

словлено нормализацией липидного спектра крови у пациенток с повышенным риском развития ИБС.

Наше исследование аториса показало его высокую эффективность в коррекции гиперхолестеринемии и комбинированной гиперлипидемии у женщин. Была продемонстрирована также безопасность применения препарата в дозах 10 и 20 мг у больных с АГ и гиперлипидемией в течение 3 мес.

Выводы. Полученные результаты дают основание сделать заключение о высокой эффективности аториса в коррекции атерогенных дислипидемий.

Таким образом, исследуемый нами аторис может рассматриваться как высокоэффективный липидснижающий препарат для проведения вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациенток с высоким риском возникновения ишемической болезни сердца.

Литература:

1. Дослідження 4S: контури нового напрямку в кардіології // Медицина світу. – 1997. – Т. II. – Число 4. – С. 179-184.

2. Зайцева В.И. Клиническая эффективность лова-статина при синдроме семейной дислипидемической гипертензии // Укр. кардіол. журн. – 1998. – № 7-8. – С. 16-21.

3. Оганов Р.Г., Ахмеджанов Н.М. Аторвастатин – новый інгібітор ГМГ-КоА-редуктази для лікування атеросклерозу і гіперліпідемій // Медицина світу. – 2001. – Т. XI. – Число 3. – С. 154-158.

4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Аторвастатин – первый представитель нового поколения ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы для лечения атерогенных дислипидемий // Кардиология. – 1999. – Т. 39. – № 4. – С. 76-82.

5. Сиренко Ю.Н. Медикаментозная первичная и вторичная профилактика ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертензией // Ліки України. – 2005. – № 1. – С. 9.

УДК 616.12-008.46

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

И.И. Пинэко-Скворцова

КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1», г. Усть-Каменогорск

Проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) остаётся одной из наиболее актуальных в клинической кардиологии, поскольку она существенным образом влияет на летальность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в большинстве индустриальных стран. Несмотря на существенное уменьшение летальности от ИБС за последние 40 лет наблюдений по данным исследования ЭПОХА-ХСН(2002), летальность от ХСН осталась неизменной [1], хотя медикаментозные подходы к терапии этого состояния постоянно совершенствуются.

Наличие сердечной недостаточности (СН) в 4 раза повышает риск летальности. Шестилетний риск внезапной смерти у этой категории больных составляет 9% для мужчин и 4% для женщин.

В целом, риск внезапной смерти у этих больных повышен по сравнению с контрольной группой в 5 раз. Частота ХСН, как причины смерти, в настоящее время возросла в 4 раза по сравнению с 1968г. Госпитальная летальность составила 7-10%. По данным Фрамингемского исследования выживаемость мужчин составляет в среднем 3,2 года, женщин – 5,4 лет, за исключением случаев летальности в первые 90 дней. Таким образом, стало очевидно, что прогноз ХСН сопоставим с таковым у онкологических больных [1,2].

В Казахстане, согласно эпидемиологическим данным, ХСН, как осложнение большинства сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, встречается у 4% населения. По данным Европейского общества кардиологов в мире ХСН встречается у 1-4% взрослого населения, среди лиц старше 65 лет она достигает 6-10%, риск смерти составляет 5-10% ежегодно у боль-

ных с начальной ХСН и увеличивается до 30-40% у пациентов в стадии декомпенсации. По данным ВОЗ, показатель смертности населения Казахстана вследствие болезней системы кровообращения почти в два раза выше, чем в Европейских странах. За последние десять лет заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла в 1,7 раза. Также имеются данные о четырёхкратном увеличении госпитализации по поводу ХСН по сравнению с периодом 20-летней давности.

Мы решили провести собственное исследование структурного состава больных с ХСН, пролеченных в отделении кардиологии Усть-Каменогорской городской больницы №1 за период с 2009 по 2011гг.

Цель исследования: изучение структуры, оценка клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с ХСН на госпитальном этапе.

Материалы исследования: больные с ХСН III-IV ФК за период с 2009-2011гг.

Критерии включения:

1) Мужчины и женщины в возрасте 41-70 и более лет.

- ХСН IIa - IIб ст. II-IV ФК на фоне хронических форм ИБС, артериальной гипертензии (АГ), хронического лёгочного сердца (ХЛС), врождённых пороков сердца (ВПС), дилатационной и гипертрофической кардиомиопатий (ДКМП, ГКМП), приобретённых пороков сердца (ППС),

2) Наличие одышки и отёчного синдрома

Критерии не включения:

- Период беременности и лактации

- Тяжёлая почечная или печёночная недостаточность
- Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС)

- Осложнения сахарного диабета
- Инфаркт миокарда, миокардиты, перикардиты.

Методы исследования:

Анамнестические данные, антропометрические данные, шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН, биохимический анализ крови (о.белок, креатинин, глюкоза, о.холестерин, калий, натрий), ЭКГ, ЭХОКГ, тест с 6-минутной ходьбой, эффективность терапии.

Тяжесть состояния оценивалась по ФК ХСН и ФВЛЖ(ЭХОКГ).

Результаты и обсуждение:

По данным отделения кардиологии КГП на ПХВ «Усть-Каменогорская городская больница №1» в 2009г количество больных с ХСН III-IV ФК составило 38,7% (372), в 2010г-32,9% (311), в 2011г - 37,1% (366), всего-1050 больных, что составило 36,3% от общего количества больных (2893) пролеченных в отделении.

В исследование структурного состава было включено 486 больных с ХСН.

Из них ХСН на фоне ИБС.ПИКС - 51,8% (252) + стенокардия - 40,7% (198), ИБС. Фибрилляции предсердий-24,0% (117), сочетанных форм ИБС с АГ- 44,4% (216), ДКМП - 9,25% (45), ГКМП-1,8% (9), ХЛС-12,9% (63), гипертонического сердца - 5,5% (27), ВПС - 3,7% (18), ППС - 5,5% (27), сочетание ХСН с сахарным диабетом(СД)- 14,8% (72), с цереброваскулярной патологией (ОНМК в анамнезе) - 16,6% (81).

Таблица 1 - Основные характеристики исследуемых больных

Критерии		Кол-во больных	%
1.по полу	Женщины	225	46,2%
	Мужчины	261	53,7
2. возраст	41-50лет	63	12,9
	51-60 лет	162	33,3
	61-70 лет	144	29,6
	Свыше 70 лет	117	24,0
3.давность заболевания	До 1 года	81	16,6
	1-5 лет	252	51,8
	6-10лет	126	25,9
	Более 10 лет	27	5,5
4. стадия ХСН	IIa ФК- II	18	3,7
	III	270	55,5
	IV	63	12,9
	IIб ФК- III	36	7,4
	IV	99	20,3
5. ФВЛЖ(ЭХОКГ)	>45 %	252	51,8
	< 45%	234	48,1
6.Эффективность проведённой терапии	высокая	153	31,4
	удовлетворительная	297	61,1
	низкая	36	7,4
7. Летальность от общего кол-ва больных за 3 года	2009г.	8	0,76
	2010г.	9	0,85
	2011г	11	1,04

Выводы:

- Среди исследуемых больных с ХСН преобладали мужчины 53%.
- С возрастом: от 51 до 70 лет - 62,9% - чётко прослеживается тенденция к увеличению частоты развития ХСН, как осложнения ИБС, АГ, ДКМП, ХЛС, ППС.
- Давность заболевания от 1 до 5 лет составила - 51,8%
- Преобладали больные с ХСН IIa ст. ФК-3 -55,5%
- Наибольший удельный вес составили больные с ХСН на фоне ИБС. ПИКС-51,8%, наименьший –на фоне ВПС-3,7% и ГКМП-1,8%.
- Преобладало количество больных с ФВ >45% по данным ЭХОКГ- 51,8%.

• Эффективность проведённой терапии расценивается как удовлетворительная в 61,1% случаев, высокая-31,4%, низкая-7,4%.

• Прослеживается рост летальности с 0,76% в 2009г. до 1,04% в 2011г.

Литература:

1. Терещенко С.Н., Джаниани Н.А. «Хроническая сердечная недостаточность. Вопросы диагностики и лечения». Москва. 2006. - С. 4-12.
2. Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. «Кардиология. 2-е издание. Клинические рекомендации». - Москва, 2009. - С.760-808.