

купирование отека произошло еще через 12 сут., с этого дня доза МП снижена до 4 мг/сут (добавим, что указанный в нашем примере необычный режим терапии сГКС связан более с психологической составляющей работы с пациенткой). При контрольной ЭхоКГ на 18 сут. от начала лечения МП КДР ЛЖ - 53 мм (снижение на 13%), ФВ - 48%, АВБ II ст. Мебиц 2 купирована, интервал PQ в пределах 140-200 мс.

Заключение:

КС, как частному выражению многообразного в своей клинической реализации саркоидозу, свойственна еще и вариабельность терапевтического ответа с достижением, если не полного купирования, то существенного обратного развития СН и АВБ при использовании дозы МП в 4-8 раз меньшей средней рекомендуемой.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Муллабаева Г. У., Курбанов Р. Д., Алимова Д.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель: изучить особенности качества жизни (КЖ) у больных с желудочковыми аритмиями (ЖА) некоронарогенной этиологии.

Материал и методы:

Исследование включено 44 больных (I группа) (средний возраст 34,2±9,5 лет, мужчин 29 (65,9%) с ЖА с аритмическим анамнезом 4,2±2,9 лет. Во II группу вошли 20 «практически здоровых» лиц сопоставимого возраста, у которых в результате проведенных исследований не выявлено структурной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. У 3 (6,8%) больных диагностирована аритмогенная дисплазия левого желудочка (АДПЖ), постмиокардитический кардиосклероз у 15 (34%) больных, у остальных 26 (59,2%) ЖА рассматривались как идиопатические. Всем больным проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ. Тяжесть ЖА оценивалась по классификации Lown-Wolf. В исследование включались больные с ЖА выше II класса. КЖ оценивалось с помощью общего опросника SF-36 и специального опросника «Жизнь больного с аритмией».

Результаты:

По данным опросника SF-36 сравниваемые группы различались по параметрам КЖ. Так, у больных с ЖА имелись достоверно низкие параметры физической активности (ФА) – 71,5 против 90,2 баллов ($p<0,05$), что в свою очередь создавало проблемы в ограничении жизнедеятельности (47,3 против 70,8 баллов в здоровой группе, $p<0,05$). Достоверные различия группы демонстрировали и в ментальной сфере. Так параметры РЭ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности) составила соответственно I, II группам 52,8 и 69,0 баллов ($p<0,05$). Больные с ЖА достоверно чаще предъявляли жалобы, отражающие психическое здоровье (ПС). Анкетирование с помощью опросника «Жизнь больного с аритмией» выявило, что основными причинами снижения КЖ были приступы сердцебиения (70%) больных, кардиалгия у 55% больных, снижение настроения у 52% больных. В целом по группе больные с ЖА демонстрировали низкий

уровень КЖ. Нами выявлена прямая корреляционная связь между общим числом ЖА и КЖ ($r=0,49$, $p<0,05$).

Заключение:

ЖА оказывает влияние как на физическое здоровье больных, так и затрагивает их ментальную сферу. Показатели качества жизни находятся в прямой зависимости от количества ЖА.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ МЕХАНИЧЕСКИХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Роголина Н. В., Одаренко Ю. Н., Кокорин С. Г., Кондюкова Н. В., Барбараш Л. С.

ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, РФ

Введение (цели/ задачи):

Традиционно критериями оценки результатов лечения клапанных пороков сердца являются показатели выживаемости и нелетальных клапанны-обусловленных осложнений: тромбозов, кровотечений, дисфункций протезов. Однако последнее десятилетие особое внимание уделяется анализу качества жизни, как интегральному показателю физической, психологической и социальной адаптации пациента после оперативного вмешательства. Цель: Провести анализ качества жизни реципиентов механических (МП) и биологических протезов (БП) при изолированных пороках митрального (иПМК) и аортального клапана (иПАК).

Материал и методы:

При помощи опросника SF-36 выполнена оценка качества жизни у 245 пациентов с иПМК (МП=82, БП=104) и у 279 с иПАК (МП=158, БП=121), оперированных в Кемеровском кардиологическом центре с 1995 по 2016 год. Средний возраст реципиентов БП и МП при иПМК составил 48,7±7,5 и 45,1±10,0 лет, при иПАК - 66,5±5,5 и 51,1±9,4 лет, соответственно.

Результаты:

При пороке митрального клапана показатели физического компонента здоровья были достоверно выше у реципиентов биологических протезов (GH=49,4±14,4%, $p\leq 0,05$; RP=69,4±10,1%, $p\leq 0,05$; PF=52,7±14,3%, $p>0,05$; BP 65,6±15,7%, $p>0,05$). Показатели психологического компонента здоровья (RE, VT, MH) также были достоверно выше у реципиентов биопротезов: RE= 82,4±16,3%, $p\leq 0,05$; VT=58,0±9,4%, $p\leq 0,05$; MH=65,0±15,7% $p\leq 0,05$, однако различий в оценке социального функционирования (SF) между группами выявлено не было. При пороке аортального клапана реципиенты механических протезов продемонстрировали более высокие показатели физического и ролевого функционирования (PF=51,3±4,5%, $p\leq 0,05$ и RE=72,3±3,8%, $p\leq 0,05$), а также достоверно более высокие значения интенсивности боли (BP=57,6±5,0%, $p\leq 0,05$). Несмотря на то, что реципиенты биологических протезов были более чем на 15 лет старше реципиентов механических клапанов других различий в качестве жизни (показатель общего состояния здоровья, ролевого и социального функционирования, а также жизненный тонус и психическое здоровье) при пороке аортального клапана выявлено не было.

Заключение:

Реципиенты биологических протезов при изолированном пороке митрального клапана имеют более высокие показатели качества жизни как за счет физическо-го, так и психологического компонента здоровья. При пороке аортального клапана в связи со значительной разностью в возрасте «молодая» группа реципиентов механических протезов демонстрируют более высокие показатели физического компонента здоровья.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Литвинова Т. И., Лучко В. С., Петельский Ю. В., Анацко С. В., Живушко Т. А.

УЗ "Гродненская областная клиническая больница"

Введение (цели/ задачи):

Осложненные гипертонические кризы (ГК), несмотря на развитие фармакологии и улучшения контроля артериального давления у населения, остаются большой проблемой, с которой ежедневно сталкиваются практические врачи. Число рекомендованных препаратов разнообразно, однако исследований по сравнению их клинической и экономической эффективности при лечении, крайне мало, что делает актуальным настоящую публикацию. Цель. Сравнить клиническую и экономическую эффективность урапидила (раствор для внутривенного введения 5 мг/мл в ампулах по 5 мл) и эналаприлата (раствор для внутривенного введения 1,25 мг/мл в ампулах по 1 мл) в лечении осложненных гипертонических кризов при артериальной гипертензии (АГ) 1-3 ст.

Материал и методы:

В исследование включены 31 пациент от 18 до 70 лет с установленным диагнозом АГ 1-3 ст., у которых развился осложненный гипертонический криз, определяемый как повышение САД > 180 и ДАД > 120 мм.рт.ст. с признаками поражения органов-мишеней таких как гипертензивная энцефалопатия, носовое кровотечение, стенокардия. Пациенты были разделены на группы: I группа – 16 человек, которым внутривенно вводили 25 мг урапидила; II группа – 15 человек, которым внутривенно вводили 1,25 мг эналаприлат. Клинико-экономическую оценку достижения гипотензивного эффекта осуществляли методом «затраты-эффективность», определили коэффициент приращения стоимости к приращению эффективности (K_{efi}) по формуле: $K_{efi} = (Cost I - Cost II) : (Eff I - Eff II)$, где $Cost I$ и $Cost II$ – затраты на введение урапидила (I) и эналаприлата (II), $Eff I$ и $Eff II$ – эффективность вмешательства. Учитывались прямые затраты, включающие стоимость лекарственных средств. Цена лекарственных препаратов определялась как средняя величина по прайс-листам аптек Республики Беларусь, полученная в сети Интернет по информационному бюллетеню на 01.08.2016 (www.tabletka.by). Стоимость затрат при лечении урапидилом составила 3,6 доллара США, эналаприлатом 2,4 доллара США. За единицу эффективности оценивали время снижения артериального давления (АД) на 20 - 25% от исходного в обеих группах. Введение эналаприлата определено как референтное вмешательство.

Результаты:

Время наступления клинической эффективности (исчезновение или выраженное уменьшение симптомов ГК и снижение САД < 180 и ДАД < 120 мм.рт.ст.) после введения урапидила начиналось на 5 минуте, при введении эналаприлата - к 60 минуте. Коэффициент приращения стоимости к приращению эффективности $K_{efi} = - 0,02$.

Заключение:

Результаты фармако-экономического анализа ($K_{efi} = - 0,02$) показали, что у пациентов с осложненным гипертоническим кризом оптимальным преимущественным выбором можно рекомендовать урапидил.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЛАМИН-ПОЗИТИВНОГО ФЕНОТИПА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т. Г.¹, Сивицкая Л. Н.², Шумовец В. В.,
Курушко Т. В.¹, Даниленко Н. Г.², Фролов А. В.¹, Мрочек А. Г.¹

¹Республиканский научно-практический центр "Кардиология",
²ГНУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Ламиновый генотип дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), детерминированной мутациями в гене ламина А/С (LMNA), ассоциируется с высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС) даже при отсутствии значительной дилатации камер сердца и левожелудочковой систолической дисфункции. Целью настоящего исследования явилось изучение клинических признаков ламина-ассоциированного фенотипа ДКМП и определение предикторов, позволяющих выделить группу пациентов для обязательного генетического скрининга LMNA и раннего прогнозирования неблагоприятных тахикардических событий.

Материал и методы:

В исследование включили 165 пациентов с верифицированной ДКМП (возраст $49,2 \pm 11,5$ лет; 135/81,8% мужчин; ФК NYHA $2,67 \pm 0,45$; ФВЛЖ $26,7 \pm 10,1\%$; период наблюдения $39,7 \pm 12,4$ мес). Всем пациентам были проведены клинико-инструментальные исследования: физикальное обследование и изучение семейного анамнеза; ЭхоКГ; суточное холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ; СпироВЭП; 7 мин регистрация ЭКГ-12 (Интекард-7, РБ) - 2 минуты с физической нагрузкой мощностью 25 Ватт и 5 мин в покое - с идентификацией турбулентности сердечного ритма (ТСР) и микровольтной альтернации Т-волны (мАТВ). Всем пациентам дополнительно проведены: нейромышечное исследование, генетический скрининг с секвенированием гена ламина А/С (LMNA) и определение уровня сывороточной креатинфосфокиназы (КФК).

Результаты:

У 45 (27,3%) пациентов в гене LMNA выявлены изменения: 81 нуклеотидная замена (SNPs и миссенс-мутации); 16 (9,69%) носителей имели множественные изменения - две и более замены. В результате проведенного корреляционного анализа выявлены значимые положительные корреляции между ламина-позитивным генотипом и клиническими фенотипическими признаками ДКМП: дефекты LMNA (миссенс-мутации 1, 3, 5 и 9 экзонов) коррелировали с положительным тестом