

традиционное лечение, включающее назначение гипоаллергенной диеты, антигистаминные средства, а также местную терапию 0,2% кремом «Цинокап», содержащим пиритион цинка. Крем наносился тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день в течение 4 недель. Клиническая эффективность препарата оценивалась на 0, 2 и 4 неделе лечения с применением полуколичественной шкалы SCORAD.

Результаты и их обсуждение: все пациенты перед началом лечения имели распространенный кожный процесс (площадь поражения составила $34,7 \pm 1,2\%$), который характеризовался выраженной гиперемией, инфильтрацией, папулезными элементами, сухостью кожи. Высыпания сопровождалось зудом различной интенсивности и нарушением сна ($7,8 \pm 0,5$ и $5,4 \pm 1,2$ баллов соответственно по десятибалльной шкале). Индекс SCORAD перед началом лечения составил $32,8 \pm 4,5$ баллов. На 2 неделе лечения площадь поражения снизилась до $12,3 \pm 2,3\%$, у 64% больных зуд отсутствовал или был незначительный, у 36% - средней интенсивности. Средние баллы интенсивности зуда и нарушения сна составили $3,5 \pm 0,7$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходными показателями) и $2,1 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), индекс SCORAD снизился до $16,4 \pm 1,2$ баллов ($p < 0,001$). На 4 неделе лечения ремиссия кожного процесса имела место у 64% больных, минимальные проявления – у 28%. У 2 пациентов (8%) сохранялись умеренно-выраженные зудящие высыпания. К концу 4 недели лечения площадь поражения составила $5,7 \pm 0,6\%$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходными показателями), интенсивность зуда – $1,8 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$), нарушение сна – $1,5 \pm 0,7$ балла ($p < 0,001$), индекс SCORAD – $7,8 \pm 1,3$ балла ($p < 0,001$). В ходе лечения побочные эффекты наблюдались у 3 (12%) больных в виде незначительной гиперемии и жжения в месте нанесения препарата, которые имели место в первые дни лечения.

Выводы: наружная терапия с применением 0,2% крема «Цинокап», содержащего пиритион цинка, позволяет достичь высокой терапевтической эффективности при АД и может являться альтернативой терапии ТКС.

0016. ФАКТОРЫ РИСКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского Минздравсоцразвития России.

Целью исследования было выявление тревожно-депрессивных расстройств и факторов, их определяющих, у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Выявление и оценка тяжести тревоги и депрессии проводилась на основании анкетирования 261 больного с симптомами

ХСН, развившейся после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда, с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). В динамическое трехлетнее наблюдение включены 211 больных с ХСН. При поступлении в стационар все пациенты рандомизировались в две группы: группа I ($n = 106$ пациентов) – активного ведения, группа II ($n = 105$ больных) – стандартного ведения. Пациентов группы активного и стандартного ведения обучали в «Школе больных ХСН» и на двух индивидуальных занятиях, различия касались динамического ведения больных. Клиническое состояние и терапия больных группы активного ведения контролировалось один раз в месяц при телефонном контакте. Больные группы стандартного ведения находились под динамическим наблюдением в поликлинике по месту жительства. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. При анализе госпитальной шкалы тревоги определено, что у 18,8% обследуемых имеется субклинически выраженная тревога и 34,1% больных выявлена клинически выраженная тревога. Почти у всех пациентов (94,5%), у которых определялась тревога, присутствовал субклинически (62,4%) и клинически (32,6%) выраженный депрессивный синдром. Проведен корреляционный анализ между показателями тревоги, депрессии и клиническими параметрами у больных ХСН. Установлена значимая умеренная корреляционная взаимосвязь между выраженностью тревоги и депрессией ($\rho = 0,30$; $p = 0,02$). Выявлено наличие корреляционной умеренной взаимосвязи между выраженностью депрессии и длительностью СН ($\rho = 0,30$; $p = 0,04$), ФК ХСН ($\rho = 0,30$; $p = 0,03$), NT-proBNP ($\rho = 0,30$; $p = 0,03$), низкочастотным компонентом спектра ВСР ($\rho = -0,36$; $p = 0,003$) и приверженностью к терапии ($\rho = -0,30$; $p = 0,04$). По данным многофакторного анализа показателями, независимо значимо связанными с депрессивным состоянием больных ХСН, явились длительность СН (1,64 ОР, 95% ДИ 0,96 – 2,95, $p = 0,04$), ФК ХСН (0,09 ОР, 95% ДИ 0,02 – 4,19, $p = 0,002$), NT-proBNP (1,03 ОР, 95% ДИ 1,00 – 1,10, $p = 0,01$) и приверженность к терапии (0,98 ОР, 95% ДИ 0,16 – 1,62, $p = 0,001$). При вступлении в исследование пациенты групп активного и стандартного ведения были сопоставимы по выраженности тревоги и депрессии. В группе активного ведения на фоне высокой приверженности к терапии с первого года наблюдения показатели тревоги значимо ($p < 0,05$) меньше, чем исходные данные. Показатели депрессии в первой группе так же снижаются за время наблюдения, но не достигают степени статистической значимости ($p > 0,05$). В группе стандартного ведения в течение трех лет наблюдения значимой динамики по показателям тревоги и депрессии не выявлено ($p > 0,05$). Значимых различий между группами активного и стандартного ведения в течение динамического наблюдения по показателям тревоги и депрессии не установлено ($p > 0,05$).

Заключение. У 52,9% больных ХСН регистрируются симптомы тревоги, из них у 62,4% обследуемых имеется субклинически и у 32,6% пациентов клинически выраженный депрессивный синдром. Факторами, связанными с развитием тревожно-депрессивного синдрома, являются длительность СН, ФК ХСН, NT-proBNP и не приверженность к терапии. Влияние возраста и других классических факторов риска на развитие тревожно-депрессивного состояния не выявлено. Приверженность пациентов к терапии способствует снижению уровня тревоги и депрессии.

0017. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского» Минздравсоцразвития России.

Целью настоящей работы явилась определение сердечнососудистого риска с использованием скорости пульсовой волны в аорте у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Критерии включения: больные с перенесенным инфарктом миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное согласие пациента. Анализ пульсовой волны выполнялся с использованием программы «TensioMed» на артериографе «TensioClinic» (Венгрия). Определяли следующие характеристики АД и пульсовой волны: систолическое и диастолическое АД, число сердечных сокращений (ЧСС), среднее АД, пульсовое АД, индекс аугментации (ИА) плечевой артерии и аорты, время возврата пульсовой волны от аорты, скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), площадь систолического компонента (ПСК) и площадь диастолического компонента (ПДК) пульсовой волны. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 8.0.

Результаты. В исследование включены 207 пациентов (186 мужчин и 21 женщина), в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст $55,3 \pm 6,4$ лет). В течение первого года наблюдения у обследуемых пациентов развилось 68 случаев сердечно-сосудистых осложнений (ССО): в 45 случаях было ухудшение ХСН, у 18 пациентов – нестабильная стенокардия, у 11 больных – повторный инфаркт миокарда, 17 пациентов умерли. Оценена вероятность развития ССО в зависимости от СПВА. Были выделены две группы пациентов с различной жесткостью: первая группа (134 больных) – пациенты с нормальной жесткостью (СПВА ≤ 12), вторая группа (73 пациента) – больные с повышенной СПВА > 12 м/с. Общее число ССО в течение года развилось в 1-ой группе у 35 (26%) пациентов, во 2-ой группе – у 33 (45%) больных. Вероятность развития ССО в течение года

при наличии СПВА > 12 м/с значимо ($p=0,01$) выше, чем при СПВА ≤ 12 м/с. По данным многофакторного анализа, а именно логистической регрессии, независимыми факторами, определяющими развитие ССО явились ИМТ, ЧСС, холестерин, ФВ ЛЖ и СПВА. Согласно полученным результатам ОР развития ССО в течение года у больных ХСН, имеющих СПВА > 12 м/с, в 2 раза выше, чем у пациентов с СПВА ≤ 12 м/с. Максимальный риск соответственно выше в 4 раза.

Для расчета сердечнососудистого риска у больного используем уравнение логистической регрессии:

$$P = \frac{e^y}{1+e^y}, \text{ где}$$

$y = 1,13 - 0,08 \cdot \text{ИМТ} - 0,03 \cdot \text{ЧСС} + 0,21 \cdot \text{холестерин} + 0,07 \cdot \text{ФВ} +$

$+ 0,70 \cdot \text{СПВА} (\leq 12 \text{ м/с} = 0, > 12 \text{ м/с} = 1).$

P – вероятность развития ССО в течение года;

e – основание натуральных логарифмов равно 2,71;

y – стандартное уравнение регрессии.

Клинический пример: У больного Н. ИМТ 25 кг/м², ЧСС 72 в мин, холестерин 5 ммоль/л, ФВ 27,5%, СПВА 15,3 м/с. Расчетная вероятность развития ССО у больного Н. в течение года составляет 65%.

Наибольшая площадь под характеристической операторской кривой (ROC) равна 0,868. Чувствительность модели составляет 85%, специфичность 70%.

Выводы

1. СПВА имеет самостоятельное прогностическое значение у больных с хронической сердечной недостаточностью.

2. СПВА может использоваться для определения индивидуального сердечнососудистого риска у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

0018. ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Н.А. Кошелева, А.П. Ребров
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.

Разумовского Минздравсоцразвития России.

Целью исследования была оценка влияния терапевтического обучения и активного амбулаторного ведения на качество жизни, клиническое состояние и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в течение трех лет наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включены 211 больных с симптомами ХСН, развившимися после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ.