

Таблица 1 — Показатели приверженности среди пациентов

Семейное положение	Число пациентов	Средний балл
Вдова/вдовец	13 (43,3 %)	2,39
Есть семья	17 (56,7 %)	3,12

Сопоставили по гендерным особенностям результаты приверженности с семейным положением. Определили, что одиноких 4 (13,32 %) мужчины и их показатель приверженности в среднем составляет 2,0 балла, а у одиноких 9 (29,98 %) женщин — 2,3 баллов. У семейных 10 (33,35 %) мужчин и 7 (23,35 %) женщин получено в среднем по 3,0 балла.

Таблица 2 — Уровень образования пациентов

Уровень образования	Число пациентов	Средний балл
Общее среднее образование	10 (33,3 %)	2,50
Среднее специальное образование	17 (56,7 %)	2,70
Высшее образование	3 (10 %)	3,00

У 7 (23,31 %) мужчин с общим средним образованием средний показатель приверженности составил 2,57, а у 3 (9,99 %) женщин — 2 балла. Подавляющее большинство респондентов оказались со средним специальным образованием, среди них у 6 (20 %) мужчин показатель приверженности — 2,83, а у 11 (36,69 %) женщин — 2,64 баллов. Максимальных значений показатель приверженности достиг у 1 (3,33 %) мужчины — 3 и у 2 (6,67 %) женщин с высшим образованием со средним значением — 3,5 баллов.

Выводы

Среди мужчин результат приверженности в среднем 2,4 балла, а у женщин несколько выше — 2,8 баллов. У семейных 33,35 % мужчин и 23,35 % женщин показатель выше в среднем по 3,0 баллов по сравнению с одинокими пациентами. У мужчины с высшим образованием результат 3,0 балла и у 2 женщин с высшим образованием среднее значение составило 3,5 баллов, что достаточно выше данных о приверженности к лечению пациентов с АГ со средним специальным образованием ($n = 17$) и общим средним образованием ($n = 10$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мрочек, А. Г. Профилактика болезней сердца / А. Г. Мрочек // Кардиология. — 2017. — С. 5.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2015 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2016. — 281 с.
3. Мрочек, А. Г. Резолюция Республиканского совещания по итогам работы кардиологической, кардиохирургической служб, служб рентгенэндоваскулярной и сосудистой хирургии Республики Беларусь в 2018 году и основным направлениям деятельности на 2019 г. / А. Г. Мрочек // Кардиология. — 2019. — С. 2.

УДК 616.12-008.1

ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ИСХОДОМ В НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ

Звягинцева О. И., Швейнов А. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. П. Михин

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) до сих пор занимает ведущие позиции в структуре заболеваемости и смертности в большинстве развитых стран мира [5]. По данным феде-

ральной службы государственной статистики Российской Федерации за 2018 г., в России количество летальных исходов от ИБС составило 453306 человек [4]. Нестабильная стенокардия (НС) и острый инфаркт миокарда (ОИМ) являются одними из главных жизнеугрожающих заболеваний в структуре ИБС [2]. Поэтому одной из ключевых задач современной кардиологии является понимание процессов развития ИБС, а также поиск новых возможностей в лечении, диагностике и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Развитие фатальных аритмий является следствием нарушений параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР), а некоторые показатели ВСР служат предвестниками внезапной сердечной смерти. Омакор — представитель омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), оказывает положительное влияние на параметры ВСР [3].

Цель

Изучить влияние омега-3 ПНЖК в составе комплексной терапии на показатели ВСР у больных с ОКС с исходом в НС.

Материал и методы исследования

В настоящем исследовании 41 пациенту от 45 до 70 лет, средний возраст 57,5 лет, с диагностированным ОКС с исходом в НС на фоне лечения было проведено суточное мониторирование ЭКГ с оценкой показателей вариабельности сердечного ритма. Все пациенты в процессе рандомизации распределялись на две группы: основную (24 человека), которая получала стандартную терапию и омакор (1 г/сут), и контрольную (17 человек), которая получала только стандартную терапию. Параметры ВСР исследовали с помощью суточного мониторирования ЭКГ на системе «Кардиотехника-04» (Инкарт) на 3-и и 14-е сутки стационарного лечения. Оценивались показатели ВСР временной и частотной областей. К параметрам временной области относятся: 1) SDNN (50 мс) — стандартное отклонение всех RR-интервалов; 2) pNN50 (%) — число последовательных RR-интервалов, отличающихся более чем на 50 мс, деленное на общее количество RR-интервалов. А к параметрам частотной области — 1) HF — высокочастотный компонент — колебания сердечного ритма с частотой 0,15–0,40 Гц, отражает парасимпатические влияния на сердечно-сосудистую систему; 2) LF — низкочастотный компонент — в диапазоне частот 0,04–0,15 Гц, отражает преимущественно симпатические влияния; 3) VLF — очень низкочастотные колебания — в диапазоне 0,003–0,04 Гц [1]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерных программ «StatSoft Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные о состоянии основных показателей ВСР у пациентов с ОКС с исходом в НС в течение суток представлены на рисунке 1.

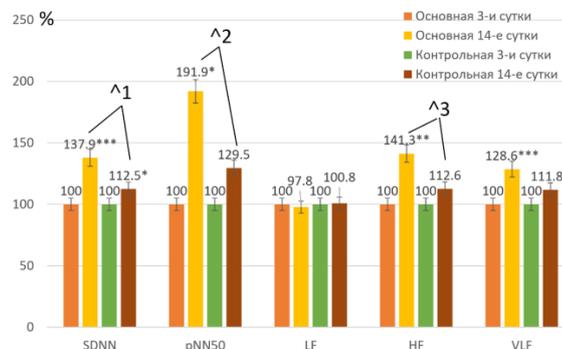


Рисунок 1 —Состояние показателей ВСР в исследуемых группах пациентов с НС, определяемых за сутки (% от исходного уровня)

Примечание: по сравнению с исходными значениями различия достоверны: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$; между группами различия достоверны: $\wedge 1$ — $p = 0,0212$, $\wedge 2$ — $p = 0,0391$, $\wedge 3$ — $p = 0,0473$.

Сравнивая параметры ВСР в основной и контрольной группах за сутки, обращает на себя внимание повышение показателей в группе приема омега-3 ПНЖК к 14-м суткам исследования: SDNN — на 37,9 %, при $p < 0,001$, pNN50 — на 91,9 %, при $p < 0,05$, HF — на 41,3 %, при $p < 0,01$ и VLF — на 28,6 %, при $p < 0,001$. В то время как в контрольной группе к 14-м суткам увеличились только показатели SDNN — на 12,6 %, при $p < 0,05$ и VLF — на 11,8 %, при $p < 0,05$, что явилось следствием проводимой комплексной терапии. Параметр LF, который свидетельствует об уровне симпатических модуляций, значимо не изменился в обеих группах.

Выводы

Добавление к комплексной терапии омега-3 ПНЖК пациентам с ОКС с исходом в НС, находящимся на стационарном лечении, улучшает показатели ВСР к 14-м суткам, что проявляется повышением временных (SDNN, pNN50) и частотных показателей (HF), отражающих усиление парасимпатических влияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейникова, Т. В. Вариабельность сердечного ритма (обзор литературы) / Т. В. Алейникова // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 1 (31). — С. 17–23.
2. Аронов, Д. М. Актуальные вопросы кардиореабилитации в новых рамках российского здравоохранения / Д. М. Аронов, М. Г. Бубнова, В. Г. Красницкий // Вестн. восстанов. медицины. — 2014. — № 6 (54). — С. 2–11.
3. Рождественский, Д. А. Клиническая фармакология омега-3 полиненасыщенных жирных кислот / Д. А. Рождественский, В. А. Бокий // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2014. — № 3. — С. 121–134.
4. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации. — 2018. [Электронный ресурс]. — Дата обновления: 08.03.2020 г. — URL: <http://www.gks.ru>.
5. Trends in incidence, severity, and outcome of hospitalized myocardial infarction / V. L. Roger [et al.] // Circulation. — 2010. — Vol. 121, Is. 7. — P. 863–869.

УДК 616.379.008.64

МЕТОДИКА ПОПУЛЯЦИОННОЙ ОЦЕНКИ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ С ПОМОЩЬЮ АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ

Зубцов М. С.

Научный руководитель: ассистент М. Ф. Григорьян

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Курск, Российская Федерация

Введение

В сравнении с людьми, не страдающими сахарным диабетом, пациенты с данной патологией имеют больший риск смерти, особенно от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Риск ранней смерти у людей с сахарным диабетом в два раза выше, чем у здоровой популяции, а риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от ишемической болезни сердца выше в 2–4 раза. В Российской Федерации сахарный диабет является седьмой по частоте причиной смерти, даже несмотря на то что он указан основной причиной лишь для 10 % умерших, страдавших сахарным диабетом. Врачи, судебно-медицинские эксперты, патологоанатомы, заполняющие медицинские свидетельства о смерти, руководствуются причинно-следственными связями, указанными в критериях Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Проблемы, связанные с достоверностью информации из медицинских свидетельств