

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 вообще 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 проявляет себя 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 1 б, 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.