

выброса левого желудочка по данным эхокардиографии в среднем $52,2 \pm 5,08\%$) определялись у 68 (53,1%) пациентов, признаки ХСН ФК III (с фракцией выброса левого желудочка $47,2 \pm 6,56\%$) – у 60 (46,9%) пациентов. Медикаментозное лечение представлено стандартной терапией. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Качество жизни, определяемое в баллах, оценивалось с помощью «Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFO)». Статистический анализ проведен с применением общепринятых методов математической статистики с помощью статистического пакета программ STATSOFT STATISTICA 6.0 for Windows (USA), MS EXCEL XP.

Результаты:

Согласно результатам психологического тестирования по шкале HADS, тревожные и депрессивные переживания выявлены у 45,3% пациентов с ХСН. Признаки изолированной депрессии определялись в 22,7% случаев, тревоги – в 25% случаев. Причем, признаки клинически выраженной тревоги и депрессии определялись у 7,8% и 4,7% пациентов соответственно, признаки субклинически выраженной тревоги и депрессии – у 17,2% и 18,0% пациентов. Все эти особенности накладывают отпечаток на качество жизни, которое у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,5 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. 10,9% пациентов страдают как депрессией, так и тревогой, качество жизни в этой группе в 1,6 раза хуже, чем у пациентов без тревоги и депрессии. В результате корреляционного анализа выявлены положительные взаимосвязи между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,46$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,59$, $p<0,001$), между уровнями депрессии и тревоги ($r=0,47$, $p<0,001$). У обследованных пациентов отмечалась достоверная разница уровней тревоги и депрессии в зависимости от ФК ХСН ($p<0,01$). Так, в группе пациентов с ХСН ФК II тревожно-депрессивные переживания выявлены у 30,9% пациентов. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,4 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Признаки изолированной депрессии и тревоги определялись в 4,4% и 26,5% случаев соответственно. 10,3% пациентов страдают и тревогой и депрессией, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$). При ХСН ФК III тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS выявлены у 71,6% пациентов. Признаки изолированной депрессии и тревоги определялись в 48,3% и 23,3% случаев соответственно. Качество жизни у пациентов с сопутствующими тревожно-депрессивными переживаниями в 1,6 раза хуже, чем у пациентов с нормальным психоэмоциональным статусом. Выраженность тревоги и депрессии у пациентов с ХСН ФК III превышает нормальные значения по шкале HADS в 1,4 и 1,7 раза соответственно. В этой группе выявлена корреляционная зависимость между качеством жизни и уровнем депрессии ($r=0,50$, $p<0,001$), качеством жизни и уровнем тревоги ($r=0,57$, $p<0,001$). У 13,3% пациентов выявлены признаки и тревоги и депрессии, качество жизни в этой группе хуже, чем при изолированной тревоге или депрессии ($p<0,01$).

Заключение:

Таким образом, в нашем исследовании тревожно-депрес-

сивные переживания выявлены у 45,3% пациентов с ХСН ишемического генеза. Качество жизни пациентов с ХСН значительно ухудшается при наличии тревоги и/или депрессии, причем при сочетании тревоги и депрессии это ухудшение наиболее выражено. Утяжеление сердечной недостаточности сочетается с увеличением количества пациентов с тревожно-депрессивными переживаниями, причем, при ХСН ФК II преобладают тревожные переживания, при ХСН ФК III – депрессивные. Выявленные изменения свидетельствуют о необходимости коррекции тревожно-депрессивных переживаний в комплексном лечении пациентов с сердечной недостаточностью с целью улучшения клинического состояния и повышения качества жизни этих пациентов.

ЧАСТОТА И АССОЦИИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ЗАСТОЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОИМПЕДАНСНОГО ВЕКТОРНОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Маматов Б. М., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов, Медицинский институт

Введение (цели/ задачи):

Повторные госпитализации с декомпенсацией сердечной недостаточности (СН) обуславливают высокие затраты здравоохранения. Застой является ведущей причиной госпитализации пациентов в связи с декомпенсацией СН. Роль биоимпедансного векторного анализа (БИВА) в оценке застоя у госпитализированных пациентов не определена. Цель исследования: оценить статус гидратации у пациентов с декомпенсацией СН с использованием БИВА и сопоставить с клинико-рентгенологическими данными.

Материал и методы:

В исследование включено 97 пациентов, госпитализированных с декомпенсацией СН (40,2% мужчины, возраст $68,4 \pm 10,4$ лет ($M \pm SD$), ХСН II/III ФК 44/56%, фракция выброса ЛЖ $44 \pm 12\%$, СН со сниженной (<35%) ФВ ЛЖ 26%, предшествующие госпитализации за 12 мес 39%, артериальная гипертензия 89%, анамнез инфаркта миокарда 45%, фибрилляция предсердий 59%, сахарный диабет 42%, известная хроническая болезнь почек 26%, N-концевой фрагмент предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) 3619 ± 2102 пг/мл). Статус гидратации был оценен при поступлении и выписке пациентов в соответствии с консенсусным документом Европейского кардиологического общества (2010 г.) с подсчетом баллов и с использованием БИВА с определением активного (R) и реактивного (Xc) сопротивления. В стационаре петлевые диуретики получали все пациенты, тиазидные диуретики 26%, внутривенно нитраты 67%, инотропную терапию 23%, ингибиторы АПФ/ сартаны 88/12%, бета-блокаторы 91%, антагонисты альдостерона 68%. При проведении статистического анализа использованы критерии Манна-Уитни и Вилкоксона. Значимым считалось $p<0,05$.

Результаты:

При поступлении по клиническим данным 84% пациентов характеризовались тяжелой гипергидратацией, 16% - уме-

ренной гипергидратацией, средний общий балл составил $15,7 \pm 2,2$. При этом по данным БИВА 95% пациентов характеризовались тяжелой гипергидратацией, 5% - умеренной. За период госпитализации наблюдалось значимое уменьшение признаков гидратации как по клиническим данным [ортопноэ (от 2,5 до 0,5 баллов), давления в яремной вене (от 1,3 до 0,4 баллов), гепатомегалии (от 1,6 до 0,4 баллов), отеков (от 2,4 до 0,9 баллов), $p=0,001$ для всех сравнений], так и по данным БИВА [увеличение R от 230 ± 84 до 283 ± 96 и Xc от 18 ± 6 до 23 ± 7 Ом/м, $p<0,001$]. При выписке средний общий балл составил 0,7, при этом 88% пациентов характеризовались по клиническим данным эводемией, 12% - легкой гипергидратацией. Однако по данным БИВА только 34% пациентов характеризовались эводемией, 13,4% - легкой, 46,4% - умеренной, 4,2% - тяжелой гипергидратацией. Пациенты с признаками гипергидратации по БИВА расценены как пациенты с субклиническим застоем. Пациенты с субклиническим застоем по сравнению с компенсированными по данным БИВА пациентами характеризовались меньшей ФВ ЛЖ (41 ± 12 и $50 \pm 9\%$), более высокой частотой СН со сниженной ФВ (35 и 9%), более высоким уровнем NT-proBNP при выписке из стационара (3927 ± 1314 и 1253 ± 756 пг/мл, $p<0,001$), меньшим снижением уровня NT-proBNP в стационаре (34 и 57%) ($p<0,001$ для всех сравнений), меньшей частотой назначения бета-блокаторов амбулаторно (55 и 82%) и в стационаре (86 и 100%), меньшей продолжительностью госпитализации ($11,3 \pm 1,9$ и $17,4 \pm 3,3$ дней, $p<0,001$).

Заключение:

66% пациентов, госпитализированных с декомпенсацией СН, были выписаны с субклиническим застоем по данным БИВА. Субклинический застой ассоциируется с более тяжелым функциональным состоянием, неоптимальной медикаментозной терапией.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Петросян М. А., Товмасын Н. Т.

Медицинский центр "Измирлян", Ереван, Армения

Введение (цели/ задачи):

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) характеризуется повторяющейся обструкцией верхних дыхательных путей во время сна, что приводит к генерации чрезмерно низкого отрицательного внутригрудного давления, хронической перемежающейся гипоксии и фрагментации сна, что в свою очередь вызывает широкий спектр патологических изменений в различных органах и системах. Цель: выявить частоту и структуру коморбидности у больных с СОАС.

Материал и методы:

Было обследовано 208 пациентов, из которых у 171 был выявлен СОАС различной степени тяжести. Диагноз СОАС ставился на основе респираторной полиграфии. В качестве порогового критерия была установлена величина индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) ≥ 15 /час. Субъекты исследования с ИАГ < 15 составили контрольную группу. Больные с СОАС статистически значимо не отличались от контрольной группы по возрасту ($49,4 \pm 11,5$ vs $45,8 \pm 13,7$), однако имели более высо-

кие значения индекса массы тела (ИМТ) ($36,7 \pm 7,5$ vs $30,1 \pm 7,3$, $p<0,0001$). Как среди апнеиков, так и в контрольной группе преобладали мужчины. Коморбидность определялась как наличие одной хронической патологии, помимо СОАС.

Результаты:

Коморбидность была выявлена у 140 (82,8%) больных с СОАС и у 20 (55,6%) больных контрольной группы ($p<0,001$). В структуре коморбидности наиболее частой патологией были заболевания сердечно-сосудистой системы (72% vs 33,3%, $p<0,001$), затем по мере убывания - эндокринные (25% vs 12,2%, $p<0,05$), респираторные (23,2% vs 2,8%, $p<0,004$), неврологические (9,5% vs 0, $p<0,04$) и желудочно-кишечные (7,7% vs 2,7%, $p>0,05$) заболевания. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний наиболее частой патологией была артериальная гипертензия (63,7%), затем - перенесенный инфаркт миокарда (10,8%) и аритмии (2,4%). Наличие СОАС повышало риск иметь хроническую патологию в 3,8 раз (95% CI 1,7-8,3, $p<0,001$).

Заключение:

СОАС сопровождается высоким уровнем коморбидности и является фактором риска для развития хронической патологии и в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ

Кику П. Ф.¹, Горборукова Т. В.¹, Калинин А. В.²

¹Дальневосточный федеральный университет, ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии»

Введение (цели/ задачи):

В течение ряда последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации населения России. Формирование сердечно-сосудистой патологии у человека приводит к огромному социально-экономическому ущербу общества за счет значительных потерь, расходов на лечение и реабилитацию больных. Анализ литературных источников показал, что во всем мире будет расти социальная и экономическая нагрузка на общество, создаваемая сердечно-сосудистыми болезнями при увеличении продолжительности жизни населения без улучшения медицинской помощи, условий образа жизни и среды обитания человека.

Материал и методы:

Проведена эколого-гигиеническая оценка распространенности болезней системы кровообращения у взрослого населения на территории Приморского края. Анализ заболеваемости проводился по Ф. 12 за период 2010-2014 гг. Для характеристики среды обитания взято 8 санитарно-гигиенических (согласно Ф.18, представленной ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае») и 7 природно-климатических модульных фактора, которые были формализованы в 5-балльной системе на основе разработанной нормированной оценочной шкалы. В каждый модульный фактор входило от 3 до 10 параметров среды обитания. Для установления связи между факторами среды обитания и уровнем болезней