульта был в 4,63 раза (95 %ДИ: 1,03–20,89; $p<0,05$) выше у женщин с Д, чем без нее. Отмечены тенденции увеличения частоты развития инсульта среди замужних женщин с Д со средним образованием в категории «руководитель», «работница физического труда».

Заключение. Распространенность Д среди женщин 25–54 лет составила более 50 %. В течение длительного периода наблюдения относительный риск развития ССЗ был в 1,6–4,6 раза выше у женщин с Д, чем без нее. Частота развития АГ и инсульта выше среди замужних женщин с Д, со средним образованием, в категории «руководитель» и «легкий физический труд».

ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И 16-ЛЕТНИЙ РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНСУЛЬТА В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА

(эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-psychosocial»)

В. В. ГАФАРОВ^{1,2}, Д. О. ПАНОВ^{1,2}, Е. А. ГРОМОВА^{1,2}, И. В. ГАГУЛИН^{1,2}, А. В. ГАФАРОВА^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить связь жизненного истощения (ЖИ) с поведенческими факторами риска и влияние на относительный риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) и инсульта в женской популяции 25–64 лет мегаполиса Западной Сибири (Новосибирска) в течение 16 лет.

Материалы и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 году была обследована случайная репрезентативная выборка женщин

($n=870$) в возрасте 25–64 лет одного из районов Новосибирска. Отклик на исследование составил 72,5 %. Жизненное истощение было изучено с помощью анкеты «MONICA-MOPSY». В течение 16-летнего периода (1995–2010 гг.) в когорте были изучены все впервые возникшие случаи АГ, инсульта. Пропорциональная регрессионная модель Кокса использовалась для оценки относительного риска (HR). Для проверки статистической значимости различий между группами использовался

критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, имевшие кардиоваскулярные заболевания к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. Высокий уровень ЖИ в наблюдаемой когорте встречался у 31,2 % женщин. В течение 16 лет 5,1 % женщин перенесли инсульт.

Были изучены взаимосвязь ЖИ и отношение к поведенческим характеристикам. По отношению к курению среди лиц с высоким ЖИ отмечены тенденции в увеличении доли женщин, «пытавшихся изменить курение». По отношению к питанию отмечен рост ответов «Я должен соблюдать диету, но этого не делаю», «Я пытался соблюдать диету, но безуспешно» у лиц с высоким ЖИ (32,1 и 17,2 % соответственно; $\chi^2=18,40$; $df=8$; $p<0,05$). В течение последнего года у женщин с ЖИ в 2 раза снизилась физическая активность в сравнении лицами без ЖИ ($\chi^2=10,34$; $df=4$; $p<0,05$).

Через 5 лет от момента скрининга HR развития АГ у женщин с ЖИ был выше в 1,99 раза в сравнении с женщинами без ЖИ (95,0 %ДИ: 1,03–3,87; $p<0,05$). HR развития АГ через 10 лет от начала исследования составил 1,47 у лиц с ЖИ (95,0 %ДИ: 0,87–2,48; $p<0,05$). В течение 16 лет HR развития АГ составил 1,02 (95 %ДИ: 0,23–4,62; $p>0,05$).

В течение 16 лет наблюдения HR у женщин с ЖИ развития инсульта в 3,34 раза выше (95 %ДИ: 1,02–10,93; $p<0,05$) в сравнении с лицами без ЖИ.

Отмечены тенденции в увеличении частоты развития АГ/инсульта среди замужних женщин, среди лиц со средним специальным образованием. В отношении профессиональных групп определено, что у женщин, занятых легким физическим трудом, с ЖИ чаще развивалась АГ в сравнении с работницами инженерно-технических специальностей с ЖИ ($\chi^2=4,429$; $df=1$; $p<0,05$) и теми, кто занят средним физическим трудом без ЖИ ($\chi^2=4,73$; $df=1$; $p<0,05$). Тенденции увеличения частоты развития инсульта отмечены среди женщин с профессиональным статусом в категориях «руководитель», «тяжелый физический труд» с ЖИ.

Выводы. Установлена большая распространенность высокого уровня жизненного истощения в женской популяции 25–64 лет, которое ассоциировано с неблагоприятным поведенческим профилем. ЖИ значимо увеличивает относительный риск АГ и инсульта, особенно в группе замужних женщин со средним специальным образованием, в категории «руководитель» и «физический труд».

НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТЕЧЕНИЕ 16 лет СРЕДИ ЖЕНЩИН 25–64 лет НОВОСИБИРСКА

(эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-psychosocial»)

В. В. ГАФАРОВ^{1,2}, Д. О. ПАНОВ^{1,2}, Е. А. ГРОМОВА^{1,2}, И. В. ГАГУЛИН^{1,2}, А. В. ГАФАРОВА^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние нарушений сна (НС) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в течение 16 лет (1995–2010 гг.) среди женщин 25–64 лет Новосибирска.

Материалы и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» в 1994 году была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет одного из районов Новосибирска. Самооценка сна изучена с помощью теста «Знание и отношение к своему здоровью». Все новые случаи АГ в течение 16 лет выявлялись при динамическом наблюдении за когортой. АГ определялась при уровне $\geq 140/90$ мм рт. ст. и/или прием антигипертензивных препаратов. Пропорциональная регрессионная модель Кокса исполь-

зовалась для оценки относительного риска (HR) возникновения АГ. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий хи-квадрат (χ^2). Женщины, имеющие АГ к началу исследования, не включались в анализ.

Результаты. У 33,4 % женщин в течение периода наблюдения развилась АГ. НС в наблюдаемой когорте встречались у 65,3 % женщин. HR развития АГ у женщин с НС в течение первых пяти лет был более чем в 4 раза выше в сравнении с лицами с хорошей самооценкой сна (HR=4,35; 95,0 %ДИ: 1,29–14,59; $p<0,05$). В отношении возрастных групп отмечена тенденция увеличения риска АГ в категориях 35–44 и 55–64 лет. Риск АГ у женщин с НС в течение 10 лет наблюде-

ния был в 2,7 раза выше, чем без НС ($HR=2,69$; 95,0 %ДИ: 1,01–7,15; $p<0,05$); при этом тенденции повышенного риска АГ сохранялись во всех возрастных категориях, за исключением самой младшей – 25–34 лет. Не было получено значимого риска АГ в течение 16-летнего периода наблюдения у женщин с АГ ($HR=1,05$; 95 %ДИ: 0,74–1,48; $p>0,05$), но отмечены тенденции более высокого риска АГ в самых старших возрастных группах. Определено, что частота АГ была выше в категории разведенных женщин с НС в сравнении с замужними с хорошим сном (ХС) ($\chi^2=4,025$; $df=1$; $p<0,05$). Отмечены тенденции в увеличении частоты АГ среди женщин со средним образованием с НС в сравнении с лицами с высшим ($\chi^2=3,301$; $df=1$; $p=0,069$) и неоконченным высшим или средним профессиональным образованием ($\chi^2=2,793$; $df=1$; $p=0,095$) с ХС. Среди

профессиональных групп АГ встречалась чаще у руководителей среднего звена ($\chi^2=4,340$; $df=1$; $p<0,05$), руководителей ($\chi^2=9,190$; $df=1$; $p<0,01$), работников физического труда средней ($\chi^2=4,074$; $df=1$; $p<0,05$) и легкой интенсивности ($\chi^2=7,226$; $df=1$; $p<0,01$) с НС в сравнении с работницами среднего физического труда с ХС; у руководителей ($\chi^2=7,217$; $df=1$; $p<0,01$) и работников легкого физического труда ($\chi^2=5,133$; $df=1$; $p<0,05$) с НС в сравнении с ИТР с ХС.

Заключение. Распространенность НС в открытой популяции среди женщин 25–64 лет высока. В течение 16-летнего периода наблюдения женщины с НС имеют более высокий риск АГ, особенно в течение первых пяти лет. НС связаны с более высокой частотой АГ среди разведенных женщин в классе руководителей и у работников физического труда.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

З. Ф. ГИМАЕВА, А. Б. БАКИРОВ, Л. К. КАРИМОВА

*Федеральное бюджетное учреждение науки
«Уфимский научно-исследовательский институт медицины труда
и экологии человека», Уфа, Россия*

Введение. С целью изучения распространенности и выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) были проанализированы результаты гигиенических исследований и данные о состоянии здоровья работников нефтехимических производств.

Материалы и методы. Обследовано 2 712 работников ряда производств нефтехимической отрасли, работающих по таким профессиям, как: аппаратчик, слесарь по ремонту оборудования, слесарь КИПиА. Для выявления модифицированных (производственные и непроизводственные) и немодифицированных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний были проведены комплексные гигиенические и клинико-лабораторные исследования.

Результаты. Эпидемиологическое исследование распространенности ССЗ и их факторов риска позволило установить у работников нефтехимических производств высокий уровень артериальной гипертензии. Профессиональными факторами риска для работников основных профессий являются вредные вещества, шум, неблагоприятный микроклимат, а также тяжесть и напряженность труда. Сочетание нескольких факторов риска ги-

пертонической болезни (ГБ) приводит к более выраженным изменениям в липидном спектре крови и увеличивает вероятность развития заболевания. Распространенность основных непроизводственных факторов риска гипертонической болезни у работников нефтехимических производств составляет: дислипидотемий – 44 %, артериальной гипертензии – 42 %, наследственной предрасположенности – 36 %, курения – 44 %. Полученные результаты свидетельствуют о более высоком риске развития сердечно-сосудистых заболеваний у аппаратчиков по сравнению со слесарями по ремонту контрольно-измерительных приборов (КИПиА).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования позволили установить у работников нефтехимических производств высокий уровень артериальной гипертензии. Сочетание нескольких факторов риска ГБ приводит к более выраженным изменениям в липидном спектре крови и увеличивает вероятность развития заболевания. На развитие и прогрессирование ССЗ у работников нефтехимических производств влияют факторы рабочей среды и трудового процесса. Проведенные исследования позволили обосновать комплекс ме-

роприятий первичной и вторичной профилактики ССЗ. Первичная профилактика включает в себя снижение уровней воздействия вредных производственных факторов риска, наиболее раннее выявление признаков их воздействия на работающих при проведении медицинских осмотров.

Комплекс мер по вторичной профилактике состоит из своевременной и качественной диагностики с определением степени выраженности нарушений, выделением групп диспансерного наблюдения и обязательных регулярных и дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ЛЕПТИН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Я. А. ГОРБАТОВСКИЙ¹, Н. В. МАЛЬЦЕВА¹, А. В. МОРОЗОВА¹, С. В. АРХИПОВА²

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

² Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 29», Новокузнецк, Россия

Введение. Известна неблагоприятная роль злоупотребления алкоголем в развитии артериальной гипертензии (АГ) и патологии печени. Метаболический синдром (МС) является фактором риска повышения артериального давления (АД) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Установлено, что лептин участвует в патогенезе алкогольной болезни печени (АБП) и НАЖБП и его уровень в сыворотке крови сопряжен с АГ.

Цель. Сравнительная оценка параметров МС и сывороточного уровня лептина у пациентов с АБП и НАЖБП с повышенным и нормальным АД по сравнению с лицами без патологии печени.

Материалы и методы. Обследованы 204 человека, среди которых 100 человек – группа контроля (лица без патологии печени, 42 мужчины и 58 женщин), 31 – пациенты с АБП (20 мужчин и 11 женщин), 73 – пациенты с НАЖБП (12 мужчин и 61 женщина). АБП диагностировали на основании сбора алкогольного анамнеза (опрос пациента и его родственников), наличия характерных стигм заболевания (одутловатость лица, контрактура Дюпюитрена, телеангиоэктазии, гинекомастия, периферическая полинейропатия и др.), по лабораторным показателям (повышение уровня ГГТ, АсАТ/АлАТ >2), характерным УЗ-признакам (жировой гепатоз/гепатомегалия/признаки цирроза печени). Диагноз НАЖБП устанавливали при исключении вирусного, алкогольного, аутоиммунного и лекарственного поражений печени по наличию у пациентов абдоминального ожирения и других компонентов МС (нарушение углеводного и липидного обменов), признаков стеатоза печени по данным УЗИ органов брюшной полости. У обследуемых измеряли: АД по методу Короткова, индекс массы тела (ИМТ) в кг/м² и размер окружности талии (ОТ) в см. Сывороточную концентрацию лептина

определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов DRG Leptin (Sandwich) ELISA (Germany), а содержание общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови – ферментным колориметрическим методом. Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью статистических программ InStatII, Microsoft Excel. Результаты представлены как среднее значение $\pm$ стандартная ошибка среднего, для сравнительных оценок использовали непараметрический критерий Манна – Уитни (P), n – число обследованных лиц. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты. В группе с АБП у гипертоников по сравнению с нормотониками обнаружено увеличение: ИМТ ($29,7 \pm 1,8$ кг/м², n=13, против $25,9 \pm 1,3$ кг/м², n=18, P=0,0163), ОТ у мужчин ($102,5 \pm 2,1$ см, n=6, против $88,8 \pm 3,5$ см, n=14, P=0,02), уровня ХС ($6,5 \pm 0,8$ ммоль/л, n=12, против $4,8 \pm 0,3$ ммоль/л, n=17, P=0,03) и ТГ ($2,2 \pm 0,4$ ммоль/л, n=12, против $1,3 \pm 0,2$ ммоль/л, n=17, P=0,0253), а также тенденция к повышению уровня лептина как у мужчин ($15,9 \pm 3,5$ нг/мл, n=6, против $9,5 \pm 2,9$ нг/мл, n=14, P=0,0622), так и у женщин ($37,6 \pm 12,0$ нг/мл, n=7, против $20,2 \pm 3,6$ нг/мл, n=4). В группе с НАЖБП и группе контроля соответствующих различий не выявлено, за исключением ОТ, которая была увеличена у женщин-гипертоников по сравнению с женщинами-нормотониками в группе контроля ($84,5 \pm 2,3$ см, n=19, против $75,6 \pm 2,4$ см, n=22, P=0,0135).

Заключение. Алкоголь-обусловленная АГ при АБП так же ассоциирована с ожирением и нарушением липидного обмена, как АГ при НАЖБП. Для выявления связи лептина с АГ при АБП необходимы дополнительные исследования.

СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОСУДИСТОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ 12-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Е. В. ГРАКОВА, А. Т. ТЕПЛЯКОВ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»*

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Актуальность. Существующее сегодня разделение патологии единой сердечно-сосудистой системы на церебральную, кардиальную и патологию периферических сосудов является общепринятым, но в то же время приводит к недооценке тяжести поражения и снижает эффективность комплексной терапии и вторичной профилактики.

Цель. Оценить клинико-ангиографическую эффективность и приверженность к терапии статинами после стентирования коронарных артерий (КА) у больных ИБС с сосудистой коморбидностью, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включены 215 больных ИБС (ср. возраст $54,09 \pm 7,4$ года), перенесших ИМ, с многососудистым поражением коронарного русла и коморбидной сосудистой патологией: артериальной гипертензией (АГ) и/или ее осложнением – ОНМК, стенозами периферических (брахиоцефальных и/или бедренных) артерий, нарушением обмена углеводов (СД 2-го типа, нарушение толерантности к глюкозе). Всего в $2,4 \pm 1,3$ КА имплантировали 336 ($1,6 \pm 0,8$) стентов. Всем пациентам сразу после стентирования назначался аторвастатин в дозе 20 мг/сут. В ходе 12-месячного наблюдения у 76 (35,3 %) пациентов возник рецидив стенокардии; при контрольной коронарографии (КВГ) у 44 (20,5 %) из них был диагностирован рестеноз/тромбоз/окклюзия стента. При анализе эти пациенты были включены в 1-ю группу ($n=44$), которая сравнивалась с группой (2-я группа, $n=171$) без неблагоприятного результата эндоваскулярной реваскуляризации (ЭР).

Результаты. Исходные данные демонстрировали сопоставимость в группах клинико-демографических и ангиографических показателей, тяжести стенокардии, ФК ХСН (NYHA) и модифицируемых факторов риска (курение, ожирение, повышение уровня ХС ЛПНП $>2,5$ и уменьшение ХС ЛПВП $<1,0$ ммоль/л). Содержание в крови провоспалительного цитокина ИЛ-1 в 1-й группе в 4 раза превышало ($p=0,011$) таковое во 2-й группе. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й значительно чаще отмечалось сочетание АГ с на-

рушением толерантности к глюкозе (в 1,5 раза, $p=0,017$), ОНМК+СД (в 2,9 раза, $p=0,0009$), стенозы периферических артерий + АГ + нарушение обмена углеводов (в 3,9 раза, $p=0,017$); при этом ИБС без фоновой сосудистой патологии в 1-й группе диагностировали в 2 раза реже ($p=0,00001$), чем во 2-й группе.

Через 12 месяцев после ЭР стенокардия рецидивировала у 32 (18,7 %) больных 2-й группы и у всех пациентов 1-й группы ($p=0,034$), нестабильную стенокардию диагностировали у 11,4 и 8,8 % ($p=0,016$), повторные ИМ – у 11,4 и 1,8 % обследованных ($p=0,014$). Приверженность к регулярному приему статинов (аторвастатин в средней дозе 15 мг/сут) в обеих группах оказалась невысокой – 16,2 % в 1-й группе и 21,9 % случаев во 2-й группе. В среднем уровень ХС ЛПНП в 1-й и 2-й группах значимо не различался – $3,76 \pm 1,09$ и $3,58 \pm 0,95$ ммоль/л; при этом целевые его значения ($2,2 \pm 0,14$ и $2,15 \pm 0,27$ ммоль/л) достигали соответственно 25,1 и 15,9 % больных. По данным контрольной КВГ, прогрессирование коронарного атеросклероза, потребовавшее выполнения повторной реваскуляризации миокарда, выявлено в 1-й и 2-й группах в 64 и 8,4 % случаев ($p=0,00001$) соответственно. Статистически значимых различий по выживаемости не отмечено: в 1-й группе – 97,73 % и во 2-й группе – 97,66 % случаев.

Выводы. У больных ИБС с гемодинамически значимым многососудистым стенозированием КА и нарастающей органной ишемией при сосудистой коморбидности отмечается повышенная экспрессия провоспалительного цитокина ИЛ-1, что после первичной эндоваскулярной реваскуляризации на фоне невысокой приверженности пациентов к приему патогенетической терапии статинами приводит к повышению частоты рестенозирования коронарных стентов и потребности в повторных реваскуляризациях миокарда. Следует более широко использовать «агрессивную» тактику назначения статинов, что позволит повысить эффективность вторичной профилактики коронарного атеросклероза и тем самым достичь снижения частоты рестенозирования стентов КА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МОДИФИЦИРУЕМЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Е. В. ГРАКОВА, А. Т. ТЕПЛЯКОВ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Введение. В настоящее время в России исследований, посвященных изучению распространенности факторов риска (ФР) у больных, подвергшихся реваскуляризации миокарда, явно недостаточно (Оганов Р. Г., 2011). Это диктует необходимость изучения ситуации на локальном, региональном и национальном уровнях, так как именно такой подход предоставит возможность целенаправленной коррекции модифицируемых факторов риска в аспекте предотвращения и профилактики фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий после вмешательства у этих пациентов.

Цель. Изучение влияния модифицируемых факторов риска (сахарный диабет в сочетании с гипертонической болезнью) на клиническую и ангиографическую эффективность стентирования коронарных артерий (КА) у больных ИБС в ходе 18-месячного наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 72 больных (94,4 % мужчин): в 1-ю группу – 34 пациента без нарушений обмена углеводов и признаков ГБ (в ср. возрасте $50,7 \pm 1,1$ года) и во 2-ю ($n=38$) – больные с сочетанием сахарного диабета легкой степени и ГБ 1–2-й стадии ($54,1 \pm 1,9$ года). Группы были сопоставимы по частоте других факторов риска: курению, избыточной массе тела, ЖЭС невысоких градаций, а также по ангиологическим характеристикам: число пациентов с одно-, двухсосудистым поражением составило в 1-й и 2-й группах 52,9 и 57,8 % соответственно. Большинству пациентов (80,6 и 94,7 %) через 18 месяцев проспективного наблюдения проводили контрольную коронарографию (КГ).

Результаты. Исходно в 1-й группе нестабильная стенокардия имела место у 8,3 %, стенокардия напряжения тяжелых ФК – у 19 (55,8 %) больных; во 2-й группе – у 26,3 и 60,5 % соответственно. Постинфарктный кардиосклероз диагностировался у 15 (44,1 %) и 24 (63,2 %) больных, гиперхолестеринемия ($>5,2$ ммоль/л) – в 59 и 76,3 % случа-

ев. У больных 2-й группы уровень триглицеридов исходно был значительно ($p<0,03$) выше: $3,1 \pm 0,39$ против $1,99 \pm 0,17$ ммоль/л. ТФН исходно по группам достоверно не различалась и была на уровне $71,6 \pm 9,7$ и $64,3 \pm 9,7$ Вт.

Через 18 месяцев после вмешательства у 64,8 и 36,8 % пациентов имела место стенокардия напряжения легких ФК или симптомы ИБС отсутствовали. Клинически рецидив стенокардии зарегистрировали 12 (35,2 %) и 24 (63,2 %) больных при этом частота ангиографически подтвержденного рестеноза составила 17,6 % (1-я гр.) и 57,8 % (2-я гр.) соответственно ($p<0,05$). Среднее количество ангинозных приступов снизилось в 3 раза у больных 1-й группы и на 65,7 % во 2-й группе на фоне прироста ТФН на 70,0 ($p<0,05$) и 44,1 %. ИМ после реваскуляризации миокарда перенесли 8,8 и 13,2 % больных соответственно. Летальных исходов среди больных 1-й группы зарегистрировано не было, тогда как во 2-й группе по сердечно-сосудистым причинам погибло два пациента.

К концу наблюдения 52,9 % ($n=18$) больных 1-й группы и 57,8 % ($n=22$) 2-й группы получали липидкорректирующие препараты. При этом в 1-й группе холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) снизился на 10,6 % при тенденции к возрастанию холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с 0,99 до 1,06 ммоль/л (7 %). Во 2-й группе ХС ЛПНП уменьшился на 9,6 %, а ХС ЛПВП – с 1,05 до 0,97 ммоль/л.

Заключение. В период 18 месяцев после стентирования КА риск рестеноза и рецидива коронарной недостаточности остается выше (в 3,2 раза) у больных с наличием модифицируемых факторов риска (СД и ГБ) на фоне явной гипертриглицеридемии, при этом приверженность пациентов к терапии статинами остается низкой. Все это диктует необходимость осуществления более агрессивной липидкорректирующей терапии у данной категории больных.

БЕРЕЖЛИВОЕ ПРОИЗВОДСТВО – НОВАЯ УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Я. В. ДАНИЛЬЧЕНКО, Т. С. КОСТОМАРОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Повышение эффективности использования государственных ресурсов и качества предоставляемой медицинской помощи в современном периоде становится одной из приоритетных задач науки управления здравоохранением. В промышленности и сфере услуг разные методы управления находят успешное применение. Одним из таких примеров в здравоохранении рассматривается технология бережливого производства.

Системы менеджмента качества (СМК) и концепция lean production («бережливое производство») являются инструментами, позволяющими достичь высокого уровня производственной системы и, как результат, увеличить эффективность производства.

В начале 2000-х годов из-за возросших требований потребителей и конкурентной борьбы на международных рынках в России началось активное внедрение стандартов качества ISO и его адаптированной версии ГОСТ Р (на базе серии ISO:9000). В Российской Федерации серьезный и осмысленный интерес к lean production и СМК проявляют организации, которые вынуждены серьезно конкурировать с зарубежными и внутренними производителями, а также компании с иностранным капиталом.

Распространению lean production на отрасль медицины способствует рост расходов на здравоохранение, связанный со старением населения, расширением социальных гарантий, внедрением высокотехнологичных медицинских технологий. На сегодняшний день «бережливое производство» отвечает главному запросу со стороны различных видов деятельности – повышению эффективности при условии ограниченности всех видов ресурсов. «Бережливое производство» подразумевает не просто краткосрочные меры по сокращению персонала, складских площадей и прочих затрат, а в первую очередь оптимизацию процессов с целью

исключения избыточных функций и процедур, создающих дополнительную работу, издержек, не создающих дополнительной ценности. Современные руководители, активно использующие технические новинки, научные знания, понимают, что выживут и преуспеют наиболее гибкие и результативные.

В Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний в 2011 году сертифицирована система менеджмента качества по стандарту ISO 9001:2008. СМК показывает свою результативность, и одной из перспективных целей становится повышение эффективности.

Руководителям учреждений здравоохранения и науки приходится принимать во внимание появление разных групп потребителей со своими специфическими запросами к видам, качеству и условиям оказания медицинских услуг. Это становится особенно актуальным с учетом повышения хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений, свободного выбора лечебно-профилактического учреждения пациентом и реализации принципа «деньги идут за пациентом».

В заключение следует отметить, что, внедряя «бережливое производство», учреждения здравоохранения могут получить экономию по всем статьям расходов, улучшив при этом доступность и повысив качество медицинской помощи. Результативно функционирующая и активно поддерживаемая система менеджмента качества позволяет применить методы lean production на практике без значительных сложностей. Применение подобных методов позволяет оперативно корректировать возникающие проблемные ситуации, предупреждать их появление, в некоторой степени опережать требования внешних и внутренних потребителей, обеспечивая тем самым резерв стабильности, а также быстро реагировать на нововведения вышестоящих организаций.

ВЛИЯНИЕ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА БАРНАУЛА

В. В. ДЕХАРЬ¹, А. Г. ОСИПОВ¹, И. В. СОПОТОВА²,
Д. В. ДЕНИСОВА³, И. В. ОСИПОВА¹

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул, Россия

² Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница № 4», Барнаул, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирское отделение Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить влияние углубленного профилактического консультирования на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди студенческой молодежи города Барнаула.

Материалы и методы. В специализированной студенческой поликлинике с собственным центром здоровья на базе КГБУЗ «Городская больница № 4» г. Барнаула в два этапа было проведено обследование студентов высших и средних специальных учебных заведений Барнаула в возрасте 18–24 лет ($19,2 \pm 0,03$). На первом этапе в 2012 году обследовано 500 учащихся из них девушек – 69 % ($18,9 \pm 0,07$), юношей – 31 % ($18,8 \pm 0,1$). Доля городских и сельских жителей составила 68 и 32 % соответственно. Количество обучающихся в высших учебных заведениях – 51 %, в средних специальных – 49 %. Каждому прошедшему обследование студенту было проведено углубленное профилактическое консультирование и обучение основам здорового образа жизни в течение 40–50 минут по выявленным факторам риска с выдачей показателей здоровья. На втором этапе в 2013 году проведено повторное обследование тех же студентов с последующим сравнением полученных результатов с первичными данными. Оценивались следующие факторы риска: курение, физическая активность, нерациональное питание, психосоциальное напряжение, индекс массы тела, уровень общего холестерина и глюкозы, артериальное давление.

Результаты. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в 2012 и 2013 годах: нерациональное питание – 86 и 89 %, гиподинамия – 45 и 69 %, психологическое

напряжение – 44 и 15 %, гиперхолестеринемия – 11 и 3,2 %, избыточная масса тела – 11 и 12 %, курение – 5,6 и 5,6 %, повышенное артериальное давление – 4 и 1,6 %, гипергликемия – 0,4 и 0,2 % соответственно. Динамических достоверных различий по таким факторам риска, как нерациональное питание, курение, избыточная масса тела, гипергликемия, среди юношей и девушек, а также по территориальному принципу не выявлено. Количество юношей и девушек, проживающих в городской и сельской местности с низкой физической активностью, увеличилось в 2 и 1,7 раза соответственно ($p=0,000$). Уровень психологического напряжения городской и сельской молодежи снизился в 3 раза ($p=0,000$). Произошло снижение гиперхолестеринемии среди юношей и девушек в 9 и 3,3 раза соответственно ($p=0,000$), при этом количество сельских учащихся с высоким уровнем общего холестерина также снизилось в 3,7 раза ($p=0,027$). Среди юношей отмечается снижение повышенного уровня артериального давления в 5,3 раза ($p=0,000$).

Заключение. При повторном обследовании учащейся молодежи изменения произошли по трем факторам риска: число лиц с психосоциальным напряжением снизилось в 3 раза ($p=0,000$), с гиперхолестеринемией среди юношей – в 9 раз и повышенным артериальным давлением – в 5,3 раза ($p=0,000$), среди девушек снижение гиперхолестеринемии на 3,3 % ($p=0,000$), что свидетельствует об эффективности ежегодного консультирования и проводимых профилактических мероприятий.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА, КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

О. А. ЕРЕМИНА, Е. В. ТАВЛУЕВА, С. А. ПОМЕШКИНА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Цель. Выявить гендерные особенности в частоте выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, клинико-анамнестических характеристик, лекарственной терапии в госпитальном периоде у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом ST.

Материалы и методы. Ретроспективно, методом сплошной выборки, проанализировано 529 историй болезни пациентов, госпитализированных в Кемеровский кардиологический диспансер в течение 2008 года с острым ИМ с подъемом сегмента ST. Из них 343 мужчины и 186 женщин. Средний возраст больных: 69,42 года у женщин и 60 лет у мужчин ($p < 0,001$). Для проведения статистического анализа использовано компьютерное программное обеспечение Statistica 6.0; статистически значимыми признавались значения $p < 0,05$.

Результаты. При анализе распределения поступивших больных по возрасту выяснилось, что у мужчин ИМ регистрируется с 30 лет, пик приходится на возрастной период с 51 до 60 лет, тогда как у женщин ИМ регистрируется на 10 лет позже. При анализе различий в частоте выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей анамнеза выяснилось, что у женщин по

сравнению с мужчинами достоверно чаще выявлялись артериальная гипертензия (АГ) (95,7 и 85,4 % соответственно, $p < 0,001$), сахарный диабет (СД) (33,9 и 10,8 %, $p < 0,001$), предшествующая ИМ стенокардия (72,6 и 46,1 %, $p < 0,001$), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (12,4 и 6,7 %, $p < 0,001$). Достоверных различий в наличии ИМ в анамнезе, отягощенной наследственности по ишемической болезни сердца, гиперхолестеринемии, периферического атеросклероза между мужчинами и женщинами не было. Однако женщины, в отличие от мужчин, имели более тяжелый класс сердечной недостаточности ($p < 0,001$). При анализе различий в лекарственной терапии выяснилось, что женщины достоверно чаще в стационаре принимали нитраты ($p = 0,0021$), диуретики ($p = 0,0014$), блокаторы кальциевых каналов ($p = 0,04$), статины ($p = 0,0481$).

Заключение. У женщин с ИМ с подъемом сегмента ST достоверно чаще, чем у мужчин, выявляются такие факторы сердечно-сосудистого риска, как АГ, СД. Предшествующая ИМ стенокардия, ХСН также встречается чаще у женщин, с чем связаны и гендерные различия в лекарственной терапии на госпитальном этапе.

НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКАЯ МАССА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ АССОЦИИИ СО СТАДИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ТИПАМИ ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

М. П. ЗАДОРЖНАЯ, В. В. РАЗУМОВ, Р. Р. МАНДРОВА

Государственное бюджетное образовательное учреждение

*дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий институт
усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия*

Введение. Изучение ремоделирования миокарда сохраняет актуальность по причине того, что структурная перестройка в сердце – не только следствие течения артериальной гипертензии (АГ), но и причина дальнейшего прогрессирования заболевания и фактор риска развития различных осложнений. Цель исследования – выявить распространенность гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), непропорционально высокой

массы миокарда левого желудочка (НВММЛЖ) и типов ремоделирования ЛЖ (ТРЛЖ) в группе контроля и при гипертонической болезни (ГБ), а также их сопряженность.

Материалы и методы. Обследовано 153 пациента, из них 26 лиц – группа контроля и 127 – с гипертонической болезнью (ГБ) I–III стадии. Диагноз ГБ установлен согласно Российским рекомендациям по диагностике и лечению ар-

териальной гипертензии (четвертый пересмотр, 2010 г.). Всем пациентам выполнено эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) на УЗ-сканере Medison SA-8000 с проведением стандартных измерений и выделением ТРЛЖ в соответствии с рекомендациями А. Сапау и Р. Verdecchia и соавт. О НВММЛЖ говорили при коэффициенте диспропорциональности (КД) ≥ 128 : при КД 128–155,9 % НВММЛЖ считали слабовыраженной, при 156–183,9 % – умеренно выраженной, при ≥ 184 % – сильновыраженной. Проведен анализ частот таблиц сопряженности НВММЛЖ в группе контроля и среди больных ГБ со стадиями ГБ, наличием или отсутствием ГЛЖ и разными ТРЛЖ. Статистическая обработка результатов проводилась программой SPSS, Versia 19 (лицензия № 20101223-1).

Результаты. У 38 (30 %) лиц с ГБ отсутствовала ГЛЖ, у 88 (70 %) присутствовала. Распределение ТРЛЖ оказалось следующим: нормальная геометрия (НГ) – 40 (26 %) из 153 пациентов, концентрическое ремоделирование (КР) – 11 (7,1 %), изолированная гипертрофия миокарда ЛЖ (ИГМЛЖ) – 14 (9,1 %), концентрическая гипертрофия (КГ) – 60 (39 %), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) – 29 (18,8 %). Достоверные различия диспропорциональности ММЛЖ выявлены между группами, разделенными по критерию ГЛЖ, стадиям ГБ и ТРЛЖ, обнаруживая большую силу связи НВММЛЖ с ТРЛЖ (χ^2 -Пирсона=120,126, $p<0,05$), а не с ГЛЖ ($\chi^2=79,62$, $p<0,05$) или стадиями ГБ ($\chi^2=58,64$, $p<0,05$), что указывает на важность

дифференциации именно ТРЛЖ при данном заболевании. В контроле и при I стадии ГБ, ТРЛЖ с нормальной ММЛЖ уже определяются разные варианты пропорциональности ММЛЖ (от пропорциональной до средней степени НВММЛЖ), а при более тяжелых стадиях ГБ (II и III стадии) в группе с ГЛЖ и при ТРЛЖ с повышенной ММЛЖ – единичные случаи пропорциональной ММЛЖ с закономерным ростом средней и выраженной степени НВММЛЖ: при КГЛЖ – у 90 % лиц, а при ЭГЛЖ – лишь у 46 %; при II–III стадии ГБ – у 65 %; при наличии ГЛЖ – у 75 %. В контроле и I стадии ГБ 57,7 % лиц имеют уже НВММЛЖ (слабая и средней степени), в группе с отсутствием ГЛЖ – 55 % лиц, при ТРЛЖ соотношение следующее: НГ – 42 %, КР – 81 %, ИГМЛЖ – 71 %.

Заключение. НВММЛЖ у больных с ГБ выявлена в 85 % случаев, при этом ГЛЖ отмечается только в 69 %. Уже в контрольной группе и при I стадии ГБ при ТРЛЖ с нормальной ММЛЖ прослеживается НВММЛЖ, но слабой и средней степени выраженности, а по мере утяжеления заболевания преобладают средняя и выраженная степени НВММЛЖ. Наличие более выраженной связи НВММЛЖ с ТРЛЖ по сравнению со стадиями ГБ и ГЛЖ диктует необходимость определения ТРЛЖ при данном заболевании. НВММЛЖ чаще выявляется при концентрических вариантах ремоделирования ЛЖ (КР и КГЛЖ), что позволяет считать их прогностически более неблагоприятными типами структурной перестройки.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ РЕГИСТР АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТИ. РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Г. К. ЗОЛОВЕВ¹, Е. М. ВАСИЛЬЧЕНКО¹, Л. Д. БАБИЧУК²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы
и реабилитации инвалидов» Минтруда России, Новокузнецк, Россия

² Государственное учреждение – Кузбасское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации, Кемерово, Россия

Введение. Несмотря на очевидные успехи последних десятилетий в области ангиологии и сосудистой хирургии, результаты лечения наиболее тяжелой формы артериальной недостаточности – критической ишемии конечности – не вселяют оптимизма. По-прежнему высокими остаются показатели инвалидизации и смертности больных. Важным инструментом повышения качества медицинской и реабилитационной помощи при критической ишемии конечности является персона-

фицированная система учета случаев ампутации конечности.

Цель. Формирование популяционного регистра ампутаций конечности в г. Новокузнецке и оценка на его основе результатов оказания лечебной и реабилитационной помощи контингенту больных с критической ишемией нижней конечности.

Материалы и методы. Основой для формирования регистра ампутаций конечности послужила автоматизированная информационная си-

стема «Учет и анализ деятельности стационаров города» (форма № 066/у) КМИАЦ г. Новокузнецка, содержащая персонифицированные сведения о госпитализациях жителей города в стационары медицинских учреждений. Выборка информации о госпитализациях, связанных с ампутацией конечности, позволила сформировать персонифицированную базу данных всех случаев утраты конечности. База поддерживается в актуальном состоянии начиная с 1996 года. Критерии включения: случай утраты нижней конечности на уровне голени или бедра. Перечень реквизитов для персонифицированного учета случаев ампутации конечности включает: личные идентификационные данные; код операции (уровень усечения нижней конечности); дату операции; диагноз; стационар, в котором выполнена операция. В структуру регистра вошли сведения АИС «Учет и анализ смертности в городе» (по данным органов ЗАГС г. Новокузнецка): дата смерти; причина смерти, а также данные о выполненном протезировании конечности. В регистре учитываются данные об ампутациях, выполненных только у жителей Новокузнецка (население 580 тыс. чел.). Изучали динамику соотношения голень/бедро (Г/Б), 2-летнюю выживаемость после ампутации конечности и обращаемость за оказанием протезно-ортопедической помощи пациентам с облитерирующими заболеваниями артерий (ОЗА), оперированных в разных стационарах города. Выделяли два периода наблюдения: 1997–2003 и 2004–2009 годы.

Временные периоды коррелировали с этапами улучшения оказания специализированной помощи пациентам с критической ишемией конечности в Новокузнецке.

Результаты. Сведения регистра ампутаций конечности отразили результаты организационных мероприятий в Новокузнецке по оптимизации хирургического лечения данного контингента больных, направленных на сохранение коленного сустава: показатель Г/Б вырос в два раза в сравниваемых периодах. Наибольший рост этого показателя зафиксирован у пациентов до 60 лет. На фоне увеличения удельного веса усечений голени в практике хирургических стационаров Новокузнецка отмечен рост выживаемости пациентов с ОЗА в возрасте до 60 лет. Выявлено увеличение доли лиц, среди пациентов моложе 60 лет, обратившихся для проведения мероприятий первичного протезирования в конце второго периода. В ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России сформирована бригада специалистов, деятельность которых осуществляется на основе данных регистра и позволяет повысить доступность оказания реабилитационной помощи маломобильным пациентам.

Заключение. Сведения регистра ампутаций конечности позволяют выявлять организационные проблемы оказания специализированной помощи больным с критической ишемией конечности; проводить оценку эффективности программ, направленных на улучшение оказания лечебной и реабилитационной помощи пациентам с ОЗА.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М. Н. ЗОТКИНА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты РФ, Москва, Россия

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для состояния здоровья населения представляют одну из важнейших медицинских и социальных проблем (Макаров, 1998; Антипенко, 1999; Румянцева, Силина, 2008).

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от цереброваскулярных заболеваний в мире умирают около 5 млн человек.

Течение большинства сосудистых заболеваний головного мозга приводит обычно к двум основным исходам данной патологии: инсультам (с их высокой летальностью) и хроническим прогрессирующим заболеваниям с частым исходом в со-

судистую деменцию (Бархатов, Джибладзе, 2005; Höchstenbach, Den Otter, Mulder, 2003; Schröder, Luders, Kulschewski, 2005).

На развитие и протекание хронических форм цереброваскулярных заболеваний оказывают влияние большое разнообразие факторов – наследственность, общее состояние организма, наличие сопутствующей патологии, преморбидный фон. Кроме того, при изучении работ отечественных и зарубежных ученых становится ясно, что одну из важных ролей в протекании заболевания играют нейropsychологические и социальные характеристики больного.

Материалы и методы. В нашем исследовании в качестве диагностического инструментария

для определения нейропсихологических особенностей были использованы следующие методики: полустандартизированное диагностическое интервью «Индивидуальные модели здоровья» (Яковлева, 2002), методика Дембо – Рубинштейн (вариант: Рубинштейн, 2004). Данные методики характеризуют самооценку человека, отношение к своему здоровью и заболеванию.

В исследовании приняли участие 130 пациентов, проходящих освидетельствование в экспертном составе Федерального бюро медико-социальной экспертизы.

Были выделены две группы: основная – больные, страдающие цереброваскулярными заболеваниями (100 человек); контрольная – больные, которые не наблюдаются в учреждениях здравоохранения с цереброваскулярной патологией (30 человек).

Результаты. При обработке результатов методики «Индивидуальные модели здоровья» среди больных основной группы главными признаками здоровья назывались: физический комфорт (32,0 %), высокий социально-психологический статус (21,0 %), высокий уровень саморегуляции (19,0 %), отрицание болезни, отсутствие группы инвалидности и другие (28,0 %). Для представите-

лей контрольной группы основными признаками здоровья являлись положительный эмоциональный настрой (47,0 %), высокая работоспособность (47,0 %) и другие (6,0 %).

При обработке результатов методики Дембо – Рубинштейн по общему показателю был проведен сравнительный анализ у больных основной и контрольной групп. Нормой в данном случае считается результат в 55–75 баллов. Низкий результат показывает низкую самооценку, высокий – завышенную. Средний результат в нашем исследовании (в сумме у мужчин и женщин) основной группы составил $65,4 \pm 19,192$, а контрольной – почти в 2 раза больше – $112,8 \pm 10,96$.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что в проведенном исследовании для больных с цереброваскулярными заболеваниями характерна более низкая самооценка, неудовлетворенность самореализацией, наиболее значимыми являются физический комфорт, социальная защищенность и высокий социально-психологический статус, что отражает низкий настрой больных с цереброваскулярными заболеваниями на эффективность проводимого лечения и восстановление трудоспособности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

О. А. ИГНАТОВА, Л. И. МЕНЬШИКОВА, Т. В. РУСИНОВА

Министерство здравоохранения Архангельской области, Архангельск, Россия

За последние 10 лет заболеваемость населения болезнями системы кровообращения в Российской Федерации возросла в 1,3 раза, экономический ущерб в год составляет около 3 % от ВВП. Уровень распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, по данным разных авторов, имеет заметные колебания в разных регионах. В Архангельской области заболеваемость болезнями системы кровообращения превышает общероссийские показатели, за период с 2009 по 2013 год отмечен рост на 6,3 % (с 281,5 до 299,6 на 1 тыс. взрослого населения).

Одной из основных причин высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний является несвоевременная диагностика и коррекция факторов риска. Из всех возможных факторов риска наибольший интерес с точки зрения профилактической медицины представляют поведенческие факторы, которые поддаются коррекции как на популяционном, так и индивидуальном уровне. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что уровни модифицируе-

мых и немодифицируемых факторов риска среди населения определяют эпидемиологические условия в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В 2013 г. прошли диспансеризацию 167 120 жителей Архангельской области: 25,9 % осмотренных имеют первую группу здоровья, 20,8 % – вторую, 53,3 % – третью. По результатам мониторинга диспансеризации количество граждан с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями составило 4 %. У 71,0 % осмотренных выявлены факторы риска, из них на первом месте нерациональное питание (25,1 %), на втором – повышенное артериальное давление (19,0 %), на третьем – недостаточная физическая активность (16,7 %). Далее идут такие факторы, как гиперхолестеринемия (14,7 %), потребление табака (13,8 %), избыточная масса тела (9,3 %), ожирение (5,7 %). При этом практически каждый третий житель области (31,6 %) имеет сочетание двух и более факторов риска.

Высокая распространенность факторов риска приводит к высокой заболеваемости, инвалидизации и смертности. За период с 2009 по 2013 год в Архангельской области смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 10,1 % (с 825,0 до 756,0 на 100 тыс. населения). Ключевую роль в снижении смертности сыграли открытие регионального сосудистого центра и его первичных отделений; внедрение тромболитика при остром инфаркте миокарда и инсульте на догоспитальном этапе и в стационарах; повышение доступности оперативных методов лечения (показатель обеспеченности операциями при ишемической болезни сердца для жителей области в 2013 году практически в 2 раза превысил общероссийский).

Опыт ряда экономически развитых стран показывает, что вклад оздоровления (изменения образа

жизни) и снижение удельного веса факторов риска в уменьшение смертности от болезней кровообращения составляет в среднем 55 %, вклад лечебных мероприятий – около 40 %. Учитывая рост заболеваемости и результаты диспансеризации, в целях дальнейшего снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Архангельской области необходимо активизировать работу с населением по профилактике модифицируемых факторов риска. Особое внимание в ходе проводимой диспансеризации должно быть направлено на формирование здорового образа жизни и адекватную коррекцию артериальной гипертензии. Целенаправленная реализация профилактических программ и воздействие на управляемые факторы риска способны дать максимальный эффект в плане охраны здоровья населения области.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

А. А. ИВАНОВ

*Открытое акционерное общество
«КОНЦЕРН «Научно-производственное объединение «АВРОРА»,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Уточнение среднего уровня артериального давления (АД) и распространенности артериальной гипертензии (АГ) у работниц различных возрастов современного промышленного производства.

Материалы и методы. Материалом анализа в настоящей работе служили результаты комплексных обследований состояния здоровья сотрудниц ОАО «КОНЦЕРН «НПО «АВРОРА» – одного из промышленных предприятий Санкт-Петербурга. Всего было обследовано 172 женщины в возрасте от 31 года до 60 лет, которые были объединены по трем группам. В первую вошли работницы от 31 года до 40 лет (21 чел.), во вторую – от 41 года до 50 лет (59 чел.), в третью – от 51 года до 60 лет (92 чел.). Измерение артериального давления осуществлялось в соответствии с общепринятыми стандартами. Наличие систолической АГ (САГ) у обследуемых регистрировали при АД систолическом (АД с.) ≥ 140 мм рт. ст. Диастолическую артериальную гипертензию (ДАГ) фиксировали при диастолическом АД (АД д.) ≥ 90 мм рт. ст.

Результаты. Средние цифры АД у лиц 2-й возрастной категории хоть и оказались достоверно выше, чем у обследуемых 1-й группы ($p < 0,01$), были в пределах общепринятой нормы: АД с. – $136,2 \pm 2,6$ мм рт. ст., АД д. – $85,6 \pm 1,6$ мм рт. ст. против $122,6 \pm 3,6$ мм рт. ст. и $77,1 \pm 2,2$ мм рт. ст. со-

ответственно. Однако самые высокие цифры среднего АД были выявлены в группе лиц 51–60 лет: АД с. – $145,9 \pm 2,0$ мм рт. ст., АД д. – $91,1 \pm 1,0$ мм рт. ст. Различия между 3-й и 1-й, 3-й и 2-й группами оказались статистически достоверными ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно).

Распространенность САГ во всей обследованной когорте составила 47 %, ДАГ несколько больше – 48,8 %. Наибольшая частота встречаемости систолической артериальной гипертензии была выявлена у лиц старшей возрастной категории – 58,8 %, что оказалось в 1,5 раза больше, чем во 2-й группе и в 4 раза больше, чем в 1-й. Распространенность ДАГ также оказалась наибольшей в 3-й группе – 60,8 %, в то время как в 1-й возрастной группе она составила 19,0 %, а во 2-й – 40,7 %. Все межгрупповые различия были статистически достоверны ($p < 0,001$).

Выводы. У работниц 51–60 лет артериальное давление было не только достоверно выше, чем у более молодых сотрудниц, но и средние величины АД с. и АД д. превосходили общепринятую норму.

Средний уровень систолического АД повышается каждые 10 лет приблизительно на 9–14 мм рт. ст., диастолического АД – на 5–8 мм рт. ст.

Распространенность артериальной гипертензии возрастает каждые 10 лет приблизительно на 20 %.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Е. В. ИНДУКАЕВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Доминирующим фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) наряду с курением, злоупотреблением алкоголем и гиперхолестеринемией является артериальная гипертензия (АГ). За последние 10–15 лет эпидемиологическая ситуация, связанная с АГ, существенно не изменилась – распространенность АГ в нашей стране продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе. Протокол российского многоцентрового эпидемиологического исследования «ЭССЕ-РФ» 2013 года по анализу распространенности АГ и ФР ССЗ в Российской Федерации (РФ) включает в себя значительное количество предполагаемых предикторов ССЗ.

Цель. Анализ региональных особенностей распространенности АГ в Кемерово по сравнению с данными по РФ в целом.

Материал и методы. В исследование включены 1 628 человек в возрасте 25–64 лет, доля мужчин составила 700 (43 %), женщин – 928 (57 %). Для сравнения региональных данных распространенности АГ использовались материалы второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в РФ (2005–2007 гг.).

Результаты. Распространенность АГ, стандартизованная по возрасту, среди населения Кемерово составила 43,4 %, что выше, чем по России – 40,4 % (в 2007 г.). Среди мужского и женского населения Кемерово – 51,7 и 37,2 % соответственно ($p < 0,001$), среди населения РФ – 38,6 и 41,2 % соответственно. С увеличением возраста распространенность АГ в Кемерово закономерно возрастает: с 26,6 до 65,7 % у мужчин и с 9,0 до 54,5 %

у женщин, аналогичная тенденция наблюдается по РФ. При сравнении региональных и общенациональных показателей распространенности АГ отмечается уменьшение различий с возрастом. Субъективное знание уровня своего артериального давления продемонстрировали 84,7 % респондентов, из них 79,1 % мужчин и 88,9 % женщин ($p = 0,00001$). Осведомленность в среднем по России составляла 74,4 %. С увеличением возраста этот показатель возрастал как при анализе региональных, так и общенациональных показателей и не зависел от гендерной принадлежности. Согласно опросу, сведения о повышении АД от врача или другого медработника получали 56,6 % мужчин и 59,4 % женщин ($p = 0,25$). С увеличением возраста этот показатель возрастал в обеих гендерных группах. В РФ в 2005–2007 годах антигипертензивные препараты (АГП) принимали чуть меньше двух третей больных – 62,9 %, среди женского населения отмечены более высокие показатели: 67,3 % против 56 % у мужчин. По данным опроса в Кемерово, в течение последних двух недель накануне исследования 29,8 % респондентов принимали АГП, из них 24,9 % мужчин и 33,6 % женщин ($p = 0,0001$). С увеличением возраста показатель возрастал в обеих гендерных группах.

Заключение. Распространенность АГ в Кемерово выше, чем по России, преимущественно за счет мужчин молодого и среднего возраста – от 25 до 54 лет. Несмотря на то, что население Кемерово, особенно женщины, более информировано о наличии у них АГ, доля лиц, принимающих АГП, в Кемерово в 2 раза ниже, чем по России.

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В. С. КАВЕШНИКОВ, В. Н. СЕРЕБРЯКОВА, И. А. ТРУБАЧЕВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия*

Цель. Изучить по данным скринингового ультразвукового исследования сонных артерий частоту встречаемости каротидного атеросклероза (КАС) в организованной популяции женщин –

педагогов средних общеобразовательных школ (СОШ) Томска.

Материалы и методы. Исследование выполнено в рамках многоцентрового профилактиче-

ского проекта «РОСПРОФИЛАКТИКА» (координатор ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ, Москва). В коллективах педагогов 11 СОШ Томска, отобранных случайным образом, в рамках стандартизованного популяционного кардиологического обследования проведено скрининговое ультразвуковое исследование сонных артерий (СА) у 403 человек. Возрастной диапазон обследованных 25–64 лет, средний возраст – 47,5±9,5 года. Исследование проводили на ультразвуковой системе Samsung Medison MySono U6. Атеросклеротическая бляшка (АСБ) определялась как фокальное образование на внутренней стенке сосуда, выступающее в просвет более чем на 50 % по сравнению с окружающими участками стенки сосуда или как фокальное утолщение комплекса «интима-медиа», выступающее в просвет сосуда более чем на 1,5 мм. Сканирование проводилось по стандартной методике. На предмет наличия АСБ исследовались проксимальный и дистальный сегменты общей СА, бифуркация и экстракраниальный сегмент внутренней СА. Величину стеноза измеряли в поперечном сечении как степень уменьшения диаметра просвета сосуда. В анализ включали величину наибольшего стеноза из всех исследованных сегментов. Статистический анализ выполнен в пакете SPSS 12. Сравнение частот проводили методом χ^2 Пирсона и точным тестом Фишера. Вероятность ошибки (p) менее 5 % считали статистически значимой. Стандартизацию проводили прямым методом с использованием Европейского стандарта населения в возрастном диапазоне 25–64 лет.

Результаты. Частота встречаемости КАС в обследованной популяции составила 20,6 %, стандартизованный показатель (СП) – 17,8 %. В возрасте до 35 лет АСБ в СА не выявлены. Встречаемость КАС в более старших возрастных группах варьировалась в значительных пределах – от 3,8 % в возрасте 35–39 лет до 45,0 % в группе 60–64 лет, $p < 0,001$. В возрастном сегменте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост данного показателя в среднем на 6 % каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост частоты КАС в обследованной популяции наблюдался в возрасте 55–59 лет, в котором по сравнению с предыдущей возрастной группой (50–54 года) частота данного показателя увеличилась в 1,9 раза, составляя 43,8 и 23,7 % соответственно, $p = 0,012$. После 60 лет дальнейший рост частоты КАС не наблюдался. Гемодинамически значимые каротидные стенозы (≥ 50 %) в обследованной популяции не встречались, в то время как сужения < 30 % выявлены в 18,4 %, а 30–49 % – в 2,2 % случаев соответственно.

Выводы. В популяции женщин-педагогов СОШ Томска КАС выявлен у каждого пятого обследованного участника скрининга. Атеросклероз СА не встречался до 35 лет. В возрасте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост частоты КАС в среднем на 6 % каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост данного показателя выявлен в возрасте 55–59 лет по сравнению с группой 50–54 лет (+20,1 %). Сужения СА ≥ 30 % в структуре выявленных случаев КАС составили 10,8 %, при этом каротидных стенозов (≥ 50 %) в обследованной женской популяции выявлено не было.

ФАКТОРЫ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

В. В. КАЛАЕВА, В. Н. КАРЕТНИКОВА, М. В. ЕВСЕЕВА, И. С. БЫКОВА,
А. В. ОСОКИНА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Цель. Выявление предикторов развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) и определение ее роли для госпитального прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы. Обследовано 954 пациента в рамках регистрового исследования острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST (ИМпST). Из них 722 пациента (75,7 %) подверглись рентгенконтрастным процедурам

(коронароангиографии (КАГ) и/или чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ)) в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Критерии включения: возраст старше 18 лет, установленный, согласно критериям ВНОК 2007 года, диагноз ИМ с подъемом сегмента ST, давностью до 24 часов, проведение рентгенконтрастного коронарного вмешательства – КАГ или КАГ с последующим ЧКВ. Критериями исключения из исследования явились: возраст пациента моложе

18 лет, сопутствующие отягощающие состояния (онкологические заболевания, наличие терминальной почечной, гепатоцеллюлярной недостаточности, острые инфекционные заболевания или обострение хронических, психические заболевания), ИМ, осложнивший ЧКВ или коронарное шунтирование. Всем пациентам проводилось клиничко-анамнестическое обследование, включающее выявление потенциальных факторов риска КИН, определение медикаментозной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах наблюдения, физикальное обследование, запись ЭКГ в 16 отведениях, эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и зон нарушения локальной сократимости. Всем пациентам определялся уровень креатинина в сыворотке крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD при поступлении, на 2–3-и сутки после проведения КАГ/ЧКВ и на 10–14-е сутки госпитализации. Случаи КИН установлены при повышении концентрации креатинина более чем на 25 %, или на 0,5 мг/дл (44 мкмоль/л) по сравнению с исходной в течение 48–72 часов после внутрисосудистого введения контраста при отсутствии альтернативной причины. На госпитальном

этапе проводилась оценка конечных точек – неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты. В группе с КИН (52 пациента (7,2 %) значимо чаще выявлены случаи сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП) в анамнезе, клинически выраженной острой сердечной недостаточности (ОСН) – II–IV классов по Killip и более низкой ФВ ЛЖ по сравнению с группой с нормальной почечной функцией. На госпитальном этапе шансы развития ранней постинфарктной стенокардии при наличии КИН возрастали в 2,5 раза (95 % ДИ: 1,26–5,05), рецидива ИМ – в 5,4 (95 % ДИ: 2,69–10,64), всех несмертельных осложнений – в 5,1 (95 % ДИ: 2,85–9,17), смертельных осложнений – в 4,1 раза (95 % ДИ: 1,99–8,29). Наличие ОСН II–IV классов по Killip увеличивает шансы развития КИН в 2,2 раза, наличие СД также.

Выводы. КИН диагностирована у 7,2 % больных ИМпST, подвергшихся рентгенэндоваскулярным вмешательствам, и ассоциирована с СД, ХБП в анамнезе, выраженной ОСН (II–IV класс по Killip), снижением ФВ ЛЖ. СД и клинически выраженная ОСН (II–IV класс по Killip) явились независимыми предикторами КИН у больных ИМпST.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Р. К. КАНТЕМИРОВА, З. Д. ФИДАРОВА, Е. В. БУБОЧКИНА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы,
протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от вида хирургической реваскуляризации миокарда (ХРМ) и эффективности медико-социальной реабилитации у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 175 больных ИБС пожилого возраста (средний возраст составил $64 \pm 4,4$ года), перенесших ХРМ. Пациенты распределились в соответствии с типом ХРМ: аортокоронарное шунтирование (АКШ) было выполнено 76 пациентам (43,4 %), стентирование – 99 (56,6 %). Для оценки результатов ХРМ и эффективности медико-социальной реабилитации использовали показатели, характеризующие клинический статус больных: структуру рецидивов и функциональный класс (ФК) стенокардии,

стадию ХСН, резюмирующий медико-экспертный показатель – степень нарушения функции кровообращения (НФК) и степень ограничения жизнедеятельности (ОЖД).

Результаты. По анамнестическим данным коронарографии, 36,6 % имели трехсосудистое поражение, при котором достоверно чаще выполнялась операция АКШ, чем стентирование (53,9 и 23,2 % соответственно, $p < 0,01$), тогда как при двухсосудистом поражении – стентирование (17,1 и 36,4 % соответственно, $p < 0,05$). В обеих группах преобладала стенокардия напряжения невысоких, I и II, ФК (4 и 67,4 %), высокий, III, ФК был представлен небольшим количеством (9,1 %), в то время как IV ФК не встречался. В обеих группах в 29,7 % случаев наглядно подтверждается успешность реваскуляризации мио-

карда отсутствием рецидива стенокардии на всем сроке наблюдения. Также отмечено, что на второй год после операции рецидивы стенокардии у пациентов обеих групп в равной степени регистрировались в 4 раза реже (7,6 %), а на третий год отмечалось резко выраженное снижение возникновения рецидивов (2,9 %) в обеих группах. Достоверные различия по ХСН между пациентами в зависимости от типа ХРМ отсутствовали, в обеих группах чаще встречалась стадия ПА ХСН (50 % в группе АКШ, 50,8 % – в группе стентирования). При вынесении экспертного решения у большинства больных обеих групп была установлена 2-я степень НФК (АКШ – 63,2 % и 62,6 % в группе стентирования). Также равное распределение пациентов наблюдалось при 3-й степени НФК. Существенно меньше была доля пациентов с 1-й степенью НФК (в группе АКШ – 7,9 % и 11,1 % – в группе стентирования). В нашем исследовании значимые различия в отношении реабилитационного прогноза в зависимости от вида ХРМ отсутствовали. В обеих группах большинство пациентов имели относитель-

но благоприятный (после АКШ – 52,6 %, после стентирования – 55,3 %) и благоприятный (1,7 %) реабилитационный прогноз (тенденция к стабилизации или уменьшению степени НФК).

Анализ итоговой медико-экспертной оценки состояния больных после ХРМ и степени ОЖД продемонстрировал существенно меньшую «тяжесть» инвалидности, что позволило не признать инвалидами 1,3 % больных после АКШ и 1 % больных после стентирования. Доля пациентов, признанных инвалидами меньшей группы, чем до ХРМ, была значимо больше и составила 10 % после АКШ и 9,2 % в группе стентирования. Не было пациентов, которым была бы определена более тяжелая группа.

Выводы. ХРМ является эффективным реабилитационным методом у пожилых больных ИБС. Независимо от типа, ХРМ позволяет уменьшить тяжесть инвалидности, о чем свидетельствуют стойкая нормализация клинико-функциональных показателей, благоприятный реабилитационный прогноз, частичное или полное восстановление нормальной жизнедеятельности.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА, С УЧЕТОМ ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Р. К. КАНТЕМИРОВА, З. Д. ФИДАРОВА, С. В. СЕРДЮКОВ, А. З. КАБУЛОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы,
протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта», Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности (ОЖД) и здоровья (МКФ) в соответствии с рекомендацией ВОЗ предлагается использовать в качестве основы для точности определения и измерения инвалидности и показателей нарушений функций организма, а также для оценки эффективности реабилитации.

Цель. Исследование индивидуального профиля ограничений жизнедеятельности, составленного с учетом положений МКФ, как инструмента для оценки эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Методом парных оценок анализировались результаты реабилитации инвалидов пожилого возраста (ПВ), страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда (ХРМ).

Результаты. В терапевтическом отделении СПбНЦЭПР был проведен анализ клинических

и инструментальных данных у инвалидов вследствие ИБС, перенесших ХРМ. В исследовании участвовали 365 пациентов с выполненной ХРМ в прошлом (срок наблюдения от 6 месяцев до 5 лет), в том числе 198 пациентов (54,25 %), подвергшихся операции стентирования коронарных артерий, и 167 пациентов (45,75 %) с аорто(маммаро)коронарным шунтированием коронарных артерий. Из них 175 человек трудоспособного возраста (ТВ) и 190 человек пенсионного возраста (ПВ).

Проведено кодирование параметров нарушений функций организма в соответствии с правилами кодирования, принятыми в МКФ на основе детализированной классификации. Болевые ощущения оценивались в блоке «боль» (b280–289) и специфические функции «боль в грудной клетке» (b28011) в соответствии с Канадской классификацией стенокардии напряжения. Применялся общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности наруше-

ний: 0 – нет нарушений (никаких, отсутствуют, ничтожные, незначительные) – 0–4 %; 1 – легкие нарушения (незначительные, слабые) – 5–24 %; 2 – умеренные нарушения (средние, значимые) – 25–49 %; 3 – тяжелые нарушения (высокие, интенсивные) – 50–95 %; 4 – абсолютные нарушения (полные) – 96–100 %; 8 – не определено; 9 – не применимо. Категория «кровообращение сердца» (b4103), связанная с объемом крови (включены нарушения, такие как коронарная ишемия), оценивалась на основании теста с физической нагрузкой (ФН) (подъем по лестнице на произвольную высоту в доступном для пациента темпе) в процессе СМЭКГ и при проведении стандартизированного теста с ФН. Категория «ощущения», связанная с функционированием сердечно-сосудистой и дыхательной систем (b460), – ощущение

перевозбуждения в работе сердца, сердцебиения и затруднения дыхания, оценивалась во время опроса пациентов. Для оценки ограничений активности и возможности участия у инвалидов ПВ вследствие ИБС после ХРМ актуальны разделы МКФ: мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и главные сферы жизни.

В результате проведенной работы для каждого больного создан индивидуальный профиль ОЖД и их обобщенный перечень в целом для группы, что позволило анализировать показатели реабилитации с позиций и положений МКФ.

Вывод. МКФ целесообразно использовать для объективизации оценки эффективности и сравнения результатов реабилитационных мероприятий у инвалидов пожилого и трудоспособного возраста, страдающих ИБС, перенесших ХРМ.

ЗНАЧИМОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ЯДЕРНЫХ ИСПЫТАНИЙ НА СЕМИПАЛАТИНСКОМ ПОЛИГОНЕ

И. Б. КОЛЯДО, С. В. ПЛУГИН

Краевое государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт региональных медико-экологических проблем», Барнаул, Россия

Введение. В работе кратко представлен анализ информации по оценке фактического состояния здоровья населения Алтайского края, пострадавшего от радиационного воздействия в результате ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, содержащейся в Алтайском медико-дозиметрическом регистре, как самостоятельной части Национального радиационно-эпидемиологического регистра. Целью работы является улучшение медицинской помощи данной категории населения.

Материалы и методы. Для достижения этой цели с 2006 года была налажена регистрация и организована ежегодная диспансеризация данной категории населения Алтайского края.

Результаты. По состоянию на 1 января 2014 года всего в Алтайском медико-дозиметрическом регистре (АМДР) состоит на учете 31 644 человека. Из них в группе учета А («Лица, получившие суммарную эффективную дозу, превышающую 25 сЗв») состоит 6 909 человек, в группе учета В («Лица, получившие суммарную эффективную дозу больше 5 сЗв, но не более 25 сЗв») – 23 969 человек и в группе учета С («Потомки лиц, обозначенных в группах А и В первого и второго поколений») – 766 человек. Анализ первичной заболеваемости в 2013 году показал, что общий уровень заболеваемости составил 122,0 случая на 1 тыс. состоящих на учете. Наибольший показатель отмечен в группе

С – 1 012,0 ‰. В группе учета А показатель был равен 195,3 ‰, в группе В – 88,0 ‰. Наибольший уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения выявлен в группе А – 26,1 ‰, в группе В – 14,8 ‰, в группе С – 6,0 ‰ при среднем уровне по АМДР – 17,6 ‰. В данном классе большой интерес вызывает уровень заболеваемости гипертонической болезнью. В среднем по АМДР он составил 3,8 ‰. В группе А показатель достиг уровня 6,0 ‰, в группе В он составил 3,1 ‰. В группе учета С случаев данной патологии не отмечено. При анализе распространенности заболеваний выявлено, что при среднем уровне распространенности всех заболеваний в целом по АМДР 3005,3 на 1 тыс. контингента наибольший уровень показателя отмечен в группе учета А – 3 235,3 ‰. Меньший уровень показателя выявлен в группе учета В – 2 932,4 ‰, и в группе учета С – 2 592,8 ‰. Распространенность отдельных заболеваний по группам учета также значительно различалась. Так, наиболее высокий показатель распространенности болезней системы кровообращения выявлен в группе В – 1428,2 на 1000 соответствующего контингента и в группе А – 1 378,1 ‰ при среднем уровне 1 406,1 ‰. Самый низкий показатель по данной патологии отмечен в группе С – 209,6 ‰. Уровень распространенности гипертонической болезни в среднем по всему наблюдаемому контингенту со-

ставил 591,3 %. Основной вклад в его формирование внесли группы А и В, где показатели составили соответственно 578,9 и 600,9 %. В группе С уровень показателя был значительно меньше – 77,8 %.

Заключение. Результаты наблюдения контингента АМДР в течение 2013 года показали, что наиболее высокий уровень общей заболеваемости отмечен в группе учета С. Самый высокий уровень распространенности болезней отмечен в учетной группе А. Наибольший вклад в формирование первичной заболеваемости контролируемых кон-

тингентов и распространенности болезней среди них внесли болезни системы кровообращения. Высокий удельный вес в структуре заболеваемости и распространенности патологии данного класса имеет гипертоническая болезнь. Планирование и эффективное осуществление адресной медицинской помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию, должны базироваться на объективной оценке состояния их здоровья с последующим формированием групп повышенного риска развития отдаленных последствий.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАКЕТНО-КОСМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

И. Б. КОЛЯДО¹, С. В. ПЛУГИН¹, Н. М. КУТЯКОВА²

¹ Краевое государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт региональных медико-экологических проблем», Барнаул, Россия

² Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайская краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Введение. При поддержке Федерального космического агентства регулярно проводится изучение состояния здоровья населения Алтайского края, проживающего на территориях, прилегающих к районам падения отделяющихся частей ракет-носителей, запускаемых с космодрома «Байконур». Целью работы является выявление особенностей распространенности болезней системы кровообращения среди населения, проживающего в зоне возможного воздействия ракетно-космической деятельности.

Материалы и методы. В ходе работы экспедиционным методом был проведен углубленный медицинский осмотр жителей Чинетинского сельского совета Краснощековского района Алтайского края, проживающих в зоне воздействия ракетно-космической деятельности. Всего было осмотрено 435 человек. Прием субъектов осуществлялся в виде первичного медицинского осмотра. Всем обследуемым проводилась запись ЭКГ.

Результаты. Анализ структуры распространенности болезней осмотренного населения показал, что для всего контингента в целом «Болезни системы кровообращения. Класс 9» (I00.0–I99.9) заняли второе ранговое место. Удельный вес данной патологии составил 14,2 % (у мужчин – 15,5 %, у женщин – 13,6 %). Наиболее значимой патологией из данного класса является гипертоническая болезнь с удельным весом 41,4 % от всех выявленных случаев (у мужчин – 38,3 %, у женщин – 43,0 %). Вторыми по значимости являются миокардиодистрофии различной этиологии, на долю которых

пришлось 9,5 % (у мужчин – 5,6 %, у женщин – 11,5 %). Третьей по значимости в данном классе является ишемическая болезнь сердца с удельным весом 7,7 % (у мужчин – 10,5 %, у женщин – 5,5 %), четвертой – стенокардия с долей 5,8 % (у мужчин – 6,2 %, у женщин – 5,6 %). Удельный вес атеросклероза аорты был равен 3,7 % (у мужчин – 8,6 %, у женщин – 1,2 %). Другая патология из данного класса выявлялась реже. Анализ интенсивных показателей показал, что уровень распространенности болезней системы кровообращения в целом составил $1114,9 \pm 1,6$ на 1 тыс. обследованных. Среди женщин данная патология выявлялась существенно ($p < 0,001$) чаще, чем среди мужчин: соответственно $1170,3 \pm 2,1$ и $1018,9 \pm 2,5$ ‰. Уровень распространенности гипертонической болезни составил $462,1 \pm 23,9$ ‰. Гипертония встречалась у женщин ($503,6 \pm 30,1$ ‰) существенно ($p < 0,001$) чаще, чем у мужчин ($389,9 \pm 98,7$ ‰). Уровень распространенности миокардиодистрофий составил $105,7 \pm 14,7$ ‰, у мужчин – $56,6 \pm 18,3$ ‰, у женщин – $134,1 \pm 20,5$ ‰. У женщин данная патология занимает второе ранговое место, у мужчин – третье. Среди женщин эта патология встречалась существенно ($p < 0,001$) чаще, чем у мужчин. Распространенность ишемической болезни сердца составила $87,4 \pm 13,5$ ‰, у мужчин – $106,9 \pm 24,5$ ‰, у женщин – $76,1 \pm 16,0$ ‰ ($p > 0,05$). Показатель распространенности стенокардии напряжения в целом был равен $64,4 \pm 11,8$ ‰, у мужчин – $62,9 \pm 19,3$ ‰, у женщин – $65,2 \pm 14,9$ ‰. У мужчин и женщин эта патология выявлялась одинаково часто ($p > 0,05$).

Уровень распространенности атеросклероза аорты составил $41,4 \pm 9,5$ %, у мужчин – $88,1 \pm 22,5$ %, у женщин – $14,5 \pm 7,2$ %. Среди мужчин данная патология встречалась существенно чаще ($p < 0,001$), чем среди женщин.

Заключение. Анализ структуры распространенности болезней среди населения, проживающего в зоне воздействия ракетно-космической

деятельности, показал, что болезни системы кровообращения являются вторыми по значимости. У женщин распространенность этой патологии существенно выше ($p < 0,001$), чем у мужчин. Ведущее место в структуре болезней системы кровообращения занимает гипертоническая болезнь, затем – миокардиодистрофии различной этиологии и ишемическая болезнь сердца.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

О. В. КОНДРАЦКАЯ¹, Е. Г. ОНИЩЕНКО²

¹Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение
«Городская клиническая больница № 1»,

²Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава Российской Федерации, Новокузнецк, Россия

Успешная реабилитация больных, страдающих ИБС, повышение качества жизни, трудоспособности, социальной активности являются важными задачами амбулаторного этапа кардиологической помощи. Успех реабилитационных программ для пациентов с перенесенным инфарктом миокарда зависит не только от профессионализма врача-кардиолога, но и от личности, активности пациента, его психологической компетентности. Субъектом реабилитации является сам пациент, его личность. Вопросы, каким образом повысить ресурсы пациента, как активировать саногенные механизмы психики, мотивацию к здоровому образу жизни, являются предметом многочисленных исследований, требующих новых методологических подходов. Личный опыт работы с этой группой пациентов, опыт коллег позволяют внести на рассмотрение некоторые новые аспекты проблематики. Определены психологические особенности лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Дополнительная деморализация в процессе заболевания также может повысить риск развития патогенных форм внутренней картины болезни (ВКБ) и снизить реабилитационный потенциал. Высокая частота сочетания ИБС и психопатологических расстройств тревожно-депрессивного спектра осложняет реабилитационный прогноз. На основании анализа литературных данных и личного опыта работы выделены психологические факторы риска формирования тревожно-депрессивных расстройств (ТДР): базовые эмоции печали и страха, подавленный гнев; алекситимия, низкий уровень эмпатии, поисковой активности, неадаптивные копинг-механизмы – растерянность, диссимуляция, самообвинение, покорность, агрессия, избегание,

отступление. Факторами риска ТДР в структуре восприятия психологического времени являются отрицательное отношение к прошлому, неопределенное будущее, фиксированность в настоящем, на уровне идентичности – аморфность Я-образа, пониженная самооценка. Так, отрицание прошлого опыта ограничивает доступ к зрелым формам личностного реагирования, ресурсным состояниям, вызывая растерянность и тревогу, регресс и активацию инфантильных форм психологических защит. Аморфность Я-образа снижает способность к моделированию как картины здоровья, так и стратегии позитивного будущего в целом. На нейрофизиологическом уровне ВКБ определяется комплексом, ансамблем нейронных связей, обеспечивающих, по определению Н. П. Бехтеревой, устойчивое патогенное состояние, включающее как внутренние коды-образы, так и нейрогуморальные, сосудистые, патофизиологические сдвиги. Переход от патогенной к саногенной парадигме медицины предполагает акцент на внутренней картине здоровья (ВКЗ) как мощном факторе реабилитации и активности личности. ВКЗ – самостоятельный саногенный механизм психики, включающий устойчивое ресурсное состояние (УРС). Методологическим подходом, позволяющим реализовать трансформацию личностной позиции пациента от страдающего лица к наблюдателю и исследователю, получить доступ к внутреннему гиперпластическому гиперресурсному состоянию, является технология полимодальной экспресс-психотерапии (ЭП) А. Л. Каткова. Ключевыми звеньями терапевтического процесса являются преодоление состояния деморализации, улучшение контакта, эмпатического взаимодействия,

ствия, перевод из конфронтационной стратегии коммуникации в синергетическую, создание условий для формирования гиперпластического ресурсного психофизического состояния. Особое место отводится формированию саногенного образа. Коррекция патогенных способов реагирования, самовосприятия и самоидентификации на ранних

этапах реабилитации с учетом выявленных факторов риска, формирование саногенной модели ВКЗ позволяют улучшить качество жизни у лиц с ИМ, предупредить формирование невротических и неврозоподобных расстройств, повысить реабилитационный потенциал и улучшить прогноз у этой группы больных.

МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И ГОДОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Е. В. КОРОК, А. Н. СУМИН, Р. А. ГАЙФУЛИН,
С. В. ИВАНОВ, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Актуальность. Считается, что коронарное шунтирование (КШ) у женщин приводит к большему числу осложнений и повышенной смертности по сравнению с мужчинами. Это показано не только для непосредственных, но и отдаленных результатов, однако в ряде недавних работ данная закономерность не прослеживается. Кроме того, не изучено влияние мультифокального атеросклероза (МФА) и пола на структуру сердечно-сосудистых событий после КШ.

Цель. Оценить гендерное влияние на распространенность МФА и годовые результаты коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. В исследование включены 662 пациента, подвергшихся плановым операциям КШ за период с 1 февраля 2009 года по 31 января 2010 года. Анализ результатов КШ проведен через год после вмешательства. Все пациенты были разделены на две группы: I группа – женщины (n=130), II группа – мужчины (n=532). В течение года после КШ в группах оценивали развитие таких осложнений, как летальный исход, инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения, случаи повторной реваскуляризации, а также комбинированной конечной точки с включением всех вышеперечисленных осложнений. Дополнительно проведен анализ влияния различных дооперационных и периоперационных факторов на развитие неблагоприятных событий в течение года.

Результаты. При сопоставлении исследуемых групп отмечено, что наличие МФА в обеих группах прослеживалось с одинаковой частотой – 25,4 и 24,8 % (p=0,892). При этом поражение брахиоцефальных артерий преобладало у женщин (18,5 и 12,4 %; p=0,070), а брюшной аорты и артерий ниж-

них конечностей – у мужчин (6,9 и 14,9 %; p=0,017). Прогностически неблагоприятное трехсосудистое поражение чаще встречалось у женщин (33,1 и 23,3 %; p=0,021). В результате годичного наблюдения по уровню госпитальной, общей летальности, смертности от сердечно-сосудистых причин, частоте развития ИМ различия между группами выявлены не были (p>0,05). Общее число сердечно-сосудистых событий составило 10,8 % у женщин и 7,3 % у мужчин (p=0,19). При этом ишемический инсульт чаще возникал в группе женщин (4,6 и 1,1 %; p=0,007). Многофакторный логистический регрессионный анализ показал независимое влияние на развитие комбинированной конечной точки следующих показателей: времени искусственного кровообращения (ОШ 1,10; p=0,04), инсульта в периоперационном периоде (ОШ 7,49; p=0,03) и множественного поражения коронарных артерий (ОШ 1,54; p=0,03). Независимыми предикторами смертности от сердечно-сосудистых причин являлись: снижение фракции выброса левого желудочка (ОШ 0,96; p=0,04), развитие острой почечной недостаточности в послеоперационном периоде (ОШ 5,59; p=0,01). Риск развития ИМ в течение года был ассоциирован с многососудистым поражением коронарных артерий (ОШ 5,02; p=0,02). Независимое влияние на риск возникновения инсульта в течение года после КШ оказывали: женский пол (p=0,03), наличие сахарного диабета (ОШ 4,24; p=0,03) и МФА (ОШ 4,59; p=0,02).

Заключение. В течение года общее число сердечно-сосудистых событий составило 10,8 % у женщин и 7,3 % у мужчин (p=0,19). Не отмечено гендерных различий в общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых причин, частоте ИМ и повторных реваскуляризаций миокарда. У женщин чаще выявляли стенозы каротидных ар-

терий и развивался инсульт после КШ. По данным многофакторного логистического регрессионного анализа женский пол, наличие сахарного диабета и МФА являлись независимыми предикторами развития инсульта в течение года после КШ.

Активное выявление и при необходимости коррекция стенозов каротидных артерий у больных перед проведением КШ (или после него) способно нивелировать гендерные различия в частоте осложнений после коронарного шунтирования.

ЛОКАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРУПНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ. ПРАКТИЧЕСКИЕ И НАУЧНЫЕ АСПЕКТЫ

В. А. КОСТЕНКО, А. В. РЫСЕВ, Е. А. СКОРОДУМОВА,
А. Н. ФЕДОРОВ, Н. А. БАЗАНОВА

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Проблема сердечной недостаточности (СН) является одной из ведущих тем современной кардиологии. Часто встречающиеся случаи декомпенсации ее течения или острой СН (ОСН) затрагивают интересы не только терапевтического блока, но и смежных врачебных специальностей. При этом нередко отсутствуют единые подходы к лечению этой категории больных, а последующее наблюдение за ними недостаточно эффективно. Все перечисленные обстоятельства в условиях существования в СПбНИИСП им. Джанелидзе пяти отделений, занимающихся лечением больных с ОСН, привели к необходимости создания локального регистра таких пациентов.

Материалы и методы. За основу были взяты международные регистры ОСН, такие как ADHERE, EuroHeartANF, OPTIMIZE и отечественные РЭТРО-СН, ОРАКУЛ, переработанные и дополненные прежде всего в разделах лабораторных и инструментальных данных.

Окончательная версия регистра включила 125 позиций, разбитых на блоки демографии, медицинского анамнеза и факторов риска, особенностей клинического течения и осложнений, результатов обследования и терапии, начиная с догоспитального этапа и заканчивая рекомендациями при выписке. В 2012 году в регистр введено 754 истории болезни пациентов, госпитализированных в СПб НИИСП им. И. И. Джанелидзе с явлениями ОСН (по заключительному диагнозу).

Результаты и обсуждение. При анализе в сравнении с перечисленными выше известными регистрами обнаружились как общие черты, так и некоторые специфические особенности, в частности у нас меньше пациентов с сахарным диабетом (СД) – 24,9 против 43 % ($P < 0,001$), больше – с артериальной гипертензией (94 против 71 %),

инфарктами миокарда в анамнезе (37,2 против 30 %), сниженной функцией почек (37 против 23 %), низкой ФВ (55 против 50 %), тахикардией (81 против 57 %), фибрилляцией предсердий при поступлении (48 против 19 %) (для всех сравнений $P < 0,05$), что в целом характеризует наш контингент больных как исходно более тяжелый, что объясняет и более высокую летальность. Терапия в целом соответствовала международным стандартам, но выявились и локальные ее отличия, например, необоснованно частое использование внутривенного эуфиллина и коргликона (до 20 %), пероральных препаратов калия и магния (до 65 %) и нитратов (16,6 %). После проведенных конференций с врачами отделений эти недостатки были скорректированы и экспресс-анализ историй болезни в первом квартале 2013 года показал значительное снижение применения лекарственных средств с недоказанным или негативным эффектом. Удалось добиться также лучшего охвата эхокардиографическим исследованием и более полноценного лабораторного мониторинга у пациентов с ОСН. В результате научной обработки данных регистра опубликованы четыре статьи и шесть тезисов выступлений на съездах и конференциях федерального и международного уровня.

Заключение. Локальный регистр ОСН позволяет объективно и полно оценить качество оказания помощи пациентам с данной патологией, осуществить определенные административные действия по коррекции недостатков и проконтролировать их результаты, скоординировать деятельность различных подразделений стационара, занимающихся оказанием помощи этой категории больных, дает обширный материал для научной и организационной деятельности.

УСЛОВИЯ ТРУДА КАК ВАЖНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Т. С. КОСТОМАРОВА, Я. В. ДАНИЛЬЧЕНКО

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что человеческие ресурсы являются наиболее ценным активом современных организаций. В научно-медицинских учреждениях сотрудники играют ключевую роль в обеспечении качества производимой научной продукции и оказываемых медицинских услуг. Для эффективного управления персоналом необходимо максимально полно изучить его структуру, особенности, факторы, оказывающие влияние на результативность труда.

Цель. Изучение взаимосвязи условий труда и результативности деятельности сотрудников научно-медицинской организации.

Материалы и методы. Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (далее институт) образован в 2009 году. В организационной структуре института выделяют научные, медицинские и обеспечивающие деятельность подразделения. Доля научных работников составляет 32,7 %, медицинских – 52,9 %. В возрастной структуре преобладают сотрудники в возрасте до 40 лет (74 %). В институте работают 113 научных сотрудников, в том числе академик РАМН, 24 доктора и 52 кандидата наук. Кадровый состав свидетельствует о значительном научном и профессиональном потенциале организации.

Результаты. С момента своего создания институт был ориентирован на внедрение системы менеджмента качества. В рамках стратегического планирования заложена ориентация на внутреннего потребителя, учет его интересов и потребностей. Для управления социальными факторами труда с целью повышения удовлетворенности сотрудников института, изыскания резервов увеличения их производительности была разработана программа изучения социальных факторов повышения результативности труда в условиях интеграции медицинской, научной и образовательной деятельности. Данное исследование подразумевает комплексное и всестороннее изучение социальных факторов труда в институте с помощью метода сплошного анкетирования сотрудников по анкете, составленной с учетом специфики учреждения.

В социологическом опросе приняло участие 76 % основных сотрудников института, из них 32 % – научные сотрудники, 25 % – средний медицинский персонал, 18 % – врачи, 10 % – младший медицинский персонал и 12 % – сотрудники прочих служб; $\frac{2}{3}$ опрошенных составили женщины и $\frac{1}{3}$ – мужчины. Почти 60 % респондентов – молодые сотрудники в возрасте до 40 лет.

Проведена классификация социальных факторов труда, влияющих на его результативность: условия и содержание труда, морально-психологический климат, социальная политика учреждения, квалификация и карьера, мотивация труда сотрудников, организация труда, организационная культура, стиль руководства, лояльность к организации, жизненные и профессиональные ценности сотрудников.

По данным опроса, 23 % респондентов уверены, что их рабочее место полностью соответствует гигиеническим требованиям; 46 % думают, что скорее соответствует; 23 % считают, что скорее не соответствует; 4 % указали на полное несоответствие; по 2 % затруднились ответить и пропустили вопрос. Около 50 % врачей и сотрудников прочих служб считают свое рабочее место не удовлетворяющим гигиеническим требованиям, что требует более детального анализа причин.

Так, 41 % сотрудников указали эти причины, в частности не соответствует микроклимат (температура, влажность) у 61 % респондентов; рабочее оборудование (стол, стул); уровень освещенности.

Большинство сотрудников (68 %) отметили, что им комфортно находиться на рабочем месте (из них 38 % дали твердый положительный ответ). Дискомфорт испытывают 20 % респондентов, в основном это сотрудники прочих служб, врачи и младший медицинский персонал. На вопрос о причинах дискомфорта дали ответ 19 % опрошенных. Среди часто встречающихся причин они указали на отсутствие собственного рабочего места, тесноту помещения, температурный режим, отсутствие возможности проветрить помещение и проблемы с вентиляцией.

В целом удовлетворены условиями труда 70 % опрошенных сотрудников (полностью удовлетворены – 19 % и скорее удовлетворены – 51 %); 19 % респондентов не устраивают условия их

труда (16 % скорее не удовлетворены, 3 % крайне не удовлетворены). Не дали ответ на вопрос 10 % сотрудников. Менее удовлетворены условиями труда сотрудники прочих служб и младший медицинский персонал.

Заключение. Результаты позволили разработать рекомендации по совершенствованию социальных составляющих труда, обратить внимание на текущий контроль условий труда персонала. Разработан план внутреннего контроля состояния рабочих мест сотрудников, внедрена система трехступенчатого контроля, аттестовано 84 % рабочих мест, создан совет трудового коллектива.

Условия труда оказывают немалое влияние на результативность работы. Согласно данным опро-

са в институте, в целом благоприятные условия труда, основная часть персонала удовлетворена. Мониторинг процессов свидетельствует о достаточно высокой результативности труда сотрудников: для медицинского персонала – это минимальное количество жалоб (6 за 2013 г.), высокий уровень удовлетворенности пациентов (98,6 %), для научного персонала – отсутствие отрицательных отзывов от ведущих организаций (РАМН, СО РАМН), повышение количества и качества научной продукции (например, увеличение цитируемости сотрудников института со 116 в 2011 году до 414 в 2013 году; рост числа публикаций в журналах с ненулевым импакт-фактором – с 52 в 2011 году до 130 в 2013 году).

ОЦЕНКА РОЛИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Д. В. КРЮЧКОВ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Цель. Изучение влияния клинико-социальных факторов на госпитальную летальность при инфаркте миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Объект исследования – пациенты с ИМ, пролеченные в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер». Материалом исследования стала база данных пациентов, сформированная ретроспективно сплошным методом, в которую включены 6 463 пациента с ИМ, поступивших в период 2006–2011 годов. В среднем уровень госпитальной летальности составил 11,8 %.

Статистическая обработка данных осуществлялась стандартным лицензионным пакетом программы Statistica 6.0. Для изучения взаимосвязей применялся линейный регрессионный анализ (R – коэффициент регрессии, R^2 – коэффициент детерминации). Критерием статистической достоверности получаемых показателей считали общепринятую в медицине величину $p < 0,05$.

Результаты. В целях изучения влияния факторов на развитие летального исхода от инфаркта миокарда построено уравнение регрессии, в которое вошли следующие клинико-социальные факторы: возраст, первичный/повторный инфаркт миокарда, отсутствие/наличие кардиогенного шока, непроведение/проведение чрескожного коронарного вмешательства.

$$Y = -0,132 + X_1 \times 0,003 + X_2 \times 0,065 + X_3 \times 0,782 - X_4 \times 0,035,$$

где Y – вероятность смерти; X_1 – возраст, лет; X_2 – первичный/повторный инфаркт миокарда, 0-1; X_3 – отсутствие/наличие кардиогенного шока, 0-1; X_4 – непроведение/проведение чрескожного коронарного вмешательства, 0-1.

Свободный член, независимые переменные и уравнение в целом статистически значимы ($p < 0,05$), коэффициент регрессии составил 0,69, коэффициент детерминации – 0,47.

Результат регрессионного анализа свидетельствует о том, что наличие кардиогенного шока обуславливает вероятность смерти в госпитальный период в 78,2 % случаев; увеличение возраста на один год ведет к увеличению вероятности смерти на 0,3 %, наличие повторного инфаркта миокарда – на 6,5 %, выполнение чрескожного коронарного вмешательства снижает вероятность смерти на 3,5 %.

Для оценки возрастной зависимости влияния рассматриваемых факторов построена модель развития летального исхода в возрастных группах: трудоспособной, пенсионной и старческой. Регрессионный анализ по возрастным группам показал увеличение с возрастом значимости кардиогенного шока в развитии смертельного исхода от инфаркта миокарда на госпитальном этапе.

Если в трудоспособном возрасте кардиогенный шок увеличивает вероятность смерти на 62,9 %, то в пенсионном и старческом – уже на 82,5 и 85,7 % соответственно.

Заключение. К клинико-социальным факторам,

негативно влияющим на госпитальную летальность, относятся возраст пациента, кардиогенный шок, повторный ИМ. Проведение реперфузионной терапии снижает вероятность госпитальной летальности.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ ИБС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ

А. В. КУЗНЕЦОВА, А. Т. ТЕПЛЯКОВ, Н. В. ПРОТОПОПОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт кардиологии»

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Цель. Оценить влияние патологии углеводного обмена у больных с ИБС, перенесших коронарную эндоваскулярную реваскуляризацию в процессе 12-месячного наблюдения.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 58 больных с ИБС с метаболическим синдромом (МС). У 44 (75,9 %) пациентов коррекция углеводного обмена осуществлялась с помощью медикаментозной терапии, остальные больные соблюдали гипогликемическую диету. Пациенты были распределены на две группы в зависимости от наличия синдрома инсулинорезистентности (ИР). В первую группу вошло 24 пациента, у которых не отмечалась ИР, во 2-ю (n=34) – пациенты с наличием синдрома ИР. Сравнивали частоту развития сердечно-сосудистых событий (смертность, инфаркт миокарда, повторная реваскуляризация миокарда), а также возобновление стенокардии в последующие 12 месяцев после эндоваскулярного вмешательства. Метаболический контроль осуществлялся по динамике в крови уровня глюкозы натощак и постпрандиальной гликемии, инсулина. Определение индекса ИР (НОМА – IR) проводилось по формуле: $\text{НОМА} - \text{IR} = \frac{\text{инсулин плазмы натощак (мкЕД/мл)} \times \text{глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)}}{22,5}$. Нормальным считался уровень НОМА <2,76. В целях снижения риска тромбоза стентов антиагрегантная терапия клопидогрелем (75 мг/сут) назначалась пациентам в течение одного года после процедуры.

Результаты. Через 12 месяцев наблюдения прием статинов обеспечивал в 1-й группе

уменьшение уровня общего холестерина (ХС) на 12,9 % ($p=0,05$), триглицеридов (ТГ) – на 12,7 % ($p=0,02$), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – на 17,6 % ($p=0,03$) и соотношения ХС-ЛПНП/ХС-ЛПВП – на 24 % ($p=0,02$). Во 2-й группе динамика показателей была менее выражена: ОХС уменьшился на 4,7 %; ТГ – на 9,3 % ($p=0,05$); ХС ЛПНП – на 7,5 % и ХС ЛПНП/ХС ЛПВП – на 14,1 % ($p=0,03$). Значимой динамики в отношении ХС ЛПВП выявлено не было.

Среди пациентов 1-й группы стенокардия возобновилась у двух (8,3 %) больных, при проведении коронаровентрикулографии выявлено прогрессирование атеросклероза в коронарных артериях de novo и затем проведено повторное эндоваскулярное вмешательство. Во 2-й группе рецидив стенокардии имел место у четырех (11,7 %) больных, при этом у одного больного выявлен рестеноз стента и у трех (8,8 %) пациентов выполнена эндоваскулярная реваскуляризация стеноза в нативных коронарных артериях.

Заключение. Проведенное исследование показало, что наличие синдрома ИР способствует увеличению количества рецидивов стенокардии после проведенной коронарной эндоваскулярной реваскуляризации. Таким образом, необходима коррекция инсулинорезистентности для снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и микро-сосудистых диабетических осложнений у пациентов с ИБС, ассоциированной с метаболическим синдромом.

АНАЛИЗ ГЕНЕТИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ КОРЕННЫХ НАРОДОВ ЮЖНОЙ СИБИРИ

Ф. А. ЛУЗИНА¹, А. В. ДОРОШИЛОВА¹, В. В. ЗАХАРЕНКОВ¹,
А. В. КОЛБАСКО², Н. И. ГАФАРОВ¹

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Россия*

² *Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия*

Генетико-демографические процессы находят отражение в структуре и уровне заболеваемости населения. Несмотря на общие тенденции демографических процессов, каждая этническая группа имеет специфику их проявления, поэтому исследование генетико-демографической структуры и ее динамики у коренных народов Южной Сибири представляется актуальным.

Цель. Анализ генетико-демографической структуры коренных народов Южной Сибири.

Материалы и методы. Сравнительный анализ генетико-демографической структуры показал абсолютное и относительное увеличение численности всех коренных малочисленных народов Республики Алтай (теленгитов, тубаларов, кумандинцев, челканцев), уменьшение численности шорцев Кемеровской области и хакасов Республики Хакасия. Сохранилась на прежнем уровне численность телеутов (по данным ВПН 2002–2010 гг.). Выявлена этнотерриториальная специфика в показателях рождаемости, смертности и естественного движения населения. Отмечена прямая корреляционная зависимость этих процессов от соотношения коренного и пришлого населения ($r=0,946$). В Республике Алтай естественный прирост на протяжении всего «критического» периода демографического кризиса оставался положительным. В разных территориальных группах шорцев демографическая ситуация складывалась неоднозначно: с положительным естественным приростом в Ортонском ТУ и отрицательным – в Таштагольском районе. В структуре причин смерти также выявлены этнические и региональные особенности. Среди причин смерти у большинства коренных народов Южной Сибири первое место занимают болезни системы кровообращения, у шорцев Ортонского ТУ – класс «Травмы и отравления...» (60,2 %); болезни системы кровообращения – на втором месте (27,5 %). Прогрессивный тип возрастного

состава населения у алтайцев и хакасов в начале 2000-х годов сменился на стационарный. В состоянии перехода к стационарному типу находятся казахи Горного Алтая и среднемрасские шорцы. Возрастная структура населения Кемеровской области в настоящее время соответствует высокому уровню демографического старения (17,6 %), что порождает целый ряд социально-экономических и медицинских проблем. У женщин коренных национальностей разных поколений и этнотерриториальных групп найдены различия в показателях репродукции. Эффективно-репродуктивный объем, в котором интегрированы дифференциальные эффекты всех составляющих процесса воспроизводства, в Республике Алтай на микропопуляционном уровне составляет 30,1 % от тотального объема. У большинства коренных народов Южной Сибири доля эффективно-репродуктивного размера современного поколения значительно превышает данный показатель в потенциально-фертильной группе, в связи с этим в ближайшей перспективе возможен негативный прогноз относительно рождаемости в этих популяциях. Естественный отбор в популяциях Южной Сибири сравнительно невысокий (индекс Кроу 0,48–0,71). Вклад дифференциальной смертности в величину тотального отбора уменьшается от старших возрастных групп к младшим. У всех женщин коренной национальности наблюдается уменьшение показателя индекса Кроу, что можно связать с демографическим переходом. Наибольшее давление естественного отбора испытывают женщины Республики Алтай (теленгитки 0,78–0,50, алтай-кижи – 0,72–0,36).

Заключение. Полученные данные о генетико-демографической структуре, ее специфике и динамике у коренных народов Южной Сибири являются базисом для эпидемиологических исследований и мониторинга генетико-демографических процессов в этом регионе.

РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

В. Ф. МАЖАРОВ, Б. Э. ГОРНЫЙ, Н. Ю. ПЛОТНИКОВ, Т. В. КРУПКИНА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Красноярск, Россия*

Введение. В связи с грядущим снижением рождаемости перспектива длительного сохранения естественной убыли населения более чем реальна. Несомненно, что удерживать численность населения в таких условиях возможно лишь за счет снижения преждевременной и предотвратимой смертности от ведущих причин. Болезни системы кровообращения (БСК) в структуре общей смертности населения Красноярского края лидируют, составляя 47,0 %, в трудоспособном возрасте – 26,0 % у мужчин и 21,2 % у женщин.

Цель. Выявить уровень и динамику смертности от БСК, в том числе от ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных болезней (ЦВБ) как резерва снижения преждевременной и предотвратимой смертности населения.

Материалы и методы. Объект исследования – население Красноярского края в трудоспособном возрасте (мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет), предмет исследования – динамика смертности от БСК, в том числе от ИБС и ЦВБ за период с 2000 по 2012 год.

Результаты. Существенное снижение смертности от БСК в Красноярском крае отмечено как во всей популяции, так и у мужчин, и у женщин ТСВ, начиная с 2006 г.: у первых – с 353,7 в 2005 г. до 277,6 в 2007 г. и у вторых – с 98,8 до 60,4 на 100 тыс. населения соответствующего пола. Однако в последующие годы достигнутый уровень сохранился практически неизменным. В трудоспособном возрасте самым значимым (в 1,9 раза) было снижение смертности от БСК среди женщин в возрасте 50–54 лет и у мужчин 40–44 лет (в 1,7 раза). В остальных возрастно-половых группах уровень снижения колебался от 20 до 60 %. Несколько иной была ситуация с динамикой смертности от ИБС, удельный вес которой в структуре смертности от БСК составляет 56 %: снизившись у жен-

щин ТСВ с максимального уровня в 2005 году (42,3 на 100 тыс.) до минимального в 2008 году (32,5 на 100 тыс.), в последующие годы наметился ее рост как в целом, так и в отдельных возрастно-половых группах. Так, в возрасте 25–29 лет показатель смертности от ИБС вырос в 4,8 раза среди мужчин и в 9,2 раза – среди женщин. В группах 30–34 и 40–44 года у женщин уровень смертности вырос в 2,6 и 2,4 раза соответственно. Кроме того, в 2012 году зафиксированы случаи смерти от ИБС в возрастных группах 15–19 и 20–24 лет. Отсутствие прогресса в наметившемся в 2006–2008 годах снижении смертности от ЦВБ установлено и в ее динамике в 2009–2012 годах.

Заключение. Стагнация показателей смертности от БСК, по-прежнему остающихся одними из ведущих причин смерти населения в трудоспособном возрасте, свидетельствует об исчерпании резервов здравоохранения. Рост объемов медицинских услуг в Красноярском крае, связанный с реализацией Приоритетного национального проекта «Здоровье», позволил переломить ситуацию с преждевременной смертностью от БСК, в том числе от ИБС и ЦВБ. Дальнейшие успехи в снижении смертности от БСК связаны с развертыванием сети региональных центров оказания высокотехнологичной кардиологической помощи и ориентацией на предупредительную медицину (пока больше декларируемой, о чем свидетельствует омоложение смертности от ИБС). И это, безусловно, требует принятия неотложных мер, направленных на первичную и вторичную профилактику заболеваний сердца, создания системы оказания медицинской помощи в первичном, амбулаторно-поликлиническом звене, в которой врач мотивируется в том числе и материально уровнем здоровья пациента, отсутствием осложнений, длительностью ремиссии.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭФФЕКТА ЗДОРОВОГО НАЙМА ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С. А. МАКСИМОВ, Г. В. АРТАМОНОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

В эпидемиологических исследованиях при установлении причинно-следственной связи между профессиональным воздействием и состоянием здоровья работников основываются на базовых понятиях профессиональной и профессионально обусловленной патологии. По литературным данным, различия распространенности заболевания в профессиональных группах могут являться следствием изначальных (на этапе трудоустройства) различий состояния здоровья работников, что классифицируется как эффект здорового найма.

В целях идентификации эффекта здорового найма проведено сравнение распространенности артериальной гипертензии (АГ) среди молодых работников (до 31 года) профессиональных групп с аналогичными показателями по всей выборке.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 4 800 мужчин, работников промышленных предприятий и служащих государственных и частных учреждений Кемеровской области. На основании гигиенической оценки условий труда выделено 13 профессиональных групп. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка и внедрение системы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у работников угольных предприятий», проект №12-06-00107.

Результаты и обсуждение. Удельный вес работников с АГ по всем профессиям достигает 35,4 %. В зависимости от профессии, частота АГ колеблется от 24,1 до 46,8 %, во всех профессиональных группах, за исключением служащих, различия с общей выборкой статистически значимые ($p < 0,05$).

Среди молодых работников (до 31 года) по всей выборке доля лиц с АГ составляет 21,4 %, колебания данного показателя по профессиям довольно значительные – от 7,1 до 33,3 %. В ряде профессиональных групп наблюдаются статистически значимые ($p < 0,05$) различия частоты АГ со всей выборкой.

Корреляционный анализ связи доли лиц с АГ среди работников до 31 года в профессиях и значений относительного риска АГ в профессиях показал сильную прямую зависимость. Коэффициент корреляции составил 0,82 ($p < 0,05$). В-коэффициент независимой переменной (доля лиц с АГ среди работников до 31 года в профессиях) составил 0,041.

Проведенный в исследовании корреляционный анализ позволяет дать ориентировочную количественную оценку эффекта здорового найма: увеличение/снижение доли лиц с АГ среди работников до 31 года в профессии на 10 % сопровождается аналогичным увеличением/снижением значения относительного риска АГ в профессиях на 0,41. Данная закономерность носит достаточно условный характер для ряда профессий, по-видимому, в результате того, что значения относительного риска являются результирующим показателем совокупности двух процессов: эффекта здорового найма по частоте АГ среди молодых работников и непосредственно негативного воздействия профессиональных факторов.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о существенных различиях распространенности АГ в профессиональных группах Западной Сибири. Различия профессий по частоте АГ среди молодых работников (до 31 года) говорят о наличии эффекта здорового найма, влияющего наряду с воздействием профессиональных факторов на распространенность АГ в профессиях. Сопоставление доли лиц с АГ среди молодых работников со значениями относительного риска развития АГ позволяет с определенной степенью уверенности охарактеризовать возможную причину высокого/низкого риска АГ в профессиях: эффект здорового рабочего или профессиональные факторы. При оценке профессиональных рисков АГ необходимо учитывать исходное состояние здоровья работников, а для более обоснованных выводов о вкладе профессиональных факторов в риски развития АГ необходимо устранять влияние эффекта здорового найма.

ПРИМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ И ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

С. Н. МИХАЙЛОВ¹, Р. А. ЛИБИС²

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Оренбургская государственная медицинская академия» Минздрава России, Оренбург, Россия

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной центр медицинской реабилитации», Оренбург, Россия

Цель. Изучение программ физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, с применением функциональных проб и велоэргометрических тренировок.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных, перенесших инфаркт миокарда без клинических признаков сердечной недостаточности и других осложнений (средний возраст $54,6 \pm 1,2$ года). Велоэргометрические нагрузочные пробы (ВНП) выполнялись на 5-й и 16-й день пребывания в клинике. Обследуемые были разделены на две группы: 1-я группа – 40 больных, выполнявших между пробами тренировки на велоэргометре, 2-я группа – контрольная – 15 больных, которые физические тренировки не проводили. Изометрические нагрузочные пробы (ИНП) выполнялись в горизонтальном положении больных с приподнятым на 35° головным концом кровати, в режиме кистевого сжатия. Пробы выполнялись при непрерывном мониторинговании ЭКГ и ЭхоЭКГ с измерением АД и ЧСС в покое, ежеминутно в условиях нагрузки и в восстановительный период. ЭКГ регистрировались в 12 общепринятых отведениях на электрокардиографе, ЭхоЭКГ – с помощью электрокардиографа. Анализировались следующие показатели: «двойное произведение» (ДП), суммарное смещение – подъем или снижение сегмента ST (ST), фракция выброса (ФВ) левого желудочка, площадь асинергии (ПА), толерантность к нагрузке. ПА измерялась в процентах от площади всех стенок левого желудочка, определяемой с помощью двухмерной эхокардиографии из парастернальной и верхушечной позиции.

Результаты. У больных 1-й группы не только ДП, а также степень прироста при ВНП были значительно выше, чем при ИНП ($127,3$ и $96,2$ % соответственно; $p < 0,05$). Изменения остальных показателей были значительно выражены при ВНП, чем при ИНП. Контрольная группа по тяжести состояния включенных в нее больных была сопоставима с 1-й группой. Как и в 1-й группе ДП и изменение ДП при ВНП были выше, чем при ИНП. ST

в покое было несколько больше, чем в 1-й группе. В условиях ВНП отмечалось более значительное увеличение ST и ПА, уменьшение ФВ ($5,9 \pm 1,4$ мм; $17,8 \pm 1,27$ %; $15,6 \pm 1,9$ % соответственно) по сравнению с ИНП ($4,2 \pm 1,6$ мм; $12,4 \pm 1,35$ %; $11,2 \pm 1,3$ % соответственно). Толерантность к физической нагрузке у больных первой группы составила $48 \pm 3,5$ Вт, что было несколько выше чем в контрольной группе ($41,7 \pm 4,2$ Вт). Наиболее значительное уменьшение ST и ПА отмечено в 1-й группе. Уменьшение изменения ПА у больных контрольной группы в покое при повторном исследовании было менее значительным, чем у тренировавшихся пациентов. В процессе исследования нами выявлено то, что велоэргометрические тренировки повышают функциональные возможности миокарда левого желудочка, что проявляется значительным уменьшением изменений ДП, ST, ПА и ФВ у больных 1-й группы. Отмечено, что наибольшие положительные изменения в условиях как ИНП, так и ВНП отмечались у пациентов 1-й группы. Толерантность к физической нагрузке у них увеличилась значительно по сравнению с больными контрольной группы (с $44,2 \pm 2,5$ до $83,4 \pm 4,4$). В исследовании отмечено улучшение функциональных способностей миокарда как у тренировавшихся больных, так и у нетренировавшихся пациентов. ИНП вызывают менее выраженные по сравнению с ВНП гемодинамические сдвиги.

Заключение. Таким образом, динамика показателей в условиях обеих проб при первом и повторном исследованиях у больных 1-й группы отличалась в большей степени от контрольной. Ранние дозированные велоэргометрические тренировки у больных с инфарктом миокарда целесообразны с учетом их эффективности и безопасности. У больных, перенесших инфаркт миокарда, при отсутствии серьезных осложнений велоэргометрические тренировки вызывают значительное увеличение функциональных возможностей сердца и повышение физической работоспособности в ответ на велоэргометрическую нагрузку.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADRA2B И ЕГО АССОЦИИИ В ПОПУЛЯЦИИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОЙ ШОРИИ

Т. А. МУЛЕРОВА^{1,2}, А. Ю. ЯНКИН², А. А. КУЗЬМИНА¹, П. С. ОРЛОВ³,
Н. П. ТАТАРНИКОВА³, В. Н. МАКСИМОВ³, М. И. ВОЕВОДА³, М. Ю. ОГАРКОВ^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
совершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить частоты генотипов и аллелей I/D полиморфизма гена ADRA2B в популяции коренных жителей Горной Шории (шорцев), а также их ассоциацию с рядом фенотипических признаков.

Материалы и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование коренного населения Горной Шории (методом сплошной выборки обследован 221 человек). Обследуемым измеряли рост и массу тела, по которым рассчитывали индекс Кетле (ИК). Антропометрическое исследование включало измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер и определение индекса «талия/бедро» (ИТБ). Изучены показатели липидного спектра крови (общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП)). Расчетным методом определяли индекс атерогенности (ИА). Выделение ДНК из крови проводилась методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование выполняли на базе Межинститутского сектора молекулярной эпидемиологии и эволюции человека (ИЦИГ РАН и ФГБУ «НИИТБИ» СО РАМН). I/D полиморфизм (9 п.н.) гена ADRA2B тестировали с помощью ПЦР по опубликованной ранее методике (Snarir A., 2003). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.1.

Результаты. Частоты генотипов I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора в популяции шорцев находились в равновесии Харди – Вайн-

берга (II – 27,0 %, ID – 51,5 %, DD – 21,5 %). Среди мужчин распределение частот аллелей составило: II – 21,0 %, ID – 55,3 %, DD – 23,7 %, среди женщин – 30,8; 49,2 и 20,0 % соответственно. Коренное население Горной Шории, имеющее генотип DD, имело более высокие средние значения ИК ($25,4 \pm 0,7$ кг/м²) по сравнению с носителями генотипа ID ($23,3 \pm 0,4$ кг/м², $p=0,009$). У гомозигот по делеции средние значения ОТ оказались больше ($86,9 \pm 1,7$ см), чем у гомозигот по инсерции ($81,8 \pm 1,5$ см, $p=0,025$) и у гетерозигот ($80,9 \pm 1,1$ см, $p=0,003$). При исследовании шорцев выявлена связь I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора с некоторыми показателями липидного обмена. Шорцы, являющиеся носителями генотипа гомозиготного, по делеции имели средний уровень ТГ выше, чем у обследованных гетерозигот – $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л против $1,4 \pm 0,1$ ммоль/л ($p=0,043$). Аналогичная закономерность выявлена и в отношении ИА: $3,7 \pm 0,4$ и $3,0 \pm 0,2$ соответственно ($p=0,026$). Средний уровень ХС-ЛПОНП был выше у гомозигот по аллелю D ($0,83 \pm 0,03$) по сравнению с гетерозиготами ($0,62 \pm 0,03$, $p=0,016$).

Заключение. У представителей коренной этнической группы Горной Шории среднее значение индекса Кетле и окружности талии было выше у гомозигот по делеции, чем у гетерозигот. Выявлена связь I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора с уровнем триглицеридов, индекса атерогенности, холестерина липопротеидов очень низкой плотности.

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ADRA2B С ФАКТОРАМИ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КОРЕННОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ШОРЦЕВ

Т. А. МУЛЕРОВА^{1,2}, А. Ю. ЯНКИН², А. А. КУЗЬМИНА¹, П. С. ОРЛОВ³,
Н. П. ТАТАРНИКОВА³, В. Н. МАКСИМОВ³, М. И. ВОЕВОДА³, М. Ю. ОГАРКОВ^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
совершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель. Оценить ассоциацию генотипов и аллелей I/D полиморфизма гена ADRA2B с факторами риска АГ в популяции коренных жителей Горной Шории (шорцев).

Материалы и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование коренного населения Горной Шории (методом сплошной выборки обследован 221 человек). Обследуемым измеряли рост и массу тела, по которым рассчитывали индекс Кетле (ИК). Антропометрическое исследование включало измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер и определение индекса «талия/бедро» (ИТБ). Изучены показатели липидного спектра крови (общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности). Выделение ДНК из крови проводилось методом фенолхлороформной экстракции. Генотипирование выполняли на базе Межинститутского сектора молекулярной эпидемиологии и эволюции человека (ИЦИГ РАН и ФГБУ «НИИТПМ» СО РАМН). I/D полиморфизм (9 п.н.) гена ADRA2B тестировали с помощью ПЦР по опубликованной ранее методике (Snarir A., 2003). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.1.

Результаты. Частоты генотипов I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора в популяции шорцев находились в равновесии Харди – Вайнберга (II – 27,0 %, ID – 51,5 %, DD – 21,5 %). Среди мужчин распределение частот аллелей составило: II – 21,0 %, ID – 55,3 %, DD – 23,7 %, среди

женщин – 30,8; 49,2; 20,0 % соответственно. Статистически значимых различий между здоровыми и больными АГ шорцами по частоте делеции в гене ADRA2B выявлено не было (генотип II: RR 95 % ДИ: 0,80 (0,48–1,31); генотип ID: RR 95 % ДИ: 1,15 (0,88–1,51); генотип DD: RR 0,94 95 % ДИ (0,53–1,64). Выявлена ассоциация I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора с некоторыми факторами риска АГ. При анализе частот распределения гетерозиготного варианта ID было выявлено преобладание его в группе обследованных с нормальной ОТ (65,4 %) по сравнению с группой лиц с повышенной ОТ (51,6 %) (RR 0,75 95 % ДИ (0,56–0,99), $p=0,049$). Шорцы, имеющие ожирение, в 2,8 раза чаще оказывались носителями генотипа гомозиготного по делеции по сравнению с населением, имеющим нормальную массу тела (95 % ДИ (1,60–4,71), $p=0,001$). Относительный риск обнаружить среди представителей коренной этнической группы с повышенным ИТБ носителей аллеля D в 1,9 раза выше, чем в группе с нормальным ИТБ (95 % ДИ (1,08–3,55), $p=0,048$). При анализе ассоциаций I/D полиморфизма гена a2B-адренорецептора с гипертриглицеридемией получено статистически значимое повышение доли гомозигот DD в группе с повышенным уровнем ТГ в 1,8 раза (95 % ДИ 1,07–3,12, $p=0,029$).

Заключение. Аллель D гена a2B-адренорецептора в коренной популяции шорцев является диагностическим маркером генетической предрасположенности к ожирению, нарушению распределения жировой ткани и гипертриглицеридемии.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ *ITGB3* И *CYP2C19* С ФАКТОРАМИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН

Э. Ф. МУСЛИМОВА, Т. Ю. РЕБРОВА, Т. Н. СЕРГИЕНКО, С. А. АФАНАСЬЕВ, А. Н. РЕПИН

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт кардиологии»

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Цель. Оценить ассоциацию полиморфизмов *1565T-C* гена *ITGB3* и *G681A* гена *CYP2C19* с факторами риска ишемической болезни сердца у курящих и никогда не куривших мужчин.

Материалы и методы. Обследованы 64 больных хронической ишемической болезнью сердца мужского пола (средний возраст $58,7 \pm 9,1$ года), направленных на процедуру стентирования коронарных артерий. Все пациенты получали стандартную антиангинальную и двойную антиагрегантную терапию. Для дальнейшего анализа больные с ИБС были разделены на две группы: курящих на момент исследования (42 (65,6 %) человека) и никогда не куривших (22 (34,4 %) человека).

У пациентов определяли аллельные варианты гена рецептора тромбоцитов к фибриногену *ITGB3* и гена цитохрома P-450 2C19 *CYP2C19*. Для этого выделяли ДНК из периферической крови набором «Wizard® Genomic DNA Purification Kit» («Promega», USA) по протоколу производителя, проводили амплификацию с помощью аллель-специфичной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием праймеров производства НПФ «ЛИТЕХ» (Москва). Детекцию продуктов ПЦР осуществляли электрофоретически в 3 %-ном агарозном геле с бромидом этидия. Статистический анализ проводили с использованием критерия Манна – Уитни для количественных данных. Результаты представлены как $Me (Q_1, Q_3)$. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В исследованной выборке пациентов частоты генотипов ТТ, ТС, СС гена *ITGB3* составили соответственно 62,5; 35,9 и 1,6 %. Аллель С распространен среди пациентов с частотой 20 %. Генотипы GG и GA гена *CYP2C19* представлены с частотами 79,7 и 20,3 % соответственно. Аллель А встретился среди больных в 10 % случаев.

В группе никогда не куривших мужчин, страдающих ИБС, показано, что у носителей аллеля С гена *ITGB3* возраст первичного инфаркта мио-

карда (ИМ) приходится на 53 (45; 63) года, в то время как среди носителей генотипа ТТ – 61 (59; 69) год ($p < 0,01$). У носителей генотипов ТС и СС отмечен повышенный уровень фибриногена по сравнению с лицами с генотипом ТТ (4,5 (3,8; 4,9) г/л против 3,5 (2,8; 3,7) г/л) ($p < 0,05$).

При анализе генотипов полиморфизма *G681A* гена *CYP2C19* у никогда не куривших пациентов также выявлена умеренная ассоциация генотипа GA с более высокими показателями фибриногена: 4,7 (4,2; 5,0) г/л при генотипе GA против 3,5 (3,1; 3,96) г/л при генотипе GG ($p < 0,05$).

В группе курящих мужчин у носителей генотипа ТТ гена *ITGB3* первичный ИМ развился в тот же возрастной период, что и у носителей мутантного аллеля С – в 49 (45; 56) лет и 51 (45; 54) год соответственно. Содержание фибриногена у носителей генотипов ТТ и GG соответствовало показателям у носителей мутантных аллелей С и А. Кроме того, обнаружено повышение концентрации общего холестерина у курящих лиц с генотипом ТТ (5,2 (4,9; 6,0) ммоль/л) по сравнению с носителями аллеля С гена *ITGB3* (4,2 (3,1; 5,0) ммоль/л) ($p = 0,009$).

Выводы. Таким образом, носительство аллеля С гена *ITGB3* является фактором риска более раннего первичного инфаркта миокарда. Показано, что курение способствует развитию ИМ у мужчин с генотипом ТТ гена *ITGB3* в том же возрасте, что и у носителей неблагоприятного аллеля С. У курящих пациентов выявлено повышение концентрации общего холестерина среди гомозигот ТТ, что является фактором риска прогрессирования атеросклеротического процесса. Среди никогда не куривших мужчин у носителей нормальных генотипов ТТ гена *ITGB3* и GG гена *CYP2C19* отмечался более низкий уровень фибриногена перед стентированием, в то время как среди курящих различия между гомозиготами по аллелю Т и G и носителями мутантных аллелей С и А нивелировались.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ (В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ)

Р. В. НЕУПОКОЕВА¹, И. В. ОСИПОВА^{1,3}, С. А. ШАЛЬНОВА²,
В. А. ЕЛЫКОМОВ³, А. И. СТАРКОВ³

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва, Россия

³ Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Цель. Изучить распространенность некоторых факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди сельского населения Алтайского края.

Материалы и методы. В рамках открытого проспективного кросс-секционного исследования были обследованы 260 человек (71 мужчина) в возрасте 25–64 лет, из них мужчин – 27,3 %, женщин – 72,7 %. Средний возраст – $49,62 \pm 10,14$. Все лица были отобраны методом случайной выборки. Было проведено анкетирование по стандартизированному опроснику. Оценены факторы риска: измерение артериального давления (АД), окружности талии (ОТ) и индекса массы тела (ИМТ), определен уровень общего холестерина (ОХС) и глюкозы крови натощак из капиллярной крови экспресс-методом.

Оценка факторов риска. Диагноз артериальной гипертензии (АГ) устанавливался, если систолическое АД (САД) при измерении было более или равно 140 мм рт. ст. или диастолическое (ДАД) – более или равно 90 мм рт. ст. Абдоминальное ожирение (АО) считалось ОТ выше 94 см у мужчин и свыше 80 см у женщин. Ожирение рассматривалось при величине ИМТ более или равно 30 кг/м^2 . Гиперхолестеринемия – при значениях ОХС выше 5,0 ммоль/л, гипергликемия – при уровне сахара крови выше или равно 6,1 ммоль/л.

Результаты. Начальное образование имели 7,6 %, полное среднее – 27,5, среднее специальное – 43,3, высшее – 10 %. Работающих среди населения 110 человек – 42,1 %, безработных – 22,6 %, никогда не работавших – 0,8 %, инвали-

дов – 5,4%, пенсионеров – 29,1 %, состоящих в браке – 65,9 %.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в выборке составила 55 %, гипотензивную терапию принимают 39,6 %. Изолированное повышение АД наблюдалось у 10,8 %, изолированное повышение ДАД – у 9,6 %, систолическое и диастолическое – у 34,6 %, среди мужчин – 60,5 %, среди женщин – 52,9 %. В зависимости от возраста, уровень АД был следующим: 25–34 года – 33 %, 35–44 – 36 %, 45–54 – 57,1 %, 55–64 года – 67,9 %. Распространенность АО среди мужчин – 57,7 %, женщин – 80 %; ИМТ среди мужчин – 29,6 %, среди женщин – 53,9 %. Гиперхолестеринемия среди населения – 68,8 %, среди мужчин – 61,9 %, женщин – 74 %. Гипергликемия среди мужчин – 11,2 %, женщин – 19,6 %. Частота курения в выборке составила 57,7 % мужчин и 7 % женщин, бросивших курить – 23,9 % мужчин и 9,6 % женщин, никогда не куривших – 18,3 % мужчин и 83,4 % женщин.

Заключение. Среди сельских жителей Алтайского края в возрасте 25–64 лет выявлена распространенность АГ 55 %, причем гипотензивную терапию принимают 39,6 %. Ожидаемо, что с возрастом распространенность АГ увеличивается. Вызывает опасение высокая распространенность гиперхолестеринемии, частоты курения, абдоминального ожирения (среди женщин – 80 %), что подтверждает недостаточное внедрение стандартных методов обследования, низкий охват сельского населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией.

ИНФАРКТ МИОКАРДА В НЕПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ В ТОМСКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА за 2013 год

С. А. ОКРУГИН, А. А. ГАРГАНЕЕВА, К. Н. БОРЕЛЬ, Е. Ю. ЮНУСОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск, Россия

Цель. Изучить случаи гибели больных от острого инфаркта миокарда (ОИМ), находившихся на лечении в непрофильных стационарах Томска, за 2013 год.

Материал и методы. За 2013 год, по данным программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», в Томске было зарегистрировано 156 случаев смерти больных от ОИМ в непрофильных стационарах, за исключением хирургических. Во всех случаях верификация диагноза производилась на основании патологоанатомического исследования с использованием соответствующих патоморфологических диагностических критериев. В возрастной структуре умерших 91,7 % составили лица старше 60 лет, в том числе 30,4 % – старше 80 лет. В анализируемой группе мужчин было 42,3 %, женщин – 57,7 %.

Результаты. Практически все больные были доставлены в стационары в порядке скорой медицинской помощи (СМП) с подозрением на различную патологию, причем ОИМ на догоспитальном этапе распознан не был. Непосредственно в общетерапевтических стационарах лечилось 71,8 % умерших, в стационарах другого профиля (неврологические, пульмонологические и т. д.) – 23,1 %. В 5,1 % случаев больного сразу из приемного отделения направляли в общепольничную палату реанимации. Непосредственно в отделении ОИМ развился в 53,4 % случаев. Типичная клиническая картина ОИМ отмечена только у каждого четвертого больного (24,1 %). Из атипичных проявлений чаще всего имели место коллаптоидный (30,8 %) и астматический (22,4 %) варианты. Практически все больные страдали артериальной гипертонией (96,8 %) и стенокардией напряжения (89,1 %). У каждого третьего в анамнезе был перенесенный в прошлом ОИМ (28,8 %) или сахарный диабет (37,8 %), у каждого четвертого (24,4 %) – тяже-

лая степень хронической сердечной недостаточности (ХСН) или постоянная форма фибрилляции предсердий (ПФФП) – 25,0 %. В процессе лечения 143 (91,7 %) больным регистрировалась хотя бы один раз электрокардиограмма (ЭКГ). В 51,7 % случаев на ней были изменения, позволявшие заподозрить ОИМ. Активность сыворотки ферментов крови определялась у 123 (78,9 %) умерших. В 72,4 % получены положительные результаты. В структуре осложнений ОИМ ведущее место заняли ХСН – 60,3 %, острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) – 46,8 %, кардиогенный шок и нарушения сердечного ритма (37,2 и 36,5 % соответственно). Основной причиной смерти явилась ОЛЖН (43,6 %) и кардиогенный шок (35,3 %). При первичном осмотре больного врачом наличие ОИМ было сразу же заподозрено в 39,1 % случаев. В 12,2 % случаев ОИМ был выявлен только при патологоанатомическом исследовании.

Заключение. Полученные результаты показывают, с каким тяжелым и непредсказуемым в клиническом, диагностическом и прогностическом плане контингентом больных с ОИМ вынуждены иметь дело врачи непрофильных стационаров, дежурящих по СМП. Более того, уровень квалификации врачей, степень оснащенности самих стационаров делали невозможным использование современных, в том числе интервенционных методов лечения острой коронарной патологии. Указанные факторы и явились причиной высокой летальности больных ОИМ в непрофильных стационарах. В то же время приведенные данные указывают на то, что регулярная регистрация ЭКГ и контроль активности ферментов сыворотки крови (КФК, КФК-МВ, тропонин) могут способствовать своевременному выявлению ОИМ и предоставить врачам в определенных случаях возможность перевода больного в специализированное отделение.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А. В. ОСИПОВ, А. Г. ЧЕЧЕНИН, А. В. КОЛБАСКО

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Введение. Распространенность цереброваскулярной болезни является одной из главных проблем в неврологии. Наиболее объективная структура этой патологии выявляется при популяционном исследовании коренных жителей.

Цель. Определить структуру и распространенность цереброваскулярной болезни у телеутов – коренных сельских жителей Кемеровской области.

Материалы и методы. Генеральная совокупность телеутов Кузбасса, проживающих в семи селах Беловского и Гурьевского районов, на момент обследования составила 1 419 лиц обоего пола. Нами осмотрена репрезентативная выборочная совокупность, составившая 460 человек (32,4 % генеральной совокупности). Как основной применялся клинический неврологический метод, включающий в себя сбор жалоб, анамнез болезни, клинический неврологический осмотр. Всем обследуемым проводилось измерение артериального давления и электрокардиография.

Результаты. В структуре болезней нервной системы на долю цереброваскулярной болезни приходится 224 %, при этом на долю мужского населения – 103 %, а на долю женского – 286 %.

При анализе показателей распространенности ЦВБ в зависимости от возраста установлена наиболее общая закономерность. Происходит увеличение от младших к старшим возрастным группам, с максимальным показателем 545 % у мужчин и 806 % у женщин в возрасте 70 лет и старше, минимальными показателями 50 и 56 % у мужчин и женщин соответственно в возрасте 40–49 лет.

Несмотря на компактное проживание телеутов, есть различия в структуре цереброваскулярной болезни на разных территориях проживания телеутов и у представителей разных социально-профессиональных групп. Оказалось, что наибольшие показатели распространенности ЦВБ телеутов Кузбасса присущи жителям Беловской сельской территории с общим показателем 270 %, а наименьшие – жителям Шандинской сельской территории – 191 %.

Установлена наибольшая распространенность ЦВБ в группе «пенсионеры», состоящей преимущественно из пенсионеров и инвалидов. У мужчин этой группы показатель распространенности ЦВБ составляет 342 %, а у женщин – 587 %, что в 1,7 раза чаще. В группе «служащие» у женщин этот показатель составил 119 %. Не отмечено случаев ЦВБ у мужчин в группах «служащие», «рабочие угледобывающих производств», «неработающие». Особенностью клинической картины является слабая выраженность амиостатического и псевдобульбарного синдромов в клинической структуре ЦВБ.

Артериальная гипертензия как основной фактор риска выявлена у 288 осмотренных лиц телеутского этноса, что составило 487 %. У представителей различных социально-профессиональных групп установлена наибольшая распространенность цереброваскулярной болезни в группе пенсионеров и инвалидов – 528 % (у мужчин – 342 %, женщин – 582 %).

Вывод. Анализируя вышеуказанные данные, видим, что основные факторы риска развития ЦВБ – это возраст, женский пол, территория проживания, артериальная гипертензия.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Л. А. ПАНАЧЕВА, А. В. ФИЛОНЕНКО

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить клинико-функциональные особенности гипертонической болезни (ГБ) при ее сочетании с нарушениями углеводного обмена (УО).

Материалы и методы. Обследовано 65 больных с ГБ в возрасте 40–76 лет (средний – $57,6 \pm 2,1$ года): 23 мужчины и 42 женщины. В зависимости от исходного уровня гликемии все пациенты разделены

на три группы. Группу 1 (сравнения) составили 23 человека с нормальными показателями гликемии; группу 2 – 18 человек с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и группу 3 – 24 человека с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Проведено полное клинико-инструментальное обследование больных. Степень тяжести АГ определялась по критериям классификации ВОЗ [1999] и ВНОК [2004]. Диагностические критерии СД и других нарушений гликемии проведены согласно требованиям ВОЗ [1999–2006].

Результаты. Наиболее часто диагностирована АГ 2-й степени (69,3 %), реже – 3-й степени (29,2 %) и 1-й (1,5 %). У 83,1 % больных наблюдалась систоло-диастолическая АГ, диастолическая и изолированная систолическая АГ отмечены в 10,8 и 6,1 % случаев. В 47,7 % случаев длительность ГБ была в пределах 10 и в 27,7 % – 15 лет. Увеличение продолжительности ГБ в целом не оказывало влияния на прогрессирование нарушений УО, за исключением пациентов, имевших 5- и 20-летний стаж заболевания, у которых наблюдалось увеличение числа лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) – до 11,1 % (при 20-летней длительности ГБ) и СД 2-го типа (до 16,7 и 12,5 % соответственно). Частота абдоминального ожирения (АО) I и II степени составила 30,8 и 27,7 % соответственно, III степени – 15,4 %. В группе лиц с ГБ без нарушений УО преобладали избыточная масса тела (30,5 %), с НТГ и СД 2-го типа – АО I и II степени (по 33,3; 33,3 и 29,2 % соответственно). Высокая частота АО III степени отмечена только при СД 2-го типа (20,8 %). По данным СМАД, у больных с ГБ по мере выраженности нарушений УО происходило увеличение показателей систолического и диастолического АД в дневные и особенно ночные часы. Установлено, что дневной ритм АД больных

АГ без нарушения УО характеризуется повышенным средним уровнем АД в дневные часы с увеличением его вариабельности при оптимальном его снижении в ночное время. У больных с НТГ и СД 2-го типа отмечены более высокие значения АД, увеличение его вариабельности, более частое и выраженное повышение АД в ночные часы, а также более стойкая АГ. Анализ данных эхокардиографии больных ГБ показал, что у всех отмечено увеличение левого предсердия ($3,61 \pm 0,06$; $3,76 \pm 0,06$ и $4,03 \pm 0,06$ см соответственно), тогда как конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) был в пределах нормативных значений. Тем не менее обнаружена тенденция к увеличению данного показателя от $4,98 \pm 0,04$ см при ГБ и нормальных значениях УО до $5,09 \pm 0,06$ см – при ГБ и НТГ и $5,42 \pm 0,08$ см – при ГБ и СД 2-го типа. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки также увеличивались у больных с ГБ и более серьезными нарушениями УО. В то же время фракция выброса ЛЖ имела обратную зависимость. Если при ГБ и нормальных значениях УО она составляла $60,5 \pm 0,7$ %, то при НТГ – $56,1 \pm 0,8$ %, а при СД 2-го типа была равна $52,5 \pm 0,9$ %. Среди больных с ГБ без нарушений УО показатели гликемии соответствовали референсным значениям, в группе лиц с ГБ и НТГ значения гликемии через 2 часа после еды составили 7,9–11,0 ммоль/л. В группе пациентов с СД больных показатели гликемии соответствовали данному диагнозу.

Вывод. Таким образом, по мере прогрессирования АГ и нарушений УО у больных с ГБ происходят более выраженные структурно-функциональные нарушения со стороны миокарда ЛЖ, что определяет, безусловно, более серьезный прогноз и требует постоянного динамического наблюдения таких пациентов.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Л. А. ПАНАЧЕВА, А. В. ФИЛОНЕНКО, К. О. БАЖЕНОВА

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Новосибирск, Россия*

Цель. Изучить частоту факторов риска артериальной гипертензии (АГ) и нарушений углеводного обмена у больных с гипертонической болезнью (ГБ) в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Обследованы 65 больных с ГБ в возрасте 40–76 лет (средний возраст –

$57,6 \pm 2,1$ года), из них мужчин – 23, женщин – 42. В зависимости от исходного уровня гликемии все пациенты разделены на три группы. Группу 1 (сравнения) составили 23 человека (8 мужчин и 15 женщин) с нормальными показателями гликемии; группу 2 – 18 человек (7 мужчин и 11 жен-

щин) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и группу 3 – 24 человека (8 мужчин и 16 женщин) с сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Наиболее часто диагностирована АГ 2-й степени (69,3 %), реже – 3-й степени (29,2 %) и в 1,5 % – 1-й степени.

Клиническое обследование больных включало осмотр, расчет индекса массы тела (ИМТ), показатели липидного и углеводного обмена, ЭКГ с расчетом индекса Соколова – Лайона, суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Степень тяжести АГ определялась по критериям классификации ВОЗ [1999] и ВНОК [2004]. Диагностические критерии СД и других нарушений гликемии проведены согласно требованиям ВОЗ [1999–2006].

Результаты. Большинство больных с ГБ соответствовало возрастным группам 46–60 лет (52,4 %) и 61–75 лет (29,2 %), значительно реже – группам 40–45 лет (12,3 %) и 76 лет и старше (6,1 %). У 83,1 % больных выявлена систоло-диастолическая АГ, диастолическая и изолированная систолическая встречались в 10,8 и 6,1 % соответственно. По данным СМАД, у всех больных АГ выявлен вариант non-dipper, характеризующийся недостаточным снижением АД в ночные часы.

Наиболее распространенными факторами риска АГ во всех группах являются: наследственность (83,3–91,7 %), избыточный прием поваренной соли (87,0–88,9 %), дислипидемия (87,0–88,9 %),

избыточная масса тела (72,2–83,3 %), стресс и психическое перенапряжение (61,1–70,8 %). Другие факторы риска диагностируются значительно реже. Так, возраст и малоподвижный образ жизни отмечен в 43,5–50,0 % соответственно, курение – в 27,8–41,7 %. Следует отметить, что по мере прогрессирования нарушений углеводного обмена происходит увеличение частоты встречаемости анализируемых факторов. Сочетание факторов риска АГ выявлено в 30,4–37,5 %.

Анализ факторов риска нарушений углеводного обмена среди больных с ГБ свидетельствует, что дислипидемия наблюдалась в 87,0–88,9 %, избыточная масса тела – 72,2–83,3 %, курение – 55,6–66,7 %, отягощенная наследственность – 43,5–75,0 %, малоподвижный образ жизни – 43,5–50,0 %. При этом с увеличением степени нарушений углеводного обмена наблюдается повышение частоты встречаемости анализируемых факторов риска.

Заключение. Таким образом, высокая частота факторов риска АГ и нарушений углеводного обмена среди пациентов поликлиники определяет необходимость расширения медико-профилактических мероприятий на врачебном участке и в центрах здоровья, направленных на раннее распознавание социально значимой патологии, формирование групп риска и своевременную коррекцию выявленных изменений.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ШАХТЕРОВ С ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ

Н. И. ПАНЕВ, В. В. ЗАХАРЕНКОВ, О. Ю. КОРОТЕНКО,
Н. И. ГАФАРОВ, Н. Я. ПАНЕВА

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний» Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Россия*

Цель. Выявление частоты и наиболее информативных факторов риска развития атеросклероза у шахтеров с пылевой патологией легких (ППЛ).

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 687 шахтеров с ППЛ (антракосиликоз, хронический пылевой бронхит) и 187 шахтеров, длительно работающих в пылевых условиях, но не имеющих легочную патологию (контрольная группа). Всем пациентам было проведено дуплексное и триплексное сканирование экстракраниальных и периферических артерий, для подтверждения ИБС – ЭКГ, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ. Изучены распространенность факторов риска атеросклероза: артериальной

гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), курения, избыточной массы тела, нарушений липидного обмена, наличия коронарного типа личности, отягощенной по атеросклерозу наследственности, а также уровень гомоцистеина, определение конституционально-морфологических признаков и антигенов групп крови ABO, Rh, MN. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel. При изучении распространенности факторов риска использовали критерий относительного риска (ОР) и χ^2 -квадрат. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что у шахтеров с пылевой патологией

легких атеросклероз (с поражением экстракраниальных, периферических артерий, ИБС) встречается достоверно чаще – у 78,3 %, чем у рабочих, не имеющих патологию легких, – 43,3 %. Выявлено, что наиболее значимыми модифицируемыми факторами риска атеросклероза у шахтеров являются: наличие дыхательной недостаточности, АГ, СД, курение, абдоминальный тип ожирения, гиперхолестеринемия, повышение коэффициента атерогенности, гипертриглицеридемия, метаболический синдром, гипергомоцистеинемия, гиперфибриногенемия, повышение уровня С-реактивного белка.

Заключение. Проведенное исследование выявило у шахтеров с ППЛ модифицируемые факторы риска атеросклероза, которые можно коррегировать. При проведении реабилитационных мероприятий у больных с пылевой патологией легких необходимо изучение факторов риска, исследование показателей липидов крови, системы гемостаза, гомоцистеина, а также проведение ультразвукового исследования артерий для раннего выявления атеросклероза. Это позволит сформировать группы повышенного риска развития атеросклероза и разработать своевременные лечебно-профилактические мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В. Я. ПОЛЯКОВ, Ю. А. НИКОЛАЕВ, С. В. ПЕГОВА, М. М. ГЕВОРГЯН,
Т. Р. МАЦИЕВСКАЯ, И. М. МИТРОФАНОВ, И. В. ОБУХОВ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научный центр клинической и экспериментальной медицины»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск, Россия*

Цель. Изучить особенности скоростных показателей кровотока, толщины комплекса интима-медиа, наличия атеросклеротического поражения каротидных артерий и их взаимосвязи с показателями суточного профиля артериального давления и липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) с сочетанной гепатобилиарной патологией.

Объект и методы. Обследовано 1 172 больных АГ, находившихся на лечении в клинике ФГБУ «НЦКЭМ» СО РАМН в период с 2010 по 2012 год, из них 410 мужчин и 762 женщины. Средний возраст обследованных составил $60,3 \pm 10,4$ года. Для верификации диагноза эссенциальной артериальной гипертензии были использованы рекомендации экспертов ВОЗ (1999 г.), Всероссийского научного общества кардиологов (2008, 2010 гг.). Обследуемым проводилось дуплексное сканирование сосудов шеи на ультразвуковом аппарате VIVID 3 (США), суточное мониторирование артериального давления прибором BPLab (Россия). Определение концентрации в сыворотке крови общего холестерина, липопротеидов, триглицеридов с расчетом коэффициента атерогенности проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Konelab 30i (Финляндия). По результатам клинико-лабораторной и функциональной диагностики больные были разделены на две группы: 1-я – с АГ и гепатобилиарной патологией (по МКБ 10, классы заболеваний K73, K75, K76,

K80-87), 525 обследованных; 2-я – с АГ без гепатобилиарной патологии, 647 обследованных.

Результаты. Большие величины показателей толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ОСА) были у больных АГ с сочетанной гепатобилиарной патологией ($1,20 \pm 0,10$ мм справа и $1,23 \pm 0,11$ мм слева) по сравнению с обследованными больными АГ без сопутствующей гепатобилиарной патологии ($1,16 \pm 0,10$ мм справа и $1,16 \pm 0,12$ мм слева). Статистически значимо большие значения пиковой систолической скорости кровотока (Vps) внутренних сонных артерий (ВСА) были в первой группе обследованных: правой ВСА – $84,8 \pm 1,5$ см/с, левой ВСА – $83,3 \pm 1,4$ см/с – по сравнению со второй группой, где средние значения пиковой систолической скорости кровотока правой ВСА были $75,0 \pm 1,4$ см/с, левой ВСА – $74,8 \pm 1,5$ см/с. У больных АГ без сопутствующей гепатобилиарной патологии определялись значимые ($p < 0,05$) прямые коэффициенты корреляции скоростных показателей кровотока в сонных артериях со средними значениями артериального давления в дневной и ночной периоды по данным суточного мониторирования ($r = 0,22 - 0,24$). Что отличало их от обследованных больных первой группы? В группе больных АГ с сочетанной гепатобилиарной патологией определялись значимые прямые коэффициенты корреляции пиковой систолической скорости кровотока общей сонной артерии справа и коэффициента атероген-

ности ($r=0,61$, $p=0,04$) и пиковой систолической скорости кровотока ОСА слева и коэффициента атерогенности ($r=0,58$, $p=0,05$). Такие закономерности не были характерны для обследованных больных второй группы.

Заключение. Таким образом, особенности клинико-функциональных показателей у больных АГ с сопутствующей гепатобилиарной патологией

заклучались в большей выраженности изменений комплекса интима-медиа, гемодинамической значимости изменений сонных артерий, взаимосвязанных с показателями липидного обмена, по сравнению с больными АГ без сопутствующей патологии, что может использоваться в разработке популяционных программ медицинской помощи и профилактики.

УРОВЕНЬ ПОСТОЯННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В ГОРОДЕ НОВОКУЗНЕЦКЕ

Н. В. РОГОЖНИКОВА, А. Г. ЧЕЧЕНИН

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

Исследование уровня постоянных потенциалов (УПП) головного мозга, предложенное В. Ф. Фокиным и Н. В. Пономаревой (с 1999 по 2003 г.), основано на прижизненной оценке церебрального энергетического обмена, интегрально отображая мембранные потенциалы нейронов, глии и гематоэнцефалического барьера, что применялось при изучении болезни Альцгеймера, опухолей, острых нарушений мозгового кровообращения, но недостаточно освещено при дисциркуляторной энцефалопатии. В то же время работ, посвященных изучению особенностей постоянных потенциалов головного мозга при дисциркуляторной энцефалопатии с оценкой эффективности этого диагностического метода нам не встретилось, что и послужило поводом для проведения исследования.

Цель. Изучить характеристики постоянных потенциалов головного мозга и их связь с клиническими проявлениями у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадии.

Материалы и методы. Было обследовано 204 пациента с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадии в возрасте от 45 до 75 лет (140 женщин, 64 мужчины), находившихся на стационарном лечении неврологического отделения в МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» и МБЛПУ «Городская клиническая больница № 5» Новокузнецка.

Использовались клинико-неврологический, нейрофизиологический (регистрация УПП головного мозга) и статистический методы. Регистрация УПП головного мозга осуществлялась монополярно по 12 стандартным отведениям (как для ЭЭГ).

Результаты. В неврологическом статусе были выявлены следующие неврологические синдромы:

когнитивные нарушения (86,2 %), вестибуло-атактический (73,5 %), астенический (61,7 %), цефалгический (60,3 %), пирамидный (24,5 %), амиостатический (10,8 %) и псевдобульбарный (6,8 %). Средний УПП головного мозга пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадии превышал норму ($8,58 \pm 0,14$ мВ) на 72,0 % и составил $14,71 \pm 0,44$ мВ. Между УПП головного мозга и возрастом пациентов была установлена прямая корреляционная связь ($r=0,71$, $p=0,008$), наиболее сильная в возрастной группе 71–75 лет ($r=0,82$, $p=0,005$). Также была выявлена прямая корреляционная связь средней силы между УПП головного мозга и стадией дисциркуляторной энцефалопатии ($r=0,64$, $p=0,012$). Установлена взаимосвязь между клиническими проявлениями и УПП головного мозга. При амиостатическом синдроме достоверные различия от среднего УПП головного мозга получены в отведениях Cz и Pz, при пирамидном – в Cd, Pd и Ps, при псевдобульбарном – Cd, Cs и Pz. Для астенического синдрома характерно повышение УПП головного мозга в Fpz, Cd и Cz; для цефалгического – в Fpz, Oz и Pd; для вестибуло-атактического – в Pz, Ps, Td, Ts; для когнитивных нарушений – в Fpz, Fd, Fs и Ps.

Заключение. Выявленные характеристики УПП головного мозга и их взаимосвязь с клиническими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии позволяют выделить клинико-нейрофизиологические характеристики для когнитивных нарушений, астенического, цефалгического и вестибуло-атактического синдромов, оценить степень поражения головного мозга, а также контролировать эффективность проводимой терапии.

КРИТЕРИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО МИННЕСОТСКОМУ КОДУ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ

Е. В. РУБЦОВА, Т. А. МУЛЕРОВА, М. Ю. ОГАРКОВ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»,

Новокузнецк, Россия

Цель. Изучить распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) по критериям Миннесотского кода среди шорцев и некоренных жителей Горной Шории.

Материалы и методы. Проводилось клинико-эпидемиологическое исследование населения Горной Шории (выборка – 453 человека, из них 221 – шорцы, 232 – некоренное население). Электрокардиограмма регистрировалась при помощи электрокардиографа «SCHILLER CARDIOVIT AT-2» в положении лежа, в 12 стандартных отведениях, при скорости движения ленты 25 мм/с. Оценка ЭКГ проводилась по стандартным критериям и на основании Миннесотского кода. Обследуемые были разделены на три возрастные группы: младшую – от 19 до 39 лет, среднюю – от 40 до 59 лет и старшую – 60 лет и старше.

Результаты. Определенный инфаркт миокарда (ИМ) регистрировался у 1,36 % коренных и у 0,43 % некоренных жителей ($p=0,294$). Бессимптомная ИБС отмечалась у 2,73 и 4,78 % обследованных соответственно ($p=0,253$). Возможная ИБС распределилась следующим образом: возможная ишемия миокарда – у 3,64 % коренного и 7,83 % некоренного населения ($p=0,057$), ишемия с гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ) – у 1,82 % шорцев и 1,74 % некоренных жителей ($p=0,949$), аритмическая форма ИБС – лишь у 2,61 % представителей некоренного этноса ($p=0,016$). В различных возрастных категориях распределение ИБС по критериям Миннесотского кода было следующим: в младшей возрастной когорте бессимптомная форма ИБС отмечалась у 1,69 % шорцев и 3,23 % некоренных жителей

($p=0,641$), возможная ишемия миокарда и ишемия с гипертрофией ЛЖ определялись только среди представителей коренной этнической группы и составили по 1,69 % каждая ($p=0,466$). В возрастной когорте от 40 до 59 лет бессимптомная форма ИБС встречалась у 2,65 % коренных и у 1,09 % некоренных жителей ($p=0,421$), возможная ишемия миокарда статистически значимо реже встречалась среди коренного этноса (1,77 %) по сравнению с некоренным – 8,70 % ($p=0,022$), ишемия с гипертрофией миокарда ЛЖ была выявлена только среди представителей некоренного этноса (2,17 %) ($p=0,115$). В старшей возрастной когорте определенный ИМ статистически значимо чаще выявлялся среди шорцев (6,25 %) по сравнению с некоренными жителями (0,93 %) ($p=0,054$), бессимптомная форма ИБС – у 4,17 и 8,41 % соответственно ($p=0,341$), возможная ишемия миокарда определялась среди 10,42 % коренного этноса и 9,35 % некоренного ($p=0,834$), ишемия с гипертрофией миокарда ЛЖ – у 6,25 и 1,87 % соответственно ($p=0,154$), аритмическая формы ИБС встречалась только среди 5,61 % некоренных жителей ($p=0,094$).

Заключение. Аритмическая форма ИБС определялась только среди некоренных жителей Горной Шории (2,61 %). В средней возрастной когорте возможная ишемия миокарда определялась чаще среди представителей некоренной этнической группы (8,70 %) по сравнению с коренной (1,77 %). В старшей возрастной когорте среди коренного населения чаще выявлялся определенный ИМ (6,25 %) по сравнению с некоренным (0,93 %).

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т. А. РЫЖОВА¹, Н. А. БИЧАН²¹Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Центральная городская больница», Междуреченск, Россия²Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

В России старшая возрастная группа представлена в основном женщинами. Исследования, посвященные инфаркту миокарда у женщин, немногочисленны. Работы, проведенные среди женщин пожилого и особенно старческого возраста единичны.

Цель. Оптимизация тактики ведения женщин пожилого и старческого возраста с инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование включены 217 женщин, перенесшие Q-позитивный и Q-негативный ИМ первичный, а также повторный в возрасте от 34 до 89 лет, поступившие в кардиологическое отделение Новосибирской областной клинической больницы. Диагноз ИМ устанавливался согласно критериям ВОЗ. Помимо общеклинического осмотра, с выявлением факторов риска ИБС проводилась оценка клинической и прогностической ценности показателей психосоциального статуса (шкала HADS), СМ-ЭКГ, УЗДГ сосудов шеи, ЭхоКГ, тредмилметрия, диагностическая коронароангиография, а также лабораторные методы обследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, гемостаз). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 9,0 для Windows.

Результаты. Все больные были разделены на две группы. Первая группа включала в себя 79 пациенток в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст – $51,7 \pm 5,9$ года. Вторая группа – 138 женщин от 60 до 89 лет, средний возраст – $71,8 \pm 6,9$ года. Из второй группы выделена подгруппа женщин старческого возраста, в которую вошли 52 женщины в возрасте от 75 до 89 лет ($79 \pm 3,5$ лет). У женщин старческого возраста, в отличие от женщин пожилого возраста, чаще регистрировался Q-негативный ИМ (в 32,7 % случаев против 15,1 %, $p=0,015$). Помимо этого, у них в 5 раз чаще регистрировали циркулярное поражение стенок ЛЖ (13,5 против 2,4 %). Этим можно объяснить более частое развитие ИМ у них в виде ОСН (26,9 %). В клинической картине ИМ у женщин старческого возраста преобладал атипичный болевой синдром (65,4 против 31,4 %, $p=0,0001$) и астматический вариант ИМ (26,9 % в виде отека

легких, а у 9,6 % наблюдался церебральный вариант. Последний вариант ИМ был зарегистрирован только в группе женщин старческого возраста. Течение ИМ у женщин старческого возраста в 2 раза чаще осложнялось ранней постинфарктной стенокардией в сравнении с женщинами пожилого возраста (28,8 против 13,9 %, $p=0,032$). Летальность в группе женщин старческого возраста в 1,5 раза выше чем в группе женщин пожилого возраста (34,6 против 20,9 %, $p=0,016$). Основными причинами смерти в группе женщин старческого возраста были: ОСН – 50 %, разрывы миокарда с гемотампонадой – 38,9 %, фибрилляция желудочков – 11,1 %.

При анализе проводимой терапии следует отметить, что она в большинстве случаев проводилась в полном объеме согласно рекомендациям ВНОК. Так, дезагреганты и прямые антикоагулянты использовались практически в 100 % случаев. Вместе с тем женщинам старческого возраста реже назначали ББ (69,2 против 75,6 %, $p=0,049$), комбинированную дезагрегантную терапию (7,7 против 22,1 %, $p=0,019$) и ИАПФ (63,5 и 76,8 %, $p=0,015$), а также статины (36,5 против 51,2 %, $p=0,016$). Неназначение ББ и ИАПФ было обусловлено, как правило, наличием противопоказаний. Все препараты назначались в одинаковых дозировках и в той и другой группах.

Коронароангиография выполнена у 36,7 % женщин среднего возраста, 26,7 % – женщин пожилого возраста и только у 7,7 % – женщин старческого возраста. Операции прямой реваскуляризации выполнены у 31,6 % женщин среднего возраста, у женщин пожилого возраста – 23,5 % и только у 7,7 % женщин старческого возраста. АКШ выполнено у 5,1 % женщин среднего возраста и у 3,2 % женщин пожилого возраста, пациенткам старческого возраста АКШ не выполнялось.

Заключение. Женщины пожилого и старческого возраста представляют собой особую категорию пациентов в плане трудности дифференциальной диагностики инфаркта миокарда в связи с частым атипичным началом, что необходимо учитывать как на догоспитальном, так и госпитальном этапе.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ В СРАВНЕНИИ С НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА

А. Е. СКРИПЧЕНКО^{1,2}, Е. В. ИНДУКАЕВА¹, М. Ю. ОГАРКОВ^{1,2}, С. А. МАКСИМОВ¹, Г. В. АРТАМОНОВА¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

В РФ, как и во всем мире, артериальная гипертония (АГ) остается одной из самых актуальных проблем. Это связано с ее высокой распространенностью и тяжелыми осложнениями, а также отсутствием адекватного контроля АГ в масштабах популяции. Вклад АГ в смертность лиц среднего возраста от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составляет 40 %, а в смертность от мозгового инсульта – 70–80 % (Шальнова С. А., 2007).

Цель. Выявить особенности распространенности АГ среди работников промышленных предприятий в сравнении с неорганизованной выборкой жителей среднеурбанизированного города.

Материалы и методы. Проведено обследование работников двух угледобывающих шахт и работников металлургического завода Кемеровской области, а также одномоментное обследование неорганизованной популяции городских жителей Кемерово в рамках всероссийского многоцентрового наблюдательного исследования «ЭССЕ-РФ». Было осмотрено 3 628 человек, из которых 802 человека – работники металлургического предприятия, 1 454 – работники угольных шахт и 1 372 – жители города. Среди осмотренных 67,45 % мужчин и 32,55 % женщин. Средний возраст составил 42,68±9,29 года: мужчин – 41,72±8,83 года, женщин – 44,67±9,88 года. Артериальное давление измеряли дважды, степень АГ установлена в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и лечению АГ (2009 г.). Данные представлены средней и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), обработаны при помощи программы Statsoft Statistica 10.

Результаты. Средний уровень систолического артериального давления (САД) у работников металлургического предприятия составил 132,89±18,50 мм рт. ст., у работников угольных шахт – 130,09±14,95 мм рт. ст., у жителей города – 131,40±21,07 мм рт. ст. (рм-ш=0,0001); диа-

столического АД (ДАД) у работников металлургического предприятия – 83,66±11,89 мм рт. ст., у работников угольных шахт – 81,84±6,91 мм рт. ст., у жителей города – 84,75±13,57 мм рт. ст. (рм-ш=0,000005, рш-г=0,00000).

Распространенность АГ на металлургическом предприятии установлена у 48,13 % респондентов, на угольных шахтах – у 28,51 %, а в случайной выборке – 40,01% человек (рм-ш=0,000000, рм-г=0,000005, рш-г=0,000001). Первая степень АГ диагностирована у 23,44 % металлургов, 12,52 % шахтеров и 21,94 % городских жителей (рм-ш, ш-г=0,00000), вторая степень – у 13,59 %, 10,64 % и 11,15% соответственно (рм-ш=0,0372). Третья степень повышения АД выявлена у 4,86 %, 1,32 % и 6,9 2% осмотренных (рм-ш, ш-г=0,00000). Достигнутый в ходе лечения целевой уровень АД (ниже 140/90 мм рт. ст.) был достигнут у 58,10 % работников металлургического завода, 75,52 % шахтеров, 59,99 % представителей неорганизованного населения (рм-ш=0,00000, рш-г=0,0000).

Заключение. Проведенное обследование работников промышленных предприятий и случайной выборки жителей среднеурбанизированного города выявило высокую распространенность АГ среди рабочих металлургического предприятия, превышающую показатели по распространенности заболевания среди жителей города, распространенность АГ среди шахтеров ниже показателей случайной выборки. Средний уровень САД и ДАД значимо ниже среди работников угольных шахт в сравнении с рабочими металлургического предприятия и жителями города. Большую распространенность имела первая степень АГ. Значимых различий по распространенности лиц с первой, второй и третьей степенью АГ среди металлургов и жителей города нет. Работники угледобывающих предприятий реже имели первую, вторую и третью степень АГ.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И КУРЕНИЯ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

А. Е. Скрипченко^{1,2}, Е. В. Индукаева¹, М. Ю. Огарков^{1,2},
С. А. Максимов¹, Т. А. Мулерова¹, Г. В. Артамонова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
совершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), обусловленные атеросклерозом, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Развитие ССЗ тесно связано с особенностями образа жизни и факторами риска (ФР) – курением, дислипидемией и рядом других.

Цель. Изучить распространенность дислипидемии и курения среди неорганизованной популяции городских жителей.

Материалы и методы. В рамках всероссийского многоцентрового наблюдательного исследования «ЭССЕ-РФ» проведено одномоментное обследование неорганизованной популяции городских жителей Кемерово. Было осмотрено 1 628 человек, из которых 700 мужчин, что составило 43 % от всех обследованных, женщин – 928 человек (57 %). Средний возраст составил $46,81 \pm 11,4$ года (от 25 до 64 лет): мужчин – $45,87 \pm 11,45$ года, женщин – $47,52 \pm 11,31$ года. Данные представлены средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$), обработаны при помощи программы Statsoft Statistica 10. Дислипидемия диагностирована в соответствии с российскими рекомендациями «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза», V пересмотр (2012 г.).

Результаты. У обследованных жителей неорганизованной популяции городских жителей средний уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,18 \pm 1,14$ ммоль/л (диапазон 2,13–10,76 ммоль/л), у мужчин – $5,07 \pm 1,08$ ммоль/л, у женщин – $5,26 \pm 1,18$ ммоль/л ($p=0,001$). При этом 31,14 % мужчин (218 человек) и 36,42 % женщин (338 человек) имеют повышенный и высокий уровень ОХС (более 5,5 ммоль/л). Средний уровень триглицеридов (ТГ) в обследованной популяции – $1,31 \pm 0,52$ ммоль/л (диапазон от 0,23 до 16 ммоль/л): у мужчин – $1,38 \pm 1,11$ ммоль/л и у женщин – $1,22 \pm 0,71$ ммоль/л ($p=0,004$). Уровень ТГ, превышающий нормальные значения (выше 1,7 ммоль/л), отмечался у 161 (23,0 %) осмотренного мужчины и у 174 (18,75 %) женщин

($p=0,036$). Средний уровень ХСЛПНП определен $3,15 \pm 1,0$ ммоль/л (диапазон – 0,60–6,0 ммоль/л), у мужчин – $3,09 \pm 0,93$ ммоль/л, у женщин – $3,19 \pm 1,05$ ммоль/л ($p=0,537$). Повышенный уровень (более 3,5 ммоль/л) был зарегистрирован у 232 обследованных мужчин (33,14 %) и 321 женщины (34,59 %) ($p=0,542$). Уровень ХСЛПВП в среднем установлен $1,71 \pm 0,44$ ммоль/л (диапазон – 0,21–4,01 ммоль/л): у мужчин – $1,63 \pm 0,42$ ммоль/л и у женщин – $1,76 \pm 0,45$ ммоль/л ($p=0,0000$). Низкие цифры ХСЛПВП (менее 1,0 ммоль/л) наблюдались у 5 мужчин (0,71 %) и 11 женщин (1,19 %) ($p=0,340$). В целом дислипидемия диагностирована у 340 мужчин (48,57 %) и 432 женщины (46,55 %) ($p=0,419$). В неорганизованной популяции жителей 811 человек (49,82 %) никогда не курили, из них 182 мужчины (26,14 %) и 628 женщин (67,67 %) ($p=0,00$). Отказались в течение жизни от употребления табака 321 человек (19,72 %) – 197 мужчин (28,14 %) и 124 женщины (13,36 %) ($p=0,0000$). Курили на момент обследования 496 человек (30,47 %) – 320 мужчин (45,71 %) и 185 женщин (19,97 %). Стаж курения у мужчин был выше, чем у женщин – $29,43 \pm 11,80$ года против $22,43 \pm 10,65$ года ($p=0,0000$). Мужчины выкуривали в день $18,09 \pm 9,91$, а женщины – $9,01 \pm 7,71$ сигареты. При этом большинство мужчин (53,58 %) выкуривали в день от 10 до 20 сигарет, а большинство женщин (73,67 %) – до 10 сигарет в день. Отмечалась слабая отрицательная корреляция между статусом курения и уровнем ОХС, ХСЛПВП и ТГ – 0,07, – 0,11, – 0,63 соответственно.

Заключение. По результатам осмотра неорганизованной популяции жителей города установлена распространенность дислипидемии у 48,57 % мужчин и 46,55 % женщин.

У женщин выявлены более высокие значения ОХС, а у мужчин – более высокие значения ТГ. ХСЛПВП имел более высокие показатели у женщин. Распространенность курения, стаж курения и количество выкуриваемых сигарет выше среди мужчин, чем среди женщин.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В. Ю. СМАЗНОВ¹, Е. В. АКИМОВА¹, М. М. КАЮМОВА¹,
В. В. ГАФАРОВ², В. А. КУЗНЕЦОВ¹

¹ *Филиал Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия*

² *Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
(ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН), Новосибирск, Россия*

Цель. Изучение распространенности высоких уровней личностной тревожности и жизненного истощения и их ассоциаций с ишемической болезнью сердца (ИБС) в открытой мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

Материалы и методы. Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1 тыс. человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Изучение психосоциальных факторов (ПСФ) – личностной тревожности (ЛТ) и жизненного истощения (ЖИ) проводилось в рамках кардиологического скрининга путем самозаполнения жестко стандартизированной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определенную» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Ассоциация высоких уровней ПСФ с ИБС оценивалась с помощью расчета отношений шансов (ОШ) и их 95 % доверительных интервалов (ДИ). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников.

Результаты и обсуждение. Распространенность высоких уровней неконвенционных (психосоциальных) факторов риска ИБС у мужчин 25–64 лет неорганизованной популяции составила (стандартизованные по возрасту показатели): ЛТ – 36,6 %, ЖИ – 15,9 %. Распространенность ИБС у мужчин 25–64 лет составила 12,4 %. При оценке влияния ЛТ на развитие ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям было получено ОШ 4,07 (95 %ДИ: 1,40±11,83, $p<0,05$), такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС. ОШ при наличии или отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и ЖИ оказалось равным 6,02 (95 %ДИ: 3,55±10,20, $p<0,05$). При оценке влияния ЖИ на развитие ОИБС было получено ОШ 14,11 (95 %ДИ: 6,29±31,67, $p<0,05$), то есть показатель более чем вдвое превышал таковой в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям. У мужчин 25–64 лет с ВИБС и наличием высокого уровня ЖИ ОШ не достигало статистической значимости.

Таким образом, у мужчин 25–64 лет с высокими градациями психосоциальных факторов установлено увеличение шансов развития определенной ИБС, ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А. Н. СУМИН, А. В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, Е. А. ЖУЧКОВА, О. Л. БАРБАРАШ, Л. С. БАРБАРАШ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Под мультифокальным атеросклерозом (МФА) понимают поражение двух и более артериальных бассейнов. Однако остается неясным вопрос о распространенности МФА в зависимости от использованных критериев его определения. Это и послужило основанием для данного исследования, целью которого было из-

учение распространенности МФА в зависимости от использованных критериев его диагностики, а также анализ факторов, ассоциированных с наличием МФА.

Материалы и методы. В исследование включены 732 последовательных пациента (586 мужчин и 146 женщин, возраст – 33–81 год), под-

вергшихся операции КШ в кардиохирургической клинике НИИ КПССЗ. Пациентов разделили на группы в зависимости от количества пораженных артериальных бассейнов. Использовано два варианта разделения: при первом учитывали стенозы артерий любой локализации 30 % и более, при втором – стенозы 50 % и более. Бассейн считался пораженным, если на нем ранее была проведена реваскуляризирующая процедура. Таким образом, выделены следующие группы: I вариант: группа 1 (n=385) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=243) – поражения двух сосудистых бассейнов, группа 3 (n=104) – поражения трех бассейнов; II вариант: группа 1 (n=531) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=159) – поражения двух и группа 3 (n=42) – поражения трех сосудистых бассейнов. Группы сопоставлены по клинико-anamnestическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

Результаты. При первом варианте дефиниции мультифокального атеросклероза (стеноз 30 % и более) поражение только одного артериального бассейна выявлено у 385 (52,6 %) пациентов, поражение двух и более – у 347 (47,4 %) больных. Для обоих вариантов МФА были характерны сходные тенденции. Так, при возрастании числа пораженных бассейнов отмечалось увеличение возраста обследованных больных ($p<0,001$). Распространенность артериальной гипертензии и курения была выше среди пациентов, имею-

щих поражение нескольких артериальных регионов. Индекс массы тела, напротив, снижался по мере увеличения числа пораженных артериальных бассейнов ($p=0,008$). В группах 2 и 3 выявлялась большая толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий ($p<0,001$). Наличие инфаркта миокарда в анамнезе более характерно было для больных группы 1, чем для пациентов из групп 2 и 3 ($p=0,016$). Вероятность выявления МФА оценивалась в модели логистической регрессии. При варианте I определения МФА ($\geq 30\%$) вероятность выявить МФА возрастала при увеличении возраста ($p<0,001$), уровня креатинина сыворотки ($p=0,002$) и ТКИМ ($p<0,001$), наличии в анамнезе артериальной гипертензии (АГ) ($p<0,001$) и курения ($p=0,005$). В многофакторном анализе с вероятностью выявления МФА сохранили связь возраст ($p<0,001$), курение ($p<0,001$), АГ ($p<0,001$) и ТКИМ ($p<0,001$). При варианте II (стенозы $\geq 50\%$) в однофакторном анализе вероятность выявить МФА была выше с увеличением возраста ($p=0,001$), уровня креатинина ($p=0,041$), курением ($p=0,001$) и АГ ($p=0,001$). В многофакторном анализе значимое влияние сохранили возраст ($p=0,001$), а также ТКИМ ($p<0,001$), наличие в анамнезе курения ($p=0,002$) и АГ ($p=0,008$).

Выводы. Перед плановым КШ проявления МФА выявлены у 27,5 % больных при учете стенозов $\geq 50\%$ и у 47,4 % больных при учете стенозов $\geq 30\%$. Факторами риска, ассоциированными с распространенностью МФА, являются возраст, курение, наличие АГ и ТКИМ (независимо от критериев мультифокального атеросклероза).

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

А. Н. СУМИН, А. В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, С. В. ИВАНОВ, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Ожирение является существенной проблемой современного общества, сопровождается повышением заболеваемости. Влияние ожирения на непосредственные и отдаленные результаты операции коронарного шунтирования (КШ) остается противоречивым.

Целью исследования стало изучение взаимосвязи индекса массы тела (ИМТ) и непосредственных результатов КШ.

Материалы и методы. Обследован 1 571 пациент, подвергшийся КШ в кардиохирургической клинике (1 213 мужчин и 304 женщины в возра-

сте 31–78 лет). Пациенты были разделены в зависимости от ИМТ на четыре группы: с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м², n=351), с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9 кг/м², n=658), ожирением 1-й степени (ИМТ 30–34,9 кг/м², n=409), ожирением 2-й степени (ИМТ 35–39,9 кг/м², n=72). Группы были сопоставлены по клинико-anamnestическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, распространенности в анамнезе сосудистых катастроф, тяжести ИБС и ХСН, а также частоте проведения реваскуляризации миокарда при острых формах ИБС. Доля мужчин снижалась с увеличением ИМТ ($p < 0,001$ для тренда). Аналогичные тренды выявлены и при сопоставлении групп по распространенности сахарного диабета, курения и АГ (во всех случаях $p < 0,001$). Выявлена тенденция к большей встречаемости фибрилляции предсердий среди пациентов с большим ИМТ ($p = 0,073$). Выявлены достоверные тренды увеличения уровня триглицеридов и снижение уровня холестерина ЛПВП с увеличением ИМТ ($p < 0,001$ и $p = 0,004$ соответственно). СКФ, рассчитанная по формуле MDRD, была существенно ниже в группах пациентов с ожирением 1-й и 2-й степеней. По данным ЭхоКГ, средние значения объемов и размеров левого желудочка имели U-образную зависимость от ИМТ, размер левого предсердия возрастал при увеличении ИМТ. Группы не различались по распространенности мультифокального атеросклероза.

Коронарное шунтирование в условиях ИК было выполнено 1 287 (86,4 %) пациентам, группы по этому показателю не различались. Также не выявлены различия по большинству периоперационных осложнений, таких как инсульт или инфаркт миокарда. Чаще в группах с боль-

шим ИМТ проводилась радиочастотная абляция ($p = 0,006$). В целом неблагоприятный исход наблюдался у 330 (21,4 %) пациентов. В группах с ожирением 1-й и 2-й степени достоверно чаще послеоперационный период осложнялся развитием фибрилляции предсердий ($p = 0,001$). Вероятность возникновения периоперационных осложнений в зависимости от того или иного фактора оценивалась с помощью логистической регрессии. При однофакторном анализе вероятность осложнений возрастала со снижением СКФ ($p = 0,021$) и ИМТ ($p = 0,017$), увеличением возраста ($p < 0,001$), а также при проведении ИК ($p = 0,004$) и увеличении его продолжительности ($p < 0,001$). Возраст и длительность ИК сохранили значимость в многофакторном анализе ($p < 0,001$ и $p = 0,015$ соответственно).

При проведении логистического регрессионного анализа вероятность летального исхода возрастала при увеличении длительности ИК ($p < 0,001$) и снижении ФВЛЖ ($p = 0,001$) как в однофакторном, так и многофакторном анализе.

Заключение. Среди больных ИБС, подвергнутых операции коронарного шунтирования, ожирение 1-й степени выявлено в 27 %, а 2-й степени – у 4,7 % пациентов. Повышение связано с уменьшением ИМТ. У больных с ожирением отмечено возрастание частоты фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде.

СВЯЗЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА С РАЗВИТИЕМ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. КЕМЕРОВО

М. В. ТАБАКАЕВ, Г. В. АРТАМОНОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Результаты многочисленных исследований показали высокий вклад традиционных факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Однако наличием таких общепризнанных факторов риска, как дислипидемия, ожирение, артериальная гипертензия и ряда других, не объясняется в полной мере распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у лиц молодого возраста, зачастую не имеющих ни одного из этих факторов риска, что нацеливает на расширение поиска предикторов заболеваний.

Набольший интерес вызывают потери здоровья от острых форм ИБС, высокий уровень которых вносит значительный вклад в неблагоприятные

тенденции медико-социального характера в России. Несмотря на значительный социально-экономический ущерб от острых форм ИБС, работ, оценивающих глобальное бремя болезней, в отечественном общественном здравоохранении проводится крайне недостаточно.

Целью настоящего исследования явился анализ зависимости потерь здоровья от инфаркта миокарда (ИМ) в связи с экспонированием химическими загрязнителями атмосферного воздуха населения промышленного центра.

Материалы и методы. За период 2006–2011 годов оценивались среднегодовые концентрации (в $\text{мг}/\text{м}^3$) химических веществ в атмосферном воздухе г. Кемерово.

Для расчета потерь здоровья использовались показатели смертности от ИМ (I21 и I22 по МКБ-10) по данным ЗАГС г. Кемерово и госпитализированной заболеваемости ИМ пациентов Кемеровского кардиологического диспансера за период исследования 2006–2011 годов. Рассчитывались индексы: DALY (disability-adjusted life, годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) по смертности и заболеваемости, YLD (years lived with disability, годы временной нетрудоспособности) по заболеваемости. Индексы DALY и YLD рассчитаны по районам города (на 1 тыс. населения) и в различных возрастных группах с учетом эпидемиологии ИМ (до 46 лет, 46–59 лет, 60 лет и старше).

За уровень критической значимости принят 0,05; уровень $0,1 > p > 0,05$ расценивался как тенденция к статистической значимости.

Результаты. Результаты корреляционного анализа в возрастных группах свидетельствуют о неоднозначных тенденциях связи потерь здоровья и уровней воздействия химических веществ. Об-

ратная связь индексов DALY и YLD с уровнями химических веществ выявляется лишь в старшей возрастной группе (60 лет и старше). В 46–59 лет данная зависимость менее выражена, а в возрасте до 46 лет меняется на прямую (за исключением оксида азота). Так, установлена статистически значимая ($p < 0,05$) прямая связь индекса YLD с гидрохлоридом ($r = 0,98$), аммиаком ($r = 0,90$), взвешенными веществами ($r = 0,96$) и формальдегидом ($r = 0,95$), приближается к статистически значимой связь индекса с углеродом черным ($r = 0,73$ при $p = 0,082$).

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о прямой зависимости потерь здоровья населения вследствие ИМ от уровней экспонирования отдельными химическими веществами у лиц молодого возраста (до 46 лет). С увеличением возраста связь слабеет или даже меняется на обратную. Полученные закономерности характеризуют экологическое воздействие как возможно значимый фактор сердечно-сосудистого риска.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АГ И ФАКТОРОВ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ У КОРЕННЫХ И ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПОЛЯРЬЯ

Е. А. ТОЛСТОВА

*Государственное казенное учреждение Ямало-ненецкого автономного округа
«Научный центр исследования Арктики», Надым, Россия*

Цель. Изучить распространенность АГ и факторов риска ее развития у жителей Заполярья.

Материалы и методы. Было обследовано 220 человек из числа жителей пос. Се-Яха трудоспособного возраста (86 пришлых и 134 коренных, ненцы), расположенного на берегу Обской губы (70° с.ш., 72° в.д.), из них 41 больной АГ (26 пришлых и 15 ненцев).

Диагноз АГ выставлялся на основании осмотра врача-кардиолога, регистрации ЭКГ в 12 отведениях, двукратного измерения АД обследуемого сидя после 10-минутного отдыха с точностью до 2 мм рт. ст. Учитывались средние значения АД двух измерений. АГ устанавливалась при систолическом АД > 140 мм рт. ст. и/или диастолическом АД > 90 мм рт. ст.

Определение концентрации холестерина проводилось ферментным методом с помощью наборов фирмы «HUMAN». Физическая активность считалась низкой при сидении обследуемого на рабочем месте 5 ч и более и активном досуге менее 10 ч в неделю. О потреблении поваренной соли судили по значению порога вкусовой чувствительности к соли (ПВЧС). ПВЧС определялся по модифици-

рованной методике R. Henkin (Некрасова и соавт., 1984). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела в килограммах} / \text{квадрат роста (кг/м}^2\text{)}$. Масса тела считалась нормальной при значениях ИМТ не выше 24,9 кг/м², избыточной – от 25 до 29,9 кг/м², ожирение диагностировалось при ИМТ более 30,0 кг/м².

Результаты и обсуждение. Распространенность АГ составила в целом 18,6 %, среди пришлого трудоспособного населения – 30,2 %, среди ненцев – 11,2 % ($p < 0,05$), что согласуется с данными других исследований по Крайнему Северу среди пришлых и коренных жителей (Саламатина, 2008; Токарев, 2007; Пузырев и соавт., 1987). Для пришлых жителей распространенность АГ несколько меньше, чем в целом по России (ЭПОХА, 2003; Оганов, 2011). Вероятно, это связано с выездом заболевших в другие регионы. Распространенность гиперхолестеринемии и нарушения чувствительности к поваренной соли статистически не различалась у пришлых и коренных жителей и составила в среднем 33,6 и 34,5 % соответственно, что согласуется с данными других авторов. Однако, по данным Л. А. Николаевой

и соавт. (2008), у северных народностей генетически обусловлена более низкая (приблизительно в 1,5 раза) чувствительность к поваренной соли по сравнению с русскими. Распространенность ИМТ, курения, НФА среди коренных и пришлых жителей достоверно различалась и составила: ИМТ – 46,2 и 64,9 % (в 1,4 раза), курения – 23,9 и 37,8 % (в 1,6 раза), НФА – 33,1 и 53,2 % (в 1,6 раза) среди коренных и пришлых соответственно. При этом распространенность ИМТ среди ненцев была сопоставима с таковой на других территориях России, а среди пришлых жителей была существенно выше. Это связано с преобладанием в рационе пришлых северян продуктов с длительным сроком хранения, консервов, полуфабрикатов, недостатком свежих овощей и фруктов. В рационе питания ненцев увеличилась доля

простых углеводов, жиров (Ионова, 2004). Распространенность НФА среди ненцев была ниже, чем на других территориях России, а среди пришлых жителей – сопоставимой. Число курящих пришлых жителей было примерно таким же, как и на европейской территории России. Курящих ненцев было существенно меньше.

Заключение. Распространенность АГ и факторов риска ее развития среди ненцев в среднем в 1,5 раза меньше, чем среди пришлых жителей Заполярья, что связано с генетическими особенностями, традиционным укладом жизни и обычаями северных народностей. Для пришлых жителей характерно увеличение по сравнению с другими территориями России доли лиц с ИМТ в связи с увеличением в пище количества простых углеводов и жиров.

АЛЕКСИТИМИЯ И ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ И ВОЗРАСТА

С. В. ТРЕТЬЯКОВ

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Новосибирский государственный
медицинский университет», Новосибирск, Россия*

В настоящее время отмечено, что алекситимия часто наблюдается при психосоматических состояниях, может предполагать к развитию психосоматической патологии, несет существенную прогностическую информацию о течении заболевания в целом и эффективности терапии. Наблюдается тенденция к увеличению частоты алекситимии в позднем возрасте (Урванцев, 2000). Больные алекситимией характеризуются расстройством аффективных функций, когнитивных функций, нарушением самосознания и особым миропредставлением.

Цель. Изучить частоту встречаемости и степень выраженности алекситимии и депрессии у мужчин в зависимости от степени ожирения и возраста.

Материалы. Обследовано 36 мужчин пожилого и старческого возраста с артериальной (АГ) гипертонией (стадия 3, риск 4). В зависимости от степени выраженности ожирения, группа была разделена на подгруппы: с легкой степенью ожирения, средней и тяжелой.

Методы. Наличие алекситимии выявляли с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной С. Taylor (1985 г.) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (1994 г.) Наличие проявлений алекситимии считалось при 74 и более баллах. Депрессивные расстройства выявлялись с помощью шкалы CED-D (Center for Epidemiologic Studies

Depression Scale). Наличие проявлений депрессии считалось при 18 и более баллах.

Результаты. В целом по группе, алекситимия выявлена у 44,4 % лиц (средний балл – 68,44), депрессия – у 33,3 % (средний балл – 17,44). Сочетание алекситимии и депрессии отмечается в 66,6 % случаев. У лиц пожилого возраста алекситимия выявлена у 25 %, старческого – у 60 %. Средний балл по алекситимической шкале в группе лиц старческого возраста был на 9,4 % выше. Депрессия выявлена у лиц пожилого возраста у 25 %, старческого – у 40 %. При этом средний балл был на 36,3 % ($p < 0,05$) выше в группе старческого возраста.

В целом в группе лиц с ожирением средний балл по алекситимической шкале соответствовал среднему баллу в группе лиц без ожирения. В целом средний балл по шкале CED-D в группе лиц с ожирением был на 32 % ниже, чем в группе без ожирения.

В зависимости от степени ожирения, анализ данных показал, что средний балл по алекситимии наибольший в группе с первой степенью ожирения и уменьшается с повышением степени ожирения (при первой степени – на 10,1 % ($p < 0,05$) выше, чем у лиц со второй степенью ожирения, а у лиц со второй степенью – на 11,2 % ($p < 0,05$) выше, чем у лиц с третьей).

Вместе с тем средний балл по депрессии был наибольшим при второй степени ожирения. У лиц с первой степенью, в отличие от лиц со второй, средний балл на 13,4 % ($p < 0,05$) ниже. Однако при третьей степени ожирения средний балл был в 2,16 раза ($p < 0,05$) меньше по сравнению с группой лиц с первой степенью ожирения и в 2,5 раза ($p < 0,05$) – по сравнению со второй.

Заключение. Таким образом, с увеличением возраста возрастает частота встречаемости и степень выраженности алекситимии и депрессии. Вместе с тем с увеличением степени ожирения уменьшается степень выраженности алекситимии. Степень выраженности депрессии у лиц с ожирением меньше, чем у лиц без ожирения. При этом наименьший балл отмечается в группе с третьей степенью ожирения.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОЖИРЕНИИ

С. В. ТРЕТЬЯКОВ

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Новосибирский государственный
медицинский университет», Новосибирск, Россия*

Комплексные физиологические, социально-гигиенические, клиничко-социальные исследования показывают, что причиной обусловленности здоровья в 50–55 % всех факторов составляет образ жизни. Одним из аспектов здорового образа жизни является правильное питание. Основопологающую роль в правильном питании играет пищевое поведение. Нарушения пищевого поведения являются предикторами таких следствий, как избыточная и недостаточная масса тела, пищевое аддиктивное поведение и связанные с ними заболевания.

Цель. Изучить особенности пищевого поведения женщин пожилого возраста при ожирении в зависимости от степени его выраженности.

Методы. Использовался опросник «Оценка пищевого поведения» – DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behaviour – Голландский опросник пищевого поведения). Диагностировались основные нарушения пищевого поведения (эмоциогенное, экстернальное и ограничительное), что по опроснику соответствует количеству баллов, равному или превышающему 1,8; 2,0; 2,0 соответственно. Пищевая аддикция диагностировалась в том случае, если пациент набирал не менее трех баллов по этой шкале.

Материалы. Проведен опрос 41 женщины пожилого возраста с наличием ожирения. В зависимости от степени выраженности ожирения лица были разделены на три подгруппы: с легкой степенью, средней и тяжелой. Группа сравнения представлена женщинами без ожирения.

Результаты. В целом в группе лиц с ожирением средний балл по ограничительному типу пищевого поведения был на 36 % ($p < 0,05$) выше, чем у лиц без ожирения. Различий по эмоциогенному варианту между группой лиц с ожирением и без

ожирения не выявлено, а средний балл по экстернальному типу был на 14,2 % ($p < 0,05$) выше, чем в группе лиц без ожирения. У больных с ожирением в зависимости от степени его выраженности отмечается тенденция к росту среднего балла, характеризующего ограничительный тип пищевого поведения (при второй степени на 9 % выше, чем при первой степени, а при третьей степени на 6,7 % выше, чем при второй).

По эмоциогенному и экстернальному вариантам пищевого поведения наименьший средний балл был у лиц с третьей степенью ожирения. При этом в зависимости от степени ожирения возрастает склонность к анорексии. При первой степени ожирения эта склонность выявляется у 50 %, при второй – у 66,6 %, при третьей – у 100 %. Вместе с тем, если плохой контроль за пищевым поведением при первой степени отмечается у 50 %, у 33,3 % – при второй, то при третьей степени ожирения лиц с плохим контролем пищевого поведения не выявлялось. В группе лиц без ожирения плохой контроль отмечался у 60 %.

Эмоциогенное пищевое поведение выявлено у 33,3 % лиц с легкой степенью ожирения. Склонность к переяданию отмечается у 60 % лиц без ожирения, у 83,3 % – первой степени, у 100 % – второй.

Заключение. Таким образом, у женщин пожилого возраста в зависимости от выраженности ожирения повышается удельный вес лиц с ограничительным типом пищевого поведения, со склонностью к анорексии и уменьшается с плохим контролем пищевого поведения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости оказания психологотерапевтической помощи данной категории лиц.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЖИТЕЛЕЙ НОВОКУЗНЕЦКА

С. А. ТРОФИМОВА¹, О. Е. ВЯЗЬМИНА¹, А. Г. ЧЕЧЕНИН², О. В. РУДЕНКОВА², Н. В. РОГОЖНИКОВА¹

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

²Муниципальное бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 1», Новокузнецк, Россия

Введение. Геморрагический инсульт (паренхиматозное, субарахноидальное, внутримозговое, смешанное кровоизлияние) имеет следующие факторы риска: гипертоническая болезнь (ГБ) – 85 %, заболевания сердца – 62 %, дислипидемия – 44 %, курение и алкоголизм – 33 %, нарушения сердечного ритма – 21 %, сахарный диабет – 17 %. При этом наиболее частые причины геморрагического инсульта (ГИ): мешотчатые аневризмы, артериовенозные мальформации, анатомические изменения артерий при ГБ (В. И. Скворцова, В. В. Крылов, 2011). Знание этиопатогенетических особенностей ГИ позволяет сделать лечение более эффективным и улучшить меры профилактики и реабилитации. В Новокузнецке на базе ГКБ № 1 с 2010 года открыто первичное сосудистое отделение, результаты деятельности которого и послужили поводом для проведения научного исследования.

Цель. Выявить взаимосвязи между полом, временем года начала заболевания, воздействием факторов риска, патоморфологическим подтипом и патогенетическим субстратом у пациентов с ГИ.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 123 пациентов (51 женщины и 72 мужчин) с ГИ в возрасте от 26 до 96 лет в период с января 2009 по декабрь 2013 года. Представлен ретроспективный анализ историй болезни с оценкой пола, времени года начала заболевания, факторов риска развития ГИ, данных СКТ ГМ и СКТ ангиографии ГМ и статистический метод.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 55,4 года. Мужчин было 58,5 %, женщин – 41,5 %. Чаще ГИ случались осенью (36 %) и зимой (32 %), реже летом (18 %) и весной (14 %). У мужчин инсульты чаще встречались зимой (41,6 %, $p=0,011$), у женщин – осенью (45,1 %, $p=0,009$). Корреляционных связей между полом и временем года начала заболевания выявлено не было.

По данным СКТ ГМ, были выявлены следующие патоморфологические подтипы ГИ: паренхиматозное (52,9 %), субарахноидальное (22 %), вентрикулярное (4,1 %) и смешанное кровоизлияние (21 %). У мужчин преобладали паренхиматозные кровоизлияния (63,9 %), у женщин – субарахноидальные (43,2 %). Между патоморфологическим подтипом и полом была выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($r=0,51$, $p=0,018$). Причиной ГИ, по данным СКТ ангиографии ГМ, у 27,5 % была аневризма сосудов, у 44 % – аномалии развития сосудов, в 28,5 % видимой патологии не выявлено. По данным СКТ ангиографии ГМ, были выявлены следующие патогенетические субстраты: аневризма (39,8 %), аномалии развития сосудов (37,4 %) и отсутствие патологии (22,8 %). У мужчин преобладали аномалии развития сосудов (45,8 %), у женщин – аневризма (54,9 %). Между патогенетическим субстратом и полом была выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($r=0,62$, $p=0,009$). Было обнаружено, что у мужчин с аномалиями развития сосудов чаще встречались паренхиматозные кровоизлияния (72,7 %), а у женщин с аневризмами – субарахноидальные кровоизлияния (67,9 %). Установлено, что в структуре факторов риска развития ГИ ведущими факторами являлись: гипертоническая болезнь (78,8 %), изменение системы гемостаза (52 %), дислипидемия (36,6 %), фибрилляция предсердий (28,5 %), табакокурение (27,6 %), сахарный диабет (20,3 %), алкоголизм (12,2 %), ишемическая болезнь сердца (11,4 %).

Заключение. Выявленные факторы риска и взаимосвязи между полом, временем года начала заболевания, патоморфологическими подтипами и патогенетическими субстратами ГИ позволяют применить адекватное этиопатогенетическое лечение и улучшить меры профилактики и реабилитации.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У КОРЕННОГО И НЕКОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРНОЙ ШОРИИ

Е. С. ФИЛИМОНОВ², Т. А. МУЛЕРОВА^{1,2}, А. А. КУЗЬМИНА¹, М. Ю. ОГАРКОВ^{1,2}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования «Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Введение. Доказано, что повышение уровня креатинина крови и снижение расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) являются предикторами развития артериальной гипертензии (АГ). При этом взаимосвязь АГ с почечной функцией в различных этнических группах малых народов Западной Сибири остается малоизученной.

Цель. Изучить состояние функции почек у коренных и некоренных жителей Горной Шории с нормальным и повышенным уровнем артериального давления.

Материалы и методы. В условиях экспедиции сплошным методом обследовано 113 мужчин и 257 женщин, проживающих в Горной Шории. АГ определялась по критериям ВОЗ/МОАГ 1999 года. В протокол обследования включали креатинин крови с расчетом его клиренса по формуле Кокрофта – Голта, для определения рСКФ полученные значения приводили к средней площади поверхности тела (1,73 м²). С целью оценки взаимосвязи функции почек и АГ все обследованные были разделены на две группы: с нормальной функцией почек (рСКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м²) и с почечной дисфункцией (ПД) (рСКФ < 90 мл/мин/1,73 м²). В первую группу вошли 227 человек (61,35 %), во вторую – 143 человека (38,65 %). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.1, значимыми различия считались при p < 0,05.

Результаты. В обследованной выборке выявлено 188 человек с АГ (50,81 %): 41,59 % мужчин и 54,86 % женщин. Средний уровень креатинина у женщин с АГ оказался значимо выше, чем у женщин без АГ: 69,25 ± 1,68 против 60,03 ± 1,66 мкмоль/л (p < 0,0001), а средняя величина рСКФ – ниже: 89,60 ± 2,61 против 117,35 ± 3,65 мл/мин/1,73 м² (p < 0,0001). В свою очередь, средний уровень креатинина у мужчин с АГ и без АГ значимо не различался: 73,02 ± 2,51 против 67,76 ± 1,76 мкмоль/л, но средняя величина рСКФ у мужчин с АГ была ниже: 94,64 ± 3,92 против 114,57 ± 3,72 мл/мин/1,73 м² (p = 0,0004). Среднее значение рСКФ

оказалось выше у женщин шорской национальности без АГ (124,43 ± 4,41 мл/мин/1,73 м²) по сравнению с шорками с АГ (93,30 ± 4,04 мл/мин/1,73 м², p < 0,0001), у шорцев без АГ по сравнению с шорцами с АГ: 114,88 ± 4,29 против 90,81 ± 6,03 мл/мин/1,73 м² (p = 0,0023), а также у женщин некоренной национальности без АГ: 106,60 ± 6,0 против 87,64 ± 3,36 мл/мин/1,73 м² у некоренных женщин с АГ (p = 0,0034). Установлено, что у женщин коренной национальности с АГ средний уровень креатинина был значимо выше, чем у шорок без АГ: 64,63 ± 2,34 против 55,97 ± 1,86 мкмоль/л (p = 0,004). Средний уровень систолического артериального давления у представителей коренного населения с ПД оказался выше, чем у коренных жителей без ПД (147,13 ± 3,52 против 128,34 ± 1,60 мм рт. ст., p < 0,0001), как и у лиц некоренной национальности с ПД и без нее (145,04 ± 2,74 против 134,92 ± 1,92 мм рт. ст. соответственно, p = 0,0023). При оценке среднего диастолического артериального давления значимые различия выявлены у коренных жителей: 84,81 ± 1,53 мм рт. ст. при наличии ПД против 81,13 ± 1,05 мм рт. ст. у лиц без ПД, p = 0,0498. В свою очередь, частота АГ среди коренных жителей с ПД оказалась достоверно выше, чем у лиц шорской национальности без ПД: 61,67 % против 25,76 % (χ² = 22,82, p < 0,0001), так же как и среди некоренных жителей с ПД (79,52 % против 53,68 % у лиц без ПД, χ² = 20,12, p = 0,0003).

Заключение. Частота артериальной гипертензии и средний уровень артериального давления у коренных и некоренных жителей Горной Шории со сниженной функцией почек были значимо выше, чем у лиц с нормальной почечной функцией.

У женщин-шорок с АГ средний уровень креатинина крови оказался выше, а среднее значение рСКФ – ниже, чем у шорок с нормальным уровнем артериального давления. Среди женщин некоренной национальности с АГ и без АГ выявлено значимое снижение рСКФ среди первых. В группе мужчин-шорцев с АГ обнаружено снижение рСКФ по сравнению с шорцами без АГ.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФТОРИСТОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

С. Н. ФИЛИМОНОВ², Е. А. СЕМЕНОВА¹, В. В. ЗАХАРЕНКОВ²,
Н. И. ПАНЕВ¹, О. Ю. КОРОТЕНКО¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профзаболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новокузнецк, Россия

² Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального
образования «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздрава России, Новокузнецк, Россия

Введение. В работах последних лет установлено повышение частоты ишемической болезни сердца (ИБС) и ее факторов риска у рабочих, подвергающихся длительному воздействию вредных производственных факторов, в том числе при профессиональной хронической фтористой интоксикации (ХФИ). При этом сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти в мире и Российской Федерации. Поэтому выявление признаков, информативных для диагностики предрасположенности к развитию ИБС у металлургов с ХФИ, является актуальным.

Цель. Изучить частоту и факторы, ассоциированные с риском развития ИБС у рабочих алюминиевого производства с ХФИ.

Материалы и методы. Обследовано 87 металлургов Новокузнецкого алюминиевого завода, у которых был установлен диагноз ХФИ, и 43 металлурга без профессиональной патологии, сопоставимых по полу, возрасту и стажу работы в возрасте от 40 до 60 лет.

Выявление ИБС и ее факторов риска проводилось по методикам, рекомендованным ВОЗ; эхокардиография и сканирование экстракраниальных и артерий нижних конечностей выполняли на аппарате ALOKA SSD-5500 (Япония). Для статистической обработки использовали критерий χ^2 , достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. У металлургов алюминиевого производства с ХФИ ИБС встречалась достоверно чаще, чем в группе сравнения: 19,5 % против 4,7 % ($\chi^2=4,15$, $p < 0,05$, $OR=2,20$), и была представлена только больными стабильной стенокардией.

При ультразвуковой доплерографии артерий рабочих с ХФИ толщина комплекса интима/медиа сонных артерий в среднем равнялась $1,15 \pm 0,17$ мм, бедренных – $1,18 \pm 0,18$ мм, что является достоверным признаком атеросклеротического поражения сосудов. Кроме того, у них были выявлены некальцинированные бляшки с раз-

ной степенью стеноза экстракраниальных артерий: у 58,6 % против 48,8 % в группе сравнения ($\chi^2=1,11$, $p > 0,05$, $OR=1,48$) и артерий нижних конечностей: у 70,1 % против 53,5 % соответственно ($\chi^2=3,48$, $p > 0,05$, $OR=2,04$).

При объединении этих групп различия стали достоверными: у металлургов с ХФИ атеросклероз в двух и более сосудистых бассейнах выявлен в 73,6 % случаев против 55,8 % у лиц из группы сравнения ($\chi^2=4,15$, $p < 0,05$, $OR=2,20$).

Проведенный анализ распространенности общепринятых факторов риска ИБС (артериальной гипертензии, сахарного диабета, нарушений липидного обмена, курения, отягощенной по ИБС наследственности, низкой физической активности, избыточной массы тела, злоупотребления алкоголем) не показал значимых различий между основной группой и группой сравнения. Однако у металлургов с ХФИ установили достоверно большую частоту гиперфибриногенемии (уровень фибриногена выше 4,0 г/л) – 47,1 % против 20,9 % в группе сравнения ($\chi^2=12,1$, $p < 0,001$, $OR=4,56$) и коронарного типа личности А – (46 % против 20,9 % соответственно ($\chi^2=14,28$, $p < 0,001$, $OR=5,18$)).

Обнаруженные нами маркеры можно использовать для прогнозирования вероятности возникновения коронарного атеросклероза у работников алюминиевого производства.

Выводы. 1. Ишемическая болезнь сердца, а также сочетание атеросклероза экстракраниальных и периферических артерий у металлургов с хронической фтористой интоксикацией встречаются достоверно чаще, чем у рабочих без профессиональной патологии.

2. У металлургов с хронической фтористой интоксикацией выявлена большая частота гиперфибриногенемии и коронарного типа личности А по сравнению с рабочими без профессиональной патологии.

РИСК ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

А. А. ФОКИН, А. Н. КАРАНИЗАДЕ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южноуральский государственный медицинский университет», Челябинск, Россия

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) снижает риск повторного инсульта или смерти у пациентов с недавним ишемическим инсультом (ИИ) (NASCET, 1991; ECST, 1996). Мнение о том, что хирургический метод профилактики должен во всех случаях рассматриваться не раньше чем через 4 недели после инсульта, довольно распространено. Риск геморрагической трансформации (ГТ) и расширения зоны инфаркта головного мозга остается главным аргументом для задержки хирургической операции до 4 недель. С другой стороны, риск рецидивного инсульта в течение периода ожидания хирургической операции, по общим сведениям, достигает 11,5 % (Giles MF et al., 2007). Тем не менее стратегия задержки операции до 4 недель после ИИ была признана и широко рекомендована.

Цель. Оценка риска периперационной ГТ инфаркта головного мозга после операции ранней (<4 недель) и отсроченной (>4 недель) КЭЭ у больных с ИИ.

Материалы и методы. Мы ретроспективно проанализировали данные пациентов, подвергавшихся КЭЭ в различные сроки после ИИ. Исследовали интервал времени между инсультом и КЭЭ, относительно хирургических результатов и исходов. Все операции проводились под проводниковой анестезией (блокада шейного сплетения на уровне C1-C4) и с использованием гепарина внутривенно (5000 ЕД) до пережатия сонных артерий (СА). Всем пациентам при отсутствии противопоказаний было сделано церебральное КТ в течение последующих 48 часов. За 24 часа до операции было сделано окончательное сканирование КТ, чтобы исключить новые ишемические и геморрагические процессы. Послеоперационная КТ была сделана пациентам, которые демонстрировали новые неврологические симптомы после КЭЭ. Реконструкция СА выполнена со средней степенью стеноза ипсилатеральной СА в 86 % (от 60 до 99 %) по NASCET. Пациенты были оперированы по общепринятым показаниям. Критериями для ранней хирургии были малый инсульт, неврологическая стабильность, тяжесть инсульта не более 15 баллов по шкале степени тяжести инсульта NIHSS, отсут-

ствие данных за геморрагический инсульт или отек мозга при КТ.

Результаты. В промежутке между январем 1996 г. и декабрем 2005 г. 297 пациентам сделали КЭЭ после ИИ. КЭЭ была проведена в течение 4 недель 87 (29,3 %) пациентам, в период больше 4 недель – 210 (70,7 %) больным. Частота периперационных осложнений (ТИА, тромбоз ВСА, инсульт) в группе ранней хирургии была не больше, чем в группе ожидания (для каждого вида осложнения $p > 0,05$). По числу летальных исходов группы достоверно не различаются ($p > 0,05$). Общая частота неврологических осложнений и летальность после КЭЭ в группах значительно не различаются (5,8 против 6,2 %; $p > 0,05$). Риск периперационной ГТ инфаркта головного мозга среди больных, оперированных в течение 4 недель, составил не больше, чем у пациентов, оперированных после 4-недельного ожидания (2,3 против 2,4 %; $p > 0,05$). Однако 36,7 % пациентов, ожидающих операцию 4 недели и более, перенесли повторный инсульт во время ожидания операции. Все повторные инсульты происходили в бассейне той же самой СА, что и первичные инсульты. Большинство повторных инфарктов – 58,4 % ($p < 0,01$) – происходили в течение 3–4 недель (средний промежуток – 23 дня, минимум – 15 дней, максимум – 28 дней); 33,8 % осложнений происходили в разные сроки, спустя более одного месяца после первого приступа, и только 7,8 % больных перенесли повторный инфаркт на второй неделе после первого инсульта. Пациенты с повторным инсультом имели более выраженный неврологический дефицит по шкале NIHSS и тяжелую степень инвалидизации по шкале Рэнкина. У 21 % из них повторный инсульт произошел при стенозе 50–69 %, причем при стенозе СА 70–99 % риск составил 79 %.

Заключение. Наши данные показывают, что КЭЭ может быть проведена со сравнительно низким риском в течение первых 4 недель после ИИ. Применяв тактику более ранней КЭЭ, можно избежать повторных инфарктов мозга и смерти в периоде ожидания операции.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ – СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. ЧЕРКАСС, Г. В. АРТАМОНОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Актуальность. В целях обеспечения конкурентоспособности организации необходимо уделять большое внимание качеству деятельности учреждения. Обеспечение высоких показателей качества медицинской помощи требует от организации внутриучрежденческой системы их мониторинга. Одним из способов контроля качества деятельности учреждения является анализ результатов разбора случаев летальных исходов на комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) в 2011–2013 годах.

Материалы и методы. Клиника ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН является учреждением, оказывающим высокотехнологическую кардиохирургическую медицинскую помощь. В 2011–2013 годах коечный фонд клиники составлял в среднем 173 койки, число проведенных операций за три года – 12 401, средний оборот койки – 51,5, средняя занятость койки – 319,7.

Результаты. За 2011–2013 годы в клинике НИИ умерло 116 пациентов. Проведено 90,5 % вскрытий от общего количества умерших. На КИЛИ разобрано 57 случаев летальных исходов, что составило 49,1 % от всех случаев летальных исходов в учреждении, или 54,3 % от всех патологоанатомических вскрытий.

В 2011 году отмечены три случая расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов: два случая 2-й категории и один случай 3-й категории расхождения диагнозов. Удельный вес от всех патологоанатомических вскрытий за три года составил 2,9 %, за 2011 год – 8,1 %. К причинам расхождения диагноза относятся: нераспознавание одного из заболеваний, входящих в состав комбинированного диагноза, а также неправильная формулировка заключительного клинического диагноза.

Четыре случая ятрогений выявлены в 2011 и 2012 годах: два случая 1-й категории и два случая 2-й категории. Удельный вес от всех патологоанатомических вскрытий за два года составил 3,8 и 5,4–5,6 % соответственно. Причины ятрогений обусловлены не выявленными при жизни смертельными осложнениями, интраоперационными осложнениями.

При анализе 57 протоколов КИЛИ за 2011–2013 годы было выкопировано 90 различных сформулированных причин и дефектов при оказании медицинской помощи, закончившихся летальным исходом. Проведена их классификация, выделено четыре группы: диагностические ошибки – 18 случаев, или 20 % от всех дефектов, дефекты лечения – 54 случая, 60 %, дефекты ведения документации – 12 случаев, 13,3 %, дефекты организации работы – 6 случаев, 6,7 %.

В динамике по годам диагностические дефекты имеют тенденцию к увеличению – от 3 до 9 случаев в год; уменьшаются лечебные дефекты – с 20 до 15 случаев, дефекты ведения документации – с 6 до 2, дефекты организации – с 4 до 1 случая.

Заключение. В целом по числу расхождения диагнозов и ятрогениям, а также отдельным дефектам наблюдается динамика снижения к 2013 году. По результатам анализа работы КИЛИ сделаны выводы, что для увеличения эффективности работы клиники и повышения качества медицинской помощи необходимо разработать критерии отбора случаев летальных исходов для разбора на КИЛИ, утвердить формализованный протокол разбора дефектов медицинской помощи на КИЛИ, осуществлять четкую формулировку управленческих решений по выявленным дефектам, проводить персонифицированный учет дефектов оказания медицинской помощи.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЕЛКОВ ГОРНОЙ ШОРИИ

Е. Ю. ЧЕРНЯВСКАЯ^{1,2}, Д. П. ЦЫГАНКОВА²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

² Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального
образования *«Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Кемерово, Россия*

Введение. Проблема ожирения – одна из актуальнейших проблем нашего времени. По данным ВОЗ, около 30 % населения в экономически развитых странах имеют массу тела, превышающую норму на 20 % и более. Отмечено, что ожирение чаще наблюдается у женщин и в возрастных группах старше 50 лет. Имеются указания на большую распространенность ожирения среди сельского населения. Ожирение является фактором риска таких заболеваний, как атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет. Ожирение повышает риск смерти, особенно в комбинации с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом. Установлено, что превышение массы тела по сравнению с нормой на 10 % увеличивает смертность в среднем на 30 %. В связи с этими данными ожирение следует рассматривать как важную медико-социальную проблему.

Цель. Оценить распространенность ожирения и избыточной массы тела у коренных народов и русского населения, проживающих в Горной Шории.

Материалы и методы. В течение двух лет были исследованы 521 человек, проживающие в пос. Усть-Кабырза, Ортон, Шерегеш, Мундыбаш, Темир-Тау, из них русских мужчин – 52, женщин – 203; шорцев мужчин – 94, женщин – 172. Возраст обследованных составил 18–75 лет. Всем пациентам был измерен рост и вес, определен индекс массы тела. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0 и вычислением критерия хи-квадрат и хи-квадрат с поправкой Йетса.

Результаты. В результате проведенного исследования выявлена более высокая частота избыточной массы тела у русских мужчин – 28,8 %

(15 человек) в сравнении с мужчинами шорской национальности – 12,8 % (12 человек) ($p=0,0166$). Распространенность ожирения у русских мужчин также достоверно выше, чем у мужчин-шорцев ($p=0,0000$). Так, у русских мужчин выявлено 30,8 % случаев ожирения (16 человек). Из них ожирение 1-й степени составило 68,8 % (11 случаев), ожирение 2-й степени – 31,3 % (5 случаев), ожирения 3-й степени выявлено не было. У мужчин-шорцев всего выявлено 2,1 % (2 случая) ожирения 1-й ст., ожирения 2-й и 3-й степени выявлено не было. При изучении распространенности избыточной массы тела у женского населения Горной Шории наблюдалась тенденция более высокой частоты данной патологии у русских женщин – 31 % (63 случая) по сравнению с женщинами-шорками – 27,9 % (48 случаев), однако статистических различий в данном случае выявлено не было ($p=0,5086$). Частота ожирения у русских женщин достоверно выше, чем у шорок ($p=0,0000$). Так, у русских женщин выявлено 35,5 % (72 случая) ожирения. Из них ожирение 1-й степени составило 51,4 % (37 случаев), 2-й степени – 26,4 % (19 случаев), 3-й степени – 22,2 % (16 случаев). У шорок выявлено 13,4 % (23 случая) ожирения, из них: 78,3 % (18 случаев) ожирения 1-й степени, 21,7 % (5 случаев) – 2-й, ожирения 3-й степени выявлено не было.

Заключение. Согласно полученным данным, распространенность ожирения выше среди русского населения, проживающего на территории Горной Шории, чем среди шорцев. Выявленная разница в данных этнических группах, живущих на одной территории, возможна вследствие различий характера питания и генетических особенностей населения.

УРОВЕНЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА КАК ИНДИКАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВНЕШНЕСРЕДОВОГО ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

А. В. ШАБАЛДИН¹, Л. А. ГЛЕБОВА², А. В. БАЧИНА², Е. Л. СЧАСТЛИВЦЕВ³

¹ *Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

² *Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены
и эпидемиологии в Кемеровской области», Кемерово, Россия*

³ *Кемеровский филиал Федерального государственного бюджетного учреждения
«Научно-исследовательский институт вычислительной техники»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Было показано, что врожденные пороки сердца (ВПС) являются доминирующей нозологией среди всех модельных врожденных пороков развития (ВПР), мониторируемых с учетом рекомендаций EUROCAT (Шабалдин А. В., Глебова Л. А., 2010). Известно, что для комплексной оценки возможной экологической опасности предлагается использовать уровень ВПР, отражающих степень тератогенного воздействия на популяцию (Лещенко Я. А., Мыльникова И. В., Маркелова Л. Г., 2001). В Кемерове сконцентрированы крупные предприятия углеперерабатывающей, химической, энергетической, строительной и других отраслей промышленности. Эти предприятия совместно с автотранспортом являются источниками тератогенов и ксенобиотиков с выраженными патогенными свойствами. Исходя из этого, **целью** настоящей работы явилось изучение динамики и тенденции врожденных пороков сердца у детей Кемерово, а также установление взаимосвязи между факторами среды обитания и частотой выявления врожденных пороков сердца.

Материалы и методы. Для изучения уровня ВПС у новорожденных и детей использованы данные официальной медицинской статистики департамента здравоохранения Кемеровской области по форме № 31; извещения на ребенка с врожденными пороками развития (форма № 025-11/у-98), полученные из медико-генетической консультации за период с 1993 по 2012 год (всего проанализировано 5 222 извещения). Изучение перечня и объема выбрасываемых загрязняющих веществ в атмосферу городов Кузбасса проведено по данным департамента природных ресурсов и экологии Кемеровской области «Доклад о состоянии и охране окружающей среды Кемеровской области» за 1993–2012 годы. Статистическую обработку проводили с помощью MS Excel (MP «Социально-гигиенический мониторинг. Анализ меди-

ко-демографических и социально-экономических показателей на региональном уровне», утв. приказом Роспотребнадзора от 20.09.2010 № 341). Использовали пакет программ Statistica 6.0 для изучения статистической значимости различий двух независимых групп и связи признаков – методом ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждения. Анализ полученных данных показал, что уровень рождения детей с ВПС в Кемерове составил в 2012 году 64 случая на тысячу родов. По этому показателю административные районы Кемерово были сопоставимы. Максимальное количество детей с ВПС рождалось в Заводском районе (69,8 %), а минимальное – в Кировском административном районе Кемерово (51,2 %). Многолетний мониторинг ВПС показал наличие стабильного статистически значимого темпа роста. Так, уровень ВПС в 2012 году в 1,7 раза превышал исходный показатель 1993 года. При исследовании структуры нозологических форм ВПС по административным районам Кемерово различий не установлено, что указывает на однородность макроэкологического воздействия в пределах Кемерово. При проведении анализа взаимосвязи между степенью антропогенного загрязнения атмосферного воздуха промышленными поллютантами и частотой выявления пороков сердца у детей получены достоверные корреляционные зависимости с прямой сильной связью между уровнем ВПС и суммарным объемом выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух от стационарных источников ($r=0,89$; $p=0,00681$), в том числе с выбросами газообразных и жидких веществ ($r=0,89$; $p=0,0068$), углеводов ($r=0,96$; $p=0,0005$), метана ($r=0,96$; $p=0,00045$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что уровень ВПС может быть дополнительным биологическим маркером экологической опасности для населения крупного промышленного центра.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОГРАНИЧНЫХ ЗНАЧЕНИЙ СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО СОСУДИСТОГО ИНДЕКСА С КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ ИБС

А. В. ЩЕГЛОВА, А. Н. СУМИН, Н. В. ФЕДОРОВА, Е. А. ЖУЧКОВА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Степень эластичности артерий активно изучается в последние годы. Воздействие на факторы риска способствует нормализации эластичности сосудистой стенки, поэтому данный показатель целесообразно использовать для оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Для оценки жесткости артерий предложено использовать сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ), который не зависит от уровня артериального давления, поэтому его удобно использовать при динамическом наблюдении. Ранее к патологическим значениям относили СЛСИ, равный 9,0 и более, к нормальному – менее 9,0. В последнее время предложено выделять пограничные значения СЛСИ (8,0–9,0).

Цель. Изучить взаимосвязь пограничных значений СЛСИ с клинико-инструментальными показателями у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 356 пациентов (возраст от 33 лет до 81 года, в среднем – $59 \pm 8,2$ года), поступивших в клинику НИИ КПССЗ СО РАМН для подготовки к плановому оперативному вмешательству на коронарных артериях (КА). Пациентам проводили исследование жесткости периферических артерий с оценкой СЛСИ с помощью прибора VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi, Япония). Были выделены три группы: I группа ($n=125$) – пациенты со значением СЛСИ $<8,0$, II группа ($n=106$) – пациенты со значением СЛСИ 8,0–9,0 и III группа ($n=125$) – пациенты со значением СЛСИ $>9,0$. Оценивали клинико-анамнестические данные, показатели эхокардиографии (ЭхоКГ), цветного дуплексного сканирования (ЦДС) экстракраниальных артерий, данные коронарной ангиографии (КАГ), а также клинические и биохимические лабораторные показатели. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. Пациенты с пограничным СЛСИ были старше, чем больные с нормальным значени-

ем СЛСИ, но моложе больных с патологическим СЛСИ ($p<0,05$). Не удалось найти различий по показателям липидного комплекса, уровню глюкозы и креатинина. По данным ЭхоКГ выявлены различия между группами по размерам левого предсердия, конечно-диастолическому размеру и фракции выброса левого желудочка, однако межгрупповые сопоставления не выявили различий с требуемым уровнем статистической значимости. При сопоставлении результатов КАГ достоверных различий выявлено не было. Поражение одного сосудистого бассейна встречалось чаще в группе СЛСИ $<8,0$ (у 68,8 %), и редко с СЛСИ $>9,0$ (в 58,8 % случаев; $p<0,05$). Обратная тенденция наблюдалась при оценке поражений двух сосудистых бассейнов. В группе СЛСИ $<8,0$ они выявлены в 24 %, в группе с СЛСИ $>9,0$ – в 40,8 % ($p=0,16$). С увеличением СЛСИ процент выявления мультифокального атеросклероза со стенозом артерий ≥ 30 % возрастал с 30,4 % в I группе до 38,7 % – во II, 46,4 % – в III ($p=0,03$ для тренда). Различия между группами I и III были статистически достоверны. Также стенозы каротидных артерий ≥ 30 % одинаково часто встречались у больных с пограничным СЛСИ (20,75 %) и при патологическом СЛСИ (20,8 %), что было достоверно выше, чем у больных с нормальным СЛСИ (9,6 %).

Заключение. У больных ИБС нормальные значения СЛСИ выявлены в 35,1 % случаев, пограничные – в 29,8 %, патологические – в 35,1 % случаев. Больные ИБС с пограничными значениями СЛСИ по распространенности факторов риска занимают промежуточное положение. У больных с пограничными и патологическими значениями СЛСИ чаще выявляются стенозы каротидных артерий ≥ 30 %. Распространенность коронарного атеросклероза и структурные показатели ЭхоКГ не различались в трех изученных группах. Выделение больных с пограничными значениями СЛСИ целесообразно для динамического наблюдения за лечебными и профилактическими вмешательствами.