

ЛИТЕРАТУРА

1. Мионов С.П., Орлецкий А.К., Цыкунов М.Б., Повреждения связок коленного сустава, Москва, 1999, 207 с.
2. Kocabey Y et al. The value of clinical examination versus magnetic resonance imaging in the diagnosis of meniscal tears and anterior cruciate ligament rupture. *Arthroscopy*. 2004 Sep;20(7):696-700.
3. Vincken PW et al. Effectiveness of MR imaging in selection of patients for arthroscopy of the knee. *Radiology*. 2002 Jun;223(3):739-46.
4. Терновой С.К., Сеницын В.Е. Развитие компьютерной томографии и лучевой диагностики //Тер. Архив – 2006 – №1 – с.10-12.

РЕЗЮМЕ.

В настоящее время одной из основных причин временной утраты трудоспособности экономически и социально активным населением являются повреждения суставов. Точная диагностика позволяет спланировать адекватное хирургическое вмешательство, сократить сроки утраты нетрудоспособности и улучшить качество жизни пациентов. Однако магнитно-резонансная томография, все чаще выполняемая пациентам с травмой коленного сустава, характеризуется высокой вариабельностью диагностической эффективности. В настоящей работе на основе многоцентрового исследования проанализированы основные причины диагностических ошибок МРТ коленного сустава и представлены рекомендации по применению этого метода.

Ключевые слова: колено, МРТ, knee, MRI, диагностическая эффективность, variability analysis.

SUMMARY.

Joint trauma is one of the major reasons for the temporary loss of ability to work by economically and socially active population. Definitive pre-operative diagnosis allows correct surgery planning, decrease sick-lists duration and improve quality of patients' life. MRI is the method of choice for pre-operative examination of the knee joint. However it is associated with high variability of diagnostic effectiveness. This paper focuses on the identification of major diagnostic failures of the technique and provides recommendations for the appropriate application of MRI.

Keywords: a knee, MPT, knee, MRI, diagnostic efficiency, variability analysis.

Контакты

Морозов Сергей Павлович, к.м.н., доцент, зав.отделением рентгеновской диагностики и томографии ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ (Россия, 121356, Москва, Маршала Тимошенко ул., 15; Тел./факс +7-495-4150124; spmoroz@mail.ru

Терновой Сергей Константинович, д.м.н., профессор, академик РАМН, зав.кафедрой лучевой диагностики и терапии ГОУВПО ММА им.И.М.Сеченова Минздравсоцразвития (Россия, 119992, Москва, М.Трубецкая ул., 8,стр.2; Тел./факс +7-499-2487507; prof ternovoy@list.ru

ВАЛСАРТАН В РЕАБИЛИТАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

УДК 616-08-035

Умирзаков Н.А., Тулабаева Г.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей. Узбекистан.

Актуальность.

Большие клинические исследования засвидетельствовали, что блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА II), аналогично ингибиторам АПФ, эффективно снижают показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с сердечной недостаточностью [1,2,3]. В настоящее время имеется несколько исследований, в которых представлены благоприятные эффекты БРА II, усиливающие эффекты ингибиторов АПФ при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

В исследовании CHARM-Added Trial (2548 пациентов с сердечной недостаточностью и сниженной систолической функцией левого желудочка, кандесартан 32 мг/день vs плацебо в дополнение к стандартному лечению ХСН (41 месяц) режим лечения на основе кандесартана приводил к снижению общей смертности, а при непереносимости ИАПФ кандесартан обусловил снижение совокупной конечной точки сердечно-сосудистой смерти или госпитализаций по поводу ЗСН на 30% по сравнению с плацебо. Подобный благоприятный эффект БРА II был зафиксирован в исследовании Val-HeFT (5010 пациентов с сердечной недостаточностью, вальсартан 160 мг два раза в день vs плацебо в дополнение к стандартному лечению с ингибиторами АПФ, (23 месяца) режим лечения на основе вальсартана обусловил снижение комбинированной конечной точки смертности и заболеваемости на 13,2% по сравнению с группой плацебо. К тому же в подгруппе пациентов с

непереносимостью ингибиторов АПФ валсартан оказывал положительное влияние на процессы ремоделирования сердца, улучшая структуру и функцию левого желудочка.

Так, в исследовании ELITE II (3152 пациента с сердечной недостаточностью, лозартан 50 мг 1 раз в день vs каптоприл 50 мг трижды в день, 555 дней) разности между лозартаном и каптоприлом относительно смертности по всем причинам или внезапной смерти зафиксировано не было, хотя данное исследование планировалось с целью выявления преимуществ лозартана.

Исследование OPTIMAAL (5477 постинфарктных пациентов, такой же режим приема препаратов, 2,7 года) не зафиксировало существенной разности показателей смертности по всем причинам. В то же время результаты недавно опубликованного исследования VALIANT по изучению валсартана vs каптоприл (14 703 пациента, перенесшие ИМ с дисфункцией левого желудочка, сердечной недостаточностью или обоими состояниями; группы – (1) валсартан 20–160 мг/день; (2) вальсартан 20–80 мг/день плюс каптоприл 6,25–50 мг/день, (3) каптоприл 6,25–50 мг/день; 24,7 месяца) не засвидетельствовали разности показателей смертности по всем причинам между тремя группами лечения.

В соответствии с рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов (2006), блокаторы АРА II, в первую очередь, должны назначаться тем больным с ХСН [5,6,7] которые имеют противопоказания к применению ИАПФ, но не

переносят последних в результате вышеупомянутых проявлений косвенного действия. У данной категории больных длительный прием АРА II (кандесартана) уменьшает смертность и риск госпитализаций. Назначение АРА II (кандесартана или валсартана (диован), у которых доказано положительное влияние на прогноз при СН, дополнительно [8,9] к ИАПФ рассматривается как целесообразное в случаях, когда назначение бета-блокаторов (ББ) невозможно в результате противопоказаний к применению или непереносимости.

Целью исследования явилось применение валсартана (диована) у лиц пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 45 пациентов с ХСН ФКIII по NYHA в возрасте от 68 до 77 лет. Из них 31 (69%) мужчин и 14 женщин (31%). У всех обследованных пациентов причиной ХСН была ИБС (в том числе в сочетании с артериальной гипертензией – у 22 лиц), 17 из которых в прошлом перенесли инфаркт миокарда. Критериями включения в исследование были: наличие ритмичной ХСН, обусловленной ИБС диагностированной не позднее чем 3 мес назад; величина ФВ ЛЖ 45% и меньше. В исследование не включались пациенты с бессимптомной систолической дисфункцией ЛЖ, с ФВ ЛЖ больше 45%, IV ФК, а также с клапанными и воспалительными поражениями сердца. Критериями исключения в ходе исследования являлись: развитие нестабильной стенокардии или инфаркта миокарда, возникновение побочных эффектов изучаемого препарата и отказ пациента от дальнейшего наблюдения. Пациенты в зависимости от тактики лечения методом случайной выборки были рандомизированы на 2 группы. Группы больных были репрезентативны по исходному клиническому состоянию, полу, возрасту. Первую группу составили 23 больных, которые получали традиционную терапию, включающую в себя: диуретики, нитраты, сердечные гликозиды, бета-блокаторы и из ингибиторов АПФ – эналаприл. Вторую группу составили 22 пациента, которым к традиционной терапии был добавлен валсартан – диован (компании Новартис) в дозе от 80 до 160 мг в день.

Всем пациентам исследования проводилось полное эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследование на аппарате «Interskan 8000», механическим датчиком 3,5 мГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Измерялись следующие эхокардиографические параметры: диаметр левого предсердия (ЛП), конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ), размер правого желудочка (ПЖ) в диастолу. По общепринятым методикам вычислялись конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, ударный объем (УО), фракция укорочения (ФУ) и фракция выброса (ФВ) ЛЖ в систолу. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определялась по формуле R. Devereux и соавт. с последующим вычислением индекса ММЛЖ [4].

Физическую толерантность оценивали также с помощью теста 6-минутной ходьбы. Клиническое состояние пациентов (ШОКС) было изучено с помощью шкалы предложенной В.Ю. Мареевым в 2000 г. Исследование качества жизни (КЖ) проводилось по специальному опроснику Миннесотского университета (MLHFQ).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием статистического пакета «Statistica v.6.0» (Statsoft Inc., USA). Рассчитывалось среднее арифметическое (M), ошибка среднего (m). Нормальность распределения выборки оценивалась по критерию Колмогорова – Смирнова. Достоверность различий между величинами определялась с помощью t-критерия Стьюдента при нормальном распределении признака, при распределении признака, отличного от нормального – с по-

мощью непараметрического метода Манна – Уитни. Для анализа качественных признаков использовался точный критерий Фишера и χ^2 . Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

Таблица 1. Клиническое состояния больных ХСН с ФК III (M±m)

Этапы исследования	ШОКС (баллы)		Толерантность к физической нагрузке (м)		Качество жизни (баллы)	
	1-гр	2-гр	1-гр	2-гр	1-гр	2-гр
До терапии	10,2±0,56		261±14,0		54,2±4,1	
После терапии	8,9±0,9	7,8±0,8*	300,1±33,1	309,5±33,0*	50,2±6,0	47,6±5,0

Примечание: * – (p<0,05) по сравнению с исходными данными.

Как видно из полученных данных, используя шкалу оценки клинического состояния, нами было установлено, что суммарная оценка клинического состояния у больных ХСН ФК III до лечения составила 10,2±0,56 балла. Проведение теста с 6- минутной ходьбой выявило снижение толерантности к физической нагрузке. Так у пациентов с ФК III преодолеваемая дистанция была 261±14,0 м. Наряду с этим показателем КЖ у данных пациентов также возрастает, и составил 54,2±4,1 баллов.

На фоне проведенной терапии была выявлена тенденция к снижению баллов показателя ШОКС в обеих исследуемых группах, на 13,3% в первой группе, а на 28,2% во второй группе (p<0,05). Об эффективности терапии позволяют судить и показатели дистанции 6-минутной ходьбы. После проведенной терапии прирост дистанции 6-минутной ходьбы был более заметен во второй группе. Дистанция возрастала в первой группе на 15% м, а во второй группе на 18% м (p<0,05).

В наших исследованиях важное место отводилось изучению влияния различных вариантов терапии на показатели качества жизни пациентов с ХСН. После 12 недельной терапии у больных первой и второй группы был отмечен положительный результат, который характеризуется снижением баллов (по опроснику для определения качества жизни). В первой группе изучаемый показатель снизился на 8,4 %, а во второй группе на 12,9%.

На фоне диована в течение 12 нед. наблюдали уменьшение функциональных объемов ЛЖ, т. е. КСО ЛЖ на 8% в первой группе и на 13% во второй группе (p<0,05). Наряду с этим выявляем возрастание ФВ на 2,4% в первой группе исследования и на 11,3% (p<0,05) во второй группе по отношению к исходным данным. Данные представлены в таблице № 1. Полученные результаты соответствуют данными других исследований с сопоставимым сроком непрерывного приема данного препарата.

Таблица 1. Эхокардиографические показатели до и после приема диована (M±m)

Этапы исследования	КСР ЛЖ, см	КДР ЛЖ, см	КДО ЛЖ, мл	КСО ЛЖ, мл	ФВ ЛЖ, %	
	До терапии	5,4±0,24	7,1±0,26	160,2±7,0	79,0±5,1	37,6±1,2
После терапии	1-гр	5,07±0,1	6,6±0,1	158,0±6,0	73,1±8,1	38,9±4,5
	2-гр	4,7±0,11	6,5±0,1	155,6±6,3	70,1±3,8*	42,3±2,1*

Примечание: * – (p<0,05) по сравнению с исходными данными.

Выводы

1. Диован при применении в течение 12 нед. на фоне базисной терапии (ингибитором ангиотензинпревращающего фермента и диуретиком) у пациентов с хронической систолической сердечной недостаточностью старшего возраста обуславливает регресс ремоделирования и улучшает систолическую функцию левого желудочка.

2. Повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает стандартизованный показатель качества жизни;

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная недостаточность. – 2003. – Т. 4. – № 1. – С. 22-24.
2. Вивчити клініко-патогенетичне значення та можливості корекції системних периферичних і метаболічних порушень при хронічній серцевій недостатності. Звіт про НДР (проміжний) / Л.Г. Воронков, Є.М. Бесага. – Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України. – К., 2004. – С. 43-51.
3. Воронков Л.Г., Шкурят І.А., Бесага Є.М. Ендотеліалезалжна вазодилатація та її прогностичне значення у хворих з хронічною серцевою недостатністю та систолічною дисфункцією лівого шлуночка // Укр. кардіол. журн. – 2005. – № 6. – С. 86-89.
4. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Основные принципы гемодинамики и ультразвукового исследования сосудов. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Миткова. – М., 1997. – С. 185-220.
5. 12. Wang WY, Zee RY, Morris BJ. Association of angiotensin II type 1 receptor gene polymorphism with essential hypertension. Clin Genet 1997; 51 (1): 31-4.
6. Lesage S, Velho G, Vionnet N. et al. Genetic studies of the renin-angiotensin system in arterial hypertension associated with non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Hypertens 1997; 15 (6): 601-3.
7. Szombathy T, Szalai C, Katalin B. et al. Association of angiotensin II type 1 receptor polymorphism with resistant essential hypertension Clin Chim Acta 1998; 269 (1): 91-100.
8. Takami S, Katsuya T, Rakugi H. et al. Angiotensin II type 1 receptor gene polymorphism is associated with increase of left ventricular mass but not with hypertension. Am J Hypertens 1998; 3 (1): 316-21.
9. Chiang FT, Lai ZP, Chern TH. Lack of association of the angiotensin converting enzyme polymorphism with essential hypertension in a Chinese population. Am J Hypertens 1997; 10 (2): 197-201.

РЕЗЮМЕ

Применение валсартана (диована) у лиц пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью в течение 12 недель на фоне базисной терапии (ингибитором ангиотензинпревращающего фермента и диуретиком) обуславливает регресс ремоделирования и улучшает систолическую функцию левого желудочка. Повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает стандартизованный показатель качества жизни.

Ключевые слова: валсартан, лица пожилого возраста, хроническая сердечная недостаточность, систолическая функция.

ABSTRACT

Application Valsartan for persons of advanced age with chronic warm insufficiency within 12 weeks against basic therapy improves systolic function. Raises tolerance to physical activity and improves the standardised indicator of quality of a life.

Keywords: Valsartan, persons of advanced age, chronic warm insufficiency, a systole.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

УДК 616-08-035

А. Е. Саморуков, И. П. Бобровницкий, Л. Ю. Тарасова

ФГУРНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздрава России.

Проблема совершенствования системы средств и способов восстановительной коррекции дисфункций шейного отдела позвоночника при синдроме вертебральной артерии (СВА) на фоне формирования начальных проявлений нарушения мозгового кровообращения и применения в лечении физических факторов имеет большую актуальность, в связи с все более очевидными преимуществами немедикаментозной терапии по сравнению с лекарственной (Стрелкова Н. И., 1984, 1991; Бобровницкий И.П., 2001).

Известно, что клинические проявления дисфункции шейного отдела позвоночника наиболее часто встречаются в работоспособном возрасте 30-60 лет и чаще у женщин (J. Kramer, 1981). При этом синдром вертебральной артерии обусловлен интермиттирующей компрессией или раздражением вертебральной артерии и нервных волокон при дегенеративно-дистрофических поражениях шейных двигательных сегментов, что проявляется преходящими нарушениями кровообращения головного мозга (Жулев Н. М., Кандыба Д. В., Яковлев Н. А., 2002).

Ирритативные сосудистые нарушения при дисфункции шейного отдела позвоночника часто связаны с хронической перегрузкой шейного отдела, неправильным длительным позиционированием, локальным переохлаждением, «хлыстовой» травмой и связанным с этим возникновением триггерных точек, как источников раздражения вертебральной артерии.

Головные боли, головокружения, частые вегетативно-сосудистые приводят к резкому снижению качества жизни

этих больных и высокому уровню их инвалидизации, несмотря на исследования, доказывающие эффективность применения физических факторов в лечении сосудистых заболеваний головного мозга (Н.И. Стрелкова, 1991; Горбунов Ф.Е., 1997, 2004; В. Г. Ясногородский, 1985; О.А. Крылов, 1965; В.М. Боголюбов, 1985), в том числе работы, доказывающие высокую эффективность применения мануальной терапии в восстановительном лечении больных с церебрально-сосудистыми нарушениями (Барбанов Н.Н., Лавренов В.М., Лобацевич А.И., 1999; Ситель А.Б., 2001).

Вместе с тем многие вопросы применения физиотерапии у больных с синдромом вертебральной артерии недостаточно разработаны. Мало изучены вопросы оптимальной локализации воздействия физическими факторами, не определены параметры и режимы воздействия, принципы дифференцированного выбора факторов и составления лечебных комплексов в зависимости от особенностей клинических проявлений, состояния гемодинамики и наличия сопутствующих проявлений. Это диктует необходимость более углубленного изучения влияния физических факторов на патогенетические механизмы нарушений мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной системе и разработки системы их дифференцированного, комплексного применения.

В связи с вышеизложенным в настоящей работе были поставлены следующие задачи: 1. Изучить корреляционные связи между функцией позвоночника и состоянием мозговой гемодинамики. 2. Разработать предикторы эф-