

после еды (73,5%), а также уровень артериального давления (76,5%).

Пациенты с впервые выявленным СД 2 имели низкий риск возникновения патологии сосудов по уровню триглицеридов (54,0%) и HbA1c (41,3%). Высокому риску развития ангиопатий соответствовали показатели гликемии натощак (96,7%) и после еды (84,8%), уровень артериального давления (68,5%).

Обследованные с доклиническими формами НУО, так же как и при СД 2, по некоторым показателям имели высокий риск осложнений. Однако выявлены и различия. Если при СД 2 высокий риск наблюдался по показателям артериального давления и уровню гликемии, то при НУО – по уровню артериального давления (67,3%) и концентрации общего холестерина (43,3%).

При проведении корреляционного анализа была установлена взаимосвязь между нарушениями углеводного, липидного обмена и уровнем артериального давления не только при СД 2, но и при доклинических НУО.

Таким образом, значения лабораторных показателей, свидетельствующие о высоком и умеренном риске ангиопатий, имели место уже на доклинической стадии НУО. Уровень артериального давления соответствовал высокому риску развития ангиопатий у обследованных всех трех групп. Полученные данные позволяют говорить о необходимости проведения профилактических мероприятий по предупреждению сосудистых осложнений у лиц с МС при выявлении артериальной гипертензии и дислипидемии, ещё до развития у них СД 2.

МЕДИЦИНСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Смирнова О.Р.*,
Рачкова С.А.,
Романчук С.В., кандидат медицинских наук

ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, г. Иваново, Ф. Энгельса, 22

* Ответственный за переписку: тел.: (4932) 32-57-11

Цель исследования – оценка эффективности проведения кардиоверсии (КВ) у пациентов с мерцательной аритмией.

17 пациентов (12 мужчин (70,6%) и 5 женщин (29,4%)) в возрасте от 15 до 70 лет (в 70,5% случаев – работающие) находились под наблюдением с момента первого обращения в ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иваново с диагнозом мерцательной аритмии и в течение шести месяцев после проведения КВ. Срок от момента первого обращения пациента до проведения КВ в среднем составил 49 дней. В 53% случаев была проведена электрическая кардиоверсия, в 23,5% – чреспищеводная электрокардиостимуляция. Зафиксирован один отказ от проведения КВ (5,9%).

Первым промежуточным оценочным этапом являлся анализ эффективности КВ непосредственно в момент её проведения. Восстановление синусового ритма зарегистрировано у 12 из 16 (75%) пациентов. Неэффективность КВ отмечена у 4 (25%). Осложнений КВ зарегистрировано

не было. Средняя доза варфарина составила 1,8 таблетки в сутки.

Вторым промежуточным оценочным этапом эффективности КВ являлся анализ длительности удержания синусового ритма. В течение 6 месяцев синусовый ритм сохранялся у 9 (75%) из 12 пациентов. Возобновление аритмии отмечено у 3 (25%) человек: в течение первых суток, в течение недели и через два месяца. 9 пациентов, у которых к концу наблюдения сохранялся синусовый ритм, имели площадь левого предсердия от 22 до 25 см². У больных с неэффективностью КВ и срывами синусового ритма площадь левого предсердия составила от 25 до 28,1 см².

В данном исследовании проводился также анализ экспертизы нетрудоспособности. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности (в 80% случаев – до 30 дней) составила 24,3 дня.

Таким образом, медицинская, медико-социальная эффективность КВ у пациентов с мерцательной аритмией оказалась достаточно высокой.