

сердечно-сосудистой системы (ХСН, ИБС, ПИКС, АГ, пороки сердца, а также заболевания щитовидной железы), клинические и биохимические анализы крови, методы исследования (ЭКГ, Эхо-КГ, по показаниям коронарография). Проведен анализ влияния гендерных и возрастных аспектов на структуру сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ФП и тактика АКТ. Выбор АКТ назначался согласно стратификации риска по индексу CHA2DS2VASc и шкале HAS-BLED.

Результаты:

Анализ показал, что значительное влияние на формирование ФП как у мужчин, так и у женщин оказывают возрастные изменения сердечной мышцы: 17% пациентов – до 60 лет и 83% пациентов – старше 60 лет. У мужчин постоянная форма ФП встречается в 38,3%, у женщин – постоянная и пароксизмальная формы 21,3% и 23,4% соответственно, персистирующая форма в обеих группах – 8,5% и 4,3% соответственно. Также было выявлено, что важными этиологическими факторами оказывающими, неблагоприятное влияние на сердце и способствующими развитию ФП являются: у мужчин до 60 и после 60 лет соответственно: ИБС – 4,16% и 50%, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 16,7% и 44,4%, АГ – 50% и 61,1%, ХСН – 100% в обеих группах, ХРБС – после 60 лет – 11,1%, КМП – 16,7% и 5,5%. У женщин до и после 60 лет соответственно: ИБС – 50% и 42,8%, ПИКС – 50% и 28,6%, АГ – 100% и 95,2%, ХСН – 100% в обеих группах, ХРБС и КМП – нет. Стоит отметить и внесердечную коморбидность у мужчин до и после 60 лет: СД – 33,3% и 44,4%, ХОБЛ – после 60 лет – 38,8%, опухоли ЖКТ – 16,7% и 5,5%, ХБП и ожирение – после 60 лет 16,7% и 5,5% соответственно. В сравнении у женщин: СД – 100% и 9,5%, ХОБЛ – после 60 лет 9,5%, опухоли ЖКТ – после 60 лет 4,8%, ХБП – нет, ожирение после 60 лет – 14,3%. По проведенным анализам данных отмечается преобладание коморбидности в возрасте старше 60 лет у женщин с 2-мя и с 4-мя заболеваниями и у мужчин – с 4-мя заболеваниями. По данным коронарографии отмечается преобладание поражений коронарных артерий (со стентированием) у пациентов старше 60 лет, как у мужчин, так и у женщин. На ЭхоКГ отмечаются признаки ГЛЖ у 16,7% и 58,3%, ГЛП – 12,5% и 20,8%, показатели ФВ – 38,5% и 35,6%, легочная гипертензия (ЛГ) – 20,8% и 45,8% соответственно у мужчин до и старше 60 лет, у женщин – ГЛЖ у 8,7 и 56,5%, ГЛП – 4,3% и 13%, показатели ФВ – 40% и 35,1%, ЛГ – 4,3% и 56,5% соответственно до и старше 60 лет. АКТ была назначена в 96,7% случаев, из них 31,9% – варфарином, 63,8% – новыми пероральными антикоагулянтами (НПОА), остальным пациентам с учетом противопоказаний были назначены антиагреганты (4,3%).

Заключение:

Распространенность ФП и коморбидность чаще всего наблюдаются в пожилом и старческом возрасте (старше 60 лет), причем они выше у пациентов с ИБС, АГ, ХСН, с избыточной массой тела и имеет гендерные различия. Так, у мужчин 2 раза чаще встречается постоянная форма, чем у женщин, у женщин – постоянная и пароксизмальная формы в равной степени. Также у пациентов старшей возрастной группе преобладают коморбидность с преобладанием сердечной, чем внесердечной. АКТ проводилась согласно стратификации и в 2 раза чаще назначались НПОА по сравнению с варфарином.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС

Абдувахитова А. Н.¹, Абдуллаев Т. А.², Цой И. А.²

¹Ташкентский Государственный Педиатрический Институт,

²Республиканский Специализированный

Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Выявление тревожно-депрессивных расстройств и факторов, их определяющих, у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также КЖ больных пожилого возраста с ХСН.

Материал и методы:

В исследование были включены 38 больных (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 60 до 75 лет с ХСН II–IV ФК по классификации NYHA, развившейся вследствие ИБС и артериальной гипертензии (АГ). Диагноз ХСН был установлен в соответствии с Европейскими рекомендациями по диагностике и лечению ХСН. В исследование не включали больных с ревматическими пороками сердца, инфекционным эндокардитом. Для оценки качества жизни использовался — Миннесотский опросник «Жизнь больных с хронической сердечной недостаточностью». Наличие и выраженность тревоги и депрессии оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale —HADS). При интерпретации полученных результатов учитывали суммарную оценку по каждой из подшкал, которая в пределах 8—10 баллов указывала на субклиническую тревогу/депрессию, более 10 — на клинически выраженную тревогу/депрессию.

Результаты:

Анализируя ответы на вопросы анкеты «Жизнь больных с ХСН» при поступлении 30 баллов и при выписке 33 баллов соответственно ($p=0,156$). Выраженная одышка, быстрая утомляемость, необходимость в дневном отдыхе, ограничения в прогулках, выполнении работы по дому одинаково ухудшали КЖ больных с ХСН. Ухудшение КЖ ассоциировалось с приемом большими количества лекарственных препаратов ($r=0,24$; $p=0,014$) и сниженной физической активностью ($r=-0,34$; $p<0,001$). Согласно нашим данным, клинически выраженная депрессия встречалась у 23,7% больных, клинически выраженная тревожность — у 29,6% больных соответственно ($p=0,945$). Субклинически выраженная депрессия отмечена у 20,6%, субклинически выраженная тревожность — у 18,5%. Чувство паники выявлялось у 10 (26,3%) больных со сниженной и у 28 (73,6%) с сохраненной ФВ ЛЖ, тревожные мысли беспокоили (50,4%) и (54%) больных соответственно. Депрессивное состояние больных с различной ФВ ЛЖ в основном было связано с появлением ограничений при выполнении какой-либо работы, требующей физического или эмоционального напряжения, и выявлялось у 20 больных со сниженной и у 18 с сохраненной ФВ ЛЖ. Не были удовлетворены делами и занятиями, которые ранее приносили им удовольствие (чтение книг, просмотр телепередач) – 34 больных. Результаты нашего исследования показали тесную корреляцию тревожно-депрессивного статуса у больных с низким КЖ ($r=-0,209$; $p=0,32$), тяжелым течением ХСН по ШОКС ($r=-0,26$; $p=0,004$) и наличием инвалидности ($r=0,206$; $p=0,026$).

Заключение:

Социальная дезадаптация и медицинские факторы оказались ведущими показателями, определяющими ухудшение качества

жизни и развитие тревожно-депрессивного состояния у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Низкое качество жизни, наличие тревожно-депрессивного состояния служат не только проявлением тяжелого течения заболевания, но и влекут за собой ухудшение функционального состояния, что ограничивает физическую и социальную активность больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Исабекова А. Х., Беркинбаев С. Ф., Джунусбекова Г. А.,
Мусагалиева А. Т., Кошумбаева К. М., Кожобекова Б. Н.,
Акпанова Д. М., Алиева Г. Р., Ахыт Б. А.

Научно-исследовательский институт кардиологии
и внутренних болезней МЗ СР РК,
г. Алматы, Республика Казахстан

Введение (цели/ задачи):

Провести одномоментное (кросс-секционное) многоцентровое исследование в г. Алматы и Алматинской области для получения исходных эпидемиологических показателей.

Материал и методы:

Материалом для проведения исследования послужили лица, в возрасте 18-69 лет, проживающие в г. Алматы и Алматинской области. Общее количество обследованных - 1575 взрослых лиц. В данном исследовании были использованы определения факторов риска в соответствии со стандартизированной методикой Всемирной организации здравоохранения STEPS.

Результаты:

Абдоминальное ожирение выявлено у 55,6% обследованных мужчин и у 75,8% женщин ($p < 0,001$, RR-0.7336, CI 0.6683, 0.8052). Преобладание абдоминального ожирения среди женщин отмечается как в городе, так и в селе (в городе $p < 0,001$, RR 0.713 CI 0.6202, 0.8196; в селах Алматинской области $p < 0,001$, RR 0.74, CI 0.6528, 0.8389). В обследованной популяции средние значения систолического артериального давления (САД) - $121,2 \pm 0,58$ мм.рт.ст., диастолического (ДАД) - $78,7 \pm 0,32$ мм.рт.ст. Значимых различий по среднему уровню АД среди мужчин и женщин, как в городе, так и в сельской местности не установлено. Среднее значение уровня общего холестерина (ОХС) в обследованной популяции составило $4,99 \pm 0,03$ ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПН) - $3,1 \pm 0,13$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) - $1,53 \pm 0,07$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности - $1,56 \pm 0,01$ ммоль/л. Значимых различий по показателям липидного спектра крови в зависимости от половой принадлежности не установлено. Гиперхолестеринемия обнаружена у 40,95% обследованных лиц. В сельской местности отмечаются гендерные различия по встречаемости гиперхолестеринемии (мужчины - 50%, женщины - 38,44%, $p < 0,03$, RR 1.301, CI 1.085, 1.558). Гипертриглицеридемия, выявлена у 25,95% обследованных лиц.

Заключение:

В обследованных населенных пунктах (г. Алматы, Алматинская область) частота артериальной гипертензии составляет в среднем 43%, ИБС - 17,14%, перенесенного инфаркта миокарда - 3,8%, перенесенного инсульта - 2,86%, фибрилляции предсердий - 3,3%. Наиболее распространенными факторами риска сердечно - сосудистых заболеваний являются избыточная масса тела, дислипидемия и малоподвижный образ жизни.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

ЖАББАРОВ А. А., ТУРСУНОВА Л. Д., НИЯЗОВА М. Б.

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Введение (цели/ задачи):

Поражение сердца при системной красной волчанке (СКВ) встречается примерно у 58-89% пациентов, однако в большинстве случаев оно протекает со стертой клинической симптоматикой и выявляется лишь при инструментальном обследовании. Цель исследования: Диагностика изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных СКВ и пути их коррекции

Материал и методы:

Обследовано 25 больных, находящихся на лечении в отделении нефрологии 3 клиники ТМА. Мужчин - 3, женщин - 22. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет.

Результаты:

Явления миокардита было выявлено у 10 больных из 25 обследованных больных. Поражение перикарда отмечено у 5 больных, поражение клапанов сердца (аортального и митрального) у 6 больных. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) различной степени диагностирована у 12 больных, проведены лабораторные исследования, выявившие активность процесса различной степени, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгеноскопия грудной клетки и сердца. Рентгенологически у большинства больных имелось расширение тени сердца, преимущественно за счет дуги левого желудочка. На ЭКГ зарегистрированы синусовая тахикардия и аритмия, снижение вольтажа, деформация зубцов Р и Г, иногда инверсия зубца Т, а также нарушение внутрисердечной, внутривентрикулярной проводимости. ЭхоКГ выявила снижение показателей сердечного выброса, изменения левых камер сердца: дилатацию полости левого предсердия и концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка, характерные для артериальной гипертензии. А также, у 6 больных определены признаки эндокардита Либмана-Сакса (фибриноидная дегенерация, приводящая к утолщению и фенестрации митрального и аортального клапана) Больные получали - нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды из расчета 1 мг на кг массы тела, антикоагулянты, антиагреганты, препараты, улучшающие метаболизм миокарда. В результате проведенного лечения достигнута частичная ремиссия у 20 больных, у 4 достигнуто улучшение.

Заключение:

Современные диагностические методы существенно улучшили выявление поражения сердца у больных СКВ, нередко протекающих без видимых клинических проявлений. 2. Для улучшения прижизненной диагностики патологических изменений в сердце у больных СКВ необходимо шире использовать высокоинформативные неинвазивные методы исследования. Эхо КГ с цветным доплеровским сканированием, нагрузочные ЭхоКГ тесты, чреспищеводная ЭхоКГ, компьютерная томография и др. 3. С целью коррекции выявленных нарушений рекомендуется использовать глюкокортикостероиды, антиагреганты, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты, улучшающие метаболизм миокарда.