

мочевыделительной системы.

При отсутствии соответствующей клинической симптоматики эти лабораторные феномены служат индикатором определенного патологического процесса. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и поэтому могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии.

*Багрова И.В., Кухарчик Г.А., Парцерняк С.А., Клемина И.С.*

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, irinbagrov@yandex.ru*

Тромбозы и эмболии сосудов различной локализации занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности населения. Для профилактики тромбообразования используются антитромбоцитарные препараты, а именно антиагреганты и антикоагулянты (АК). Ацетилсалициловая кислота используется в качестве ингибитора функции тромбоцитов в комплексной терапии ишемической болезни сердца (ИБС), мозга и периферического атеросклероза [1,2]. Для уменьшения риска рецидивов венозных тромбоэмболических осложнений показано длительное использование АК, при этом средством выбора являются антагонисты витамина К, среди которых предпочтение отдается варфарину [3]. Сложный метаболизм варфарина, обуславливающий необходимость индивидуального подбора дозы и регулярного контроля международного нормализованного отношения (МНО), а также риск возможного кровотечения, необходимость сочетания с антиагрегантами, - основная причина его недостаточного использования, даже при наличии абсолютных показаний. Кроме того, в реальной клинической практике только 40 – 50% больных достигают целевых значений МНО [1].

**Цель:** оценить приверженность (комплаенс > 80%) к антитромботической терапии у больных ИБС, перенесших тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА).

**Материалы и методы:** В исследование включены 85 больных ТЭЛА, которая развилась у больных с ИБС: 41 мужчина (48,2%) и 44 женщины (52,8%), средний возраст составил 65,5±10,5 лет. ИБС была представлена стенокардией напряжения I-III функционального класса (ФК) у 55 больных (64,7%), постинфарктным кардиосклерозом у 18 (21,2%) и их сочетанием у 12 (14,1%).

Гипертоническая болезнь была у 65 пациентов (76,5%), хроническая обструктивная болезнь легких у 12 (14,1%), сахарный диабет II типа у 11 (12,9%) больных. Фибрилляция предсердий (ФП) зарегистрирована у 37 % пациентов (43,5%), из них – у 19 (22,4%) постоянная форма ФП. Хроническая сердечная недостаточность II ФК отмечена у 32 (37,6%), III-IV ФК – у 51 пациента (60%). Были проанализированы приверженность пациентов к проводимой антитромботической терапии и ее особенности, а также клиническое течение заболевания у пациентов в срок до одного года после выписки из стационара.

**Результаты:** За время стационарного лечения ТЭЛА пациенты получали терапию АК прямого и непрямого действия. Кава - фильтр был имплантирован 8 больным (9,3%), легочная эндартерэктомия выполнена 3 пациентам (3,5%), тромболизис - 1 (1,2%). После завершения стационарного лечения всем пациентам рекомендовано продолжить прием антиагрегантов и АК непрямого действия. Однако, антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту) продолжали принимать только 66 больных (77,6%); варфарин – 67 пациентов (78,8%), при этом целевые значения МНО достигнуты были у 46 больных (54,1%), что было связано в ряде случаев с низкой приверженностью к лечению, а в других случаях с неадекватно подобранной дозой. У 4 пациентов (4,7%) имелись противопоказания к применению АК непрямого действия – у 3 (3,5%) – язвенная болезнь желудка и у 1 (1,2%) – нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Побочное действие варфарина – немассивное кровотечение - отмечено у 4 больных (4,7%), принимавших этот препарат и в 1 случае (1,2%) отмечено появление кожной геморрагической сыпи. Все пациенты получали стандартную терапию ИБС в индивидуально подобранных дозах.

Несмотря на проводимое в амбулаторных условиях лечение, часть пациентов была повторно госпитализирована в течение одного года. При анализе причин ухудшения состояния установлено, что прогрессирование сердечной недостаточности наблюдалось у 32 больных (37,6%), рецидив ТЭЛА у 20 (23,5%), инфаркт миокарда – у 5 (5,9%), нарушение мозгового кровообращения – у 5 (5,9%). Летальный исход был у 24 пациентов (28,2%).

**Заключение:** В проведенном исследовании выявлена невысокая приверженность к антитромботической терапии у больных ИБС, перенесших ТЭЛА. Целевой уровень МНО был достигнут у 54% пациентов. После перенесенной ТЭЛА у больных ИБС сохраняется высокий риск летального исхода в течение одного года, что связано с рецидивированием ТЭЛА и нарастанием проявлений сердечной недостаточности.

#### **Список литературы:**

1. Панченко Е.П. Антикоагулянтная терапия в кардиологии // Кардиология. – 2010. - №7.- С.4 – 7.

2. Лупанов В.П. Роль ацетилсалициловой кислоты при вторичной профилактике атеросклероза и его сердечно-сосудистых осложнений // Русский медицинский журнал. – 2009. - №14. – С. 898 – 902.

3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология. – 2010. - №1. - том 4. - выпуск 2. - С. 4 – 37.

***Баллюзек М.Ф., Александрова Л.Н., Семенова И.Г.***

### **КОМОРБИДНОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С РАССТРОЙСТВАМИ МЕТАБОЛИЗМА**

*Учреждение Российской академии наук «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН», [ludmila-aleksandrova@yandex.ru](mailto:ludmila-aleksandrova@yandex.ru)*

**Цель:** изучение особенностей коморбидности различных форм фибрилляции предсердий (ФП), метаболических нарушений и синдрома обструктивного ночного сна (СОАС) у пациентов разных возрастных групп.

**Материалы и методы:** в исследование включены 454 пациента мужского или женского пола 3-х возрастных групп (40-59 лет, 60-75 лет и старше 75 лет). Основную группу составили 218 пациентов с равным соотношением мужчин и женщин, имеющие ФП (пароксизмальную/постоянную форму). Группу сравнения (контроль) составили 236 пациентов соответствующих поло-возрастных групп без ФП. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее в себя оценку жалоб, сбор анамнеза, анализ медицинской документации, изучение объективного статуса, клинический и биохимический анализ крови, тиреоидный статус, электрокардиография (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления, кардиореспираторное мониторирование, компьютерная пульсоксиметрия, эхокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы.

**Результаты:** Анализ индекса массы тела (ИМТ) выявил, что в сравнении с группой контроля (ИМТ 27,7±5,2) пациенты с ФП имели более выраженное ожирение (ИМТ 29,7±5,7) ( $p=0,0001$ ). Изолированная избыточная масса тела (ИМТ>25), без признаков метаболического синдрома (МС), в общей возрастной группе увеличивала риск ФП в 1,6 раза, с 39,2% до 51,37% ( $p=0,027$ ). Для лиц женского пола при избыточной массе тела во всех возрастных группах прослеживалось возрастание инцидентности ФП. Наиболее значимо это было отмечено у пациенток старше 60 лет, у которых наличие ожирения было