

влияет на иммунно-гормональный статус человека и в следствие наступают следующие изменения:

- уменьшаются или исчезают признаки астмы (кашель, выделение мокроты, хрипы в груди, одышка).
- уменьшаются или исчезают признаки аллергического ринита и конъюнктивита (чихание, заложенность носа, выделения из носа, слезоточивость).
- подавляется количество эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона.
- увеличивается выработка тестостерона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О.Б. Приходько, Ю.С. Ландышев, Е.Б. Романцова. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в различные периоды беременности. // Пульмонология 12005, С. 73.
2. Н.Н. Прибылова. Обмен половых гормонов у больных бронхиальной астмой в пожилом возрасте. // Тер. Архив 1986г, С. 20-23.
3. С.А. Прибылов, В.А. Ватутин, А.Ю. Третьяков, Н.Н. Прибылова, В.С. Середин, М.Н. Москалев. Эстрогены и антиэстрогены в патогенезе и лечении бронхиальной астмы и легочного сердца. //Актуальные проблемы профессиональной и экологической патологии. Курский государственный мединститут, 1994г, С. 143.
4. Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. Роль изменений эндокринной системы в патогенезе обструкции бронхов. В кн.: Механизмы обструкции бронхов //Под ред. Г.Б. Федосеева, МИА, С.Петербург, 1995. С. 185-187.
5. В.И. Трофимов, Н.Л. Шапорова, Д.П. Лебедева, В.А. Кагарлицкая, К.А. Кирсанова. Нарушение гормональной активности коры надпочечников и яичников у больных бронхиальной астмой. // Тер. Архив 1991, Т 63, N 10, С. 75-78.
6. Р.М. Абуева, Т.А. Гаджиева. Распространенность бронхиальной астмы у девочек-подростков г. Махачкалы и состояние эндокринной функции яичников. Дагестанская государственная мед. академия. // Пульмонология 22006, С 83.

ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИБС НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА СТАТИНОВ

Наумова Е.А., Грищенко Е.В., Шварц Ю.Г.
 ГОУ ВПО Саратовский государственный
 медицинский университет Росздрава
 Саратов, Россия

Депрессия наряду с курением и артериальной гипертензией является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркт миокарда. Наличие де-

прессивной и тревожно-депрессивной симптоматики отрицательно влияет и на приверженность больных к рекомендованной кардиологом медикаментозной терапии (самостоятельное прекращение приема статинов увеличивает риск развития инфаркта миокарда на 30%). С другой стороны, результаты ряда РКИ свидетельствуют о влиянии терапии статинами на аффективную сферу пациента (возникновение и течение тревожно-депрессивных расстройств). Доказанная эффективность длительной терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы указывает на необходимость детального изучения подобных влияний.

Цель: определить динамику выявления тревоги и депрессии у пациентов с высоким риском развития ИБС на фоне длительной терапии статинами.

Материалы и методы: в исследование включались все пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета. Критериям включения были: высокий уровень липопротеинов низкой плотности (4,2-5,2 ммоль/л), артериальная гипертензия и высокий риск развития ИБС (на основании наличия таких сопутствующих факторов как курение, наследственная отягощенность, но не более 20% Фрамингемской шкале риска развития кардиоваскулярных осложнений). Критериями исключения являлись ИБС, любая тяжелая сопутствующая патология. Учитывались демографические характеристики, проводилось исследование уровня общего холестерина и его фракций, а также определение наличия и степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Контрольные визиты выполнялись через каждые 3 месяца после выписки пациента из стационара. Через год от начала терапии на контрольном визите проводилось повторное общеклиническое исследование, определение ЛПНП и повторное анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Выявление связи между учитываемыми величинами и определение ее динамики проводилось методом однофакторного анализа.

Результаты: в исследовании согласились принять участие 45 пациентов (75,6% женщин и 24,4% мужчин, средний возраст 58 лет). На каждого пациента в среднем приходилось по 5-6 сопутствующих заболеваний. Симптомы депрессии пред началом терапии выявлялись у 17,7% (8) пациентов, тревоги – у 24,4% (11), что значительно меньше, чем в популяции пациентов в целом по данным литературы (31,3% и 43,8% соответственно). Исследование завершили 33 пациента, при этом определяется увеличение частоты депрессивных расстройств с достоверностью $p=0.05$ (у 33,4% (12) пациентов), имеется тенденция к достоверности в увеличение тревожности (39,4% (13) пациентов). Конечный уровень депрессии и тревоги не зависел от пола, возраста, сопутст-

вующей патологии обследованных пациентов. Не было выявлено связи между уровнем тревоги на финальном визите и такими показателями как уровень ЛПНП на финальном визите, и степень снижения уровня ЛПНП по сравнению с первым визитом. Пациенты у которых не отмечалось снижения уровня ЛПНП достоверно чаще не имели симптомов депрессии на финальном визите (92% vs 57%, $p=0.02$).

Заключение: отмечена обратная связь между снижением уровня ЛПНП на фоне длительной терапии статинами и симптомами депрессии. Необходимо дальнейшее наблюдение и более глубокое исследование аффективных расстройств у этой группы пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ С ПОМОЩЬЮ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА

Нестеров В.Г., Титова Л.С., Титова Т.С.,
Нестеров Д.В.

*Белгородский государственный университет
Белгород, Россия*

Холтеровский мониторинг (ХМ) электрической активности сердца – современный метод функциональной диагностики, позволяющий выявлять нарушения ритма сердца (НРС), уточнять их генез и электрофизиологические механизмы развития. Международные кардиологические организации рекомендуют использовать этот метод в качестве рутинного для всех лиц, занимающихся спортом, так как установлено, что активное занятие спортом способствуют развитию НРС, в том числе опасных. Особенно важен электрокардиографический мониторинг у детей и подростков, для которых характерна электрическая нестабильность миокарда.

Однако в настоящее время введение ХМ в комплекс диспансерного обследования юных спортсменов затруднительно как по техническим, так и по экономическим причинам. При диспансерном наблюдении за спортсменами чаще используется рутинная электрокардиография (ЭКГ). Причём ЭКГ используется как тест-идентификатор первого этапа обследования, а ХМ – как тест-дискриминатор последующего этапа обследования по показаниям, определяемым по результатам ЭКГ. Однако в литературе мы не встретили оценку эффективности такого использования ХМ у юных спортсменов.

Цель: Определение значения проведения ХМ при тестировании электрической стабильности миокарда юных спортсменов.

Материал и методы

Для определения показаний к проведению ХМ вначале проводилась стандартная ЭКГ. Исследования проведены 102 юным спортсменам в возрасте от 11 до 15 лет. Из них девочки состав-

ляли 56,1 %, мальчики —43,9 %. Спортивный стаж обследованных составлял от 1 до 3 лет. По показаниям ХМ проведено у 33 пациентов. Показаниями для проведения ХМ у 3 человек явилось подозрение на синоаурикулярную блокаду (СА-блокаду) II степени I типа, у 6 человек – атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) I степени; у 18 человек – экстрасистолия, у 4 человек – выраженная синусовая брадикардия (с частотой сердечных сокращений менее 45 мин⁻¹), у 2 человек – феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW).

Помимо этого ХМ проведено у 14 юных спортсменов, у которых показаний для этого исследования не было. Выборка являлась случайной для группы лиц, которые по данным ЭКГ были здоровы. ЭКГ регистрировалась в 12 стандартных отведениях. ХМ проводилось на мониторе «Кардиотехника-4000АД» («Инкарт», Санкт-Петербург) в отведениях CS1, CS2, CS3, CS5.

ХМ проводилось в течение 24 часов (для определения циркадного ритма), с трёхразовым проведением нагрузочных тестов. Все пациенты вели дневник, в котором фиксировали изменения своего самочувствия.

Результаты

Нарушения ритма сердца при стандартной ЭКГ обнаружены у 33 спортсменов. Эти лица были отстранены от тренировочного процесса. Однако после проведения ХМ 15 из них были «реабилитированы» и продолжили занятия спортом под контролем врача. В то же время, у 6 спортсменов, которые считались «здоровыми» по данным ЭКГ при ХМ были выявлены нарушения ритма и проводимости не совместимые с интенсивными физическими нагрузками

Выводы

Холтеровский мониторинг должен обязательно применяться у детей для решения вопроса о возможности заниматься видами спорта, связанных с большими физическими нагрузками. Стандартная ЭКГ не может считаться скрининговым тестом при оценке электрической нестабильности миокарда у юных спортсменов.

ПОЛУЧЕНИЕ НОВЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИХ В КАЧЕСТВЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Онищук Ф.Д., Коломиец Т.М., Скипина К.П.,
Воскобойникова Т.В.

*Сочинский филиал ГОУ Российского
университета дружбы народов
Сочи, Россия*

В конце прошлого столетия был охарактеризован новый тип патологий, вызываемых активацией свободнорадикального, т.е. перекисного окисления (СРО) липидов мембран.