

СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ, ОСНОВАННОГО НА ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ПАЦИЕНТА С КАРДИОЛОГОМ, ПО ДАННЫМ 6-ти МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ОСОКИНА А.К.¹, ФИЛАТОВА А.Ю.², ПОТЕХИНА А.В.¹, ЩИНОВА А.М.¹, ГВОЗДЕВА А.Д.¹,
АРЕФЬЕВА Т.И.², НОЕВА Е.А.¹, МАСЕНКО В.П.¹, ПРОВАТОРОВ С.И.¹

¹ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ; ²ИЭК ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение. Частота неблагоприятных событий во многом определяется комплаентностью больного, прогрессированием и дестабилизацией бляшек, а так же может быть обусловлена эффективностью наблюдения за пациентами. В настоящее время возможность наблюдения за пациентами неравноценна в зависимости от места проживания. Внедрение технологий дистанционного наблюдения может улучшить качество ведения пациентов после коронарного стентирования.

Цель данного исследования. Сопоставление результатов дистанционного наблюдения и наблюдения, основанного на прямом контакте пациента с кардиологом, больных стабильной стенокардией напряжения, перенесших коронарное стентирование.

Материал и методы. Включены 134 пациента, в том числе 98 мужчин, средний возраст 62 (54; 66) года, со стабильной стенокардией напряжения 2–4 ф.к., либо безболевой ишемией миокарда, которым было выполнено коронарное стентирование (КС). Пациенты рандомизированы в 2 группы: I группа (n=74) – амбулаторные визиты и анализ крови (общий и биохимический, в т.ч. вЧСРБ, липидный спектр) через 1, 3 и 6 месяцев после КС. Во II группе (n=60) передача анализов крови и клинических данных, рекомендации от координатора

наблюдения осуществлялись с помощью телемедицинских технологий – видеоконсультация – 2,98 %, консультация по телефону – 97,02 %.

Результаты. В обеих группах отмечалось снижение уровня общего холестерина (ОХС) к 1-му, 3-му и 6-му месяцам наблюдения (исходно/1 мес./ 3 мес./ 6 мес. 1 группа: 3,9 (3,4; 4,5)/ 3,6 (3,1; 4,1)/ 3,7 (3,3; 4,2)/ 3,6 (3,3; 4,3); 2 группа: 3,8 (3,2; 4,3)/ 3,8 (3,2; 4,2)/ 3,6 (3,2; 2,5)/ 3,7 (3,2; 4,0); $p < 0,05$). В группах 1 и 2 отмечалось снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) к 1-му, 3-му и 6-му месяцам наблюдения (исходно/1 мес./ 3 мес./ 6 мес. 1 группа: 2,4 (1,9; 2,8)/ 2,0 (1,7; 2,4)/ 2,1 (1,8; 2,5)/ 2,0 (1,7; 2,6); 2 группа: 2,3 (1,8; 2,5)/ 1,9 (1,8; 2,8)/ 1,8 (1,6; 2,5)/ 1,7 (1,5; 2,0); $p < 0,05$). По содержанию холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ), высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) различий в точках наблюдения не было.

Заключение. Группы дистанционного наблюдения и наблюдения, основанного на прямом контакте пациента с кардиологом, демонстрировали аналогичный профиль снижения показателей липидного спектра. Дистанционное наблюдение за больными, перенесшими коронарное стентирование, является эффективным и безопасным способом поддержания приверженности к лечению.

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВЛИЯНИЯ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОЧИЛОВА Д.А.

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан

Наибольшие успехи профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) имеет популяционный подход. Применительно к практике врача это, в первую очередь, предполагает систему образовательных мероприятий, целью которых является повышение информированности людей по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ), улучшение знаний о начальных проявлениях имеющихся у них болезней с адекватной самооценкой состояния здоровья, ясное понимание задач профилактики, ее путей и возможностей. С точки зрения

повседневной практики врача наиболее удобным объектом для подобной образовательной деятельности является семья. Даже если в общении с врачом участвуют не все ее члены, обращение к семье заметно повышает интерес к обсуждаемой проблеме.

Другим направлением профилактической деятельности ВОП может быть стратегия «высокого риска». Последняя нацеливает его на выявление лиц, имеющих повышенную вероятность развития ССЗ и их осложнений вследствие тех или иных

факторов риска (ФР), и последующее профилактическое вмешательство по их коррекции. Однако в повседневной работе целесообразно учитывать определенную приоритетность ФР, в целом отражающую степень их значимости и потенциальной корригируемости. Так, например, для конкретной ситуации на врачебном участке наиболее приоритетными в плане выявления и коррекции являются АГ, курение, сахарный диабет и гиперхолестеринемия (ГХ), нерациональное питание, избыточное потребление поваренной соли, гиподинамия, злоупотребление алкоголем и др. Подобное деление, разумеется, в значительной степени условно, так как зачастую различные ФР переплетены между собой, и активная коррекция одного из них неизбежно предполагает воздействие и на другие. Помимо этого, нельзя не учитывать и выраженность того или иного ФР, например, ГХ, которая может быть как незна-

чительной, так и достаточно тяжелой, прогноз при этом будет существенно различаться. Во внимание должна приниматься и наследственная предрасположенность к ССЗ (некорригируемый фактор), который следует рассматривать в качестве основания к интенсификации профилактического вмешательства вообще. Так как несмотря на небольшое увеличение уровня каждого ФР в отдельности, суммарный риск ССЗ у данного пациента может быть достаточно высоким.

Выводы. Направления профилактики не должны рассматриваться обособленно друг от друга, тем более их не следует жестко разграничивать в повседневной деятельности врача общей практики. Напротив, работа ВОП должна по возможности строиться с одновременным охватом указанных подходов, с их взаимопроникновением и взаимовлиянием.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ В РОССИИ/СИБИРИ: ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»

ПАНОВ Д.О.¹, ГАФАРОВ В.В.², ГРОМОВА Е.А.¹, ГАГУЛИН И.В.², ГАФАРОВА А.В.², КРЫМОВ Э.А.¹

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины;

²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний. Россия

Цель исследования. Определить гендерные различия распространенности личностной тревожности в открытой популяции в возрастной группе 25–64 лет и оценить их влияние на риск развития ССЗ у населения с высоким уровнем тревожности в России/Сибири.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» обследована случайная репрезентативная выборка населения 25–64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657, женщины n=870). Программа включала: регистрацию социально-демографических данных, личностной тревожности (ЛТ). За 16-летний период были выявлены случаи ИМ и инсульта у женщин (15 и 35) и у мужчин (30 и 22). Для оценки Hazard ratio (HR) использовали Cox-regression. Достоверность во всех видах анализа была принята при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. В открытой популяции населения 25–64 лет у 99,5% женщин и 97,5% мужчин была личностная тревожность (ЛТ), причем у 59,9%

женщин и 50,9% мужчин был высокий уровень тревожности (ВУТ) ($\chi^2=15,937$ $u=2$ $P=0,0001$). В однофакторной модели Кокса через 16 лет риск развития ИМ и инсульта у лиц с ВУТ среди женщин (HR=4,19 и HR=3,5 соответственно), у мужчин (HR=3,7 и 4,43 соответственно). В многофакторной модели Кокса влияние ВУТ на риск ИМ и инсульта с учетом социальных параметров и возраста, у женщин (HR=5,16 HR=3,5 соответственно), у мужчин (HR=1,79 и HR=3,2). Риск ИМ был выше у женщин с ВУТ в 55–64 года (HR=5,95), чем у мужчин (HR= 3,56). Наибольший риск инсульта, при наличии ВУТ, был у разведенных (HR=5,017) и овдовевших мужчин (HR=3,848), в возрасте 55–64 лет (HR=5,8).

Заключение. Тревожность представляет собой наиболее сильнодействующий психосоциальный фактор риска развития ССЗ. Риск за 16-летний период ИМ был выше у женщин, а инсульта – у мужчин.