

механизмов взаимодействия системы кровообращения и дыхательной системы у 35,9% обследованных (коэффициент Хильдебранта превышал нормативные данные ($>5,0$)), что указывает на дискоординацию у них вегетативного обеспечения физиологических процессов.

Выводы.

1. Тяжесть и напряженность учебного процесса сопровождается снижением работоспособности и нарастанием утомления у значительного числа студентов, что приводит к дискоординации у них вегетативного обеспечения дыхательной системы и системы кровообращения.

Литература

1. Устинова, М.В. Особенности сердечного ритма у студентов с различными индивидуально-типологическими характеристиками / М.В. Устинова, Г.К. Степанова // «Экология и здоровье человека на Севере»: материалы III Межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Россия, Якутск, 9-10 ноября 2012 г.). – Якутск, 2012. – С. 59-64.

2. Шубочкина, Е.И. Подходы к ведению мониторинга качества жизни подростков / Е.И. Шубочкина, Е.М. Ибрагимова, В.Ю. Иванов // Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения: материалы науч.-практ. конф. (Смоленск, 22 ноября 2012 г.) / Редкол: А.В. Авчинников [и др.]. – Смоленск: ГБОУ ВПО СГМА, 2012. – С. 113-115.

ГЕМОДИНАМИКА ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ ЛИНЕЙНОЙ РЕГРЕССИИ ПАРАМЕТРОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

*Хурса Р.В. *, Дешко М.С. ***

УО «Белорусский государственный медицинский университет»*,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»**

Разработанный нами метод количественного анализа связей параметров артериального давления (КАСПАД) позволяет описать индивидуальную гемодинамику как взаимодействие сердца и сосудов в процессе продвижения крови. КАСПАД это линейная регрессия систолического и диастолического давлений пациента по пульсовому давлению (аргумент). Коэффициент a_1 получаемой регрессионной модели определяет типовую принадлежность гемодинамики, включающую следующие типы: гармонический (Г), два дисфункциональных (диастолический – ДД и систолический – СД) и два пограничных с

соответствующими дисфункциональными (ПД и ПС) [2]. КАСПАД для оценки кровообращения пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) ранее не использовался.

Цель работы. Оценка индивидуальной гемодинамики пациентов с ФП методом КАСПАД и прогностических возможностей метода в отношении рецидивов пароксизмов ФП.

Материалы и методы. В условиях стационара обследованы 94 пациента с ФП на фоне хронических форм ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), составившие три группы: 1 – с пароксизмальной формой (n=34), 2-с персистирующей формой (n=24), 3 – с постоянной формой ФП (n=36). Критериями исключения из исследования были инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения в т.ч. в анамнезе, ХСН выше функционального класса (ФК) I, тяжелые сопутствующие болезни. Диагноз подтвержден результатами комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования. Во всех группах преобладали мужчины (25, 18 и 30 чел. соответственно), возраста 54,0 (46,0-60,0), 55,0 (46,5-59,0), 54,0 (50,0-59,0) лет соответственно. Все пациенты получали антитромботический препарат (аспирин, варфарин) и один из ингибиторов АПФ, пациенты групп 1 и 2 – антиаритмические препараты классов III или II по V. Williams. Пациентам с персистирующей формой ФП на 5-7-й день восстанавливался синусовый ритм электрической кардиоверсией.

КАСПАД проведен по результатам измерений артериального давления (АД) по Н.С.Короткову во время пребывания пациентов в стационаре. В дальнейшем выполнялось амбулаторное наблюдение за пациентами длительностью 11 (8-13) месяцев.

Результаты. Значимых различий между группами по полу, возрасту, клиническим проявлениям ИБС, по липидному профилю, гликемии и другим биохимическим показателям, а также по среднему уровню АД не было. ХСН ФК I была у 73,5%, 87,5% и 94,4% лиц групп 1,2 и 3 соответственно, в группе 3 – больше, чем в группе 1 ($P<0,05$). Изменения геометрии и функции сердца по Эхо-КГ были также наиболее выражены в группе 3.

По КАСПАД доля патологических и пограничных с ними типов кровообращения преобладала во всех группах (табл. 1)

самым частым из дисфункциональных был ДД-тип, при котором всю работу по продвижению крови выполняет сердце [2]. Это отвечает данным о развитии при ФП в первую очередь ХСН с сохраненной фракцией выброса, т.е. диастолического типа. Однако оказалась достаточно большой и доля противоположных типов – ПС и СД (табл.1), особенно в группе 3. Это отличает пациентов с ФП от пациентов с АГ и ИБС без ФП, у которых такие типы отмечены в наших предыдущих исследованиях только у 1-5% лиц, тогда как ДД-тип был значительно чаще: при АГ – в 62%, а при ИБС – в 45,5% случаев [1,2]. СД и ПС типы указывают на снижение при ФП роли миокарда в кровообращении, особенно при постоянной форме ФП.

Таблица 1- Распределение КАСПАД-типов гемодинамики в группах

Группа	КАСПАД-тип (% , абс.)				
	ДД	ПД	Г	ПС	СД
1 (n=34)	35,3% (12)	17,6% (6)	44,1% (12)	5,9% (2)	2,9% (1)
2 (n=24)	37,5% (9)	8,3% (2)	41,7% (10)	-	12,5% (3)
3 (n=36)	38,9% (14)	13,9% (5)	30,6% (11)	11,1% (4)	5,6% (2)

За период наблюдения рецидивы ФП были у 10 (29,4%) пациентов с пароксизмальной и у 12 (50%) пациентов с персистирующей формами ФП. При регрессионном анализе пропорциональных рисков Кокса установлено, что величина коэффициента a_1 ассоциирована с повышенным риском рецидивирования ФП: относительный риск (ОР) составил 0,49 (95% ДИ 0,24-0,99, $P=0,048$). В подгруппе пациентов с рецидивом ФП значение a_1 составило 0,62 (0,16-0,96), среди лиц без повторных пароксизмов ФП – значимо выше: 0,99 (0,5-1,39), $P=0,01$. При построении характеристической кривой найдено разделительное значение $a_1 = 0,435$, т.е. при исходном a_1 , равном и менее 0,435, ОР рецидива ФП в течение 8-13 месяцев составил 0,39 (95% ДИ 0,16-0,97, $P=0,039$). Прогрессирование ХСН отмечено у 2 (5,4%) пациентов группы 1, у одного (3,6%) – группы 2 и у 11 (23,9%) – группы 3, что согласуется с данными КАСПАД об ослаблении миокарда у лиц этой группы.

Заключение. По данным линейной регрессии параметров АД

большинство пациентов с ФП (55,9-69,4%) имеют патологические варианты организации кровообращения, причем отличаются от пациентов с АГ и ИБС без ФП значительно большей долей лиц с СД и ПС типами, особенно при постоянной форме ФП (до 16,7%). Это указывает на ослабление миокарда у таких пациентов. Величина коэффициента a_1 в исходной регрессионной модели ассоциирована с повышенным риском рецидивов ФП: при a_1 , равном и менее 0,435 (при построении характеристической кривой) ОР развития рецидива ФП составляет 0,39 (95% ДИ 0,16-0,97, $P=0,039$).

Литература

1. Хурса, Р.В., Месникова И.Л. Оценка эффективности комплексной амбулаторной терапии хронических форм ишемической болезни сердца: новые возможности объективизации// Мед. новости-2010.-№7.-с.85-90.
2. Хурса, Р.В. Пульсовое давление крови: роль в гемодинамике и прикладные возможности в функциональной диагностике// Мед. новости.-2013.-№4.-С.13-19.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: тревога является достаточно выраженным симптомом у большинства пациентов с депрессивными расстройствами. Что же обозначает термин «тревога»? В современной медицинской психологии проблема тревоги является одной из наиболее разрабатываемых. Тревога характеризуется двумя видами проявлений: психическими и физиологическими. Психические элементы тревоги представляют собой ряд довольно специфических переживаний, включающих субъективное состояние напряжения, озабоченности и беспокойства, мрачных предчувствий, переживание личной угрозы; чувство беспомощности и неполноценности, недовольство собой и пр. Со стороны физиологических изменений тревога выступает в виде активации вегетативной нервной системы, о чем свидетельствуют учащение сердцебиения и дыхания, увеличение артериального давления, повышение скорости обменных процессов, ряд биохимических сдвигов. У пациентов с депрессивными расстройствами переживание тревоги обычно приобретает