



Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Национальное научное общество

Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация
Всероссийское научное общество кардиологов



Национальное Общество
Кардиоваскулярной Профилактики и Реабилитации

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Минздравсоцразвития России

Научный совет по укреплению здоровья и профилактике заболеваний РАМН
и Минздравсоцразвития России

ОБЪЕДИНЕННАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ 2011»

и «НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ»

21-22 апреля 2011 года

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2011, 10 (4)

Москва 2011

нарушений, что позволит снизить риск развития ССЗ и СД типа 2 среди населения.

П-36 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОГНОЗ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Фонякин А.В., Шандалин В.А., Гераскина Л.А.
Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель: изучить взаимосвязь между состоянием variability сердечного ритма (ВСР) и риском кардиальных осложнений в отдаленном постинсультном периоде.

Методы исследования. В исследование включено 133 больных (90 мужчин, 43 женщины, средний возраст 59 ± 11 лет) с острым ишемическим инсультом и синусовым ритмом. На стационарном этапе выполнено всестороннее клинико-инструментальное неврологическое и кардиологическое обследование, включая трансторакальную эхокардиографию. На 21 день после развития инсульта осуществлялось суточное холтеровское мониторирование с проведением спектрального анализа ВСР, оценивались низкочастотные (НЧ) и высокочастотные (ВЧ) компоненты. На амбулаторном этапе наблюдения проводился ежеквартальный унифицированный телефонный опрос с получением информации о состоянии больного, проводимом лечении, наличии сердечно-сосудистых осложнений. В качестве композитного показателя клинических исходов фиксировались: острый инфаркт миокарда (ОИМ), нестабильная стенокардия, острая сердечная недостаточность (ОСН), в том числе острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также смертельные случаи вследствие кардиальных причин, включая внезапную сердечную смерть (ВСС).

Результаты. После выписки из стационара средняя продолжительность наблюдения составила 18 (9;48) месяцев. За это время у 13 (10 %) больных, составивших 1 группу, зафиксированы следующие кардиальные события: ВСС (3 пациента), нестабильная стенокардия (4 больных), ОСН (4 больных), ОИМ (2 больных). Остальные 120 (90 %) пациентов составили 2 группу. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, выраженности неврологических расстройств, наличию ХСН, сахарного диабета, атеросклероза, состоянию сократимости левого желудочка, приверженности к базисной сердечно-сосудистой терапии. Группы отличались по наличию ИБС: 7 (54 %) пациентов 1 группы против 36 (30 %) 2-ой группы ($p < 0,02$). В 1 группе по сравнению со 2 группой отмечались более низкие значения мощности ВЧ ($p = 0,05$) и НЧ ($p < 0,01$) за сутки: $34 (23;121) \text{ мс}^2$ против $89 (38;176) \text{ мс}^2$ и $123 (50;441) \text{ мс}^2$ против $355 (187;721) \text{ мс}^2$, соответственно. Показатели ВЧ и НЧ в ночное время были также ниже в 1 группе ($p < 0,01$). В то же время в дневные часы мощность НЧ в 1 группе превышала ($p < 0,01$) значения 2 группы: $689 (402; 1159) \text{ мс}^2$ против $305 (185; 575) \text{ мс}^2$.

Выводы. Таким образом, нарушение ВСР в виде редукции параметров, отражающих парасимпатическую активность и баланс парасимпатической и симпатической активности за сутки, а также повышение симпатической активности в дневное время в сочетании с ИБС может указывать на увеличенный риск кардиальных осложнений в отдаленном постинсультном периоде.

П-37 БОЛЬНЫЕ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИНДРОМАМИ: СВЯЗЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРОПИСАННОГО ПРИ ВЫПИСКЕ ИЗ СТАЦИОНАРА, И ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА

Эрлих А.Д. от имени всех участников регистра "РЕКОРД"
ФГУ "НИИ Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва, Россия

Цель. Известно, что у больных с острыми коронарными синдромами (ОКС), на отдаленный прогноз влияют как исходные характеристики, так и лечение в стационаре. Цель настоящей работы

состояла в том, чтобы оценить связь лечения, прописанного при выписке с прогнозом и течением заболевания.

Материалы и методы. Среди препаратов, рекомендуемых при выписке из стационара, согласно современным требованиям по лечению ОКС, только 4 группы являются обязательными для всех категорий больных: ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрель, бета-адреноблокаторы (БАБ) и статины. Все больные, включенные в российский регистр ОКС "РЕКОРД", у которых удалось проследить исходы болезни за время от выписки из стационара до 6 месяцев от начала ОКС ($n=310$) были разделены на 2 группы: А) те, кому после ОКС при выписке из стационара было прописано 3 или 4 группы обязательных лекарств; Б) те, кому при выписке было прописано 1 или 2 группы обязательных лекарств.

Результаты. Группу А составили 206 больных, которым при выписке были прописаны 3 или 4 обязательных препаратов (66,5 %), а группу Б — 104 больных, которым врачи прописали 1 или 2 обязательных препарата (33,5 %). По основным анамнестическим и клиническим данным при поступлении в стационар группы значимо не различались. ОКС с подъемами ST при поступлении встречались достоверно реже в группе Б (14 % против 39 %; $p < 0,0001$). Больные в группе Б за время лечения в стационаре реже получали аспирин (93 % против 99 %; $p = 0,001$), клопидогрель (6 % против 40 %; $p < 0,0001$), гепарины (70 % против 91 %; $p < 0,0001$), БАБ (91 % против 99 %; $p = 0,0015$). Больным в группе Б также реже выполнялись чрескожные коронарные вмешательства (1 % против 24 %; $p < 0,0001$). От момента выписки до 6 месяцев от начала ОКС смертельный исход развился у 6 больных (3 %) из группы А и 9 больных (9 %) из группы Б ($p = 0,03$).

Выводы. 1. Больным с ОКС, которые за время пребывания в стационаре реже получают лечение в соответствии с современными рекомендациями, при выписке реже назначается меньше обязательных к приему препаратов; 2. Больные, которым при выписке из стационара было прописано 1 или 2 обязательных препарата, за время после выписки умирали достоверно чаще тех, кому было прописано 3 или 4 препарата.

П-38 ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (25-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Юрьева С.В., Сердечная Е.В., Казакевич Е.В.

Северный государственный медицинский университет, ФГУ "СМЦ им. Н.А. Семашко" ФМБА России, Архангельск, Россия

Цель. Определить влияние бессимптомной формы фибрилляции предсердий (ФП) на риск развития фатального острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и фатальной хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы. Проведен ретроспективный анализ течения ФП с 1980 по 2004 год, в исследование включено 2 654 больных. Анализировались факторы риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО), сопутствующие заболевания, частота рецидивов. Первичная конечная точка была смерть пациентов от ОНМК и ХСН. При анализе выживаемости больных использована модель пропорционального риска Кокса.

Результаты. Для выявления прогностических факторов смерти от ОНМК был проведен сравнительный анализ сопутствующей кардиальной патологии, структурных изменений сердца, данных ультразвуковых обследований у пациентов с фатальными ОНМК на фоне ФП и пациентов без фатального ОНМК на фоне ФП. В соответствии с задачей исследования пациенты были разделены на две группы: первую составили 9,7 % больных, умерших от ОНМК, вторую — 90,3 % пациентов без фатального ОНМК. Бессимптомную форму ФП чаще диагностировали у пациентов умерших от ОНМК — 20,2 %, чем у пациентов без фатального ОНМК — 15,4 % ($p = 0,047$). Наличие бессимптомной формы ФП ($OR = 1,46$; $p = 0,020$), в многофакторной модели Кокса, был значимым независимым предиктором смерти больных от ОНМК наряду с возрастом > 65 лет ($OR = 1,89$; $p < 0,001$), стратегией контроля частоты сердечных сокращений ($OR = 2,90$; $p = 0,022$), частотой рецидивов более одного раза в 3 месяца ($OR = 2,58$; $p < 0,001$) и перенесенными нефатальными ОНМК в анамнезе ($OR = 6,24$; $p < 0,001$).