

ВАШ. Применение ПТЛ уменьшает клинику ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности, на ГКС. ПТЛ безопасно в отношении развития нежелательных явлений. Нами не отмечено изменение АД, пульса, частоты дыхания у больных, не было больных с развитием гастралгией, сердечных и головных болей. ПТЛ также обладает миорелаксирующим действием и улучшает двигательную активность, что открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов.

Применение ПТЛ оправдано еще и тем, что до сих пор (к сожалению), вопросам реабилитации РА уделяется мало внимания. Редко используются ортезы для суставов и другие специальные приспособления, которые облегчают выполнение тех или иных функций: толстые ручки у столовых приборов, высокий стул, кровать, сидение для унитаза, дополнительные ручки в ванной комнате и т.д. [3;5].

Список литературы:

1. Абдуллаев Р.Б., Ходжаев Ш.О. Эпидемиологические особенности РЗ у женщин фертильного возраста проживающих в условиях экологического неблагополучия. // Актуальные проблемы ревматологии: тез. конф. - Ташкент. 2004. с. 5-6.

2. Александровский Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства. М. «М»1993. 400с.

3. Амирджанова В.Н. РА с позиций оценки качества жизни больных. Тер. архив.2007, т.79, 5, 9-15.

4. Большакова Т.Ю., Галушко Е.А. Распространенность ревматических заболеваний по данным эпидемиологического исследования. // Научно-практическая ревматология. №2, 2008. - С. 2-8.

5. Грачев Ю.В. Пограничные, когнитивные и другие виды психических нарушений у больных с системными ревматическими заболеваниями. Учебное пособие. М. 2005. – 32 С.

УДК 616.12-008.331-073.97

**Авхадиева М.А., Коряков А.И., Жданова Т.В.
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНДЕКСА СОКОЛОВА-ЛАЙОНА,
КОРНЕЛЬСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ И КОРНЕЛЬСКОГО
ПРОИЗВЕДЕНИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1
СТЕПЕНИ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Avkhadieva M.A., Koryakov A.I., Zhdanova T.V.

**THE PROGNOSTIC VALUE OF THE SOKOLOV-LIONE INDEX, THE
CORNEL INDICATOR AND THE CORNEL PRODUCTION IN THE
RECOGNITION OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PATIENTS
WITH ARTERIAL HYPERTENSION 1 DEGREE**

Department of propaedeutics of internal diseases
Urals State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: teleclinica@mail.ru

Аннотация. В выборочном поперечном исследовании оценивалась прогностическая ценность электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка, рекомендованных экспертами Российского медицинского общества по артериальной гипертонии. Одновременное выявление диагностически значимых уровней индекса Соколова-Лайона, Корнельского показателя и Корнельского произведения обладает высокой прогностической ценностью в распознавании гипертрофии левого желудочка в группе пациентов среднего возраста с артериальной гипертонией 1 степени, имеющих менее трёх факторов риска и впервые обратившихся к кардиологу поликлиники.

Annotation. In a selective transverse study, the prognostic value of electrocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy, as recommended by experts of the Russian Medical Society for Arterial Hypertension, was evaluated. The simultaneous identification of diagnostically significant levels of the Sokolov-Lyon index, the Cornell indicator and the Cornell work has a high prognostic value in recognizing left ventricular hypertrophy in a group of middle-aged patients with arterial hypertension of 1 degree who have less than three risk factors and have first addressed the cardiologist clinic.

Ключевые слова: артериальная гипертония, гипертрофия левого желудочка, электрокардиография.

Key words: arterial hypertension, left ventricular hypertrophy, electrocardiography.

Введение

Наличие гипертрофии левого желудочка является одним из оснований отнесения пациента с впервые выявленной артериальной гипертонией к группе высокого риска и немедленного назначения медикаментозной терапии. С целью выявления гипертрофии левого желудочка комитетом экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертонии всем больным артериальной гипертонией рекомендуется проводить электрокардиографическое исследование в двенадцати общепринятых отведениях с расчётом следующих критериев гипертрофии левого желудочка: 1) индекс Соколова-Лайона $> 3,5$ мВ; 2) Корнельский показатель $\geq 2,0$ мВ для женщин и $\geq 2,8$ мВ для мужчин; 3) Корнельское произведение $> 244,0$ мВ*мс

[5]. В доступной нам литературе недостаточно данных о диагностической эффективности вышеперечисленных электрокардиографических критериев в распознавании гипертрофии левого желудочка у пациентов среднего возраста с артериальной гипертензией 1 степени, имеющих менее трёх факторов риска и впервые обратившихся к кардиологу поликлиники. Но именно в этой группе больных значимость электрокардиографии для выбора лечебной тактики представляется наиболее высокой.

Цель исследования – оценка прогностических возможностей индекса Соколова-Лайона, Корнельского показателя и Корнельского произведения в распознавании гипертрофии левого желудочка у пациентов среднего возраста с артериальной гипертензией 1 степени.

Материалы и методы исследования

Критерии включения в выборочное поперечное исследование: пациенты с артериальной гипертензией 1 степени в возрасте 45-59 лет, с длительностью артериальной гипертензии не менее 1 года, впервые обратившиеся на амбулаторный приём кардиолога, не проходившие ранее эхокардиографическое исследование и изъявившие согласие провести необходимый объём дополнительного обследования; не имеющие анамнестических данных и клинических признаков, указывающих на ишемическую болезнь сердца, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, перенесённые в прошлом мозговые инсульты или транзиторные ишемические атаки; отрицающие ранние сердечно-сосудистые катастрофы (инфаркты миокарда, мозговые инсульты, внезапная смерть) у родителей; отрицающие табакокурение в течение последних 12 месяцев; имеющие окружность талии менее 102 см и индекс массы тела менее 30 кг/м².

На первом этапе исследования согласно критериям включения отобрано 50 пациентов, которым было рекомендовано пройти необходимый комплекс дополнительного обследования: мониторинг артериального давления в домашних условиях методом самоконтроля с ведением дневника, электрокардиография в 12 общепринятых отведениях, клинический анализ мочи, анализ крови на глюкозу, липидный спектр и креатинин с расчётом скорости клубочковой фильтрации. Электрокардиография выполнена на аппаратно-программном комплексе анализа электрокардиограмм «Миокард-12» (производства ООО «НИМП ЕЧН», Россия). Рассчитывали: 1) индекс Соколова-Лайона = $SV1+RV5-6$; 2) Корнельский показатель = $RAVL+SV3$; 3) Корнельское произведение = $(RAVL+SV3) \times QRS$ [5]. При этом заключение о наличии гипертрофии левого желудочка по данным электрокардиограммы выносили, если все три вышеперечисленных показателя достигали диагностически значимого уровня.

На повторном амбулаторном приёме (второй этап исследования), который проводился через 1-2 недели после первичного, на основании результатов дополнительного обследования из клинического испытания исключены 17 пациентов согласно следующим критериям: 1) уровень

артериального давления в дневнике самоконтроля пациента, хотя бы однократно превышающий 159/99 мм рт. ст.; 2) уровень глюкозы натощак $> 5,5$ ммоль/л; 3) скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ ≤ 60 мл/минуту/ $1,73 \text{ м}^2$; 4) общий холестерин $\geq 5,0$ ммоль/л; 5) холестерин липопротеинов низкой плотности $\geq 3,0$ ммоль/л; 6) триглицериды $> 1,7$ ммоль/л; 7) холестерин липопротеинов высокой плотности $< 1,0$ ммоль/л; 8) наличие в клиническом анализе мочи хотя-бы следов белка; 9) признаки рубцовых (возможно рубцовых) изменений на электрокардиограмме, а также блокада левой ножки пучка Гиса.

Таким образом, отобрана группа из 33 пациентов (10 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 47 до 59 лет, соответствующих всем критериям включения и не имеющих ни одного критерия исключения. У 93,9 % включенных в исследование больных имелись факторы риска: по два фактора риска у 2 пациентов (мужчина старше 55 лет и женщина с сочетанием абдоминального ожирения и уровня холестерина липопротеинов высокой плотности менее 1,2 ммоль/л); по одному фактору риска у 9 мужчин и 20 женщин. На втором амбулаторном приёме всем 33 больным рекомендовано выполнение эхокардиографии, которую использовали в качестве референтного метода диагностики гипертрофии левого желудочка. Эхокардиографическое исследование (третий этап выборочного поперечного клинического испытания) проводили на ультразвуковом сканере экспертного класса LOGIQ S6 (производства GE Healthcare, США). При ультразвуковой диагностике гипертрофии левого желудочка использовали рекомендации Европейской ассоциации по сердечно-сосудистой визуализации [6]. Гипертрофию левого желудочка считали доказанной при значениях индекса массы миокарда левого желудочка более 115 г/м^2 у мужчин и более 95 г/м^2 у женщин.

Четвёртый этап исследования включал сопоставление результатов изучаемого (электрокардиография) и референтного (эхокардиография) метода диагностики гипертрофии левого желудочка. Математический анализ полученных данных осуществлялся с использованием программы Microsoft Excel 2007. Для оценки прогностической ценности электрокардиографии в распознавании гипертрофии левого желудочка рассчитывали общепринятые показатели эффективности диагностических методов: чувствительность, специфичность, прогностическая ценность отрицательного результата, прогностическая ценность положительного результата [1, 4]. Для всех показателей диагностической эффективности вычисляли точные биномиальные доверительные интервалы (при заданном доверительном уровне 95%).

Результаты исследования и их обсуждение

Электрокардиографические критерии гипертрофии левого желудочка выявлены только у 1 пациента (мужчина). Трое больных (у всех отсутствовали электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка) выбыли из исследования в связи с отказом от выполнения эхокардиографии и неявкой на очередной амбулаторный приём. Эхокардиография проведена 30 пациентам,

при этом наличие гипертрофии левого желудочка доказано у 9 из них (4 мужчины и 5 женщин). При сопоставлении данных электрокардиографии и эхокардиографии результаты диагностики гипертрофии левого желудочка с помощью совокупного использования индекса Соколова-Лайона, Корнельского показателя и Корнельского произведения квалифицированы следующим образом: истинноположительных результатов – 1, ложноположительных результатов – 0, ложноотрицательных результатов – 8, истинноотрицательных результатов – 21.

Показатели диагностической эффективности электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка, рекомендованных экспертами Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, составили (в скобках представлены нижняя и верхняя границы 95%-го доверительного интервала): чувствительность 11,1 % (2,8 %; 48,3 %); специфичность 100 % (83,9 %; 100 %); прогностическая ценность положительного результата 100 % (2,5 %; 100 %); прогностическая ценность отрицательного результата 72,4 % (52,8 %; 87,3 %).

О преобладании специфичности над чувствительностью вольтажных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией сообщают и другие авторы [3]. При этом показатели прогностической ценности электрокардиографии в распознавании гипертрофии левого желудочка существенно зависят от используемых точек разделения. Так вынесение заключения о наличии гипертрофии левого желудочка на основании достижения диагностически значимого уровня по любому из трёх вольтажных критериев (индекс Соколова-Лайона, Корнельский показатель, Корнельское произведение) увеличивает чувствительность до 22,2 % (4,3 %; 32,7 %), но существенно снижает прогностическую ценность положительного результата – 66,7 % (13,0 %; 98,2 %). При таком подходе к выбору решающего правила диагностики ни у одного из пациентов по результатам электрокардиографии не удалось получить надёжного прогностического результата в отношении выявления гипертрофии левого желудочка [2].

Одновременное наличие всех трёх вольтажных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка позволяет с достаточной степенью надёжности относить больного с артериальной гипертензией 1 степени к подгруппе высокого сердечно-сосудистого риска и немедленно назначать антигипертензивные препараты, не дожидаясь результатов эхокардиографии.

Выводы:

1. Прогностическая ценность электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка, рекомендованных экспертами Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, зависит от используемого подхода к выбору решающего правила диагностики.

2. Одновременное выявление диагностически значимых уровней индекса Соколова-Лайона, Корнельского показателя и Корнельского произведения обладает высокой прогностической ценностью в распознавании гипертрофии левого желудочка в группе пациентов среднего возраста с артериальной гипертензией 1 степени, имеющих менее трёх факторов риска и впервые обратившихся к кардиологу поликлиники.

Список литературы:

1. Коряков А.И. Прогностическая оценка неблагоприятного коронарного атеросклероза / А.И. Коряков // Клиническая медицина. – 2005. – № 12. – С. 25-28
2. Коряков А.И. Диагностическая эффективность электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка у пациентов среднего возраста с артериальной гипертензией 1 степени / А.И. Коряков, М.А. Авхадиева // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 42-45
3. Маковеева Е.А. Гендерные отличия вольтажных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка при гипертонической болезни у лиц, проживающих в условиях Севера / Е.А. Маковеева, Л.П. Ефимова // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 2, Т. 18. – С. 148-152
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
5. Чазова И.Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова, Ю.В. Жернакова // Кардиологический вестник. – 2015. – № 1, Т. 10. – С. 3-30
6. Recommendations on the use of echocardiography in adult hypertension: a report from the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) and the American Society of Echocardiography (ASE) / T.H. Marwick, T.C. Gillebert, G. Aurigemma, J. Chirinos, G. Derumeaux, M. Galderisi, J. Gottdiener, B. Haluska, E. Ofili, P. Segers, R. Senior, R.J. Tapp, J.L. Zamorano // European Heart Journal – Cardiovascular Imaging. – 2015. – Vol. 16. – P. 577-605

УДК 616.01.09

Арефина А.А., Басырова Л.Т., Фоминых М.И.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА D НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ
ОРГАНИЗМА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кафедра факультетской терапии и гериатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация