

41,2%, ИБС в сочетании с АГ и сахарным диабетом – 24,3%, ИБС – 19,1%, АГ – 6,4%. Заболеваемость ХСН в целом по популяции г. Минска составила 5,1%. Среди всех случаев ХСН превалирует клинически выраженная стадия ХСН I (56,0%) и II по NYHA (41,0%). Возрастной диапазон лиц с ХСН составил от 45 до 74 лет (86,4% респондентов), без различия по полу. Значимость в развитии ХСН в течение 3 лет продемонстрировали следующие факторы риска: гиперхолестеринемия, наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в анамнезе, избыточная масса тела (ИМТ \geq 25,0 кг/м²) и повышенное артериальное давление (АД) ($p > 0,001$). Важными факторами риска заболеваемости ХСН как у женщин, так и у мужчин являются: гиперхолестеринемия и сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Повышенное АД ($>140/90$ мм.рт.ст) и ИМТ \geq 25,0 кг/м² чаще приводят к формированию ХСН у женщин.

Заключение:

С превалентностью ХСН в г.Минске ассоциированы такие факторы, как возраст > 45 лет, отягощенный наследственный анамнез и наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Факторами риска инцидентности ХСН в течение 2 лет являются: гиперхолестеринемия, повышенное АД и избыточная масса тела. Данные нашего исследования являются основой для разработки алгоритмов ранней диагностики, динамического наблюдения и профилактики развития ХСН на амбулаторно-поликлиническом уровне.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нальгиева М. А.¹, Дидигова Р. Т.¹, Харьков А. С.²

¹Ингушский государственный Университет, медицинский факультет,

²Ростовский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

По литературным данным, сердечно-сосудистая патология при хронических бронхообструктивных заболеваниях встречается в 35% случаев [1]. Частое сочетание данных патологий может быть связано с тесной патогенетической общностью этих двух заболеваний. Однако исследования последних лет показали, что высокий процент сердечно-сосудистой патологии у таких пациентов открывает огромную проблему, касающуюся профилактики и трудностей терапии кардиоваскулярных изменений при уже сформировавшейся бронхообструктивной патологии [2]. АГ выявляется у больных с бронхолегочной патологией с различной частотой (от 6,8% до 76,3%), составляя в среднем 34,3% [3]. Таким образом, в связи с недостаточной изученностью подобной коморбидной патологии на территории РИ, при всей ее практической значимости, данное исследование представляется актуальным. Цель исследования. Оценить распространенность хронических бронхообструктивных заболеваний у больных с АГ

Материал и методы:

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов страдающих АГ поступивших в терапевтическое отделение ИРКБ г. Назрань. Общее количество пациентов -201, из

них женщин - 61,2%(123), мужчин – 38,8% (78), в возрасте от 35 до 80 лет. В зависимости от наличия сопутствующей бронхолегочной патологии все больные были разделены на группы. Первая группа состояла из 123 больных с изолированной АГ 1-2 степени. Среди которых было 21 (15,4%) мужчин и 102 (82,9%) женщины. Во вторую группу вошли 53 пациента с АГ и ХБ - 41 (77,3%) мужчин и 12 (22,6%) женщин. Третью группу составили 14 человек с АГ и ХОБЛ-12 мужчин (85,7%) и 2 женщины (14,2%), в четвертую АГ и БА вошло 7 человек- 3 мужчины (42,8%) и 4 женщины(57,1%), в последнюю группу с АГ и пневмонией вошло 4 человека- 2 мужчин (50%), 2 женщины (50%). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программ «Microsoft Excel 7.0» и «Statistica for Windows 6.0». Статистические данные представляли в виде средних арифметических значений. Анализ показал, что 123 больных имели изолированную форму АГ, 53 (61,2%) имели в анамнезе ХБ, 14(6,9%) пациентов имели- ХОБЛ, 7 (3,4%) пациентов- БА и 4 (1,99%) - пневмонию. Средний возраст больных -61,7 ; длительность ХОБЛ в среднем составила 4,5 лет; длительность АГ в среднем 8,5 лет; из группы обследуемых процент курящих составил 31 %.

Результаты:

Анализ 201 архивных историй болезни показал, что у каждого третьего пациента АГ сочеталась с заболеванием легких (38,7%), при этом распространенность АГ среди женщин была заметно выше, чем среди мужчин (61,2% и 39% соответственно). Исследование показало, что в 39,8% случаев (80чел.) АГ сочеталась с ИБС:СН, у 19,4% (39 чел.) выявлялась ХСН, обусловленная наличием конкурирующих взаимоотношающихся заболеваний, что существенно утяжеляло прогноз заболевания.

Заключение:

Таким образом, в реальной практике имеет место недооценка врачами тяжести сочетанной патологии, недостаточный объем обследования больных, что приводит к запоздалой диагностике нарушенных функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем и неадекватной, несвоевременной их коррекции.

ЭФФЕКТ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КРАТКОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ

Лакомкин С. В., Чапурных А. В., Нижниченко В. Б.

ЦКБп УДП РФ

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с расширением комплекса QRS по ЭКГ более 120 мс, которое вызвано блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), и снижением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ниже 35% нуждаются в имплантации ресинхронизирующего устройства (CRT). Однако у многих больных такая терапия оказывается неэффективной. Известно, что до 30% и более пациентов после операции остаются неответчиками (non-responders). С помощью ЭхоКГ мы оунили краткосрочный эффект от ресинхронизирующей терапии.

Материал и методы:

В протокол было включено 8 пациентов, страдающих БЛНПГ в сочетании или без ишемической болезнью сердца

(ИБС) или дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). У всех больных исходно длительность QRS составляла более 120 мс, а на ЭКГ регистрировалась синусная активность предсердий. Им было имплантировано ресинхронизирующее устройство. У включённых в протокол левожелудочковый электрод находился в нижней или в ниже-латеральной вене сердца, а правожелудочковый – в средних или нижних отделах МЖП. Настройка VV-задержки CRT проводилась с помощью ЭхоКГ по трансмитральному потоку. Исследование с оценкой ФВ ЛЖ проводилось до и через 5–7 дней после имплантации CRT. Эффективной ресинхронизационную терапию нами было принято считать при подъёме ФВ ЛЖ более чем на 15% от исходного уровня.

Результаты:

До имплантации CRT средняя ФВ ЛЖ у группы была 27%, а после имплантации выросла до 36%. Наибольший эффект наблюдался у пациентки с изолированной БЛНПГ (прирост ФВ от исходной 95%) и у пациента с ПИКС (153%). Трое больных в группе показали прирост менее 15% в абсолютных величинах и они были причислены к неответчикам. В тоже время, даже у них прирост составлял более 10%.

Заключение:

Только у 5 из 8 пациентов при краткосрочном анализе отмечался достоверный прирост ФВ ЛЖ. Наилучшие результаты, как и ожидалось, показали больные с изолированной БЛНПГ или с минимальными структурными поражениями сердца.

ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Залалдинова А. М., Николаева И. Е., Янбаева С. М.

Республиканский кардиологический центр, г. Уфа

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий – наиболее распространенная разновидность нарушений ритма сердца. Частота ее встречаемости составляет 1–2% в общей популяции. По прогнозам экспертов ВОЗ, в связи со старением населения, распространенность фибрилляции предсердий через 50 лет, по меньшей мере, удвоится. Метаанализ нескольких крупных рандомизированных исследований показал, что антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий снижает риск развития ишемического инсульта в среднем на 68%. Лечение варфарином, при условии поддержания целевого уровня международного нормализованного отношения (МНО), позволяет избежать 31 инсульт у 1000 пациентов с фибрилляцией предсердий. К сожалению, в России частота и правильность назначения антикоагулянтной терапии далека от идеальной. Из пациентов с фибрилляцией предсердий, имеющих средний и высокий риск развития тромбоэмболических осложнений, то есть абсолютные показания к антикоагулянтной терапии, получают ее лишь 61%. При этом, среди пациентов, получающих варфарин, МНО не достигает целевых значений более чем в половине случаев (51,9%). В соответствии со стандартами лечения фибрилляции предсердий, антикоагулянтная терапия обязательна к назначению не только при постоянной

ее форме, но также при ряде других клинических ситуаций, таких как пароксизмальная фибрилляция предсердий, кардиоверсия у пациентов с фибрилляцией предсердий, а также интервенционное лечение фибрилляции предсердий. Долгое время единственной группой антикоагулянтов были антагонисты витамина К, и наиболее широко используемый из них – варфарин. Являясь высокоэффективным препаратом, варфарин имеет ряд недостатков, которые ограничивают его прием. Варфарин обладает непредсказуемой фармакодинамикой и фармакокинетикой, характеризуется достаточно "узким" терапевтическим коридором между неэффективностью в предупреждении тромбоэмболических осложнений и риском геморрагических осложнений от его приема ввиду неэффективной гипокоагуляции. Одним из препаратов, которые могут служить достойной заменой варфарину, является дабигатрана этексилат. Антикоагулянтный эффект дабигатрана имеет линейный дозозависимый обратимый характер и позволяет добиться стабильной коагуляции. Большой интерес для практикующих врачей представляет применение дабигатрана этексилата у пациентов, подвергающихся кардиоверсии. В отличие от варфарина, действие дабигатрана начинается через 1 час после приема. Еще одним его преимуществом для данной группы пациентов является его стабильный гипокоагуляционный эффект. Цель исследования. Сравнение эффективности и безопасности применения варфарина и дабигатрана этексилата в следующих клинических ситуациях: 1) у пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий с целью профилактики тромбоэмболических осложнений; 2) при проведении кардиоверсии при неизвестной давности или через 48 часов и более с момента возникновения пароксизма фибрилляции предсердий; 3) при радиочастотной абляции у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы:

В исследование были включены 112 пациента, 62 мужчины (55,4%) и 50 женщин (44,6%), в возрасте от 33 до 83 лет (средний возраст 59,03±9,4 лет). Из них 60 (53,57%) пациентов имели постоянную фибрилляцию предсердий, 42 (37,50%) пациента были госпитализированы в связи развившимся пароксизмом фибрилляции предсердий, причем давность пароксизма составляла более 48 часов или была неизвестна, 10 (8,93%) пациентам была проведена радиочастотная абляция по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий. Этиология фибрилляции предсердий во всех случаях была неклапанной. В исследование не включались пациенты, перенесшие в прошлом РЧА, пациенты со сниженной сократительной функцией миокарда (ХСН 2 А стадии и выше) или выраженной клапанной патологией, пациенты с умеренно сниженной функцией почек (клиренс креатинина 30–50 мл/мин) и с тяжелым нарушением функции почек (клиренс креатинина <30 мл/мин). В группе пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий было 36 мужчин (60%) и 24 женщины (40%), средний возраст составил 67±8,4 лет. 24 пациента из 60 имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (40%), 12 пациентов перенесли в прошлом хирургическую реваскуляризацию миокарда (20%), в 8 случаях это было эндоваскулярное лечение, 4 пациента перенесли коронарное шунтирование, 42 пациента страдали гипертонической болезнью (70%). В группе пациентов с пароксизмом фибрилляции предсердий было 18 мужчин (42,86%) и 24 женщины (57,14%), средний возраст составил 47±9,2 лет. Радиочастот-