

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, $МПО >316$ 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., Виллевалде 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 $СКД-EP1$ $67,1 \pm 17,1$ 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,