

ОХС < 6,7 ммоль/л целевых значений ОХС достигли 16 из 18 пациентов ( $p < 0,01$ ), при исходном уровне ОХС > 6,8 ммоль/л – 1 из 12 пациентов ( $p > 0,05$ ). Пациентам, не достигшим целевых значений, доза Розува была увеличена до 20 мг. При приеме Розува в дозе 20 мг целевых значений достигли все пациенты ( $p < 0,001$ ). Средний уровень ТГ составлял до начала приема 2,2 ммоль/л. При приеме 10 мг розувастатина нормальных значений (< 1,7 ммоль/л) достигли 18 из 32 пациентов ( $p < 0,05$ ). При приеме 20 мг препарата все пациенты достигли целевых значений ( $p < 0,001$ ). Таким образом, прием Розува в дозе 10 мг/сут у пациентов после стентирования КА позволил достичь целевых значений ОХС у 65,3% ( $p < 0,01$ ), ТГ у 40% пациентов ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что степень достижения целевого уровня ОХС зависела от его исходного уровня в плазме. У пациентов с исходным уровнем ОХС < 6,7 ммоль/л прием Розува в дозе 10 мг/сут обеспечивал достижение целевых значений ОХС в 94% случаев ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Учитывая важность быстрой коррекции уровня липидов после коронарных вмешательств, у пациентов с уровнем ОХС > 6,5 ммоль/л целесообразно назначать препарат в дозе 20 мг с последующей коррекцией его дозы.

## Тромбоцитограмма больных ишемической болезнью сердца в динамике гирудотерапии

Аляви А.Л., Садыкова Г.А., Узенбаева Ф.В.

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

**Цель.** Определить прогностическое значение тромбоцитограммы, агрегометрических и коагулологических показателей до и после гирудотерапии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** В исследование включены 43 больных ИБС со стенокардией напряжения II–III функционального класса без и в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Проведено изучение цитоморфологической характеристики тромбоцитов (Тр) периферической крови (С.Т.Наджимитдинов), коагулологические и агрегометрические исследования на аппарате AP 2110 («SOLAR», Беларусь). Больным на фоне комплексного стандартного лечения были назначены 4–5 курсов гирудотерапии на биологически активные точки (поочередно на проекции печени, сердца). С учетом изменения цитоморфологии Тр соответственно их реакции освобождения от содержимого проведен сравнительный анализ качественной характеристики по количеству адгезированных Тр, агрегации Тр в зависимости от потенциальных тромбоцитарных тромбов, показателей артериального давления (АД), агрегометрических показателей, содержания фибриногена, состояния коронарного, мозгового кровообращения у каждого пациента.

**Результаты.** В исследовании получены данные, указывающие, что главным и решающим моментом возникновения тромбоза любого кровеносного сосуда в организме является начальное образование микро-тромбоцитарного тромба. Чем продолжительнее и тяжелее протекала АГ, ХСН при ИБС, тем раньше возникала тенденция к агрегации Тр. По мере прогрессирования болезни в препаратах – мазках крови встречались адгезированные Тр, малые, средние и крупные агрегаты, что имеет существенное значение в образовании тромбоцитарных тромбов. По мере прогрессирования адгезии Тр поверхность Тр становится шероховатой, появляются псевдоподии, и адгезия персистирует в агрегацию 1, 2-й степени с выделением тромбосана  $A_2$  и других веществ, вследствие чего молодые Тр становятся отработанными. Данный процесс коррелирует с клиническим течением заболевания и быстрой, стойкой дезагрегацией на агрегометре и не коррелирует с содержанием фибриногена. По мере снижения АД происходит уменьшение средних и крупных агрегатов в динамике лечения гирудотерапией. После 4–5 процедур гирудотерапии выявлено уменьшение степени адгезии и агрегации Тр. Выявлена идентичность результатов изменения при микроскопическом и агрегометрическом исследовании Тр.

**Заключение.** Клиническое значение агрегационной характеристики Тр позволяет прогнозировать исход АГ и ХСН при ИБС. Проведенные исследования показали наличие определенной закономерности возникновения и развития тромбоцитарной агрегации в периферической крови в зависимости от функционального класса ИБС, выраженности ХСН и АГ.

## Дозирование тренирующей нагрузки в условиях умеренной высотной гипоксии у больных после коронарного шунтирования

Амиянц В.Ю.

ФГБУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии»  
ФМБА России. Филиал – Кисловодская клиника, Кисловодск, Россия

В процессе реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования (КШ) большое значение имеют физические тренировки (ФТ). В настоящее время имеется несколько подходов к дозированию физических нагрузок (ФН) в процессе ФТ. Наиболее часто предлагается дозировать уровень ФН по тренировочному пульсу (ТП). Описаны различные методы определения величины ТП, который может составлять от 50 до 85% от пороговой частоты сердечных сокращений (ЧСС), достигнутой больным во

время велоэргометрии (ВЭМ); или предлагается определять величину ТП по тому уровню ЧСС, когда при спироэргометрии наступает порог анаэробного обмена. Эти подходы предполагают проводить ФТ при заданном больном уровне ЧСС. Вместе с тем существует мнение, что данные способы индивидуализации ФТ не учитывают эндогенную ритмику двигательной активности (ДА) каждого больного, которая выражается в преобладании в скелетных мышцах волокон «быстрого» или «медленного» типа, и предлагается использовать методы ФТ без навязывания ритма ДА. Наличие большого количества подходов к дозированию тренирующей ФН демонстрирует сложность проблемы и показывает, что каждый из предлагаемых методов не может быть признан универсальным. В частности, методы ФТ со стандартным уровнем тренировочной нагрузки, по нашему мнению, не учитывают концепцию «динамического» стеноза коронарных артерий, которая объясняет значительные индивидуальные колебания пороговой ФН за счет возможности изменений сужения просвета коронарной артерии у одного больного от 40 до 90%. Следовательно, несмотря на точность упомянутых методов определения ТП, последний не гарантирует полную адекватность ФТ. В частности, при Холтеровском мониторировании (ХМ) ЭКГ мы часто наблюдали возникновение безболевой ишемии миокарда (БИМ) и опасных нарушений ритма сердца в процессе ФТ при величинах частоты пульса даже меньших, чем ТП, рассчитанный по данным ВЭМ. С другой стороны, во время ФТ в условиях полностью свободного выбора нагрузки мы также регистрировали проявления БИМ и желудочковую экстрасистолию высоких градаций. Это связано с неадекватностью субъективной оценки больными своего состояния.

**Заключение.** Проблема индивидуализации ФТ больных ИБС после КШ заслуживает пристального внимания и дальнейшего изучения. Для условий Кисловодского терренкура наиболее оптимальны методы ФТ с варьирующим уровнем нагрузки в индивидуально подобранном диапазоне колебаний ТП. Для определения индивидуального режима ФТ необходимо учитывать: 1) пороговый уровень ЧСС (ТП в условиях умеренной высотной гипоксии должен составлять  $\approx 50\text{--}60\%$  порогового); 2) данные ХМ ЭКГ и ЭхоЭКГ; 3) клинические проявления переносимости ФТ, которые не должны приводить к дискомфорту; 4) наблюдение за больными во время ФТ целесообразно проводить в режиме реального времени разработанными нами методами телеметрического контроля ЭКГ с применением технологий GPS-навигации и GPRS-связи.

## Выраженность различий между уровнями клинического и амбулаторного артериального давления зависит от психологического статуса пациентов с артериальной гипертензией

Андреева Г.Ф., Молчанова О.В., Деев А.Д., Горбунов В.М.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Артериальное давление (АД) на визите у врача (клиническое АД) по разным причинам может отличаться от показателей АД, полученных в амбулаторных условиях (амбулаторное АД).

**Цель.** Выявить факторы психологического статуса (ПС), влияющие на выраженность различий между уровнями клинического и амбулаторного АД.

**Материал и методы.** Была проанализирована база данных 5 исследований, включающая результаты 508 суточных мониторирований АД (СМАД). Критерии включения в анализ результатов СМАД были следующие: 1) наличие у больных (без серьезных сопутствующих заболеваний) стабильной артериальной гипертензии (АГ); 2) проведение СМАД при помощи прибора SpaceLabs 90207 в период отмены антигипертензивной терапии; 3) начало проведения СМАД в 10:00–10:30; 4) период отмены препарата перед включением в исследование 1–2 нед. Показатель, характеризующий различие между клиническим и амбулаторным АД, определялся как разность между клиническим и средним дневным АД, полученная при помощи СМАД. После проведения СМАД пациенты заполняли психологический опросник СМОЛ (В.П.Зайцев и соавт.) – сокращенная версия Minnesota Multiphase Personality Inventory.

**Результаты.** Среднее ( $M \pm SD$ ) дневное систолическое АД составило  $142,1 \pm 14,5$ , диастолическое –  $89,1 \pm 9,9$  мм рт. ст. Найденны следующие достоверные корреляционные связи ( $r$ ) между выраженностью различий уровня клинического и амбулаторного АД и ПС: 1) отрицательные – с уровнем эмоциональной напряженности, агрессивности, стремлением к лидерству – показатели шкал F и 6 ( $r = -0,20$  и  $-0,17$  соответственно); 2) положительные – с уровнем поведенческой и эмоциональной импульсивности – шкалы 3, 4 ( $r = -0,19$  и  $-0,27$  соответственно), с социальной конформностью и высоким самоконтролем поведения – шкалы K, 7 ( $r = 0,17$  и  $0,27$  соответственно). Таким образом, высокие показатели шкал F и 6, характеризующие эмоциональную напряженность, агрессивность, стремление к лидерству, нивелируют разность между клиническим и амбулаторным АД. Напротив, высокие показатели шкал 3, 4, K, 7, которые отражают поведенческую и эмоциональную импульсивность в сочетании с высоким уровнем самоконтроля поведения и социальной конформности, способствуют увеличению различий между клиническим и амбулаторным АД.

**Заключение.** Высокая эмоциональная напряженность, агрессивность, стремление к лидерству нивелируют разницу между клиническим и амбулаторным АД. Напротив, поведенческая и эмоциональная импульсивность в сочетании с высоким самоконтролем поведения и социальной конформностью способствуют увеличению разницы между клиническим и амбулаторным уровнем АД.