

Цель исследования: стало оценить течение АГ при смене климатической среды проживания в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Материалы и методы: Материалом для исследования стало обследование 150 больных АГ в поликлинике МБУЗ «Городская многопрофильная больница г.-к. Анапа», из них 75 женщин и 75 мужчин, средний возраст $62,3 \pm 7,4$ лет. Выделены 3 равные группы: Группу 1 составили пациенты, переехавшие в г. Анапа менее 2 лет назад; в Группу 2 — более 2 лет назад; контрольную группу (КГ) составили местные жители.

Результаты исследования: Число обострений в год после переезда снизилось у больных АГ: с $11,2 \pm 0,55$ до $7,1 \pm 0,47$ в Группе 1 ($p=0,017$ по критерию Уилкоксона), с $10,0 \pm 0,85$ до $8,2 \pm 0,77$ в Группе 2 ($p=0,034$). В КГ этот показатель составил $8,2 \pm 0,63$ обострений в год ($p<0,05$ при сравнении с Группами 1 и 2 по критерию Манна-Уитни). Число обострений в летний сезон после переезда снизилось еще более значительно: в Группе 1 с $5,0 \pm 0,42$ до $2,0 \pm 0,59$ ($p=0,021$), в Группе 2 с $5,1 \pm 0,48$ до $2,2 \pm 0,64$ ($p=0,026$). В КГ этот показатель оказался равным $3,1 \pm 0,54$ ($p<0,05$ при сравнении с Группами 1 и 2). После переезда в коррекции доз антигипертензивных препаратов нуждались 66% больных Группы 1 и 70% больных Группы 2. Это можно связать с первичной сосудистой реакцией, рефлекторным расширением сосудов под воздействием жаркого климата. Сравнив данные результаты с группой пациентов проживающих более двух лет и контрольными, можно отметить, что у большинства (85%) респондентов количество обострений исследуемого заболевания выходит на уровень КГ.

Выводы: При смене климата у жителей северных регионов уменьшается среднегодовое количество гипертонических кризов, выходя на уровень больных коренных жителей спустя два — два с половиной года проживания в новой климатической зоне.

Литература

1. Карачурина Л.Б., Иванова К.А. Миграция пожилых в России (по данным переписи населения за 2011 год) // Региональные исследования. 2017. № 3 (57). С. 51–60.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Семенюк А.А., Скоробогатая Е.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Бондарев С.А.

Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Среди причин смерти и инвалидизации в Российской Федерации болезни сердечно-сосудистой системы занимают 1 место. Клиническая манифестация происходит в возрасте от 20 до 60 лет, то есть в наиболее активном периоде жизни человека. Одним из факторов, способствующих развитию этих заболеваний является пониженная повседневная двигательная активность человека.

Цель исследования: Выявить зависимость развития патологии сердечно-сосудистой системы и физической активности в разные периоды жизни.

Материалы исследования: Мужчины, возрастом от 33 до 78 лет. Пациенты были разделены на несколько групп с учетом двигательной активности разных возрастных периодов (возраст от 5–10 лет, 10–20 лет, 20–30 лет, 30–60 лет, >60 лет). Сравнивали результаты лабораторных исследований (уровень гемоглобина, глюкозы, общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП) и инструментальных исследований (ЭКГ, КАГ). Полученные лабораторные данные обработаны методом статистического анализа с использованием программы Excel 5.0. Определялись средние величины (М), средняя ошибка ($\pm m$). Достоверность показателей оценивалась по t-критерию Стьюдента. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования: Сравнение результатов лабораторных исследований оказались статистически незначимыми. Из инструментальных методов только результаты ЭКГ показали разницу между группами. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) развивается в возрастной

группе, имеющей активность в 20–30 лет в 47% случаев, частота ГЛЖ в группе, не имеющей активность в данной возрастной период на 15% меньше, с увеличением возраста процентная разница в частоте развития ГЛЖ нивелируется.

Выводы: умеренная непрофессиональная физическая активность не оказывает равноценное влияние на показатели системы кровообращения. Поэтому регулярные занятия физической культурой и активными формами отдыха могут быть рекомендованы представителям любых профессий, независимо от тяжести их профессионального труда.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ КОМОРБИДНОСТИ И НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС

Толсторожих Т.А., Страхова Н.В., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Зуйкова А.А.

Кафедра поликлинической терапии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность исследования. Нарушение психического статуса и ИБС имеет единый патогенетический компонент — атеросклероз, поражающий как коронарные, так и мозговые сосуды [1]. Мультифакторный генез атеросклероза усугубляется при наличии коморбидной патологии.

Цель исследования: выявление возможной взаимосвязи между степенью коморбидности и уровнем снижения когнитивных функций у больных стабильной ИБС.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов от 43 до 83 лет, страдающих ишемической болезнью сердца, средний возраст $66 \pm 9,53$ лет, на базе поликлиники БУЗ ВО «Хохольская РБ». Для выявления нарушений психического статуса использовался тест MMSE (Mini-Mental State Examination — краткая шкала оценки психического статуса) и тест рисования часов. Для каждого пациента был рассчитан индекс коморбидности Charlson.

Результаты исследования. Индекс коморбидности в группе пациентов без нарушения когнитивной функции составил $2,63 \pm 0,92$ баллов. В группе с умеренными когнитивными расстройствами этот показатель составил $5,26 \pm 1,28$ баллов. При легкой деменции индекс равен $7,00 \pm 1,41$ баллов. При умеренной деменции — $6,00 \pm 1,01$ баллов ($p=0,0002$ по критерию Краскела-Уоллеса). Корреляционный анализ Спирмена выявил взаимосвязь между баллом по шкале MMSE и значением индекса коморбидности Charlson ($r = -0,658$, $p=0,000$). Уравнение зависимости имеет вид: Индекс коморбидности = $18,188 - 0,5194 \cdot \text{Балл MMSE}$. Чем выше коморбидность, тем больше выраженность когнитивных нарушений, а, следовательно, и хуже прогноз для пациента. Вероятно, это может быть связано с тем, что коморбидные патологии углубляют ишемию структур головного мозга, что негативно сказывается на когнитивном функционировании пациента.

Выводы. Нарушение психического статуса увеличивались при увеличении индекса коморбидности у больных стабильной ИБС. Чем выше индекс коморбидности, тем больше выраженность когнитивных нарушений и хуже прогноз для пациента.

Литература

1. Трубникова О.А. Нейропсихологический статус пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и факторы на него влияющие / Трубникова О.А., Каган Е.С., Куприянова Т.В., Малева О.В., Аргунова Ю.А., Кухарева И.Н. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний 2017 № 1 С. 113.