

6. Peng H., Chen W., Wu C. et al. Culture-negative subacute bacterial endocarditis masquerades as granulomatosis with polyangiitis (Wegener's granulomatosis) involving both the kidney and lung // *BMC Nephrol.* – 2012; 13: 174.
7. Ramakrishnan S., Narang R., Khilnani G. et al. Wegener's granulomatosis mimicking prosthetic valve endocarditis // *Cardiology.* – 2004; 102: 35–6.
8. Onal I., Ozcakar L., Temirel K. et al. Fatal endocarditis in Wegener's granulomatosis: mitral valve involvement and an intracardiac mass // *Joint Bone Spine.* – 2005; 72: 585–7.
9. Asdonk T., Tiyerili V., Dorner J. et al. Acute coronary syndrom as a cardiac manifestation of granulomatosis with polyangiitis // *Dtsch. Med. Wochenschr.* – 2013; 138: 213–7.
10. Papo T., Piette J., Laraki R. et al. Silent myocardial infarction in Wegener's granulomatosis // *Ann. Rheum. Dis.* – 1995; 54: 233–4.
11. Lazarus M., Khurana R., Sethi A. et al. Wegener's granulomatosis presenting with an acute ST-elevation myocardial infarct (STEMI) // *Rheumatology (Oxford).* – 2006; 45: 916–8.
12. Cocco G., Gasparyan A. Myocardial Ischemia in Wegener's Granulomatosis: Coronary Atherosclerosis Versus Vasculitis // *Open Cardiovasc. Med. J.* – 2010; 4: 57–62.
13. Lazarus M., Khurana R., Sethi A. et al. Wegener's granulomatosis presenting with an acute ST-elevation myocardial infarct (STEMI) // *Rheumatology (Oxford).* – 2006; 45: 916–8.
14. Стрижаков Л.А., Моисеев С.В., Коган Е.А. и др. Поражение сердца при системных васкулитах: патогенетические звенья, значение факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и диагностика // *Тер. арх.* – 2014; 12: 35–42.
15. Hoen B., Duval X. Infective endocarditis // *N. Engl. J. Med.* – 2013; 369: 785.
16. Pavera R., Noack S., Dong W. Acute myocardial infarction due to septic coronary embolism // *N. Engl. J. Med.* – 2000; 342: 977–8.
17. Zeler L., Flusser D., Shacko-Levy R. et al. A rare complication of Infective Endocarditis: left main coronary artery embolization resulting in sudden death // *J. Heart Valve Dis.* – 2010; 19 (2): 222–7.
18. Bajaj S., Zaher M., Doss E. et al. Acute Myocardial Infarction caused by Infective Endocarditis // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2014; 63 (7): e13. DOI:10.1016
19. Bor D., Woolhandler S., Nardin R. et al. Infective endocarditis in the U.S., 1998-2009: a nationwide study // *PLoS One.* – 2013; 8: e600.
20. Kang D., Kim Y., Kim S. et al. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis // *N. Engl. J. Med.* – 2012; 366 (26): 2466–73.

#### A RARE THROMBOEMBOLIC EVENT OF INFECTIVE ENDOCARDITIS IN A YOUNG PATIENT HAVING GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS (WEGENER'S)

**M. Tarakanova**, Candidate of Medical Sciences; Professor **L. Strizhakov**, MD; **T. Androsova**, Candidate of Medical Sciences; Professor **S. Moiseev**, MD; **P. Novikov**, Candidate of Medical Sciences; **S. Gulyaev**, Candidate of Medical Sciences

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*The paper describes a clinical case of a patient having granulomatosis with polyangiitis (Wegener's) who has developed infective endocarditis and myocardial infarction, a rare thromboembolic event. Difficulties in the differential diagnosis of infective endocarditis and vasculitides associated with antineutrophil cytoplasmic antibodies are analyzed. The data available in the Russian and foreign literature are given.*

**Key words:** systemic vasculitides; granulomatosis with polyangiitis; infective endocarditis; myocardial infarction.

## МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Р. Айбазов**<sup>2</sup>,  
**В. Зафирова**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**К. Амлаев**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**А. Хубиева**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ставропольский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Карачаево-Черкесская республиканская больница, Черкесск

**E-mail:** kum672002@mail.ru

*В статье представлены результаты реабилитации кардиохирургических пациентов по авторской методике.*

**Ключевые слова:** кардиологические заболевания, реабилитация, Венла-факсин, тревожно-депрессивный синдром.

**Н**еобходимость оптимизации и улучшения оказания медицинской помощи пациентам на всех этапах, особенно уже после выписки из стационара — крайне актуальная задача.

В сфере реабилитации кардиологических больных сегодня в основном акцент делается на интенсивной терапии, в том числе методом агрессивного воздействия сразу на несколько факторов риска, что снижает частоту сердечно-сосудистых осложнений на 53% (Шальнова С.В., Деев А.Д., 2005). При этом существенный экономический и медико-социальный эффект возможен только при комплексном решении проблем кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде с использованием современных методик реабилитации.

Нами изучено качество жизни пациентов кардиохирургического профиля до лечения и после 6-месячного периода реабилитации с применением различных методик. Целью исследования было оценить эффективность предложенной методики реабилитации кардиохирургических пациентов в послеоперационном периоде.

Находившиеся на оперативном лечении в 2014 г. пациенты Карачаево-Черкесской республиканской больницы (Черкесск) были случайным образом разделены на 2 группы — основную и контрольную, не различающиеся по половому и возрастному составу. В каждой группе по 102 пациента, из которых 40 было проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ) и в 62 — стентирование. Возраст пациентов варьировал от 40 до 65 лет. Большинство больных были мужчины; женщин в основной группе было 27, в контрольной — 25. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Было также получено одобрение локального этического комитета на проведение исследования.

Пациенты контрольной группы получали стандартное лечение: антиагреганты + β-блокаторы + средства, нормализующие артериальное давление (АД) + статины. Кроме

того, им назначали дыхательную гимнастику, пешие прогулки, они вели дневник и 1 раз в квартал посещали врача. Пациенты основной группы, кроме того, дополнительно получали антидепрессант Венлафаксин в дозе 75 мг/сут (в течение 3 мес с последующим ступенчатым уменьшением суточной дозы).

При оценке по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS) у 70% пациентов, которым было проведено АКШ, диагностирована тревога, у 30% – субклинические ее проявления. Депрессия диагностирована у 56% пациентов, субклинические ее проявления – у 27%. Сочетание тревоги и депрессии отмечалось у 36% пациентов. Среди прошедших стентирование тревога была диагностирована у 60% пациентов, субклиническая тревога – у 18%, депрессия – у 34%, субклиническая депрессия – у 30% пациентов, сочетание тревоги и депрессии – у 22%.

По завершении курса лечения пациенты обеих групп проходили контрольный тест 6-минутной ходьбы, оценивали также динамику качества их жизни с помощью опросника SF-36. Анализ данных, полученных в 2 группах, не выявил статистически значимых различий.

Кроме того, мы оценили уровень медицинской грамотности и приверженность лечению пациентов по истечении 6 мес реабилитационного периода. Исследование показало, что отлично информированы о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний 17,5% респондентов основной и только – 1,1% контрольной группы, кроме того, в последней группе у 5% пациентов отмечены неудовлетворительные знания ( $\chi^2$  Пирсона – 17,997;  $p=0,001$ ).

При оценке знаний и навыков по самоконтролю состояния здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случае

обострения и кризов оказалось, что в основной группе 4,9% респондентов обладают отличными знаниями в данной области, а у 12,2% они неудовлетворительные ( $\chi^2$  Пирсона – 7,301;  $p=0,06$ ). К ведению дневника более ответственно отнеслись пациенты основной группы: регулярно его вели соответственно 29,3 и 21,8% пациентов, от случая к случаю – 41,5 и 51,7%, вообще не вели – 29,3 и 26,4%. При оценке перечисленных знаний и навыков статистически значимой разницы между группами не выявлено.

Изучая приверженность лечению и выполнение рекомендаций врача (отказ от курения, режим питания, физической активности, систематический прием лекарств, регулярное посещение лечащего врача), мы основывались на оценке статуса курения с помощью аппарата Микро СО, ведении дневника пациента, предоставлении пустых упаковок от лекарств, учете посещений врача.

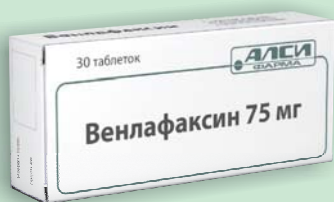
Оказалось, что в полной мере указания врача выполняли 27,5% пациентов основной и 5,8% – контрольной группы; выполняли, но не на 100% – соответственно 37,5 и 50% пациентов, частично – 35 и 44,2% ( $\chi^2$  Пирсона – 11,596;  $p=0,03$ ; различия статистически достоверны).

Результаты теста 6-минутной ходьбы через 6 мес после оперативного лечения статистически значимо различались в группах: в основной пройденное расстояние в среднем составило 318 м, в контрольной – 288 м (t-критерий Стьюдента – 2,259;  $p=0,026$ ).

Динамику тревожно-депрессивных расстройств изучали по шкале HADS (баллы).

Так, уровень тревоги (исходно) в группах почти не различался (в основной группе – 10,0, в контрольной – 9,7 балла), а после курса терапии он составил соответственно 5,5 и

## Сердечные дела не стоят переживаний:



## Сердечные дела не стоят на месте:

- Лизиноприл
- Амлодипин
- Индапамид ретард
- Триметазидин
- Аторвастатин
- Розувастатин
- Симвастатин



На правах рекламы



ЗАО "АЛСИ Фарма"  
129272, Москва, Трифоновский тупик, 3  
Тел.: (495) 787-70-55 --- www.alsi.ru

7,4 балла. Уровень депрессии понизился соответственно с 9,1 и 9,2 балла до 4,5 балла в основной и 6,7 – в контрольной группе.

С помощью опросника качества жизни (SF-36 мини) удалось установить, что физический компонент здоровья в основной группе статистически значимо повысился с 213,2 до 281,0 балла (в контроле – с 202,6 до 247 балла), а психический компонент здоровья – с 210,5 до 284 балла; в контроле – с 204,8 до 216,0 балла (различия статистически значимы).

Таким образом, результаты реабилитации пациентов кардиохирургического профиля в основной группе оказались более выраженными за счет повышения приверженности лечению (обязательный визит к врачу 1 раз в месяц с отчетом о ходе реабилитации), регулярных физических нагрузок, фиксируемых в дневнике пациента, эффективной коррекции тревожно-депрессивных расстройств вследствие назначения Венлафаксина (в дозе 75 мг/сут в течение 3 мес с постепенной отменой препарата в течение 2 нед на фоне традиционной при сердечно-сосудистой патологии медикаментозной терапии). При приеме Венлафаксина у пациентов в начале курса иногда возникали побочные явления (зевота, нарушения сна, кратковременно протекающие состояния «волнения», легкое усиление раздражительности); они были преходящими и не требовали отмены препарата.

Предложенная нами методика восстановительного лечения с использованием современных антидепрессантов и схем повышения приверженности лечению продемонстрировала свою эффективность и может быть рекомендована к использованию в центрах восстановительной терапии и реабилитации.

## МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Р. Айбазов<sup>2</sup>,  
В. Зафирова<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
К. Амлаев<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
А. Хубиева<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Ставропольский государственный медицинский университет  
<sup>2</sup>Карачаево-Черкесская республиканская больница, Черкесск  
E-mail: kum672002@mail.ru

*В статье представлены результаты реабилитации кардиохирургических пациентов по авторской методике.*

**Ключевые слова:** кардиологические заболевания, реабилитация, Венлафаксин, тревожно-депрессивный синдром.

### МЕТАБОЛИЗМ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН НА ФОНЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

**О. Капулер, доктор медицинских наук, Б. Сельская, А. Галеева, Ф. Камилов**  
ЗАО «Косметологическая лечебница», Уфа  
E-mail: olgakapuler@gambler.ru

Выбор препарата для инъекции с целью эстетической коррекции должен быть продиктован патогенетической обоснованностью, предсказуемостью эффекта и удобством его использования.

Ключевые слова: инъекционные методики, коллаген.

Спектр инъекционных методик, предназначенных для коррекции эстетических недостатков внешности, постоянно пополняется. Практикующему врачу нередко сложно выбрать базовые препараты, которые будут использоваться для решения большинства задач, возникающих в повседневной лечебной практике. Адекватность выбора препарата должна быть продиктована патогенетической обоснованностью, предсказуемостью эффекта и удобством использования, включая процедуру инъекционирования [3].

Составляя план лечебных мероприятий, направленных на потенцирование синтеза коллагена и, как следствие, на восстановление эластичности, тургора и объема кожи, чаще косметологи выбирают препараты, содержащие гиалуроновую кислоту в различных формах (высоко-, низкомолекулярную, стабилизированную, нестабилизированную). При этом коллагенсодержащие препараты, как правило, даже не рассматриваются. Однако их применение абсолютно оправдано как с позиций этиологии и патогенеза инволюционных изменений кожи, так и с точки зрения прогнозирования эстетических результатов [33].