

делены на 3 группы по критериям наличия синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), ишемической болезни сердца (ИБС) и метаболического синдрома (МС), а также разделены на группы по степени тяжести СОАС. В группе 1 было исследовано 21 пациент (6 женщин и 15 мужчин), имеющие МС, ИБС и легкую форму СОАС, средний возраст которых составил $48 \pm 2,2$ лет. В группе 2 было исследовано 23 пациента (8 женщины и 15 мужчины), имеющие МС, ИБС и умеренную форму СОАС, средний возраст которых составил $52 \pm 2,2$ лет. В группе 3 было исследовано 40 пациентов (4 женщины и 36 мужчин), имеющие МС, ИБС и тяжелую форму СОАС, средний возраст которых составил $51 \pm 1,5$ лет. Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck -2 (Weinmann, Германия). Проводился регрессионный анализ для построения уравнения с использованием стандартного пакета статистической программы Statistica 6.0 для операционной системы Windows 7.

Результаты:

Были проанализированы данные пациентов с СОАС. Проводился пошаговый регрессионный анализ, с помощью которого, в качестве независимых предикторов были выбраны показатели: индекс десатурации, уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), вариабельность диастолического артериального давления (ДАД) за ночь, толщина стенки правого желудочка, площадь правого предсердия, площадь левого предсердия, окружность шеи (ОШ). Полученные данные вставляются в регрессионное уравнение для прогнозирования тяжести синдрома обструктивного апноэ сна у пациентов с ИБС и МС: индекс апноэ-гипоноэ/час = $-9,29 + 0,81 \times \text{вариабельность ДАД за ночь} + 1,77 \times \text{площадь правого предсердия} - 1,5 \times \text{площадь левого предсердия} + 8,32 \times \text{ЛПВП} - 5,42 \times \text{толщина стенки правого желудочка} + 0,72 \times \text{ОШ} + 0,7 \times \text{индекс десатурации}$. В зависимости от полученного индекса апноэ-гипоноэ/час, выделяем степени тяжести СОАС.

Заключение:

Разработанное нами регрессионное уравнение имеет важное значение для индивидуального прогноза тяжести СОАС у пациентов с ИБС и МС, так как не везде имеется дорогостоящее специализированное оборудование для определения СОАС. Подобный подход позволяет проводить целенаправленное динамическое наблюдение за пациентами высокого риска и позволяет направить таких пациентов для более детального обследования в специализированные учреждения.

МЕТОД ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ОСНОВЕ ЛАБОРАТОРНЫХ КРИТЕРИЕВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИАГРЕГАНТАМ

Лазарева И. В.¹, Медведева Е. А.¹, Русак Т. В.¹,
Русских И. И.¹, Гелис Л. Г.¹, Тамашевский А. В.²

¹Республиканский научно-практический центр Кардиология,
²Институт биофизики и клеточной инженерии НАНБ

Введение (цели/ задачи):

Определить лабораторные критерии резистентности к аспирину и клопидогрелю у лиц с нестабильной стенокардией и разработать скрининговый метод оценки развития повторных

сердечно-сосудистых событий в данной группе лиц

Материал и методы:

Обследовано 138 пациентов с нестабильной стенокардией. Из 138 лиц, 102 пациента были включены в течение первого года исследования, когда изучались критерии резистентности к антиагрегантам, разрабатывалась прогностическая шкала оценки риска развития повторных кардиоваскулярных событий у пациентов с нестабильной стенокардией. На данном этапе всем пациентам назначалась стандартная антиагрегантная терапия. Разработанный метод оценки риска развития повторных коронарных событий был использован в дальнейшем у 36 пациентов с НС. Всем пациентам выполнялись: общий анализ крови, определение уровня кардиоспецифичных ферментов, определение маркеров воспаления (С-реактивного белка (СРБ)), уровня миелопероксидазы, фактора Виллебранда, тест генерации тромбина, выполнение агрегатограмм на анализаторе Мультиплет и определение активности тромбоцитов с помощью метода проточной цитометрии.

Результаты:

Из 102 пациентов в течение 12 мес наблюдения у 2 (1,9%) пациентов развился крупноочаговый инфаркт миокарда, возвратная стенокардия развилась у 32 (31,4%) лиц. Летальность составила 3,9 %. Из 36 пациентов, которым проводилась оценка остаточной реактивности тромбоцитов с последующей коррекцией лечения, за 12 мес наблюдения повторные коронарные события развились лишь у 5 (13,8%) лиц. Разработаны диагностические лабораторные критерии резистентности к стандартным дозам антиагрегантной терапии: пороговые значения для оценки агрегационной способности тромбоцитов на анализаторе Мультиплет-ASPI-тест (AUC) $>52U$ (чувствительность-62 %, специфичность-76 %), ADP-тест (AUC) $>60U$ (чувствительность-85 %, специфичность-79 %), размер тромбоцита - MPV в ОАК- $>9,6fl$ (чувствительность-60 %, специфичность-82 %); пиковая концентрация тромбина $\geq 294,5$ нМ (чувствительность-73 %, специфичность-79 %), биомаркеры оценки сосудистого гемостаза: МПО- >316 пмоль/л (чувствительность-94 %, специфичность-79,2 %), hsCRP $>3,8$ гл (чувствительность-52 %, специфичность-73 %), а также уровень тропонина I $>0,07$ нг/мл (чувствительность-76 %, специфичность-72 %). Доказано, что результаты метода индуцированной проточной тромбоцитометрии тесно коррелируют с результатами метода импедансной агрегатометрии (Multiplate) и выявляют повышенную функциональную активность тромбоцитов на фоне двойной антиагрегантной терапии у 40 % пациентов с перенесенной нестабильной стенокардией. С целью разработки скринингового метода оценки риска неблагоприятных исходов в исходную совокупность анализируемых признаков были включены лабораторные показатели, доступные для широкого внедрения в практическое здравоохранение. При проведении логистического регрессионного анализа были отобраны показатели- MPV, ASPI-тест (AUC), ADP-тест (AUC). В точке разделения (максимальная специфичность) $>0,586$, операционные характеристики для лабораторных предикторов развития неблагоприятных исходов у пациентов с НС составили: специфичность -94 %, чувствительность -88 %. Вероятность развития неблагоприятных исходов нестабильной стенокардии при уровне ASPI-теста (AUC) $>52U$ (чувствительность 80 %, специфичность -90 %), ADP-теста (AUC) $>60U$ (чувствительность 86 %, специфичность 94 %), MPV $\geq 9,6 fl$ (чувствительность 60 %, специфичность -89 %)

увеличивается почти в 12 раз. По величине вклада каждого из этих предикторов присваивались баллы, с помощью которых строилась оценочная шкала для стратификации групп риска. Величина (AUC) ASPI- теста >52 U- 1 балл, (AUC) ADP- теста >60 U- 1 балл, $MPV \geq 9,6$ fl – 1 балл. При риске от 0 до 1 балла – регистрируется низкий риск развития повторных коронарных событий, при сумме баллов, равной 2 – средний риск, а при сумме баллов более 2 – высокий риск неблагоприятных исходов после ИС. При низком риске рекомендовано продолжить стандартную антиагрегантную терапию. При среднем и высоком риске проводить коррекцию антитромботической терапии с целью уменьшения числа повторных коронарных событий.

Заключение:

Лабораторными критериями резистентности к стандартным дозам антиагрегантной терапии являются: величина (AUC) ASPI- теста >52 U, (AUC) ADP- теста >60 U, величина пиковой концентрация тромбина $\geq 294,5$ нМ, $MPV >9,6$ fl, $MPO >316$ пмоль/л, $hsCRP >3,8$ гл, тропонина I $>0,07$ нг/мл. Разработан скрининговый метод оценки развития ранних и среднеотдаленных неблагоприятных исходов у лиц с ИС, который включает показатели: (AUC) ASPI- теста >52 U, (AUC) ADP- теста >60 U, $MPV \geq 9,6$ fl.

НАЗНАЧЕНИЕ ЛИПИДМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Воробьева М. А., Виллеваальде С. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Ишемический инсульт (ИИ) составляет значительную долю в структуре сосудистой патологии головного мозга, занимает одно из ведущих мест среди причин смертности и инвалидности и характеризуется неуклонным ростом заболеваемости по мере старения населения. Симптомы ИИ часто включают в себя когнитивные нарушения. Дислипидемия – хорошо известный фактор риска ИИ. В профилактике ИИ важную роль играют статины. Также обсуждаются их нейропротективные свойства. Целью настоящего исследования является изучение когнитивных нарушений, липидного профиля и анализ назначения липидснижающей терапии у пациентов с ИИ в реальной клинической практике.

Материал и методы:

Обследовали 178 пациентов (76 мужчин, средний возраст $69,2 \pm 8,9$ лет) с острым ИИ в стационаре. Из них 33,1% курящих, 71,9% с абдоминальным ожирением, 96,1% с артериальной гипертензией, 19,7% с сахарным диабетом 2 типа, 79,2% с атеросклерозом брахиоцефальных артерий, 24,2% с фибрилляцией/трепетанием предсердий, 1,5% и 3,4% соответственно с ХСН II и III ФК NYHA, 13,5% с хроническим злоупотреблением алкоголем, 12,9% с анемией, 21,9% с хронической болезнью почек (средняя скорость клубочковой фильтрации по $CKD-EPI$ $67,1 \pm 17,1$ мл/мин/1,73 м²), 16,3% перенесли инфаркт миокарда, 35,4% переносили ИИ ранее, 9,6% пациентов получали низкодозовую терапию статинами на догоспитальном этапе. Проводился лабораторный мониторинг показателей

липидного профиля и оценка когнитивных функций с применением Монреальской шкалы (MoCA). Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica 8.0. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

У 96% пациентов отмечался когнитивный дефицит. Средний балл по MoCA составил $20,1 \pm 4,3$. У 86% пациентов выявлена дислипидемия. Средние уровни липидов составили: общий холестерин $5,5 \pm 1,3$ ммоль/л, ХС-ЛВП $1,1 \pm 0,3$ ммоль/л, ХС-ЛНП $3,6 \pm 0,9$ ммоль/л и триглицериды $2,1 \pm 0,6$ ммоль/л. В стационаре получали терапию статинами 18% пациентов. Всем им была назначена терапия статинами в низких дозах. Не было выявлено корреляции назначения статинов с полом, возрастом и другими факторами риска, с уровнем липидов, типом дислипидемии, сопутствующими заболеваниями. Единственным достоверным предиктором назначения липидснижающей терапии пациентам с ИИ в стационаре был фактор личности лечащего врача.

Заключение:

У 96% пациентов с ИИ отмечается когнитивный дефицит, у 86% – дислипидемия. Только 18% пациентам с ИИ была назначена низкодозовая терапия статинами в стационаре, что говорит о существенном разрыве между реальной клинической практикой и современными рекомендациями по лечению дислипидемий.

НЕЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ МОЛОДЕЖИ - ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАЦИИ

Таранцова А. В.

*МБУЗ "Городская поликлиника №10",
ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ*

Введение (цели/ задачи):

Отличительными особенностями эпидемиологии кардио-метаболических факторов риска в начале XXI века стали повышенное артериальное давление, курение и усилившееся влияние последствий нерационального питания. По данным ВОЗ, 75% населения мира страдают алиментарно – зависимыми хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ): атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, ожирением, остеопорозом и др. Преждевременно ХНИЗ уносят 16 млн жизней трудоспособного населения в мире. Известен вклад семи основных поведенческих факторов риска в общую смертность, среди них гиперхолестеринемия составляет 23%, редкое употребление фруктов и овощей – 12,9% (данные Минздрава РФ). По данным Росстата (2013) гиперхолестеринемия имеется у 50% россиян, избыточное потребление соли – у 50%, недостаточное потребление фруктов и овощей – у 75%, ожирение – у 25%. В классификации МКБ-10 "болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ" объединены в один блок (E 00 – E 90), что подчеркивает их единые этиопатогенетические механизмы. Рациональное питание снижает риск смерти в общей популяции на 15-40% (Iestra J.A. et al., 2005). Принципы здорового (рационального, оптимального) питания изложены в национальных рекомендациях "Профилактика ХНИЗ" (Москва,