

данным амбулаторных карт оценивалась в 2012 г. у 112 пациентов, а также в последующие годы – из числа выживших пациентов: в 2013 году – у 105 пациентов, в 2014 и 2015 годах – у 101 и 95 пациентов, соответственно. Частота назначения ОАК по состоянию на март 2016 года оценивалась по данным амбулаторной карты либо телефонного контакта у 75 пациентов. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Microsoft Excel 2010, Statsoft Statistica 10.0

Результаты:

Из 112 пациентов с ФП, включенных в исследование, мужчин было 30,4% (34). Медиана возраста пациентов составила 75,0 (69,1;82,1) лет. При оценке риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA2DS2-VASc медиана баллов для всех пациентов с ФП составила 5,0 (4,0; 6,0), при этом значений CHA2DS2-VASc ≤ 1 не было, то есть, всем включенным в исследование пациентам было показано назначение ОАК. Наиболее распространенными факторами риска ТЭО являлись: встречающаяся в 100% (112) случаев ХСН; в 99,1% (111) случаев – АГ; в 20,5% (23) – перенесенный ранее инфаркт миокарда; в 19,6% (22) – сахарный диабет; в 14,3% (16) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, возраст: в 50% (56) случаев включенные пациенты были старше 75 лет, в 31,3% (35) случаев возраст пациента находился в диапазоне от 65 до 74 лет. При оценке риска развития геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана баллов составила 2,0 (1,0;2,0) балла. Значение HAS-BLED ≤ 2 имели 84,8% (95) пациента, HAS-BLED ≥ 3 – 15,2% (17). Наиболее распространенными факторами риска кровотечений являлись: возраст: 81,3% (91) пациентов были старше 65 лет; прием лекарственных препаратов, повышающих риск кровотечения (антиагрегантов и нестероидных противовоспалительных препаратов, – в 71,4% (80); ОНМК в анамнезе – в 15,2% (17); АГ (в том случае, если на момент включения систолическое артериальное давление превышало 160 мм рт. ст.) – в 9,8% (11). В единичных случаях (по 0,9%) факторами риска кровотечений являлись нарушение функции почек (уровень креатинина сыворотки крови ≥ 200 мкмоль/л) и «большие» кровотечения в анамнезе. Таким образом, по данным индексного визита возможное назначение ОАК в 84,8% случаев сопровождалось бы низким или средним риском кровотечений. Примечательно, что по данным амбулаторных карт пациентов оценка риска кровотечений и ТЭО по соответствующим шкалам врачами амбулаторно-поликлинического звена не проводилась. За период наблюдения с 2012 по 2015 год выявлено увеличение частоты назначения ОАК пациентам с ФП и высоким риском ТЭО в 2,7 раза, НОАК – в 4,7 раза, варфарина – в 2,3 раза, но данные различия не являются статистически значимыми. При сравнении данных 2012 года и марта 2016 года выявлено статистически значимое увеличение частоты назначения ОАК до 20,0%, т.е. в 3,7 раза ($p=0,01$) за счет увеличения частоты назначения НОАК в 5,9 раза ($p=0,14$) и за счет увеличения частоты назначения варфарина в 3,3 раза ($p=0,049$).

Заключение:

По данным регистра РЕКВАЗА у пациентов с ФП, имеющих высокий риск ТЭО, частота назначения ОАК, несмотря на возрастание в 2,7 раза, остается недостаточной: в 2012 году ОАК были назначены 5,4% пациентов, а в 2016 – 20,0% пациентов.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ПЕРВИЧНЫМ ХРАПОМ

Тарасик Е. С.

Республиканский научно-практический центр “Кардиология”

Введение (цели/ задачи):

Интенсивное изучение синдрома обструктивного апноэ-гиппноэ во время сна (СОАС) было начато в конце прошлого столетия. Значение проблемы СОАС определяется его широкой распространенностью, влиянием на качество жизни пациентов любого возраста, высокой частотой тяжелых осложнений и значительной летальностью. Выяснено, что у пациентов с СОАС заметно чаще, чем в общей популяции, наблюдаются опасные для жизни заболевания: инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и внезапная смерть во сне. СОАС утяжеляет течение ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета, артериальной гипертензии (АГ), депрессии. У пациентов с СОАС повышение артериального давления (АД) соответствует циклическому характеру нарушений дыхания. Системное АД может возрастать на 20% во время апноэ. Таким образом СОАС является независимым фактором риска повышения АД, в том числе развития тяжелой, рефрактерной АГ. Патологические механизмы развития АГ при СОАС различны (гипоксемия, гиперкапнический ацидоз, резкие респираторные усилия и увеличение симпатической активности на фоне микропробуждений) и изучены недостаточно. Цель: проанализировать показатели суточного мониторирования АД у пациентов с ИБС, СОАС и первичным храпом.

Материал и методы:

Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck -2 (Weinmann, Германия). При исследовании регистрировались: мониторинг нозофарингеального потока, ЭКГ, частота сердечных сокращений, пульсоксиметрия, плетизмография, положение тела, торакоабдоминальные движения, запись звукового феномена храпа. Затем рассчитывался индекс апноэ/гиппноэ (ИАГ). В настоящее время большинство клинических рекомендаций придерживаются следующей классификации: легкая степень СОАС: от 5 до 15 эпизодов апноэ/гиппноэ в час, средняя: от 15 до 30 эпизодов в час, тяжелая: от 30 и более эпизодов в час. Суточное мониторирование АД проводилось аппаратом Pressure Trak (Phillips, Нидерланды). Анализировали максимальные, минимальные и средние величины систолического и диастолического АД за сутки, день и ночь; вариабельность АД; суточный индекс (СИ), индекс времени; скорость утреннего подъема АД. В исследовании приняло участие 90 пациентов с ИБС. Из них мужчин было 46 (51%), женщин 44 (49%). Средний возраст составил 56,7 $\pm$ 9,2 лет. Все пациенты были разделены на группы. Первая группа составила 30 пациентов (пациенты с ИБС и СОАС). Вторая группа составила 30 пациентов (ИБС и первичный храп). Третья группа составила 30 пациентов с ИБС (без СОАС и первичного храпа). По половому и возрастному составу группы были сопоставимы.

Результаты:

При оценке данных суточного мониторирования установлено, что у пациентов первой группы систолическое АД (САД)

за сутки составило $141,3 \pm 8,8$ мм.рт.ст. Во второй группе $125,6 \pm 8,8$ мм.рт.ст. В третьей группе $124,5 \pm 4,6$ мм.рт.ст.; днем показатели САД в первой, второй и третьей группе составило $145,0 \pm 8,0$; $129 \pm 8,1$; $125 \pm 4,1$ мм.рт.ст. соответственно. Ночью САД в группах составило $131,0 \pm 8,0$; $116 \pm 8,1$; $111,6 \pm 5,0$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика диастолического АД (ДАД) за сутки составила $81,2 \pm 6,1$; $76,2 \pm 5,1$; $74,4 \pm 2,0$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика ДАД за день составила $83,2 \pm 6,1$; $79,2 \pm 5,0$; $78,1 \pm 1,9$ мм.рт.ст. соответственно. Динамика ДАД ночью составила $73,4 \pm 5,0$; $68,4 \pm 5,1$; $64,0 \pm 2,4$ мм.рт.ст. соответственно. Данные показатели говорят, что у пациентов 1 группы (ИБС+СОАС) наблюдалось повышение САД и ДАД (за сутки, день и ночь) по сравнению с пациентами 2 и 3 групп. Индекс времени в 1 группе за сутки, день и ночь составил $35,3 \pm 8,7\%$, $30,9 \pm 9\%$ и $46,6 \pm 8,3\%$; во второй группе – $30,2 \pm 6,7\%$, $28,9 \pm 7,8\%$ и $30,4 \pm 8,0\%$; в третьей группе – $26,8 \pm 10,7\%$, $26,0 \pm 11,4\%$ и $46,6 \pm 8,3\%$; Суточный индекс САД у пациентов первой группы составил $8,5 \pm 3,2\%$, во второй группе $9,1 \pm 3,2\%$, в третьей группе $12,7 \pm 2,4\%$. Это свидетельствует о том, что пациенты с СОАС и храпом являются нон-дипперами (недостаточное снижение САД ночью). Суточный индекс ДАД у пациентов первой группы составил $12 \pm 3,2\%$, во второй группе $13,6 \pm 3,1\%$, в третьей группе $17,9 \pm 2,6\%$. Что говорит о достаточном снижении ДАД ночью во всех группах пациентов.

Заключение:

1. У пациентов первой группы (ИБС+СОАС) наблюдалось повышение средних значений САД и ДАД (за сутки, день и ночь) по сравнению с пациентами второй (ИБС+первичный храп) и третьей (ИБС без СОАС и первичного храпа) групп. 2. Пациенты с ИБС и СОАС являлись нон-дипперами (недостаточное снижение САД ночью). 3. У пациентов с ИБС, СОАС и первичным храпом наблюдалось повышение индексов времени как днем, так и ночью по сравнению с пациентами с ИБС без СОАС и первичного храпа.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ходжакулиев Б. Г., Оразкычев О. А.

Государственный медицинский университет Туркменистана

Введение (цели/ задачи):

Изучение особенностей применения антигипертензивных препаратов (АГП) больными артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторной практике и ее соответствия современным рекомендациям остается одной из актуальных проблем современной кардиологии. Цель настоящей работы – исследование рационального использования и структуры АГП в амбулаторных условиях.

Материал и методы:

С помощью специально разработанных анкет для фармакоэпидемиологических исследований АГ проведен опрос 140 больных артериальной гипертензией I и II степени, с риском сердечно-сосудистых заболеваний 3–4 степени, обратившихся за стационарной помощью в кардиологическое отделение, которым был показан постоянный прием АГП до поступления в стационар. Средний возраст больных 57,63 лет, из них

50 мужчин, 90 женщин. Сопутствующие заболевания: у 117 (83,6%) больных диагностирован ИБС – стенокардия напряжения разных функциональных классов, 21 (15%) больных перенесли инфаркт миокарда, 6 (4,3%) инсульт, у 95 (67,9%) больных диагностирована сердечная недостаточность II–IV функциональных классов по NYHA. Сахарный диабет выявлен у 26 (18,6%) больных.

Результаты:

В результате опроса выявлено, что 13 (9,3%) больных до поступления в стационар в течение последнего месяца практически не принимали АГП, 84 (60%) больных принимали их только по потребностям и только 43 (30,7%) принимали АГП постоянно, строго по назначению семейного врача. Комбинированную терапию получали 69 (49,2%) больных, в том числе комбинацию 3-х или более препаратов 22 (15,7%) больных. Основными препаратами в структуре назначений АГП, как при монотерапии, так и при комбинированной терапии, явились ингибиторы АПФ (68,6% опрошенных больных), антагонисты кальция – 37,8%, бета-блокаторы – 27,9%, диуретики – 14,3%, блокаторы рецепторов ангиотензина – 5,7%. 2,1 % больных принимал спазмолитики. Анализ структуры препаратов внутри класса ингибиторов АПФ показал, что основу составляют 4 препарата: эналаприл – 50%, лизиноприл – 32,9%, каптоприл – 12,7%, периндоприл – 4,2%. Структура назначения бета-блокаторов: бисопролол – 51,3%, атенолол – 43,2%, остальные 5,4%. Из антагонистов кальция самым часто используемым препаратом оказался амлодипин (92,1%), доля всех остальных антагонистов кальция не более 7,9%. Структура диуретиков: гидрохлоротиазид – 68,4%, индапамид – 15,8%, фуросемид, торесемид и верошпирон, каждый по 5,2%. Блокаторов рецепторов ангиотензина составляли лозартан (62,5%) и валсартан (37,5%). Из спазмолитиков применяли дибазол и папаверин. Комбинацию ингибиторов АПФ с антагонистами кальция применяли 33 (23,%) больных, бета-блокаторов с антагонистами кальция – 27 (19,3), ингибиторов АПФ с диуретиками 17 (12,1%), бета-блокаторов с диуретиками – 10 (7,1%), антагонистов кальция с блокаторами рецепторов ангиотензина – 4 (2,8%), блокаторов рецепторов ангиотензина с диуретиками 2 (1,4%) больных. 57 (40,7%) принимали фиксированную комбинацию разных препаратов.

Заключение:

Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает необходимость дальнейшего усовершенствования рационального использования АГП и улучшения приверженности больных АГ к их постоянному приему в амбулаторной практике.

АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Одинцов В. О., Шкет А. П., Шумовцев В. В., Островский Ю. П.

ГУ РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Идиопатическая и приобретенная недостаточность аортального клапана (АК), сопровождающая обструктивную ГКМП, является проблемой, которой в последние два десятилетия в литературе практически не уделяется внимания. Цель ис-