

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.

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», различия касались трехлетнего 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 Statistica 8.0.

Результаты. Медиана признака КЖ у больных ХСН составила 43 [11; 66] балла. Определено наличие взаимосвязи между КЖ и ФК ХСН ($p=0,31$; $p=0,002$), NT-proBNP ($p=0,30$; $p=0,03$), выраженностью тревоги ($p=0,45$; $p=0,0001$), депрессии ($p=0,35$; $p=0,001$) и приверженностью к терапии ($p=0,30$; $p=0,009$). При многофакторном анализе показателями, независимо значимо связанными с КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН (0,28 ОР, 95% ДИ 0,05–1,70, $p=0,02$), выраженность тревоги (1,20 ОР, 95% ДИ 1,02–1,30, $p=0,01$) и приверженность к терапии (4,10 ОР, 95% ДИ 1,15–14,16, $p=0,01$). В течение трех лет наблюдения в группе пациентов активного ведения на фоне высокой приверженности к лечению отмечалось значимое ($p<0,05$) снижение САД и ДАД, ЧСС, общего холестерина, NT-proBNP, прирост дистанции теста 6-мин ходьбы, замедление процессов ремоделирования сердца и снижения ФВ ЛЖ, по сравнению с больными группы стандартного ведения. В группе активного ведения в течение трех лет отмечается улучшение показателей КЖ, однако не достигшее статистической значимости ($p>0,05$). В группе стандартного ведения выявлена отрицательная динамика в виде увеличения баллов (КЖ ухудшается) и к третьему году наблюдения отмечается значимое ($p<0,05$) увеличение показателя КЖ, как по сравнению с исходными данными, так и с группой активного ведения. При построении кривых Каплана-Мейера установлено, что у пациентов группы активного ведения к третьему году наблюдения вероятность развития декомпенсации ХСН ($p=0,001$), летального исхода ($p=0,04$), общего числа ССО ($p=0,04$) значимо меньше, чем у пациентов при стандартном ведении.

Заключение. Факторами, определяющими КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН, выраженность тревоги и приверженность пациентов назначенной терапии. Обучение и активное трехлетнее амбулаторное ведение больных ХСН способствовали повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, улучшению качества жизни, клинического состояния больных и прогноза.

0019. О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Г.В. Кузякин, С.В. Тютюнников, Ю.А. Антонов
МСЧ ГУВД по Алтайскому краю, г. Барнаул

В настоящее время, проблема профилактики острых респираторных заболеваний (ОРЗ) особенно актуальна для контингента сотрудников органов внутренних дел (ОВД), работа которых, по сравнению с остальным населением, в большинстве случаев, связана с повышенным риском заболеваемости респираторными вирусными инфекциями. Как показывают наши исследования, к числу факторов риска повышенной заболеваемости ОРЗ, относятся такие, как неблагоприятное влияние метеорологических (жара, холод, высокая влажность, ветер), климатических (условия резко континентального климата Юго-Западной Сибири), и профессиональных условий службы – разъездной характер работы, постоянные контакты с разнородными по состоянию здоровья, социальному положению и возрасту группами населения. Часто наблюдаются нервные перенапряжения на работе и ненормированный рабочий день. Таким образом, у сотрудников ОВД четко прослеживаются эпидемиологические (инфекционные) составляющие повышенной заболеваемости респираторными вирусными инфекциями, и внутренние (эндогенные) причины, обусловленные, в первую очередь, нарушениями в иммунной, эндокринной и нервной системах. Под термином «ОРЗ» – обычно объединяют большую этиологически разнородную группу инфекционных болезней, протекающих с поражением верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и имеющих определенное сходство в формировании патогенетических механизмов и клинической симптоматики. В подавляющем большинстве случаев ОРЗ обусловлены вирусной инфекцией. Так, в период эпидемии (В.С.Смирнов, 2004г.) этиологически, основная заболеваемость обусловлена вирусами гриппа до 50%, парагриппа - в 10-12% случаев, аденовирусами - в 10-12% случаев, респираторно-синцитиальной инфекцией – в 8-10%, риновирусами - в 15-20% случаев и другими вирусами - у 5-7% больных, или их сочетаниями. Серотипически вирусы, относящиеся к одному семейству, могут значительно различаться: грипп – 3 серотипа (А – 150 подтипов, В, С), парагрипп – 4 серотипа, аденовирусы – более 50, риновирусы – 114 серотипов. В результате подобной разнородности вирусной инфекции повторные ОРЗ у одного и того же пациента могут встречаться от 4-5 раз в год (это считается нормой), до 24-26 раз в году - у часто болеющих. Патогенетической основой частых ОРЗ, по мнению Н.П.Куприной (2004), являются изменение иммунологической реактивности организма с угнетением местного и системного иммунитета, снижением активности системы интерферона.