териальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и сахарный диабет 2 типа (СД типа 2) (ВОЗ, 2000). Гиперурикемия (ГУ) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому диагностика и лечение подагры, ГУ, а также осложнений заболевания являются актуальной проблемой терапии. Помимо непосредственного патологического влияния повышенного уровня мочевой кислоты (МК) на стенку сосудов важное значение у больных подагрой приобретает воздействие повышенного артериального давления (АД), которое часто встречается у этих пациентов. АГ, в свою очередь, значительно увеличивает риск кардиоваскулярных катастроф. Цель: оценить суммарный риск смертельного СЗ у 41 пациента с подагрой, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУ «ЯГКБ» г. Якутска в 2007-2012 гг. в рамках многоцентрового обследования по подагре.

Материал и методы:

Анкетирование пациентов согласно опроснику, разработанному в ФГБУ «НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой», который включает в себя следующие разделы: паспортная часть, приверженность пациентов вредным привычкам, анамнез заболевания подагрой, число пораженных суставов, сопутствующая патология, эффект от проводимой терапии. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевины, МК, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, креатинкиназа; общий анализ мочи; суточный анализ мочи (объем выделенной за сутки мочи, креатинин, белок, мочевая кислота), в день выполнения биохимического анализа крови; 2. Инструментальные методы: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей; УЗИ почек. Клиническая диагностика ИБС, АГ, СД типа 2, ХПН, ХСН. Десятилетний фатальный риск был высчитан с помощью Шкалы SCORE (<http://klinrek.ru/calcs/score.htm>). В зависимости от полученного значения риска пациента следует отнести в одну из следующих категорий: низкий риск – менее 5% и высокий риск – 5% и более.

Результаты:

Только 22 проанализированных истории болезни позволили оценить вероятность наступления смертельного исхода от ССЗ в течение ближайших 10 лет: из них >5% у 4 мужчин; <5% n=18 (16 мужчин+2 женщины). В группе SCORE >5% среднее значение 5,9 [5,04-6,87]; в группе < 5% среднее значение 2,1 [0,12; 4,9]. Безусловно, численность групп была неодинаковой, однако удалось выявить некоторые тенденции: ассоциированные клинические состояния были только в группе < 5%: ИБС у 3 (17%), ХПН у 1 (6%), ИМ у 1(6%). МК была выше у пациентов в группе >5%: 501,75 (353-718) и 473(256-787).

Заключение:

необходимо шире внедрять опросник для больных с подагрой в практику ЛПУ, т.к. строгое заполнение его позволяет оценить риск смертельного ССЗ в течение 10 лет и принять превентивные меры.

ОЦЕНКА РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Полозова Э. И., Сеськина А. А., Щетинина Д. В.

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н.П. Огарева", кафедра госпитальной терапии

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания широко распространены не только в Российской Федерации, но и во многих развитых странах мира. Данный класс заболеваний является лидирующим в структуре причин смертности в России; на его долю приходится 55% всех случаев смерти среди населения, среди них около 30% случаев смерти лиц трудоспособного возраста. Одним из наиболее фатальных проявлений ишемической болезни сердца является острый коронарный синдром. Целью работы явилась оценка риска летальности больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от тактики лечения.

Материал и методы:

В исследование, носившее ретроспективный характер, включено 60 пациентов с ОКСбпST, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» г. Саранска в 2013-2016 гг., разделенных на 2 группы. I группа (n=30) – больные, получавшие только традиционную медикаментозную терапию; II группа (n=30) – больные, получавшие интервенционное лечение (баллонная вазодилатация + стентирование коронарных артерий). Среди больных с ОКСБПST, включенных в исследование, было 68 % мужчин (41 человек) и 33% женщин (19 человек) в возрасте от 41 до 89 лет (средний возраст 61,6±10,0 лет). Группы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Методы исследования: анкетирование, анализ историй болезни с оценкой биохимических показателей (холестерин, тропонины, креатинин, глюкоза), результатов инструментальных методов исследования (электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, коронароангиография). На основании полученных данных проводили оценку риска летальности больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST в зависимости от тактики лечения с использованием шкалы GRACE при поступлении и выписке больных.

Результаты:

Исследования показали, что по шкале GRACE в 50% и 37% случаев соответственно в I и II группах больных отмечен средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений, низкий риск – в 37% и 50 % случаев соответственно, высокий риск – в 13% случаев в обеих анализируемых группах больных. Шкала GRACE позволяет оценить риск летальности при ОКСбпST. Согласно полученным данным, риск летальности при поступлении выше, чем при выписке. Отдаленный прогноз в отношении риска летальности более неблагоприятный, чем ближайший - в период госпитального лечения пациентов с ОКСБПST. Среднее значение количества баллов в I группе составило 114,0±29,3, во II группе – 112,6±20,8. Различия показателей в анализируемых группах не отмечается (p>0,05),

что свидетельствует об их сопоставимости по риску летальности. У больных I группы при поступлении риск внутригоспитальной летальности составил $2,35 \pm 0,5\%$, у больных II группы - $1,57 \pm 0,2\%$ ($p > 0,05$). Риск летальности через 6 мес., оцененный при поступлении, составил в группе пациентов, получавших только консервативное лечение, $5,54 \pm 0,4\%$, во II группе больных - $4,17 \pm 0,8\%$ ($p > 0,05$). В анализируемых группах больных при поступлении риск внутригоспитальной летальности и развития повторного инфаркта миокарда (ИМ) составил $9,29 \pm 0,9\%$ и $8,9 \pm 0,6\%$ соответственно ($p > 0,05$). Оценка при поступлении риска летальности и повторного ИМ в отдаленном периоде через 6 мес. от момента госпитализации показала следующие значения: $18,03 \pm 2,5\%$ в I группе и $16,87 \pm 1,9\%$ - во II группе больных ($p > 0,05$). Согласно шкалы GRACE, оценивая клинические и биохимические показатели больных при выписке, отмечено, что риск летальности через 6 мес. в I группе больных составил $2,39 \pm 0,3\%$, во II группе - $0,8 \pm 0,1\%$ ($p < 0,001$). Риск летальности и повторного ИМ через 6 мес. в I группе больных составил $4,19 \pm 0,4\%$, во II группе - $2,73 \pm 0,3\%$ ($p < 0,01$).

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о более высокой величине риска летальности и повторного ИМ, оцененной по шкале GRACE среди пациентов, получавших только консервативное лечение, что указывает на большую эффективность интервенционной тактики ведения пациентов с ОКСБПСТ по сравнению с традиционной консервативной терапией.

ОЦЕНКА СВЯЗИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА С АЛЛОСТАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Мурасеева Е. В.¹, Горохова С. Г.¹, Пфаф В. Ф.¹, Атьков О. Ю.²

¹Научный клинический центр ОАО «РЖД», Москва, Россия,

²ГБОУ ДПО Российская Медицинская академия последипломного образования Минздрава РФ

Введение (цели/ задачи):

Нарушения ритма сердца – важное звено сердечно-сосудистого континуума. Они ухудшают качество жизни пациентов, способствуют прогрессированию сердечной недостаточности и повышают риск внезапной смерти. Предотвращение развития аритмий возможно на основе воздействия на модифицируемые факторы, лежащие в основе их патогенеза. Одним из известных триггеров предсердных и желудочковых аритмий является хронический стресс. Согласно современным подходам, количественной мерой хронического стресса являются показатели аллостатической нагрузки. Индекс аллостатической нагрузки (ИАН) отражает субклиническое состояние здоровья у работающих в возрасте от 20 до 60 лет и ассоциирован с показателями общей смертности, сердечно-сосудистой заболеваемости. Это позволяет использовать его для ранней объективизации проблем со здоровьем в качестве индикатора функциональных расстройств и предиктора развития сердечно-сосудистой патологии. Однако до настоящего времени не ясно, насколько аллостатическая нагрузка связана с нарушениями ритма сердца. Цель исследования: оценить взаимосвязь нарушений ритма сердца и индекса аллостатиче-

ской нагрузки у пациентов трудоспособного возраста.

Материал и методы:

В исследование были включены 158 пациентов с нарушениями ритма сердца (все мужчины, средний возраст – $54,6 \pm 8,0$ лет). Все работали на железнодорожном транспорте. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводили согласно принятым стандартам обследования при данном виде патологии. В каждом случае анализировали исходные данные о факторах сердечно-сосудистого риска (курение, ожирение, дислипидемия, сахарный диабет, наследственность). Аритмии диагностировали на основании данных ЭКГ и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру (ХМЭКГ). Расчет индекса аллостатической нагрузки проводился по методике McEwen В.С. с набором биомаркеров, в число которых были включены индекс массы тела (ИМТ), ЧСС, систолическое и диастолическое АД, гемоглобин, глюкоза, общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП), триглицериды, креатинин. Значения ИАН ниже 3 единиц считали низкой, от 3 единиц и выше – повышенной аллостатической нагрузкой. При расчетах использовали разработанную нами компьютерную программу «Расчет индекса аллостатической нагрузки от хронических стрессов (ИАН)», встроенную в медицинский сайт «Профессиональный риск» (<http://medtrud.com/>)

Результаты:

По результатам обследования, у 129 (81,6%) пациентов была ИБС вследствие коронарного атеросклероза, который был подтвержден при коронароангиографии. У 127 (80,4%) была артериальная гипертензия, у 36 (22,8%) – сахарный диабет 2 типа, у 38% – дислипидемия. 58% пациентов были курильщиками, ИМТ > 25 имели 77,2%, отягощенную семейную наследственность по ранней ИБС – 29,7%. При ХМЭКГ выявлены следующие нарушения ритма: частые наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС) – в 81% случаев; пароксизмы фибрилляции/трепетания предсердий (ФП/ТП) в 18,4%; желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) I градации по Лауну – в 22,8%, II градации – 12%; III градации – 27,8%, IV градации – 37,4%. Показатель ИАН до 3 ед. имели 39,9% пациентов, 3 ед. и выше – 60,1%. Распределение пациентов по величине ИАН и видам нарушений ритма обнаружило, что при повышенном ИАН достоверно чаще выявлялись наджелудочковые экстрасистолы ($\chi^2 = 6,26$, $p < 0,05$), желудочковые экстрасистолы II, III и IV градации по Lown-Wolf ($\chi^2 = 4,88$, $p < 0,05$, $\chi^2 = 14,36$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 43,01$, $p < 0,001$, соответственно). Связи пароксизмов МП/ТП и ЖЭС I градации с величиной ИАН не выявлено. При этом в группе с низким ИАН (от 0 до 2 ед.) достоверно реже встречались пациенты с дилатацией левого предсердия и левого желудочка, чем в группе с ИАН выше 3 ед. ($\chi^2 = 8,50$, $p < 0,001$, $\chi^2 = 11,80$, $p < 0,001$), соответственно.

Заключение:

У мужчин трудоспособного возраста нарушения ритма сердца – частые наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы – достоверно связаны с повышенной аллостатической нагрузкой, которая является интегральным клиническим показателем хронического стресса. Определение индекса аллостатической нагрузки ИАН важно для индивидуальной оценки вклада стресса в развитие аритмий и последующего определения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.