

плотности (ХС ЛНП) ≥ 4.9 ммоль/л. 14 мужчин, 16 женщин. Всем пациентам была проведена ОЭКТ миокарда с 99mTc-МИБИ в сочетании с нагрузочной пробой с последующей оценкой и сопоставлением перфузии в покое и после физической нагрузки. Кроме стандартных показателей для оценки перфузии: SDS=SSS-SRS - показатель тяжести преходящей ишемии, SRS - сумма глубины баллов поражений миокарда в покое, SSS - сумма глубины баллов поражений миокарда после нагрузки, были использованы и статистический показатель – среднеквадратическое отклонение.

Результаты:

При оценке результатов была выявлена неравномерность распределения радиофармпрепарата (РФП) по принятым международным стандартным показателям SDS,SSS,SRS – не достигающих до критериев преходящей ишемии, что по современным протоколам приравнивается к норме. Однако, эти изменения при оценке с помощью показателя среднеквадратического отклонения, показывают разницу между нормальным распределением и неравномерным.

Заключение:

Использование в протоколах показателя среднеквадратического отклонения по сравнению со стандартными показателями преходящей ишемии позволяет нам достовернее судить о начальных процессах перераспределения кровотока в миокарде, что является важным аспектом в диагностике начальных - доклинических проявлений ишемической болезни сердца в любых его проявлениях.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М., Захарова Е. Ю., Севрук Т. В., Устинова И. Б.

РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: изучение факторов, ассоциированных с неблагоприятными исходами в когорте белорусских пациентов с ГКМП, наблюдаемых в течение 10 лет в РНПЦ «Кардиология».

Материал и методы:

Комплексное обследование, включавшее ЭхоКГ-исследование на ультразвуковом сканере экспертного класса IE-33 фирмы PHILIPS, ХМ ЭКГ, МРТ сердца выполнено 306 пациентом с ГКМП в возрасте от 17 до 70 лет (199 мужчина и 107 женщин), которые наблюдались в РНПЦ «Кардиология» от 3 до 10 лет. За период наблюдения у 25 (8,5%) пациентов были зарегистрированы неблагоприятные исходы: внезапная сердечная смерть (ВСС) развилась у 6 пациентов, ВСС с успешной реанимацией и имплантацией КД – у 4 пациентов; летальные исходы вследствие прогрессирования сердечной недостаточности (СН) до «конечной» стадии заболевания – у 7 пациентов, в том числе в раннем периоде после трансплантации сердца – у 1 пациента; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - у 8 пациентов, в том числе с летальным исходом - у 2 пациентов. Годовая кардиоваскулярной летальность во всей

когорте составила 0.85%. В анализе выживаемости оценивали такие исходы, как ВСС, смерть, связанная с прогрессированием СН и инвалидизацию или смерть вследствие развития ОНМК.

Результаты:

3- и 5- летняя выживаемость в исследуемой когорте составила соответственно 97,0% и 92,2%, ежегодная летальность вследствие ВСС составила 0,78%. Наряду с традиционными факторами риска ВСС наибольшее влияние на прогноз оказывали факторы, связанные с электрической нестабильностью миокарда: увеличение продолжительности интервала QTc ($p=0,0061$) и величина микроволновой альтернации зубца Т (mTWA, $p=0,0003$). Для стратификации групп риска разработано уравнение: Риск= $0,1132 \times QTc + mTWA - 54$. При величине риска > 0 предполагается, что группа риска ВСС-исхода – высокая. Независимыми факторами неблагоприятного исхода от прогрессирования СН являлись: старший возраст (ОР 1,09; 95% ДИ 1,01 – 1,18, $p=0,02$ на 1 год возраста), индекс объема левого предсердия (ОР 1,08; 95% ДИ 1 – 1,17, $p=0,05$) и наличие фибрилляции предсердий (ФП) (ОР 7,67; 95% ДИ 1,74 – 34,096 $p=0,008$). Единственным и наиболее значимым фактором риска неблагоприятного исхода от ОНМК являлось наличие ФП (ОР 95,77; 95% ДИ 3,52 – 2603,52, $p=0,007$).

Заключение:

Выявленные предикторы риска неблагоприятных исходов позволяют своевременно идентифицировать пациентов высокого риска и проводить им профилактические мероприятия.

ОЦЕНКА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР

Ганиев Т. З., Закиров Н. У., Ирисов Д. Б.

АО РСЦК, Узбекистан, Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Определить соответствие до госпитальной антитромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) по стандартам европейского общества кардиологов (ЕОК).

Материал и методы:

Для достижения цели ретроспективно изучены истории болезни 653 больных, выписанных из клиник РСЦК за 1 месяц (01-30.11.2015г). В анализ включены все формы ФП как неклапанной так и клапанной этиологии, согласно выписке. В данном исследовании риск ТЭО рассчитывался по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечения рассчитывался по шкале HAS-BLED.

Результаты:

Установлено, что из 653 больных, ФП выявлено у 78 (11,6%), количество мужчин составило 44 (56,4%). Возраст больных колебался от 33 до 87, составив в среднем 64.10 ± 10.57 лет. Из них 60 (84,6%) больных с неклапанной и 12 (15,4%) больных клапанной ФП. Различные клинические формы ФП по данным выписки распределились следующим образом: пароксизмальная у 26 (33,3%), персистирующая у 10 (12,8%) и постоянная у 42 (53,9%) больных. Среди сопутствующей па-

тологии на долю артериальной гипертензии пришлось 83,3% случаев (n=65), хронической сердечной недостаточности 78,2% (n=61), сахарного диабета – 15,4% (n=12), ишемической болезни сердца – 65,3% (n=51), ТЭО в анамнезе имелись у 7,7% больных (n=6) и поражение периферических сосудов 70,5% (n=55). Установлено что, на догоспитальном этапе 75 (95,5%) больным была показана антикоагулянтная терапия с учетом шкалы CHA2DS2-VASc. Несмотря на это, всего – 35,9% (n=28) больных принимали антагонисты витамина К. Новых оральных антикоагулянтов никто не принимал. Только 1,4% (n=2) больных АСК/клопидогрель в комбинации или в качестве монотерапии 52,6% (n=41), а 11,5% (n=9) больных вовсе не принимали антитромбоцитарную терапию. В целом, всего у 3 (4,5%) больных выявлены низкий риск развития ТЭО. При этом, высокий риск кровотечений имели 39,7% больных с баллом >3 по шкале HAS-BLED. Среди лиц, принимавших варфарин, терапевтическая гипокоагуляция (контроль МНО от 2,0 до 3,0) отмечена всего лишь у 2 (7,14%) больных. У 21 (75%) больных выявлено явная недоленность варфарином (МНО менее 1,5).

Заключение:

Установлено, что 37,3% лиц, нуждающихся в приеме варфарина, принимают его постоянно. В целом, несмотря на высокий риск развития ТЭО, на догоспитальном этапе, только 2,66% больных принимали варфарин в адекватных дозах, обеспечивающие максимальную профилактику ТЭО.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – МОЖНО ЛИ ОБЪЕКТИВИЗИРОВАТЬ СУБЪЕКТИВНОЕ?

Ляховец Е. Г., Костенко В. А., Скородумова Е. А., Рысев А. В., Сиверина А. В.

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Введение (цели/ задачи):

Синдром сердечной недостаточности (СН) по-разному проявляется у разных пациентов, в то время как одни испытывают одышку, другие ощущают утомляемость или слабость. Совокупность уровня состояния здоровья и благополучия пациента, основанного на его субъективном восприятии, определяется как качество жизни (КЖ). Благодаря современным лечебно-реабилитационным мероприятиям медицины, продолжительность жизни больных с СН значительно увеличилась, и как следствие, возрос интерес к исследованию параметров ее качества. Целью исследования явилось изучение корреляции между показателями канзасского опросника (КО) качества жизни, данными визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и продолжительностью жизни.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 142 пациента, находившиеся на лечении в отделении кардиологии/ОРИТ с острой декомпенсацией сердечной недостаточности. Средний возраст составил 64,2±7,8 года. Все они были выписаны после стабилизации состояния на амбулаторное лечение с рекомендациями, соответствующими Национальному стандарту ведения таких пациентов. Продолжительность наблюдения – 2 года. Показатели КЖ оценивались с использованием КО при посту-

плении, при выписке и через полгода после госпитализации в баллах (б) от 1 до 6: чем выше балл, тем лучше показатель. Для всей выборки была отслежена конечная точка – сердечно-сосудистая смерть пациента. Всех больных разделили на 2 группы: умершие в отдаленном периоде (А) n=116, и выжившие (Б), n=26. Данные статистически обработаны.

Результаты:

Уровень ВАШ при поступлении в группе А составил 20,6±2,2 б, при выписке увеличился до 51,7±7,8 б, p<0,05, а через 6 месяцев снизился до 40,2±6,2 б, p>0,05. В выборке Б уровень ВАШ при поступлении – 21,8±2,4 б (p>0,05), при выписке поднялся до 62,3±9,1 (p>0,05) и оставался неизменным 62,2±8,8б (p<0,05) по сравнению с когортой А. Наиболее показательны значения КО: тест с ходьбой на 1100 метров, подъем по лестнице на 1 пролет – будучи одинаковыми на всех этапах исследования, они составили 1, 2, 3 б соответственно в группе А – 75,8%, в выборке Б – 23,2%, p<0,05. 1,3,4 б имелись у 20,3% в группе А и в 74,2% ответов в выборке Б, p<0,05. «Работа в саду» повысилась с 1 б до 6 б при выписке и к полугоду не изменилась в обеих группах, 49,1% против 73,2% p<0,05. При поступлении симптомы СН оценивались пациентами из группы А в 1б, при выписке – уровень поднялся до 5б, а на постгоспитальном этапе вновь снизился до 2 б – 78,4% ответов, в выборке Б – у 10,1%, p<0,05. В выборке А в первый день госпитализации уровень одышки пациенты оценили в 1 б, при выписке он поднялся до 4, а через полгода снизился до 3б – у 65,2% ответов против 17,3% группы Б, p<0,05. В группе Б при поступлении уровень составлял 1б при выписке – до 5 б и через полгода остался неизменным – в группе Б – 72,1 % ответов против группы А – 12,6% p<0,05. «Уровень разочарования и уныния» от СН при поступлении составил 1 б, к моменту выписки увеличился до 6 б и сохранился через полгода в обеих группах по 71,5% ответов. Такая же динамика отмечалась и в домашних делах, посещения родных и друзей. Изменения прочих показателей не были столь значительными. Отношение шансов встретить уменьшение бальной оценки пациентами своего самочувствия от момента выписки до 6 месяцев в группе А составило 5,2 [2,1;12,9]. Относительный риск 2,36 [1,3;4,3]. Имелась прямая корреляционная связь показателей качества жизни с исходами, r=0,75. Так, прогностически неблагоприятными являлись оценки от 1 до 3, снижающиеся через полгода после выписки из стационара. В группе А в отдаленном периоде средняя продолжительность жизни составила 29,5±6,8 недель. Нормированное значение коэффициента Пирсона – 0,47.

Заключение:

КЖ пациента является интегральным параметром. Современные опросники, в частности, КО, можно использовать для оценки качества лечения и отдаленных исходов. Наиболее выраженные изменения отмечены в ВАШ, тесте с ходьбой на 1100 метров, подъеме по лестнице на 1 пролет, возможности работы в саду и в домашних делах, симптомах СН, уровне «разочарования и уныния от СН», посещения родных и друзей. Показатели КЖ могут служить не только маркером оценки лечения пациента, но и показателем среднесрочного витального прогноза.

\