

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 >52U, (AUC) ADP- теста > 60U, 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., 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 гипертонией, 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/1,73м²), 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,

2013) и "Нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ" (МР 2.3.1.24.32-08). Нездоровое питание опаснее, чем табакокурение и необходимо принять меры по регулированию в сфере питания и реализации «глобальной конвенции по охране и поощрению здоровой диеты» (Официальный сайт офиса ООН в Женеве - UNOG, 2014). Заметных успехов в борьбе с ХНИЗ можно достичь путем проведения государственных кампаний по борьбе с основными модифицируемыми факторами риска - пропагандой правильного питания и здорового образа жизни (включая повышение налога на табачную и алкогольную продукцию, продукты питания - сладкую газировку, пищу с высоким содержанием жира, сахара или соли).

Материал и методы:

Реализация программы по формированию здорового образа жизни в системе популяционной первичной и вторичной профилактики, донозологическая (доклиническая) диагностика, краткое и углубленное профилактическое консультирование по выявленным факторам риска ХНИЗ проводится сегодня в государственных Центрах здоровья. В первом полугодии 2016 г. в Областном Центре здоровья на базе МБУЗ "Городская поликлиника №10 г. Ростова-на-Дону" дополнительно к стандартному скрининговому обследованию был проведен углубленный анкетный опрос для оценки рациональности питания населения Ростовской области с участием 92 человек (75 женщин, 17 мужчин) 18-40 лет (87% - студенты РостГМУ; 72% - жители города).

Результаты:

Результаты анкетного опроса (ответы обследуемых) следующие: 1) Оценивают свое питание как "здоровое" - 26,5% женщин и 29,5% мужчин; "не очень здоровое" - 68% женщин и 53% мужчин; "не здоровое" - 5,5% женщин и 17,5% мужчин. 2) Страдают при этом заболеваниями, связанными с питанием: 33,3% женщин (ожирением - 17,3%; анемией - 6,7%; гипертонией - 6,7%; остеопорозом - 1,3%, гиперхолестеринемией - 1,3%) и 18% мужчин (гипертония - 6%; гиперхолестеринемия - 12%); не имеют алиментарно-обусловленных заболеваний - 6,7% женщин и 82% мужчин. 3) Принимают профилактические препараты (витамины, БАД) - 72% женщин и 88% мужчин. 4) Принимают пищу 3-4 раза в день - 82% опрошенных. 5) Завтракают каждое утро - 75% женщин и 82% мужчин; почти никогда не завтракают - 18,7% женщин и 11,7% мужчин. 6) Свежие овощи, фрукты, салаты из них ежедневно употребляют 33,3% женщин и 23,5% мужчин. 7) Рыбу едят 2-3 раза в неделю 10,7% женщин и 17,6% мужчин; реже 1 раза в неделю - 73,3% женщин и 76,5% мужчин. 8) Удаляют видимый жир с мяса перед приготовлением: полностью - 53,3% женщин и 58,8% мужчин; остальные - оставляют (часть жира или весь). 9) Любят сладости и едят их часто - 50% женщин и 30% мужчин. 10) Алкоголь 1-2 раза в неделю употребляют (бокал вина/стакан пива) - 68% женщин и 70,5% мужчин; не пьют вообще - 24% женщин и 17,6% мужчин. 11) Обращают внимание на информацию, напечатанную на этикетках продуктов - 82,7% женщин и 94% мужчин.

Заключение:

Таким образом, заостряет внимание недостаточное потребление молодыми людьми свежих овощей, фруктов (соответственно, пищевых волокон) и рыбы - у 75-80%; пристрастие к сладкому, животным жирам - у 50%. Данное пищевое поведение повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, онкологии и смертности в будущем.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н. А., Курбанов Р. Д., Абдуллаев Т. А., Цой И. А.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель: Изучить клинико-функциональные особенности дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в реальной клинической практике.

Материал и методы:

Обследовано 274 больных ДКМП ср. возраст $38,5 \pm 0,7$ лет. Всем больным проводились: ЭКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиография (ЭхоКГ), рентгенокардиография с определением кардиоторакального индекса (КТИ), а также тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA.

Результаты:

Среди обследованных нами больных симптомы СН при первом обращении регистрировались у всех больных, за исключением пациентов выявленных в стадии случайной находки ($n=12$). У 30 (11%) диагностирован II ФК СН, у 147 (53,6%) III ФК ($p=0,001$), у остальных 85 (31%) пациентов IV ФК СН, несмотря на относительно короткую давность заболевания (в сред. $12 \pm 0,8$ мес.), включая 35 (41,2%) пациентов с IV ФК ХСН имевших рефрактерную СН с явлениями сердечной кахексии. Среди больных в стадии случайной находки - 6 (2,2%) имели отягощенный наследственный анамнез, у 6 (2,2%) - заболевание развилось беспричинно, причем из них у 6 (50%) пациентов возраст не превышал 25 лет (сред. возраст $20 \pm 1,1$ лет). Анализ данных рентгенокардиографии во всех случаях пока-зал увеличение размеров сердца. Тень сердца шаровидной формы была выявлена у 224 (82%) больных. КТИ во всех случаях превышал 50% (в сред. $64,9 \pm 0,4\%$). При этом увеличение КТИ I степени отмечено у 18 (6,5%) больных, II степени - у 26 (9,5%), III степени - у 230 (84%) пациентов, т.е. увеличение КТИ III степени у больных ДКМП встречалось достоверно чаще ($p<0,001$), в т.ч. у 44 (16%) пациентов КТИ превышало 70%, а у 7 (2,5%) больных КТИ составило 80% и выше. Анализ уровня артериального давления (АД) показал, что у 24 (9%) пациента отмечалось повышение уровня АД, при этом систолическое АД не превышало 160 мм. рт. ст. В тоже время у 80 (30%) больных наблюдалась гипотония ($<100/70$ мм. рт. ст.). В 5 (1,8%) случаях ДКМП впервые проявлялась эпизодами тромбоэмболии сосудов головного мозга с гемисиндромом, при этом все больные имели семейную форму кардиомиопатии.

Заключение:

Таким образом, в клинической практике, у подавляющего большинства (84%) больных ДКМП, показатель КТИ составил более 60%, несмотря на короткой анамнез заболевания, клинически ассоциирующееся с тяжелым ФК СН (85%). В редких случаях ДКМП выявлялся в стадии случайной находки у 4,4% больных, в сравнительно молодом возрасте.