

снижению данного показателя через 6 месяцев лечения. Тот факт, что назначение карведилола приводило к снижению исходно высокого уровня ЭТ-1, может являться подтверждением благоприятного воздействия препарата на функциональное состояние эндотелия.

Выводы. У пациентов, страдающих ИБС и СД2, имеются признаки выраженной ДЭ. Однако на фоне лечения ББ сосудодвигательная функция эндотелия улучшается, причем при назначении карведилола – с достоверным отличием от исходного состояния, что благоприятно в плане дальнейшего прогноза заболевания.

Полученная заметная разница в положительном эффекте воздействия карведилола в сравнении с бисопрололом на функциональное состояние эндотелия может быть объяснена наличием вазодилататорных свойств у препарата, его антиоксидантной активностью. Некоторыми авторами также признается, что нейтрализация супероксидного аниона, инактивирующего оксид азота, и торможение экспрессии ЭТ под влиянием карведилола способствуют нормализации сосудорасширяющей функции эндотелия.

Выявленные особенности эффектов действия ББ следует учитывать при подборе фармакотерапии кардиологическим пациентам, в том числе с коморбидными состояниями, взаимно отягощающими течение заболевания, качество и прогноз жизни.

Г.М. Хващевская, С.И. Неробеева

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА АТЕРОГЕННУЮ ДИСЛИПИДЕМИЮ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Наряду с медикаментозной терапией, в лечении больных стабильной стенокардией (СС) имеет большое значение физическая реабилитация.

В последнее время возрос интерес к использованию в лечении больных статических и статико-динамических физических нагрузок (Е.В. Пичугина, 2000; А.Е. Karlsdottir et al., 2002). В доступной литературе влияние статико-динамической лечебной гимнастики (СДЛГ), как одной из форм лечебной физкультуры (ЛФК), на показатели липидограммы и сократительную способность миокарда у больных СС на фоне медикаментозной терапии не рассматривалось.

Цель исследования: изучить влияние курса стационарной физической реабилитации с применением СДЛГ на показатели функционального состояния сердечно-сосудистой системы и липидограммы у больных стабильной стенокардией различных функциональных классов (ФК) на фоне медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 больных со стенокардией II–III ФК. Все больные были разделены на две однородные группы: пациенты, составляющие основную группу (1 группа)

проходили реабилитацию с применением статико-динамических физических нагрузок. Больные, соответствующие группе сравнения (2 группа), проходили реабилитацию с применением, в основном, динамических физических нагрузок по традиционной программе (ДЛГ). В основную группу вошли 28 человек: (женщин – 11, мужчин – 17). В группу сравнения вошли 30 человек (женщин – 10, мужчин – 20).

Пациенты получали стандартизованную терапию, включающую кардиомагнил (75 мг) и симвастатин (10 мг/сутки), бисопролол (5–10 мг/сутки) и изосорбида-5-мононитрат пролонгированного действия (50 мг/сутки).

Стандартизованный характер медикаментозной терапии не позволял абсолютно во всех случаях добиться целевых значений частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), но, во-первых, сводил к минимуму различия в динамике клинической картины, связанные с индивидуальным подбором лекарственных препаратов и, во-вторых, минимизировал частоту развития побочных эффектов медикаментозного лечения.

Основным критерием эффективности физической реабилитации у больных СС является динамика показателя физической работоспособности (ФРС) пороговой и соответствующего ей клинико-функционального состояния.

Результаты и их обсуждение. Анализ влияния фактора комплексной физической реабилитации с курсовым применением СДЛГ в условиях стационара на показатели центральной гемодинамики (ЦГД), выявил силу влияния изучаемого фактора на показатели ЦГД: на минутный объем крови (МОК) – 15,4 % ($p < 0,01$), ударный индекс (УИ) – 12,37 %, ударный объем крови (УОК) – 11,4 % ($p < 0,05$), общее периферическое сопротивление (ОПСС) – 10,0 % ($p < 0,01$).

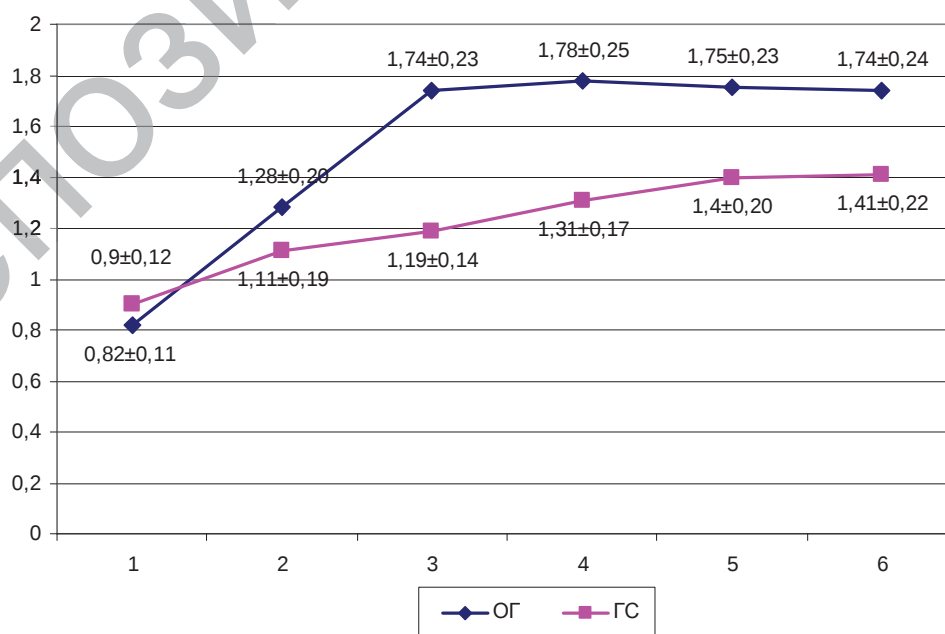


Рисунок – Динамика показателя ХС ЛПВП у больных СС

Влияние изучаемого фактора на показатели сократительной способности миокарда после всего курса стационарной физической реабилитации больных СС было недостоверным. Вероятно, это связано с тем, что интенсивность физических нагрузок у более тяжелого контингента больных СС была не достаточной, чтобы оказать существенное влияние на сократительную способность миокарда.

Из показателей липидного спектра крови, которые исследовались у больных СС П–III ФК, за период реабилитации в стационаре отмечалось достоверное повышение у пациентов основной (первой) группы ХС ЛПВП и соответствующее снижение индекса атерогенности (ИА).

Выводы

1. У больных стенокардией на фоне медикаментозного лечения статико-динамические физические нагрузки по сравнению с динамическими упражнениями оказывают более щадящее воздействие на сердце с меньшим возрастанием показателя частоты сердечных сокращений, обеспечивая меньшее потребление кислорода миокардом.

2. Методы физической реабилитации в статико-динамическом режиме у больных стабильной стенокардией при однократном ее применении оказывает благоприятное воздействие на сократительную способность миокарда и фазовую структуру систолы левого желудочка, уменьшая синдром гиподинамии миокарда.

3. Физическая реабилитация на фоне медикаментозного лечения с применением СДЛГ оказывает положительное влияние на липидный спектр крови, повышая содержание холестерина липопротеидов высокой плотности и снижая индекс атерогенности.

Г.М. Хвощевская, С.И. Неробеева

ОЦЕНКА АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Тромбообразование играет важную роль в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС).

В последнее время все более широко стали обсуждаться две проблемы, касающиеся применения ацетилсалициловой кислоты (АСК). Во-первых, это резистентность к терапии АСК (аспиринорезистентность – АР). Общепринятого определения этого состояния нет. Под ним чаще всего понимают неспособность АСК у ряда пациентов в должной мере подавлять функцию тромбоцитов, снижать синтез тромбоксана А₂ и/или удлинять время кровотечения. Не исключено, что термин «вариабельность ответа на аспирин» более точно отражает суть проблемы. Частота развития этого состояния варьирует от 10 до 45% , что само по себе противоречит положительным клиническим результатам применения АСК и сильно зависит от используемых методов диагностики АР. При этом необходимо