

Материал и методы. В исследование были включены 104 мужчины (54,8±8,2 года) с ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения I–III функционального класса на фоне ожирения (индекс массы тела 34,26±2,80 кг/м²). Из исследования были исключены пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда. Были выделены 2 группы пациентов: 1-я группа с тЭЖТ≥7 мм (n=49), 2-я – пациенты с тЭЖТ<7 мм (n=55). Всем пациентам проводилась оценка основных адипокинов висцеральной жировой ткани (лептин, адипонектин, резистин). Оценка структуры и функции миокарда проводилась с помощью ЭхоКГ. Степень ЭО оценивалась с помощью ЭхоКГ (определялась линейная тЭЖТ за свободной стенкой правого желудочка – ПЖ в конце систолы в В-режиме).

Результаты. Было выявлено, что у пациентов 1-й группы (тЭЖТ≥7 мм) показатели лептина – 19,9 (11,3; 25,6) нг/мл и резистина – 12,6 (5,9; 18,6) нг/мл были выше, чем во 2-й группе (тЭЖТ<7 мм), – 9,3 (6,8; 13,2) нг/мл ($p=0,001$) и 8,3 (1,8; 11,7) нг/мл ($p=0,028$) соответственно. Уровень адипонектина в 1-й группе был ниже, чем во 2-й, и составил 7,9 (5,2; 9,7) и 9,9 (7,7; 22,2) мкг/мл соответственно ($p=0,005$). Выявлено, что средние значения конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) в 1-й группе составили 132,67±15,67 и 51,89±8,31 мл и были значительно выше, чем у пациентов 2-й группы, – 124,45±12,69 мл ($p=0,005$) и 43,76±6,54 мл ($p=0,002$). Кроме того, у пациентов 1-й группы с тЭЖТ≥7 мм были выше размеры левого предсердия (ЛП) – 44,37±4,97 мм и конечный диастолический размер правого желудочка – 29,31±3,48 мм, чем у пациентов 2-й группы, – 40,54±2,98 мм ($p=0,001$) и 25,43±3,12 мм ($p=0,001$). Было выявлено, что показатель тЭЖТ положительно коррелировал с объемами левого желудочка: КДО ($r=0,364$; $p=0,001$), КСО ($r=0,392$; $p=0,001$) и отрицательно – с фракцией выброса по Симпсону ($r=-0,409$; $p=0,001$). Кроме того, показатель тЭЖТ определил положительную взаимосвязь с размерами ЛП ($r=0,218$; $p=0,030$). В 1-й группе диастолическая дисфункция (ДД) 1-го типа определялась у 28,5% (n=14) пациентов, во 2-й – у 14% (n=8). Кроме того, у 2 пациентов 1-й группы была выявлена ДД 2-го типа, у пациентов 2-й – данный вид ДД не встречался.

Заключение. В клинической практике может стать важной оценка степени ЭО, которая связана как с выраженностью нейрогуморальной активности самой ЭЖТ, так и активности в целом висцерального жира в организме. ЭО возможно является важным патогенетическим механизмом ремоделирования миокарда и модифицируемым фактором риска развития и прогрессирования ХСН.

Основы построения программы физической реабилитации для детей с функционально единственным желудочком сердца

Витомский В.В.^{1,2}, Лазарева Е.Б.¹, Позняк Ю.В.²

¹Национальный университет физической культуры и спорта Украины, Украина;

²ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии», Украина

Цель. Определить основы построения программы физической реабилитации детей с функционально единственным желудочком сердца (ФЕЖС).

Материал и методы. Анализ научной литературы, синтез, обобщение.

Результаты. Использование средств физической реабилитации как до, так и после оперативных вмешательств у детей положительно влияет на здоровье и качество жизни ребенка. Особенностью детей с ФЕЖС является их гемодинамика, а также то, что большинство из них подлежат этапному хирургическому лечению, которое направлено на гемодинамическую коррекцию, а не анатомическую. Целью программы физической реабилитации детей с ФЕЖС является улучшение физического здоровья и качества жизни. Задачи программы физической реабилитации: способствовать улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем; активизации экстракардиальных факторов кровообращения; формированию навыка правильной осанки; совершенствованию двигательных качеств; повышению толерантности к физическим нагрузкам; улучшению психоэмоционального статуса больного.

Программа физической реабилитации строится и реализуется на практике с учетом следующих принципов:

1. Рациональное и комплексное использование и расширение спектра средств физической реабилитации, их форм и методов применения с учетом механизма действия, патогенетической направленности и особенностей пациентов детской кардиохирургии.
2. Принцип партнерства специалиста по физической реабилитации, медицинских работников, ребенка и его родителей.
3. Целенаправленное и дифференцированное применение средств физической реабилитации в зависимости от этапа лечения, функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, характеристик осанки.

4. Последовательная коррекция функциональных нарушений в соответствии с задачами каждого из периодов физической реабилитации.

Поскольку дети с ФЕЖС не занимаются физическими упражнениями на уроках физической культуры в школе, то при обучении физическим упражнениям особенно важным является соблюдение дидактических принципов.

Заключение. Физическая реабилитация детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, является одной из самых сложных задач физической реабилитации, детской кардиологии и кардиохирургии. Для улучшения состояния здоровья, функциональных возможностей и социальной адаптации каждому больному необходим индивидуальный подход в проведении реабилитационных мероприятий.

Факторы, требующие учета при составлении программы физической реабилитации для детей с функционально единственным желудочком сердца

Витомский В.В.^{1,2}, Лазарева Е.Б.¹, Позняк Ю.В.²

¹Национальный университет физической культуры и спорта Украины, Украина;

²ГУ «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии», Украина

Цель. Определить факторы, влияющие на составление программы физической реабилитации детей с функционально единственным желудочком сердца (ФЕЖС).

Материал и методы. Анализ научной литературы, синтез, обобщение.

Результаты. При составлении программы реабилитации на всех ее этапах учитывается следующее: особенности гемодинамики; морфологические и анатомические особенности желудочка и всего сердца; характер и объем хирургического вмешательства, оперативный доступ; течение послеоперационного периода; степень проявления функциональных нарушений в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; уровень толерантности к физическим нагрузкам и уровень развития опорно-двигательного аппарата, вид нарушения статического стереотипа (осанки); социальная активность, возраст, пол. К особенностям гемодинамики относятся: степень коррекции (состояние после наложения анастомоза Гленна или операции Фонтена), соотношение объемов легочного и системного кровотока, среднее диастолическое давление в предсердии, желудочке, систолическое давление в легочной артерии, верхней и нижней полых венах, сопротивление сосудов легких, а также другие факторы, важность которых обуславливается анатомией и этапом гемодинамической коррекции. Следует считать более благоприятным состояние при ФЕЖС по левому типу и менее благоприятном – по правому, особенно при увеличенном конечно-диастолическом объеме желудочка. Учету подлежат также сократительная способность миокарда, недостаточность атриовентрикулярного клапана и обструкция на системном выводном тракте. Состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, уровень физического развития и показатели толерантности к физическим нагрузкам, так же как и течение послеоперационного периода, обуславливают сроки и степень активизации после операции, а также параметры физической нагрузки в отдаленном периоде. Вид нарушения статического стереотипа влияет на подбор специальных корректирующих упражнений. Социальная активность, возраст, пол обуславливают методику обучения физическим упражнениям и проведения процедуры лечебной гимнастики.

Заключение. Составление комплексной программы физической реабилитации для детей с ФЕЖС требует учета множества факторов как кардиологического, так и соматического профиля.

Применение эплеренона в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью, перенесших аортокоронарное шунтирование

Ворсин О.Э., Юдин В.Е., Чурсина Т.В., Сычев В.В.

Филиал №2 ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого»

Минобороны России, Москва

Цель. Оценить клинико-гемодинамические эффекты эплеренона у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материал и методы. Обследованы 58 пациентов в возрасте от 56 до 65 лет (50 мужчин, 8 женщин) с ХСН II–IV функционального класса (ФК) по NYHA и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45%, перенесших АКШ. В ходе исследования 37 пациентам в дополнение к стабильной базисной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, диуретиками и β-адреноблокаторами назначался