

профилактической работы МС. Конечной целью любой школы является подготовка больного к самостоятельному управлению своим здоровьем, сохранению качества жизни, достижению стабилизации течения заболевания, снижению числа осложнений (Атласова И.В. с соавт, 2008).

Независимая сестринская помощь, способствует вовлечению пациента в обучающий процесс, повышению его личного вклада в профилактику ХНСОБ, повышению степени удовлетворенности от лечения и общения с МС. Обучение в школе проходит в форме чередующихся теоретических и практических занятий, на которых МС играет роль наставника. Применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с ХНСОБ, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение (Поляков И.В. с соавт., 2009).

В силу ряда причин независимые сестринские вмешательства не получили в нашей стране широкого распространения, в то время когда в экономически развитых государствах Европы и США они являются основой системы здравоохранения, особенно его первичного звена. Сложившаяся ситуация является основанием для разработки научных основ использования независимых сестринских вмешательств и планомерному их внедрению в систему первичной медико-санитарной помощи населению с учетом последних достижений медицинского менеджмента и логистики.

## **ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ СПИРОНОЛАКТОНА И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Камышникова Л.А.**

Научный руководитель: Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский  
университет

**Актуальность:** Среди проблем современной кардиологии ведущее место занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН), определяющая структуру инвалидизации, летальности и смертности больных. Доля больных ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ССФ ЛЖ) в амбулаторной практике достигает 80%.

Спиронолактон препятствует в сердце активации фибробластов, росту коллагенового матрикса и развитию интерстициального миокардиального фиброза, приводит к остановке прогрессирования ХСН (Михайлов И.Б., 2010). Тем не менее, в первичном звене здравоохранения спиронолактон назначается редко, недостаточно изучено его применение на ранних стадиях и на рестриктивный тип диастолической дисфункции ЛЖ. Известно также,

что достаточно выраженным эндотелиопротективным действием обладают статины. Кроме того, синергическое действие антагонистов альдостерона и статинов как препаратов, позитивно влияющих на структурно-функциональные показатели миокарда, ранее не изучалось.

**Целью** исследования явилось изучение изменения структурных показателей сердца на фоне комплексной терапии, включающей спиронолактон и аторвастатин у больных ХСН с ССФ ЛЖ.

**Материалы и методы:** Обследовано 86 амбулаторных больных с ХСН ССФ ЛЖ (фракция выброса ФВ ЛЖ >45%) I— III функционального класса (ФК), средний возраст  $62,3 \pm 8,7$  года. Все больные получали комплексную медикаментозную терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, при необходимости получали сердечные гликозиды, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, диуретики, антиагреганты. Основная группа больных получала спиронолактон в дозе 25-50 мг – 1 раз в день и аторвастатин в дозе 20 мг – 1 раз в день в течении 12 месяцев, в группе сравнения спиронолактон и аторвастатин не назначался.

Структурно-функциональные параметры сердца оценивались с помощью эхокардиографии, проводимой по общепринятой методике в М-модальном режиме. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась по результатам исследования трансмитрального диастолического кровотока в импульсном доплеровском режиме, по соотношению максимальной скорости раннего пика Е и систолы предсердия А, а также времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT). Для верификации нормального и рестриктивных типов (II и III) трансмитрального потока проводили оценку потока в лёгочных венах методом импульсной доплерографии по стандартной методике с определением скоростей систолического потока (S), раннего диастолического потока (D), позднего диастолического (обратного) потока (aR) (Ткаченко С.Б., 2006).

Оценка систолической функции желудочков проводилась в нашем исследовании по ФВ ЛЖ, сердечному индексу, индексу ударного объема, индексу конечного систолического объема ЛЖ, индексу конечного диастолического объема ЛЖ, также по конечным диастолическим размерам левого желудочка, индексу массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ). Гипертрофию левого желудочка диагностировали при ИММЛЖ 125 и более у мужчин и 110 и более у женщин. Для определения типа гипертрофии дополнительно рассчитывалась относительная толщина стенки ЛЖ.

**Результаты и обсуждение:** В основной группе на 14,3% ( $p < 0,05$ ) увеличилось число лиц с I типом ДД. В контрольной группе не было достоверных отличий.

Число лиц с нормальной конфигурацией ЛЖ выросло к концу исследования на 16,1% ( $p < 0,05$ ), на 11,7% уменьшилось количество лиц с концентрическим ремоделированием ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе не было достоверных изменений. Достоверных изменений показателей систолической функции в основной и контрольных группах не зафиксировано.

Таким образом, доказано, что при сочетанном применении спиронолактона и аторвастатина улучшилась диастолическая функция левого желудочка, развились позитивное деремоделирование, трансформация рестриктивного и псевдонормального типа диастолической дисфункции к типу с замедленной релаксацией.

## **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

**Коновалова Л.В.**

Научный руководитель: доц., к.м.н. Алферов П.К.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра внутренних болезней №1

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

**Актуальность проблемы.** Артериальная гипертензия (АГ) – лидирующий фактор риска преждевременной смерти. Согласно заключению ВОЗ, она является причиной 54% сердечно-сосудистых смертей. С целью улучшения ведения пациентов с АГ, необходимо учитывать оценку общего сердечно-сосудистого риска и важность снижения артериального давления (АД).

Активный интерес привлечен к изучению вариабельности АД. Вариабельность АД определяют как диапазон колебаний АД за определенный период времени. Для пациентов с АГ патогномично повышение вариабельности АД. Ряд исследований показал, что у пациентов с АГ систолическое АД является важным предиктором инсульта и коронарных событий, независимо от среднего АД. Установлено, что польза терапевтического вмешательства более обусловлена уменьшением вариабельности АД, нежели влиянием снижения среднего АД. Следовательно, для более эффективной профилактики осложнений антигипертензивные препараты должны не только снижать АД, но и уменьшать его вариабельность.

В рекомендациях по диагностике и лечению АГ IV пересмотр, принята вариабельность АД как прогностически значимый критерий оценки АГ, отмечена целесообразность применения лекарственных препаратов для ее уменьшения. Наиболее изученной является фиксированная комбинация амлодипина и периндоприла (ASCOT).

**Цель работы.** Определение вариабельности систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) у пациентов с неконтролируемой АГ, на фоне приема фиксированной комбинации лекарственных препаратов амлодипина и периндоприла.

**Материалы и методы.** Обследовано 10 больных эссенциальной АГ, из них 7 мужчин в возрасте  $55,6 \pm 3,1$  лет, 3 женщины в возрасте  $57 \pm 8,9$  лет. АГ 2 степени установлена у 6 человек (60%), АГ 3 степени – у остальных (40%).