

и индекс объема левого предсердия (ЛП, см и иЛП мл/м²), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ, г/м²); отношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время замедления раннего трансмитрального кровотока (ДТ), соотношение максимальной скорости наполнения ЛЖ (пика Е трансмитрального потока) и максимальной скорости движения фиброзного кольца митрального клапана (среднее значение пика е') в фазу ранней диастолы - Е/е', а также определяли давление в легочной артерии во время систолы (СДЛА, мм рт.ст.).

Результаты. Согласно рекомендациям Европейского Общества Кардиологов (2016 г) критериями для эхокардиографической диагностики систолической дисфункции были ФВ ЛЖ менее 45%; индекс КДО ЛЖ >54 мл/м² у мужчин и 45 мл/м² у женщин. Для диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ используются следующие параметры: иЛП ≥ 34 мл/м², СДЛА может быть повышено (>30 мм рт.ст.), Е/е' более 13, ИММЛЖ ≥ 115 г/м² у мужчин и ≥ 95 г/м² у женщин. В группе контроля показатели ЭхоКГ составили: ФВ 66,2 $\pm$ 6,19%, КДО 88,4 $\pm$ 15,9 мл, КСО 52,1 $\pm$ 11,2 мл, индекс КДО составил 42,2 $\pm$ 7,8 мл/м²; размер ЛП составил 3,1 $\pm$ 0,49 см, иЛП 29,0 $\pm$ 5,1 мл/м², ИММЛЖ 98,5 $\pm$ 14,7 г/м²; СДЛА 27,5 $\pm$ 3,5 мм рт.ст. Результаты нашего исследования показали, что по данным ЭхоКГ показатели систолической функции у больных с ХСН-снФВ составили: ФВ - 35,4 $\pm$ 5,21%, КДО - 191,5 $\pm$ 65,5 мл, КСО - 119,2 $\pm$ 48,6 мл, иКДО 98,4 $\pm$ 31,85 мл/м²; ЛП - 4,2 $\pm$ 0,75 см, иЛП - 48,5 $\pm$ 6,4 мл/м², ИММЛЖ - 144,2 $\pm$ 40,4 г/м², СДЛА - 46,5 $\pm$ 7,1 мм рт.ст. Было отмечено значимое снижение систолической функции у больных ХСН-снФВ с уменьшением ФВ ЛЖ на 46,4% ($p \leq 0,05$), увеличение иКДО на 57,1% ($p \leq 0,05$), иЛП на 40,2% ($p \leq 0,05$) и повышение СДЛА на 40,9% ($p \leq 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы. У больных с ХСН-прФВ показатели систолической функции составили: ФВ 46,6 $\pm$ 2,19%, КДО 141,4 $\pm$ 41,9 мл, КСО 74,1 $\pm$ 22,0 мл, и КДО 71,5 $\pm$ 22,3 мл/м²; у мужчин (мужчины=26) - 77,2 $\pm$ 24,8 мл/м², у женщин (женщины=20) - 63,4 $\pm$ 15,3 мл/м²; ЛП - 3,79 $\pm$ 0,49 см, иЛП - 41,5 $\pm$ 4,1 мл/м², ИММЛЖ муж - 126,5 $\pm$ 34,7 г/м², ИММЛЖ жен - 97,4 $\pm$ 20,6 г/м², СДЛА - 41,5 $\pm$ 6,5 мм рт.ст. Было отмечено достоверное снижение общей сократительной способности у больных ХСН-прФВ с уменьшением ФВ ЛЖ на 26,2% ($p \leq 0,05$), увеличение иКДО на 41% ($p \leq 0,05$), иЛП на 30,1% ($p \leq 0,05$) и повышение СДЛА на 33,7% ($p \leq 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы. Оценка диастолической функции ЛЖ выявила: у больных с ХСН-снФВ ДД по типу нарушенной релаксации у 6 (20%) больных с II ФК ХСН, ДД по псевдонормальному типу - у 20 (66,7%) больных с II и III ФК ХСН (ДТ 165,8 $\pm$ 36,2 мс; Е/А 1,2 $\pm$ 0,23; Е/е' 13,5 $\pm$ 1,2) по рестриктивному типу - у 4 (13,3%) больных с III ФК ХСН (ДТ 145,6 $\pm$ 28,0 мс; Е/А 3,1 $\pm$ 0,55; Е/е' 15,1 $\pm$ 1,82). У больных с ХСН-прФВ была выявлена ДД по типу нарушенной релаксации у 20 больных (43,5%) с I-II ФК ХСН (ДТ 209,1 $\pm$ 22,2 мс; Е/А 0,88 $\pm$ 0,031; Е/е' 8,72 $\pm$ 1,2), по псевдонормальному типу у 26 больных (56,5%) с II и III ФК ХСН (ДТ 175,6 $\pm$ 28,0 мс; Е/А 1,31 $\pm$ 0,55; Е/е' 12,1 $\pm$ 0,82).

Выводы. У больных ХСН-снФВ и ХСН-прФВ отмечается снижение систолической функции с уменьшением ФВ ЛЖ, увеличение иКДО, иЛП и повышение СДЛА. При увеличении ФК ХСН выявлено увеличение числа ДД по псевдонормальному типу и появление нарушений ДД по рестриктивному типу у больных с III ФК ХСН.

137 ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА БОЛЬНОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ

Каримов Р.Р., Рахметова И.Ю., Мельникова Е.А.

БУ ХМАО - Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут

Введение. Одним из основных направлений в эффективном лечении больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), улучшении качества их жизни является необходимость постоянного контроля за проводимым медикаментозным лечением с коррекцией доз для достижения целевых значений. Учитывая современные реалии оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе врачами-терапевтами, данная группа пациентов остается без должного внимания, что приводит к ухудшению течения заболевания и декомпенсации.

Цель. Использование на базе кабинета ХСН индивидуальной регистрационной карты (ИРК) больного ХСН для создания и ведения первого в округе реестра больных ХСН, оценки эффективности лечения и снижения числа экстренных госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности.

Материалы и методы. Впервые индивидуальная регистрационная карта была использована в исследовании РИФ-ХСН (2015г). Данная карта была разработана с целью внесения данных пациентов с ХСН и фибрилляции предсердий в первый регистр ХСН. Карта содержала в себе паспортные данные, анамнез заболевания, методы исследования, а также проводимое медикаментозное лечение. За основу нами была взята структура данной карты. При этом мы ее расширили и внесли дополнительные пункты, отражающие полную анамнестическую, клиническую, лабораторно-инструментальную картину данного пациента. Данные ИРК автоматически передаются в реестр больных ХСН. Наблюдение за пациентами осуществлялось в условиях кабинета ХСН на базе БУ ОКД «ЦД и ССХ».

Результаты. Особенностью ИРК является то, что она представляет собой не просто статистическую единицу реестра ХСН. Мы получаем инструмент для врача, объединяющий в себе данные амбулаторного и стационарного этапа ведения пациента. Созданная нами ИРК больного ХСН может дополняться, обновляться и отражать динамику состояния пациента. Наблюдение пациента в условиях кабинета ХСН с ведением ИРК помогает контролировать приверженность пациента медикаментозному лечению, обеспечить коррекцию лекарственной терапии и достижение целевых доз, а также выявить ранние признаки декомпенсации сердечной недостаточности, уменьшая число экстренных госпитализаций.

Выводы. Использование ИРК на базе кабинета ХСН позволяет создать и эффективно использовать реестр больных ХСН как инструмент динамического наблюдения за больными, контролировать приверженность к лечению и снизить число экстренных госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности.

138 НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Крупичка К.С., Драпкина О.М., Агальцов М.В., Мясников Р.П.

ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Введение. Нарушения дыхания во сне (как обструктивное, так и центральное апноэ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является серьезной медицинской проблемой, нарушая сон, приводя к избыточной дневной сонливости и когнитивным нарушениям. Они также приводят к значительным нарушениям гемодинамики, поддерживают нарушения газового состава крови и ухудшают течение основного заболевания. Отмечено, что центральное апноэ сна (в частности, дыхание Чейна-Стокса) является независимым фактором повышенной смертности у пациентов с ХСН.

Цель. Изучение частоты встречаемости нарушений дыхания во сне, их гемодинамических характеристик и динамики на фоне лечения.

Ма
ТПМ б
ческой
ной сна
Simpson
во сне
Средни
50,5 $\pm$ 11,
ции бол
ладающ
ный ил
наруше

Рез;
явлено
Преобл
трально
(36%), с
Чейна-С
ставил 3
лились с
болезнь
сердца.
тов с ЦА
у пациен
в легочн
значимо
(42,75 м
трех из
тельной
раторног
(индекс
ного апн
дартной
фоне кор
в мягкую
Выв
встречаю
с центр
более н
енты с об

139

Леуи
ФГБ

Введ
кий опыт
лечению
стью (ХС
независи
и неблаго
приверже
наблюдая
помогут
пациенто
Цель
с ХСН на
Мате
ментное
и ническая
щих ХСН.
Диагноз
рекоммен
2016 г. Все
лекарствен
на, валид