

дистанция ТШХ при выписке соответствовала расчетной норме. Результаты теста ЭЛандольта показали положительную динамику УР пациентов: СПИ при поступлении (СПИ1) составляла  $1,19 \pm 0,36$  бит/с, а перед выпиской (СПИ2) –  $1,37 \pm 0,40$  бит/с ( $p < 0,05$ ); П при поступлении (П1) составляла  $250,03 \pm 78,80$  балла, перед выпиской (П2) –  $291,38 \pm 89,54$  балла ( $p < 0,05$ ). У большинства пациентов при выписке из центра показатели УР были высокими и выше средних. Дистанция ТШХ при поступлении имела прямую корреляционную связь с показателями УР: с СПИ1 ( $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ) и СПИ2 ( $r=0,23$ ,  $p=0,04$ ), с баллом П1 ( $r=0,27$ ,  $p=0,01$ ) и П2 ( $r=0,24$ ,  $p=0,03$ ). Дистанция ТШХ при выписке также имела прямую корреляционную связь с показателями УР: с СПИ2 ( $r=0,26$ ,  $p=0,02$ ), с баллом П2 ( $r=0,28$ ,  $p=0,01$ ).

**Заключение.** Выполнение программы реабилитации сопровождается повышением и нормализацией физической и умственной работоспособности у большинства пациентов. Имеется прямая корреляционная связь между физической и умственной работоспособностью пациентов, проходящих реабилитацию после операции АКШ.

## Влияние триметазида на толерантность к физической нагрузке пациентов, проходящих II этап кардиореабилитации после операции аортокоронарного шунтирования

Александров П.В.<sup>1</sup>, Перепеч Н.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центр сердечной медицины «Черная речка»; <sup>2</sup>НКиОЦ «Кардиология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Оценить влияние триметазида (ТМЗ) на толерантность к физической нагрузке (ТФН) пациентов, проходящих II этап кардиореабилитации после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 125 пациентов (115 мужчин и 10 женщин, средний возраст  $59,86 \pm 8,16$  года), поступивших на II этап кардиореабилитации после операции АКШ. Пациенты были разделены на 2 группы – основную (ТМЗ 35 мг 2 раза в день,  $n=30$ ) и контрольную (без ТМЗ,  $n=95$ ). Все пациенты получали базовую терапию и стандартную программу реабилитации. Обследование проводилось в 1 и 21-е сутки пребывания в реабилитационном центре. ТФН оценивали с помощью теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) в соответствии с рекомендациями Американского торакального общества 2002 г. Для каждого пациента были рассчитаны референсные нормальные значения дистанции ТШХ.

**Результаты.** Исходные клинико-демографические характеристики пациентов двух групп не отличались: 57,9% пациентов контрольной группы и 63,3% пациентов основной группы имели сниженные результаты ТШХ при поступлении. Дистанция ТШХ увеличилась как в основной, так и в контрольной группе: с  $382,1 \pm 87,6$  до  $489,9 \pm 62,6$  м ( $p < 0,05$ ) и с  $394,9 \pm 93,2$  до  $471,7 \pm 73,0$  м ( $p < 0,05$ ) соответственно. Увеличение дистанции в основной группе было выше, чем в контрольной:  $107,8 \pm 70,1$  м vs  $76,8 \pm 56,9$  м ( $p < 0,05$ ). 83,16% пациентов контрольной группы и 96,7% пациентов основной группы имели нормальные результаты ТШХ при выписке.

**Заключение.** Применение ТМЗ увеличивает ТФН пациентов, проходящих II этап кардиореабилитации после операции АКШ.

## Применение теста экспресс-диагностики работоспособности для оценки эффективности II этапа кардиореабилитации после операции аортокоронарного шунтирования

Александров П.В.<sup>1</sup>, Перепеч Н.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Центр сердечной медицины «Черная речка»; <sup>2</sup>НКиОЦ «Кардиология» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Оценить эффективность реабилитационных мероприятий после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) в части, касающейся восстановления умственной работоспособности (УР), с помощью теста экспресс-диагностики работоспособности и функционального состояния человека М.П.Мороз и определить валидность теста.

**Материал и методы.** В исследование были включены 95 пациентов (8 женщин и 87 мужчин, средний возраст  $60,03 \pm 8,36$  года), поступивших на II этап реабилитации после операции АКШ. Все пациенты получали базовую терапию и стандартную программу реабилитации. Обследование проводилось в 1 и 21-е сутки пребывания в реабилитационном центре. Для оценки УР использовалась компьютеризированная методика экспресс-диагностики работоспособности, основанная на статистическом анализе латентных периодов простой зрительно-моторной реакции. Для определения конвергентной валидности методики в качестве внешнего критерия использовался тест диагностики работоспособности ЭЛандольта в модификации В.Н.Сысоева. Был проведен анализ корреляций результатов теста экспресс-диагностики со скоростью переработки информации (СПИ) и продуктивностью (П) в тесте ЭЛандольта.

**Результаты.** Показатель УР по методике экспресс-диагностики при поступлении (УР1)  $0,85 \pm 0,73$  у.е., при выписке (УР2) –  $1,31 \pm 0,68$  у.е., различия статистически значимые ( $p < 0,05$ ). УР возросла у 76,8% пациентов. Сниженная и значительно сниженная УР регистрировалась у 53,7% пациентов при поступлении и только у

34,7% – после окончания реабилитации. Показатели УР по методике экспресс-диагностики имели прямую статистически значимую корреляционную связь с показателями теста УР ЭЛандольта: УР1 с СПИ1 ( $r=0,22$ ,  $p<0,05$ ), УР1 с П1 ( $r=0,27$ ,  $p<0,05$ ), УР2 с СПИ2 ( $r=0,42$ ,  $p<0,05$ ), УР2 с П2 ( $r=0,43$ ,  $p<0,05$ ).

**Заключение.** Выполнение программы II этапа кардиореабилитации после операции АКШ сопровождается повышением и нормализацией УР у большинства пациентов. Валидность теста экспресс-диагностики работоспособности подтверждается значимыми корреляциями с показателями теста УР ЭЛандольта.

## Гипертриглицеридемия при остром коронарном синдроме: нужна ли терапия фибратами?

Алиева М.С., Мазинг А.В., Яковлев А.Н., Нифонтов Е.М.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России; ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Оценить влияние коррекции гиперлипидемии фибратами на выраженность иммунного воспаления в ранние сроки заболевания и ближайший прогноз у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

**Материал и методы.** В исследование включены 92 пациента с ОКСбпST с гипертриглицеридемией (ГТГ) $>1,7$  ммоль/л и 66 – без ГТГ, которые были отнесены к 1-й контрольной группе. В результате рандомизации 45 пациентов с выявленной ГТГ в дополнение к терапии статином получали фенофибрат в дозе 145 мг в течение 4 нед, пациенты 2-й контрольной группы ( $n=47$ ) получали только статины. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и основным факторам риска. В 1 и 7-й день осуществлялся забор крови на маркеры иммунного воспаления: С-реактивный белок, определенный высокочувствительным методом (CRPhs), и молекулы адгезии sVCAM-1. Содержание CRPhs определялось с использованием набора C-reactive Protein (Latex) High Sensitive Cobas фирмы Roche (Швейцария) методом турбидиметрии. Уровень растворимого человеческого sVCAM-1 определялся в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора реагентов, поставляемых ЗАО «БиоХимМак» Bender MedSystems. Комбинированной конечной точкой считали неблагоприятные события за период наблюдения в течение 3 мес: летальный исход, повторный инфаркт миокарда, рецидив стенокардии.

**Результаты.** Комбинированная терапия с применением статина и фенофибрата ни в одном случае не привела к развитию побочных эффектов. В течение 1-й недели заболевания выявлена положительная динамика в показателях липидограммы, включая снижение концентрации триглицеридов, CRPhs, молекул адгезии sVCAM-1, однако дополнительного эффекта фенофибрата, по сравнению с контрольной группой, получавшей только статины, не обнаружено. Тем не менее выявились различия в исходе заболевания к 3-му месяцу наблюдения: неблагоприятные исходы реже развиваются в группе, получавшей в дополнение к статину микромодифицированный фенофибрат. Через 12 нед от момента включения пациентов в исследование в группе без ГТГ неблагоприятные события развились у 15,2% больных, среди пациентов с ГТГ: в 1-й группе (статины и фибрат) неблагоприятный исход отмечен у 20,6%, во 2-й (только статины) – у 30%. Выявление высокого уровня повышения маркеров воспаления – CRPhs, молекул адгезии sVCAM-1 наряду с высоким уровнем МВ-креатинфосфокиназы и тропонина I, а также многососудистой коронарной обструкцией – ассоциировалось с более высоким риском летального исхода.

**Заключение.** ГТГ должна быть изучена как возможный неблагоприятный прогностический фактор при ОКСбпST. Назначение фенофибрата при ГТГ у больных с ОКСбпST не оказывает быстрого влияния на выраженность иммунного воспаления, но может улучшить ближайший прогноз.

## Оценка клинической эффективности розувастатина у больных ишемической болезнью сердца в раннем послеоперационном периоде

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д., Раджабова Д.И., Азизов Ш.И., Тошев Б.Б.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность приема розувастатина у больных в раннем послеоперационном периоде после вмешательств на коронарных артериях (КА).

**Материал и методы.** В исследование включены 32 больных, перенесших транслюминальную баллонную ангиопластику (ТЛБАП) со стентированием КА, имевших повышенное содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ). Изучали уровень ОХС, ТГ на 10–14-й день после реваскуляризации и через 8 нед после приема препарата. Назначался препарат розувастатин (Розува) в дозе 10 мг/сут, при недостаточном эффекте через 8 нед дозу увеличивали до 20 мг/сут (у 14 пациентов).

**Результаты.** Средний уровень ОХС на момент начала приема препарата составил 6,7 ммоль/л. Через 8 нед приема целевых значений ОХС ( $<4,5$  ммоль/л) достигли 19 пациентов ( $p<0,005$ ). При исходном уровне