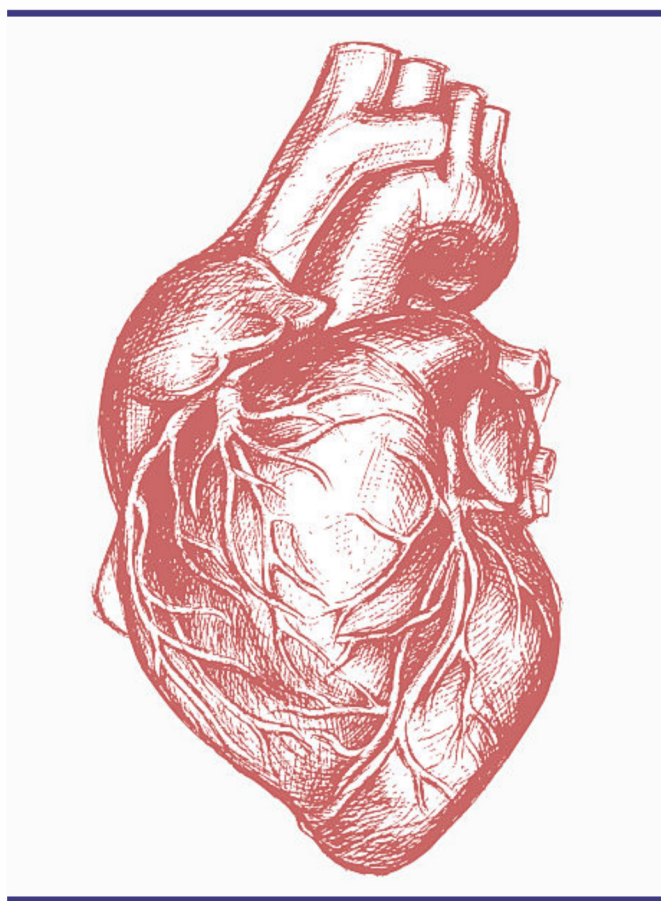




Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний



Complex Issues of Cardiovascular Diseases

ПРИЛОЖЕНИЕ

16+

**ТЕЗИСЫ
ФОРУМА МОЛОДЫХ КАРДИОЛОГОВ
И ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«ОТ ПРОФИЛАКТИКИ К ВЫСОКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ В КАРДИОЛОГИИ»
1-2 ИЮНЯ 2018 г., КЕМЕРОВО**

-
- 6 Вторичные (симптоматические) артериальные гипертензии: современные методы диагностики и лечения
М.Р. Абдулгасанова, Р.А. Абдулгасанов, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 7 Диагностика и хирургическое лечение феохромоцитом надпочечников у пациентов с артериальной гипертензией
М.Р. Абдулгасанова, Р.А. Абдулгасанов, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 8 Использование протезов «БАСЭКС» у больных сахарным диабетом и «диабетической стопой»
Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 9 Каротидные хемодектомы (параганглиомы): современные подходы к диагностике и лечению
Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 10 Хроническая сердечная недостаточность и ревматоидный артрит: коморбидность или патогенетическая взаимосвязь?
А.С. Анкудинов
-
- 11 Собственный опыт применения ингибиторов PCSK 9 для коррекции тяжелых нарушений липидного обмена
О.Л. Барбараиш, В.В. Кашталап, Н.В. Федорова, Т.Б. Печерина, В.А. Шалева, Т.С. Петрова
-
- 12 Практика управления знаниями в научно-медицинском учреждении
Е.А. Бацина, Д.В. Крючков, Я.В. Данильченко, Д.В. Карась
-
- 13 Биологический возраст и сосудистое старение у лиц с обструктивным апноэ сна
В.Э. Береснева, Т.Э. Бродовская, О.О. Грищенко, К.П. Усенко, И.Ф. Гришина
-
- 14 Сравнительная оценка выраженности висцерального ожирения у курящих и некурящих пациентов с ишемической болезнью сердца
Н.К. Брель, А.Н. Коков, В.Л. Масенко, О.И. Груздева, Е.В. Белик, В.Н. Каретникова, О.Л. Барбараиш
-
- 15 Метаболический синдром у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда
Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, А.С. Егиазарян
-
- 16 Ожирение как известный фактор дебюта и/или прогрессирования фибрилляцией предсердий
А.М. Валеева
-
- 17 Оценка ведения пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сопутствующим абдоминальным ожирением
Л.С. Воропаева, Э.М. Фирова
-
- 18 Несоответствие между динамикой пикового поглощения кислорода и ФВ ЛЖ при физической реабилитации больных СНнФВ
В.Л. Галенко, Т.А. Лелявина, М.Ю. Ситникова
-
- 19 Предикторы ответа на аэробные тренировки у больных СНнФВ
В.Л. Галенко, Т.А. Лелявина, М.Ю. Ситникова
-
- 20 Влияние гендерных особенностей на течение острого коронарного синдрома с подъемом ST
А.С. Гаффарова, Е.М. Доля, Г.Н. Кошукова, И.Н. Репинская
-

-
- 21 Влияние общего ожирения на пятилетний прогноз пациентов с инфарктом миокарда
А.И. Герман, В.В. Капиталан, Т.Б. Печерина, Н.В. Федорова, О.Л. Барбараиш
-
- 22 Структура неблагоприятных кардиоваскулярных событий в различные интервалы времени при атеросклеротическом поражении коронарных и сонных артерий
К.И. Грачев, А.Н. Казанцев, К.А. Глебов, Е.Я. Яхнис, Р.Ю. Лидер
-
- 23 Сравнение групп персонала научно-исследовательского учреждения в зависимости от их вовлеченности в деятельность учреждения
Я.В. Данильченко, Г.В. Артамонова
-
- 24 Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: возможности прогнозирования течения на постгоспитальном (12 мес.) этапе
И.А. Ефремов, О.В. Полковникова, Н.Г. Ложкина
-
- 25 Применение нагрузочного тестирования под контролем экг в дифференциальной диагностике транзиторной атриовентрикулярной блокады 1 степени: случай из практики
А.Л. Захаревич, Н.Н. Мороз-Водолажская
-
- 26 Гипердиагностика аритмогенной дисплазии правого желудочка, как её избежать
И.А. Земсков
-
- 27 Тактика лечения пациентов с мультифокальным поражением коронарных артерий с присутствием внутрисосудистого тромба
Я.А. Иванова, Е.Г. Шарабрин, А.С. Мухин, С.А. Фёдоров
-
- 28 Отечественные заплаты «БАСЭКС» при лечении постинфарктных аневризм левого желудочка сердца
А.В. Иванов, Р.А. Абдулгасанов, М.М. Алишбая, М.Р. Абдулгасанова, Ю.Р. Провоторова, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 29 Двадцатидесятилетний опыт применения протезов «БАСЭКС» в реконструктивной хирургии аорты и магистральных артерий
А.В. Иванов, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 30 1,5-Ангидроглюцитол как диагностический маркер нарушений углеводного обмена у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца
Ю.С. Игнатова, В.Н. Каретникова, А.М. Кочергина, А.А. Хорлампенко
-
- 31 Прогрессирование атеросклероза брахиоцефальных артерий и предикторы ишемических осложнений у пациентов кардиохирургического профиля
А.Н. Казанцев, Н.Н. Бурков, М.Т. Саргсян, Е.О. Солдатов
-
- 32 Контрактность папиллярных мышц и геометрия митрального клапана при гипертрофической обструктивной кардиомиопатии
А.Ф. Канев, К.А. Смышляев, С.В. Диль
-
- 33 Влияние места жительства на выраженность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний
В.В. Касумов, И.В. Осипова, Н.В. Погосова, А.И. Мирошниченко
-
- 34 Гендерные различия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний
В.В. Касумов, И.В. Осипова, Н.В. Погосова, А.И. Мирошниченко
-
- 35 Синдром Бругада под маской острого коронарного синдрома
М.А. Керчева, Т.Р. Рябова, А.М. Гусакова, В.В. Рябов
-
- 36 Роль маркеров гемодинамического стресса в развитии неблагоприятного ремоделирования левого желудочка у пациентов с острым первичным передним инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST
М.А. Керчева, Д.А. Воробьева, С.В. Демьянов, В.В. Рябов
-
- 37 Влияние циркулирующих в крови стволовых клеток костного мозга на течение постинфарктного периода
М.А. Киргизова, М.А. Штатолкина, Т.Е. Сулова, В.В. Рябов
-

-
- 38 Шестилетний опыт ведения беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости в условиях специализированного отделения НИИ кардиологии Томского НИМЦ
М.А. Киргизова, А.А. Дедкова, И.В. Кистенева, Е.В. Борисова
-
- 39 Ультразвуковые критерии эффективности диуретической терапии при хронической сердечной недостаточности
В.В. Кириллова
-
- 40 Клинический случай рецидивирующей ТЭЛА в сочетании с амиодарон-индуцированным тиреотоксическим сердцем
В.А. Козик, Н.Г. Ложкина, М.Х. Хасанова, Е.А. Стафеева, А.А. Толмачева, Е.А. Найдена, В.Б. Барбарич, А.Д. Куимов
-
- 41 Скручивание левого желудочка у детей, преждевременно рожденных на поздних сроках беременности (32-37 недель)
А.Н. Криволицкая, А.И. Унашева
-
- 42 Депрессия и риск возникновения артериальной гипертензии у мужчин в России/Сибири (программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная»)
Э.А. Крымов, Е.А. Громова, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова, Д.О. Панов, В.В. Гафаров
-
- 43 Опыт развития системы менеджмента качества в научно-медицинском учреждении
Д.В. Крючков, Д.В. Карась, Я.В. Данильченко, Е.А. Бацина
-
- 44 Толерантность к физической нагрузке как показатель ремоделирования миокарда при хирургической коррекции митральной недостаточности
О.К. Кузьмина, Ю.Е. Теплова, О.Л. Барбараиш
-
- 45 Реваскуляризация головного мозга у пациентов с ишемическим инсультом
А.П. Леготин, Н.Н. Бурков, А.Р. Шабаев, Р.Ю. Лидер
-
- 46 Влияние занятий тренировочной дозированной ходьбой на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией и ожирением
Е.А. Леушина, О.С. Шапкина
-
- 47 Когнитивные нарушения на фоне артериальной гипертензии и цереброваскулярной патологии
Е.А. Леушина
-
- 48 Паренхиматозные (нефрогенные) артериальные гипертензии: современные методы диагностики и лечения
М.Д. Магомедьяев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, В.И. Хаджиев
-
- 49 Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм): современные методы диагностики и лечения
М.Д. Магомедьяев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, В.И. Хаджиев
-
- 50 Уровень эмоционального интеллекта пациентов и их лечащих врачей и приверженность к терапии сердечно-сосудистых заболеваний
Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева
-
- 51 Особенности клинического течения ТЭЛА у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа
А.Г. Неешпапа, А.А. Потапенко
-
- 52 Стоматологический статус у больных ишемической болезнью сердца на фоне длительного приема статинов
Л.Д. Пересвет, И.С. Попова
-
- 53 Сартаны нового поколения как возможные препараты патогенетической коррекции метаболического синдрома
В.И. Петренко, А.С. Кучеренко
-

-
- 54 Острый коронарный синдром у женщин молодого возраста: клинико-гемодинамические особенности
И.В. Пономаренко, И.А. Сукманова
-
- 55 Современный клинический портрет пациента с тромбоэмболией легочной артерии
А.А. Потапенко, А.Г. Неешина
-
- 57 Лечение протезной инфекции нисходящей грудной аорты
Ю.Р. Провоторова, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 58 Сепсис и гнойные осложнения в ангиохирургии: методы ранней диагностики
Ю.Р. Провоторова, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 59 Влияние тяжести атеросклероза на протективный эффект нагрузочной дозы аторвастатина у пациентов с реканализациями хронических окклюзий коронарных артерий
А.С. Рагозина, К.Ю. Николаев, И.В. Петренко, И.А. Урванцева, А.Н. Марченко
-
- 61 Анализ роли полиморфизма A1166C гена AGTR1 в развитии дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью
З.Д. Расулова, У.К. Камилова, К.Т. Бобоев
-
- 62 Ассоциация полиморфизма T174M гена AGT с дисфункцией почек у больных с хронической сердечной недостаточностью
З.Д. Расулова, У.К. Камилова, К.Т. Бобоев, Д.Р. Тагаева, Д.Р. Машаринова
-
- 63 Исследование образа жизни студентов в отношении риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы
А.А. Романова
-
- 64 Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце при стенозе ствола левой коронарной артерии и постинфарктном кардиосклерозе.
Д.В. Рубан
-
- 65 Геморрагические осложнения в ангиохирургии
Е.В. Семенова, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 66 Лечение протезной инфекция грудной и грудобрюшной аорты
Е.В. Семенова, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев
-
- 67 Влияние когнитивных нарушений на приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний
О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева
-
- 68 Перекрестный анализ связей между содержанием антител к различным инфекционным агентам в крови у пациентов с промежуточной функцией левого желудочка
Е.Г. Скородумова, В.А. Костенко, Е.А. Скородумова, Л.П. Пивоварова, О.Б. Арискина, А.В. Сиверина, А.В. Рысев
-
- 69 Генетические детерминанты, ассоциируемые с постинфарктным ремоделированием и ХСН: встречаемость и прогноз
А.М. Улитин, В.М. Тишкова, А.А. Куулар, А.С. Муравьев, А.А. Козырева, Ю.А. Вахрушев, Е.А. Лясникова, А.А. Костарева, М.Ю. Ситникова
-
- 70 Артериальные гипертензии при врожденных и приобретенных заболеваниях аорты
В.И. Хаджиев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев
-
- 71 Реноваскулярная гипертензии у больных гипертонической болезнью
В.И. Хаджиев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев
-

-
- 72 Основные факторы сердечно-сосудистого риска у жителей Сибирского региона по предварительным результатам исследования PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology) в России.
Д.П. Цыганкова, К.Е. Кривошапова, С.А. Максимов, Е.В. Индукаева, Г.В. Артамонова, О.Л. Барбараи
-
- 73 Манифестация системной красной волчанки кардиальными проявлениями
Н.А. Черепанова
-
- 74 Валидизация устройства суточного мониторирования артериального давления по международному протоколу
М.Ю. Шапкина, Н.А. Чуруксаева, С.К. Малютина
-
- 75 Динамика концентрации молекул микробного происхождения в тонкой кишке, миокарде и крови крыс при экспериментальной сердечной недостаточности
М.И. Шперлинг, Д.А. Теркин, А.А. Власов, С.П. Саликова, О.В. Быстрова, Г.А. Осипов, В.Б. Гриневич
-
- 76 Результаты коронарного шунтирования у пациентов разных возрастных групп
Е.Я. Яхнис, К.А. Глебов, А.Р. Шабаев, А.Н. Волков
-

ВТОРИЧНЫЕ (СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

М.Р. Абдулгасанова, Р.А. Абдулгасанов, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Диагностировать вторичных, симптоматических артериальных гипертензий (САГ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ), « гипертонической болезни (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. обследованы 2150 больных со стойкой артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила 5+18 лет. При всестороннем обследовании больных у 71,0% больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. При всестороннем обследовании пациентов нефрогенная (паренхиматозная) АГ (хронический пиелонефрит, нефролитиаз, гипернефрома и т.д.) была диагностирована у 42,0%, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринная АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, первичный гиперальдостеронизм (синдром

Конна) у 9,8%, синдром Иценко-Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%.

Выводы. Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить количество церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЕОХРОМОЦИТОМ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.Р. Абдулгасанова, Р.А. Абдулгасанов, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Выявить параганглиомы (ПГ), феохромоцитомы (ФЦ), надпочечников (НП) у больных «гипертонической болезни (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. обследовали 2150 больных артериальной гипертензией (АГ). ФЦ надпочечников была причиной АГ у 1,8% больных. Внематочниковые формы ФЦ сердца, парааортального пространства со злокачественным течением АГ выявлена у 3,0% больных.

Результаты. У 97,9% больных после операции наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через 5 лет произошел рецидив. После радикальной операции наступила нормотензия. У другого больного ФЦ сердца больших размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная ФЦ с отдаленными метастазами была диагностирована у 4 больных только при КТ и МРТ. К сожалению, из-за несвоевременной диагностики из признаков злокачественного ро-

ста информативными оказались только метастазы. Небольшие ФЦ при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32% больных только при МРТ и КТ. У 10 пациентов была выявлена внематочниковые единичные или множественные ФЦ диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 97,9% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление опухоли со спланхниканглионэктомией (СГЭ), расширенной десимпатизацией.

Выводы. Таким образом, широкое использование КТ, МРТ позволяет своевременно установить диагноз ФЦ, и значительно снизить ее осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТЕЗОВ «БАСЭКС» У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ»

**Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Показать антимикробность отечественных сосудистых протезов (эксплантатов) «БАСЭКС» у больных сахарным диабетом и «диабетической стопой».

Материалы и методы. В НМИЦССХ им А.Н. Бакулева с 1996 г серийно производятся антимикробные, тромборезистентные сосудистые протезы (эксплантаты) «БАСЭКС» (Боке-рия-Абдулгасанов-Сприридонов эксплантаты). Протезы «БАСЭКС» с 1996 по 2017 гг. были использованы у 355 больных сахарным диабетом и «диабетической стопой».

Результаты. Антимикробные препараты (ципрофлоксацин и метронидазол) из покрытия эксплантата выделяются пролонгированно, до 1 месяца. Антитромботические препараты (дипиридамол и гепарин) в покрытие протеза сохраняются до 3 месяцев. За период наблюдения от 2 месяцев до 16 лет поверхностное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 2,2%, глубокое нагноение – у 1,2% больных. После санации, дренирования раны и наложения вторичных швов у всех больных наступило выздоровление, без инфицирования эксплантатов. У одного пациента во время повторной операции по поводу тромбоза аорто-бедренного шунта при выделении тромбированного экс-

плантата произошло незамеченное повреждение левого мочеточника. Послеоперационный период осложнился длительной бактериемией, сепсисом, забрюшинной мочевого флегмоной с длительным мочевым свищом на левом бедре. При внутривенной экскреторной урографии выявлено повреждение левого мочеточника с контрастированием забрюшинного пространства. Больной на фоне выраженной интоксикации и гипертермии через 10 дней был повторно оперирован. После устранения дефекта мочеточника и дренирования забрюшинного пространства поступление мочи прекратилось, и больной без признаков инфицирования эксплантата был выписан из клиники. У 5 (1,9%) больных в отдаленном периоде (через 5, 6, 12, 16, 19 месяцев) произошло инфицирование протезов и пациентам выполнено ампутация нижних конечностей. В ближайшем послеоперационном периоде (до 3 месяцев) умерло 9 (3,5%) больных. Причинами летальности явились сердечная, почечная, легочная недостаточность.

Выводы. Таким образом, протезы «БАСЭКС» антимикробны, могут широко применяться у больных сахарным диабетом, «диабетической стопой».

КАРОТИДНЫЕ ХЕМОДЕКТОМЫ (ПАРААНГИОМЫ): СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Показать преимущества хирургических методов лечения при каротидных хемодектомах (КХ).

Материалы и методы. Сорок семь пациентов (31 женщина и 16 мужчин) были оперированы по поводу КХ в период с 1963 по 2017 г. Соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Средний возраст пациентов на начало заболевания составил 35 лет. Локализация опухоли встречалась одинаково часто справа и слева, как у мужчин, так и у женщин. У двух пациентов имелось двухстороннее поражение. У большинства (61%) пациентов заболевание манифестировало в возрасте 19-39 лет. У двух пациентов имелось двухстороннее поражение. Диагноз основывался на анамнезе, физикальном обследовании, методах визуализации, таких как ультразвуковое исследование, компьютерная томография, ангиография и магнитно-резонансная томография. Все пациенты были подвергнуты различным видам оперативного вмешательства.

Результаты. В послеоперационном периоде летальных случаев не было. Парезы и параличи черепно-мозговых нервов наблюдались у

52% больных, которые исчезли через 1-2 мес. на фоне консервативного лечения. При гистологическом исследовании во всех 49 случаях подтвердился диагноз каротидной хемодектомы. При доброкачественном типе преобладал альвеолярный вариант – 22 (44,9%) случая, реже выявлялся ангиомоподобный – 9 (18,4%) и аденомоподобный – 6 (12,2%). Злокачественный характер строения был обнаружен в 12 (25%) случаях. Не отмечено рецидивов заболевания при сроке наблюдения до 15 лет.

Выводы. Хирургическая тактика у больных каротидной хемодектомой должна быть активной, независимо от длительности заболевания, размеров опухоли и признаков озлокачествления. Положительные результаты радикального удаления КХ, даже при злокачественной форме опухоли, свидетельствуют о перспективности хирургического лечения таких больных. Операции на сонных артериях при КХ позволяют избежать расстройства мозгового кровообращения, ишемических мозговых инсультов и связанных с этим летальных исходов и инвалидности.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: КОМОРБИДНОСТЬ ИЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

А.С. Анкудинов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Иркутск

Цель. Оценить клиническое течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) развившейся в результате гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС), на фоне серопозитивного ревматоидного артрита (РА) суставов кистей.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 43 пациента (все участники исследования – женщины): исследуемая группа – страдающие ХСН с РА – 21 пациент и группа сравнения – 22 пациента с ХСН без РА. Функциональный класс ХСН в исследуемых группах по NYHA I – II. Диагноз ХСН выставлен на основании современных критериев ESC и РКО. Диагноз РА подтвержден на фоне клинической картины и уровне АЦЦП. Все пациенты получали терапию согласно современным стандартам лечения. Проводилась сравнительная оценка уровней артериального давления (АД), фракции выброса левого желудочка (ФВ), общего холестерина (ОХ), индекса массы тела (ИМТ), скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Результаты представлены в виде среднего (М) и стандартного отклонения (SD); сила и взаимосвязь признаков оценивалась с помощью критерия Пирсона (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты. Возраст пациентов в исследуемых группах был сопоставлен: 56 ± 5 и 59 ± 5 лет соответственно ($p = 0,08$). Уровни ФВ также были сопоставлены: $56,3 \pm 4,7$ и $59 \pm 5,1\%$ соответственно ($p = 0,9$). Уровни СКФ в исследуемых группах не различались: $78,1 \pm 18,1$ и $85,5 \pm 16,9$ ($p = 0,26$). Между группами получены значимые различия в уровнях ИМТ: $31 \pm 5,5$ кг/м² $27,5 \pm 3,6$ и ($p = 0,04$); получены значимые различия между уровнями систолического артериального давления (САД): $134,84 \pm 22,5$ и $130,58 \pm 4,2$ соответственно ($p = 0,04$), и диастолического артериального давления (ДАД): $87,1 \pm 13,4$ и $74,4 \pm 4,8$ мм рт. ст. ($p = 0,0005$). Определены различия в уровнях ОХ: $5,3 \pm 1,7$ и $4,4 \pm 0,7$ ммоль/л ($p = 0,04$). В исследуемой группе обнаружены прямые корреляции между уровнями АЦЦП и САД ($r = 0,3$; $p = 0,034$), АЦЦП и ДАД ($r = 0,1$; $p = 0,02$), АЦЦП и ОХ ($r = 0,3$; $p = 0,2$) соответственно.

Выводы. Результаты работы указывают на наличие прямых взаимосвязей между параметрами течения РА и ухудшением течения основной патологии. Возможно, коррекция течения РА может положительно отразиться на течении сердечной недостаточности. Однако для этого необходимо проведение проспективных исследований.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ PCSK 9 ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТЯЖЕЛЫХ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

О.Л. Барбараш^{1,2}, В.В. Кашталап^{1,2}, Н.В. Федорова¹,
Т.Б. Печерина¹, В.А. Шалева², Т.С. Петрова²

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово

Актуальность. Повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в плазме крови является основным модифицируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые пациенты не достигают целевых значений уровня холестерина, принимая статины (часто это пациенты с наследственными тяжелыми нарушениями липидного обмена – семейной гиперхолестеринемией (СГХС)), поэтому у таких больных на первый план для снижения сердечно-сосудистого риска, обусловленного высокими значениями ХС-ЛПНП, выходят генно-инженерные биологические препараты – моноклональные антитела к пропротеин-конвертазе субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9), которые представляют собой одно из наиболее интенсивно развивающихся направлений фармакотерапии дислипидемий. В представленном клиническом исследовании оценивалась эффективность и безопасность применения одного из таких препаратов – Эволокумаба.

Цель. Оценить эффективность коррекции тяжелой дислипидемии применением Эволокумаба на фоне максимально переносимой дозировки статинов и его влияние на лабораторные показатели безопасности (почечные и печеночные маркеры, коагулограмма).

Материал и методы. В проспективное исследование было включено 6 пациентов с тяжелыми нарушениями липидного обмена в возрасте $49 \pm 5,8$ лет, из них 5 – мужчин и одна женщина.

Все пациенты имели диагноз вероятной СГХС (Медина балла по критериям DLCNC – 7[5; 8]), высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (у 4 пациентов в анамнезе были стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда и вмешательства на коронарных артериях). Все пациенты получали максимально переносимую дозировку статинов (розувастатин, аторвастатин) и эзетимиб. Проявлений тяжелой хронической сердечной недостаточности ни одного из пациентов не было. До проведения первой подкожной инъекции ингибитора

PCSK9 (Эволокумаб), у всех пациентов забиралась венозная тощачковая кровь для оценки параметров липидограммы (общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов высокой плотности, триглицериды, апо-белки) и других лабораторных исследований (общий анализ крови, глюкоза, печеночные маркеры цитолиза и холестаза, креатинин, показатели коагулограммы). Через 2 недели проводилось повторное подкожное введение Эволокумаба с двукратной оценкой параметров липидограммы и биомаркеров, характеризующих безопасность применения лекарственного препарата. Обработку результатов проводили, используя пакет программ «Statistica for Windows 7.0» (Statsoft, USA). Непараметрические данные представлены в виде Me [25%;75%], где Me – медиана, 25%-75% – межквартильный интервал. За уровень достоверности статистических показателей было принято $p < 0,05$.

Результаты. Исходно все пациенты имели высокие значения параметров липидограммы, не смотря на назначение статинов в максимально переносимой терапевтической дозировке и эзетимиба. Выявлена значимая положительная динамика снижения атерогенности у пациентов уже через 2 недели после первого введения Эволокумаба.

ХС-ЛПНП снижается через 2 недели после первого введения на 83% (с $5,0 [4,2;5,4]$ до $0,85 [0,4;1,7]$ ммоль/л, $p=0,03$). Лечение Эволокумабом не оказало значимого влияния на лабораторные показатели безопасности (почечные и печеночные маркеры, коагулограмма) у пациентов в исследовании.

Выводы. Лечение Эволокумабом у пациентов с СГХС, получающих максимально переносимую дозировку статинов и эзетимиб эффективно в отношении значимого снижения ХС-ЛПНП (на 83%) в течение первых двух недель после однократного введения препарата. Лечение Эволокумабом безопасно в отношении развития органных дисфункций.

ПРАКТИКА УПРАВЛЕНИЯ ЗНАНИЯМИ В НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Е.А. Бацина, Д.В. Крючков, Я.В. Данильченко, Д.В. Карась

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. В настоящее время наука является специфической сферой производства, которая создает дорогостоящий товар – объекты интеллектуальной собственности. Научные учреждения выступают главным генератором интеллектуальных активов, формирующихся при выполнении научных исследований (НИ) и разработке инновационных проектов. Создание новых знаний – это длительный процесс, являющийся предназначением всех научных учреждений и требующий участия квалифицированных специалистов. Персонал – основное конкурентное преимущество научного учреждения, от их компетентности и профессионализма зависит качество получаемых знаний.

Цель. Демонстрация опыта управления знаниями в научно-медицинском учреждении.

Материалы и методы. База исследования – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Институт). Институт создан с целью получения на основе фундаментальных и прикладных исследований новых и углубления имеющихся знаний в области кардиологии, ангиологии и сердечно-сосудистой хирургии, что обуславливает применение ГОСТ Р ИСО 54875:2011 «Руководство по устоявшейся практике управления знаниями». Использованы методы экспериментально-теоретического уровня: изучение стандартов, логический анализ, обобщение и сопоставление полученных знаний.

Результаты. В Институте действует система менеджмента качества (СМК), сертифицированная по стандарту ГОСТ Р ИСО 9001:2015, включающая 14 взаимосвязанных процессов. Управление знаниями полностью охватывает СМК, как неразрывный элемент, необходимый для успешной деятельности учреждения. Согласно ГОСТ Р ИСО 54875:2011 основными этапами управления знаниями являются: идентификация, создание, хранение, обмен и применение знаний. Идентификация происходит

на уровне проектирования НИ в форме диссертационного исследования, научно-клинической программы, договора о НИ, заявки на участие в научных конкурсах (гранты). Новые знания создаются при выполнении оригинальных исследований. В качестве инструмента хранения и обмена знаниями в Институте выступают Информационные технологии (ИТ). Созданная корпоративная информационная сеть включает в себя комплекс специализированных ИТ сервисов: программное обеспечение (ПО) для сбора и обработки медицинской информации (медицинский портал); ПО для учета результатов научной деятельности, ПО для управления совещаниями и решениями и т.д. Результаты НИ представляются в виде докладов на конференциях, совещаниях и других научных форумах с целью обмена новыми знаниями за пределами учреждения. Применение полученных знаний происходит через публикации в научно-медицинских изданиях (статьи, тезисы), через издание монографий, учебных пособий и др. Все знания подлежат верификации, валидации и экспертизе в зависимости от вида знаний (научные, медицинские, управленческие и др.). Каждый сотрудник, обладающий знаниями полученными в учреждении, несет личную ответственность за их применение в соответствии с должностной инструкцией. Кроме того, Институт является источником такой категории знаний, как ноу-хау, особенных знаний и опыта, полученных в процессе инновационной деятельности. Примером ноу-хау являются оригинальные результаты исследований – такие, как разработка высокотехнологичных медицинских изделий.

Выводы. Знания научно-медицинского учреждения – важный производственный нематериальный актив. Система управления знаниями является частью системы управления деятельностью, благодаря которой ценные для организации знания становятся управляемым интеллектуальным капиталом.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ И СОСУДИСТОЕ СТАРЕНИЕ У ЛИЦ С ОБСТРУКТИВНЫМ АПНОЭ СНА

В.Э. Береснева¹, Т.Э. Бродовская¹, О.О. Грищенко², К.П. Усенко³, И.Ф. Гришина¹

¹Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Екатеринбург; ²Федеральное казенное учреждение «Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка» Министерства обороны Российской Федерации, Россия, г. Москва; ³Государственное учреждение здравоохранения Свердловской области Свердловская областная больница №2, Россия, г. Екатеринбург;

Актуальность. В настоящее время, определённые изменения структурных и функциональных свойств артерий рассматриваются в рамках концепции раннего сосудистого старения. Влияние синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) на атеросклеротическое поражение сосудов на данный момент хорошо известно и изучено, однако, вклад ночного апноэ в раннее старение сосудов изучен недостаточно.

Цель. Проанализировать состояние общих сонных артерий и биологический возраст у лиц с синдромом обструктивного апноэ сна.

Материалы и методы. Проведено кросс-секционное исследование, в основной группе 39 мужчин, страдающих СОАС, в контрольной группе 31 здоровый мужчина. Группы сопоставимы по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, индексу массы тела. Средний паспортный возраст обследуемых составил 38,±7.4 лет.

Нарушения дыхания во сне оценивались методом респираторного мониторинга. Выраженность нарушений дыхания во сне считалась значимой при индексе апноэ/гипопноэ (ИАГ) > 5 в час. ИАГ в основной группе составил 12±1.7 в час, что соответствует легкой степени тяжести нарушений дыхания во сне. В контрольной группе ИАГ был значимо ниже 3.1±0.7 в час (p=0.01)

С помощью ультразвукового исследования были оценены комплекс интима-медиа общих сонных артерий, их диаметр, эластический модуль Петерсона, статический эластический модуль Юнга, индекс жёсткости, коэффициент растяжимости, скорость распространения пульсовой волны.

Биологический возраст определяли по методу Ваганова Т.В., Спирина К.А., Зубарев М.А., патент RU2518347.

Результаты. Установлено достоверно более высокое значение толщины комплекса интима-медиа в основной группе, по сравнению с контрольной (0.51±0.09 мм и 0.46±0.09 соответственно, p=0.03), что может указывать на тенденцию к развитию атеросклероза, дисфункции эндотелия и, следовательно, повышенный сердечно-сосудистый риск. Также были получены доказательства повышенной жесткости артерий у лиц с нарушениями дыхания во сне, о чем свидетельствуют достоверно более высокие значения скорости распространения пульсовой волны у лиц с апноэ (11.1 ± 5.3 м/с и 5,37± 1.18 м/с, p=0.02). Ригидность сосудов на фоне апноэ сна подтверждается достоверно более высокими значениями эластического модуля Петерсона и статического эластического модуля Юнга в основной группе.

Установлено значительное увеличение среднего значения биологического возраста у лиц с ночным апноэ 49.8 (37,7; 54,8) лет, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц 28,9 (19,7; 49,5) лет (p=0.001).

Обсуждение. Выявленные изменения общих сонных артерий у лиц с синдромом обструктивного апноэ сна в совокупности с установленным увеличением у них биологического возраста позволяет судить о раннем сосудистом старении. В основе установленных закономерностей могут находиться такие патофизиологические механизмы как активация симпатической нервной системы, медиаторов воспалительного каскада, дезорганизация молекул экстрацеллюлярного матрикса.

Выводы. Пациенты с обструктивным апноэ сна нуждаются в диспансерном наблюдении, проведении ультразвукового исследования брахицефальных сосудов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.К. Брель¹, А.Н. Коков¹, В.Л. Масенко¹, О.И. Груздева^{1,2}, Е.В. Белик¹, В.Н. Каретникова^{1,2}, О.Л. Барбараш^{1,2}

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Курение является доказанным фактором развития ишемической болезни сердца (ИБС) и значительно повышает риск фатальных коронарных событий. Кроме того, в литературе отмечено влияние курения на накопление висцеральной жировой ткани.

Цель. Количественная оценка висцеральной жировой ткани у курящих пациентов с ИБС с использованием различных томографических методов диагностики.

Материалы и методы. В исследование включены 88 пациентов в возрасте 57 (52; 63) лет, с верифицированным диагнозом ИБС. Факт курения подтвердили 45 человек (51,2%). Всем пациентам выполняли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) на 64-срезовом компьютерном томографе на уровне L4-L5 позвонков. Производили количественную оценку абдоминального депо висцерального жира, с измерением общей площади и объема (на поперечном срезе толщиной 20мм) абдоминальной жировой ткани (АЖТ), висцерального (ВЖТ) и подкожного (ПЖТ) компонентов, а также индекса ВЖТ/ПЖТs и ВЖТ/ПЖТv. Признаками висцерального ожирения считали значения площади ВЖТ выше 130 см, а также значения индекса ВЖТ/ПЖТs более 0,4. Кроме того, всем пациентам была выполнена нативная магнитно-резонансная томография (МРТ) сердца на высокопольном МР-томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. На изображениях сердца по короткой оси левого желудочка оценивали толщину эпикардальной жировой ткани по передней стенке правого

желудочка (ЭЖТПЖ) и по задней стенке левого желудочка (ЭЖТЛЖ).

Результаты. По данным МСКТ значения площади ВЖТ у курящих пациентов составили 167,8 (111,9; 210,1) см², у некурящих – 183,2 (125,4; 242,7) см² без достоверных различий (p=0,31). Значения объема ВЖТ у курящих пациентов составили 333,9 (246,3; 416,4) см³, у некурящих – 372,8 (235,7; 474,5) см³ также без достоверных различий (p=0,63). Индекс ВЖТ/ПЖТv у курящих пациентов составил 0,67 (0,52; 0,91), у некурящих – 0,55 (0,42; 0,75), отмечены достоверные различия (p=0,0068). Индекс ВЖТ/ПЖТs у курящих составил 0,65 (0,49; 0,78), у некурящих 0,54 (0,38; 0,74), статистически достоверных различий получено не было (p=0,0713). У курящих пациентов толщина ЭЖТЛЖ составила 5,9 (3,9; 7,8) мм, толщина ЭЖТПЖ – 6,2 (4,6; 8,8), у некурящих пациентов значения толщины ЭЖТЛЖ – 3,8 (2,8; 4,7) мм, а толщины ЭЖТПЖ – 4,8 (3,8; 6,0) мм. Были получены статистически значимые различия между данными группами пациентов по толщине ЭЖТЛЖ p=0,0005 и по толщине ЭЖТПЖ p=0,0007.

Выводы. Современные томографические методы позволяют достоверно оценить выраженность висцерального ожирения. Полученные МР-данные указывают на преобладание толщины эпикардальной жировой ткани у курящих пациентов с ИБС, что позволяет использовать данную методику при изучении влияния эпикардальной жировой ткани на течение и прогноз ИБС у курящих пациентов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ю.В. Булаева, Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, А.С. Егиазарян

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Саратов

Актуальность. Проблема распространенности метаболического синдрома очень актуальна.

Цель. Изучить различные характеристики метаболического синдрома у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) с наличием или отсутствием сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Выполнялся осмотр, сбор анамнеза, анкетирование пациентов с использованием опросника, разработанного на кафедре, проанализированы лабораторные данные респондентов, находящихся на госпитализации в отделении кардиологии клинической больницы клиники медицинского университета г. Саратова, которые дали свое согласие на участие, не имели критериев исключения. Помимо стандартных лабораторных результатов всем пациентам проводилось исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), тиреотропного гормона (ТТГ) и инсулина. Пациенты находились на госпитализации по поводу одной из острых форм ИБС, включение происходило после стабилизации их состояния. Критерии исключения: тяжелая сопутствующая патология, неспособность заполнить опросник. В исследование было включено 40 пациентов с перенесенным ИМ с сахарным диабетом (СД) и 40 пациентов с перенесенным ИМ без сахарного диабета (СД). Медиана возраста пациентов обеих групп 69 лет.

Результаты. Среди пациентов с СД достоверно больше женщин: 26 (60%) vs 16 (40%) ($p < 0.05$). ИМТ пациентов с СД ожидаемо больше ожирение 36 (90%) vs 28 (75%) ($p < 0.05$). Абдоминальный вариант ожирения: без СД – 26 (65%), с СД – 36 (90%) ($p < 0.05$). У пациентов с СД чаще выявлялась ХСН 40 (100%) vs 32 (80%) без СД ($p < 0.05$). Пациенты утверждали,

что не курят – без СД 30 (75%) vs 40 (100%) и не злоупотребляют алкоголем без СД – 30 (75%) vs 40 (100%). ($p = 0,00072$). Показатель венозной глюкозы натощак, относился к диабетическому уровню у 8 (21%) пациентов без СД и 20 (50%) с СД ($p = 0,00062$) (норма согласно рекомендациям ВОЗ). HbA1c 4 (13%) респондентов без СД соответствовал диабетическому уровню и 34 (85%) с СД ($p = 0,00000$). Инсулин повышен у 2 (6%) без СД и 14 (35%) с СД ($p = 0,00355$). ТТГ превышал норму у 6 (19%) без СД и 6 (15%) с СД ($p = 0,67137$). Пациенты обеих групп имели дислипидемию: ЛПНП без СД выше 1,5 ммоль/л – 34 (90%) vs с СД – 36 (90%) ($p = 0,93896$), ЛПВП менее 1,0 ммоль/л у 28 (74%) без СД и 38 (95%) с СД ($p = 0,00911$), ТАГ выше 1,7 ммоль/л без диабета – 6 (16%) vs с СД – 10 (25%) ($p = 0,31397$). Индекс инсулинорезистентности (НОМА IR) более 2,52 у 10 (31%) без СД vs 36 (90%) с СД. ($p = 0,00000$). Среди обследованных пациентов с перенесенным ИМ без СД: 26 (65%) соответствуют критериям метаболического синдрома, а 10 (31%) – имеют выраженную инсулинорезистентность, 18 (47%) – имеют повышенный индекс висцерального ожирения, т.е. что очень важно, имеют высокий риск развития сахарного диабета.

Выводы. Пациенты с перенесенным ИМ и сахарным диабетом 2 типа ожидаемо имеют более высокие показатели ИМТ, чаще это абдоминальный вариант. Показатели глюкозы, HbA1c, инсулина, выраженность дислипидемии и показатель индекса инсулинорезистентности пациентов с СД значимо выше. Следует обращать пристальное внимание на пациентов перенесших ИМ, и не имеющих СД, с целью ранней его диагностики.

ОЖИРЕНИЕ КАК ИЗВЕСТНЫЙ ФАКТОР ДЕБЮТА И/ЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

А.М. Валеева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Новосибирск; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер», Россия, Новосибирск

Актуальность. Абдоминальное ожирение (АО) является важным фактором кардиоваскулярного риска, значимость которого повышается у больных с наличием сердечной аритмии, в частности - фибрилляции предсердий. Однако в последнее время обсуждается феномен «парадокса ожирения», при котором высокие показатели ИМТ (>25 кг/м²) и окружность талии у больных ФП не связаны с высокой вероятностью развития жестких конечных точек (инфаркт, инсульт, общая смертность).

Цель. Изучить особенности течения фибрилляции предсердий у пациентов с наличием абдоминального ожирения и с нормальным индексом массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Основную группу составили 45 больных в возрасте $64,9 \pm 8,3$ лет с пароксизмальной, персистирующей и/или постоянной формой ФП и АО, индекс массы тела (ИМТ) которых составил $35,2 \pm 4,6$ кг/м². Группа сравнения: 43 пациента с ФП и нормальным ИМТ ($24,1 \pm 2,2$) кг/м². Артериальная гипертензия 1-3 степени имела место у 91% больных в основной группе и у 83% в группе сравнения, сахарный диабет – у 27 и 12%, ИБС – у 24 и 37%, гипотиреоз – у 13 и 5%, ХОБЛ – у 4 и 12% больных основной группы и группы сравнения соответственно. Больные мало отличались по характеру назначаемой терапии (β -адреноблокаторы, блокаторы РААС, амиодарон,

статины). Статистический анализ полученных данных производился с помощью программы «Statistica 7.0».

Результаты. Больные с наличием АО чаще имели постоянную и персистирующую форму ФП и оказались достоверно моложе больных с нормальным ИМТ. Анализ биохимических и эхокардиографических показателей обнаружил у больных основной группы достоверно более высокий уровень триглицеридов крови, тощакковой гликемии и больший размер поперечника аорты. Расчетная скорость клубочковой фильтрации была выше у больных с наличием АО, не достигая при этом критериев гиперфильтрации. В то же время такие показатели, как общий холестерин, липопротеины низкой плотности, креатинин крови и большинство морфометрических и функциональных показателей миокарда достоверно не различались.

Выводы. Наличие АО у больных ФП сопряжено с высокой частотой АГ, равно как и у больных с нормальным индексом массы тела. Отсутствие негативных сдвигов большинства биохимических, ультразвуковых и функциональных показателей миокарда в основной группе требует дальнейшего изучения данной проблемы в свете «парадокса ожирения» при ФП в условиях большего количества выборки и адекватной оценки первичных и вторичных конечных точек.

ОЦЕНКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Л.С. Воропаева, Э.М. Фирова

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт экспериментальной медицины», Россия, г. Санкт-Петербург

Цель. Провести анализ эффективности лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сопутствующим абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезни 30 пациентов мужского пола с абдоминальным ожирением в возрасте от 24 до 53 лет. У каждого пациента были измерены: индекс массы тела (ИМТ) Кетле (1997), окружность талии (ОТ), окружность бедра (ОБ), индекс ОТ/ОБ, а также ряд биохимических показателей (липидный спектр крови (триглицериды (ТГ), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП)), глюкоза натощак)

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного ретроспективного анализа историй болезни, при поступлении в стационар, было выявлено: избыточная масса тела у 20% (6 пациентов), ожирение у 80% (24 пациента).

При этом среди пациентов с ожирением, наблюдалось следующее: ожирение I степени – 43% (13 пациентов), II степени – 20% (6 пациентов), III степень ожирения зарегистрирована у 5 пациентов (17%).

Наиболее часто ожирение сопровождается изменениями со стороны липидного спектра крови, так в нашем исследовании было выявлено: повышение значений: ОХ у 93% пациентов (мин. – 4,22 ммоль/л; макс. – 10,68 ммоль/л); ТГ у 70% (мин. – 1,22 ммоль/л; макс. – 12,5 ммоль/л); ЛПНП у 90% (мин. – 1,99 ммоль/л; макс. – 6,34 ммоль/л) и низкий уровень ЛПВП у 83% исследуемых. У половины пациентов (50%) было выявлено повышение уровня глюкозы крови, а у 38% – повышенные значения артериального давления.

При лечении каждому пациенту были назначены диета с индивидуально подсчитанным суточным калоражем, разработана персональная программа ЛФК, процедура миостимуляции

аппаратом «ЭСМА», которая приводит к укреплению мускулатуры, увеличению мышечной массы, уменьшению жировой прослойки, а также активизации обменных процессов, улучшению кровотока и циркуляции лимфы.

Основу медикаментозной терапии составили следующие классы препаратов (с учетом комбинаций) – диуретики (63%); гиполипидемические ЛС (фибраты и статины) – 57%, бета-адреноблокаторы (50%); ингибиторы АПФ (43%); блокаторы кальциевых каналов (43%); антагонисты РААС (43%).

В ходе проведенной немедикаментозной терапии у 98% пациентов снизился вес и ИМТ, а также уменьшились показатели ОТ, ОБ и индекс ОТ/ОБ. Лекарственная терапия позволила у пациентов стабилизировать АД, и нормализовать показатели липидного обмена у 9%, углеводного обмена у 18,7%; в остальных случаях наблюдалась динамика снижения значений ОХ, ЛПНП, ТГ после проведенной терапии.

После завершения стационарного лечения, был проведен повторный анализ ИМТ, что позволило выявить следующее: уменьшилось количество пациентов с той или иной степенью ожирения на 17% (было 80%, стало 63%). При этом 6% пациентов с ожирением I степени перешли в группу с ИМТ от 25,0 до 30,0 (избыточная масса тела), а 10% пациентов с ожирением II степени перешли в группу с ИМТ 30,0-35,0 (I степень).

Выводы. 1). В ходе исследования было установлено, что у пациентов с абдоминальным ожирением АГ встречается в 38% случаев, сахарный диабет в 50%. 2). После завершения стационарного лечения в 87% случаев у пациентов наблюдалась коррекция массы тела, уменьшение ОТ, нормализация показателей липидного обмена, что в свою очередь положительно характеризует проведенное стационарное лечение как высоко эффективное.

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ ПИКОВОГО ПОГЛОЩЕНИЯ КИСЛОРОДА И ФВ ЛЖ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СНнФВ

В.Л. Галенко, Т.А. Лелявина, М.Ю. Ситникова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург

Актуальность. При проведении физической реабилитации (ФР) у ряда больных сердечной недостаточностью со сниженной ФВ ЛЖ (СНнФВ) наблюдается несоответствие между исходными значениями и/или динамикой пикового поглощения кислорода (VO_2 реак.) и ФВ ЛЖ, что требует углубленного изучения.

Материалы и методы. Пациентка 58 лет с ДКМП, ПБЛНПГ, СН III ф.к., потребовавшая имплантации ресинхронизирующего устройства (CRT-P). Несмотря проводимую терапию сохранялось выраженное снижение ФВ ЛЖ, в связи с чем с января 2015г. пациентке рекомендована ФР, подобранная на основании определения лактатного порога в ходе кардиореспираторного теста (КРТ). Исходно выполняли КРТ на тредмиле (Oxycor Pro (Jaeger, Германия), ЭхоКГ аппарат Vivid S6 (GE, США), оценивали качество жизни (КЖ; Миннесотский опросник КЖ), толерантность к физической нагрузке (ТФН; Опросник для определения физической активности). Эффективность ФР оценивали на основании динамики пикового поглощения кислорода (VO_2 реак.), ФВ ЛЖ, КЖ и ТФН каждые 6 мес.

Результаты. Исходно ФВ ЛЖ составляла

30%, VO_2 реак. 16,2 мл/мин/кг (87% МДВ). Через 6 мес. ФР выявлено снижение ФВ лж до 27%, тогда как VO_2 реак. увеличилось до 20,7 мл/мин/кг (113% МДВ), КЖ улучшилось на 12 баллов, а ТФН на 7 баллов от исходного значения. Через год ФР ФВ лж снизилась до 23%, а VO_2 реак. возросло до 26,5 мл/мин/кг (140% МДВ), КЖ улучшилось еще на 8 баллов, а ТФН на 5 баллов. Проявления СН в настоящее время соответствуют I ф.к. Наблюдается соответствие между динамикой КЖ, ТФН и VO_2 реак., тогда как ФВ ЛЖ прогрессивно снижается.

Выводы.

1. ФР, подобранная на основании достижения лактатного порога в ходе КРТ, была эффективна у данной пациентки в отношении положительной динамики уровня VO_2 реак., КЖ и ТФН;

2. Динамика ФВ ЛЖ имела обратную направленность;

3. Различие между динамикой VO_2 реак., КЖ и ТФН с одной стороны и ФВ ЛЖ – с другой, может быть обусловлено вкладом в поглощение кислорода скелетной мускулатурой и аэробным фенотипом пациентки (преобладание красных мышечных волокон, богатых миоглобином и митохондриями).

ПРЕДИКТОРЫ ОТВЕТА НА АЭРОБНЫЕ ТРЕНИРОВКИ У БОЛЬНЫХ СНнФВ

В.Л. Галенко, Т.А. Лелявина, М.Ю. Ситникова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург

Цель. Выявить варианты и возможные предикторы ответа на физические тренировки (ФТ), подобранные на основании достижения лактатного порога при выполнении кардиореспираторного теста (КРТ), у больных сердечной недостаточностью с низкой ФВ ЛЖ (СНнФВ).

Материалы и методы. Было включено 64 пациента, СНнФВ II и III ФК (67% и 33% пациентов, соответственно). Средний возраст составил $54 \pm 12,5$ лет, ИМТ – $26,5 \pm 6,4$ кг/м², ФВ ЛЖ – $26,4 \pm 1,4\%$. Исходно оценивали объективный статус, лабораторные данные, показатели КРТ (трэдмил, Oхусон Pro (Jaeger, Германия) и ЭхоКГ (аппарат Vivid S6, GE, США), качество жизни (КЖ – Миннесотский опросник КЖ), толерантность к физической нагрузке (ТФН – Опросник для определения физической активности). Эффективность ФТ оценивали на основании динамики пикового поглощения кислорода (VO_2 пик), КЖ и ТФН через 1, 3 и 6 мес. ФТ; на основании динамики ФВ ЛЖ – через 6 мес.

Результаты. Через 6 мес. ФТ ФВ ЛЖ увеличилась на $7,5 \pm 0,5\%$, КДО уменьшился на $6 \pm 2,0$ мл, КЖ улучшилось на $17,5 \pm 8$ баллов, ТФН выросла на 9 ± 1 баллов, VO_2 пик. возросло на $4,4$ мл/мин/кг ($p_{1,2,3,4,5} < 0,05$ соответственно). Улучшение показателей ЭхоКГ, КРТ, КЖ и ТФН было выявлено у значительного числа больных (ФВ ЛЖ – у 48%, VO_2 пик – у 64%, КЖ – у 64%, ТФН – у 67% пациентов, соот-

ветственно). Выявлена сильная положительная связь между исходными значениями VO_2 пик. и ФВ ЛЖ ($r_{ФВЛЖ} = 0,4$, $p < 0,05$), эффективностью ФР (по VO_2 пик) и исходным уровнем натрия и гемоглобина ($r_{Na} = 0,41$, $p < 0,05$; $r_{Hb} = 0,45$, $p < 0,05$). Эффективность ФТ (по VO_2 пик) негативно ассоциировалась с возрастом, исходными уровнями NT-proBNP и мочевой кислоты, ($r_{NT-proBNP} = -0,48$, $r_{МК} = -0,49$, $p < 0,05$, $r_{возр.} = -0,35$, $p < 0,05$). Достоверной связи между исследованными показателями эффективности ФТ и исходным уровнем систолического артериального давления, наличием сахарного диабета и гендерной принадлежностью пациентов не было выявлено.

Выводы.

1. Дозированные аэробные ФТ стабильных больных СНнФВ, подобранные на основании достижения лактатного порога в ходе КРТ, были эффективны более чем у 50% пациентов;

2. На физические тренировки по всем показателям (ФВ ЛЖ, КЖ, ТФН, VO_2 пик.) ответили 28% пациентов, не ответили только 5% испытуемых;

3. Предикторами положительного ответа на ФТ были более высокие исходные значения VO_2 пик., гемоглобина, натрия;

4. Предикторами отрицательного ответа на ФТ по VO_2 пик. были давность ХСН, возраст, исходный уровень NT-pro-BNP и мочевой кислоты, а по ФВ ЛЖ – более высокое исходное значение КСР.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ ST

А.С. Гаффарова, Е.М. Доля, Г.Н. Кошукова, И.Н. Репинская

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, г. Симферополь

Актуальность. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКС СП ST) является угрожающим жизни состоянием и требует незамедлительной реваскуляризации некротизированного участка миокарда для предотвращения дальнейшего усугубления патологического процесса. Предпочтительно применение первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) для снижения риска геморрагических осложнений, наблюдаемых в случае применения тромболитической терапии. За последние 10 лет частота проведения ЧКВ в Российской Федерации при ОКС СП ST возросла в 4,6 раз, что привело к снижению летальности с 15,9% в 2007 г. до 12,9% в 2014 г.

Цель. Выявить гендерные отличия течения ОКС СП ST.

Материалы и методы. Обследовано 122 пациента с ОКС СП ST, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение №5 ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» за 2017 год. Пациенты были распределены по гендерному признаку на 2 группы: 1 группа – 30 (24,6%) женщин со средним возрастом $69 \pm 2,3$ лет, 2 группа – 92 (75,4%) мужчин со средним возрастом $58 \pm 0,9$ лет. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование согласно стандартам оказания медицинской помощи пациентам с ОКС СП ST.

Результаты: У обследованных гипертоническая болезнь (ГБ) встречалась у женщин в 29 (97,7% случаев) ($n=29$), у мужчин – 52,2% ($n=48$) ($p<0,05$). Сахарный диабет 2 типа (СД-2) был диагностирован у 36,7% женщин ($n=11$), и у 10,9% мужчин ($n=10$) ($p<0,05$). У пациентов женского и мужского пола наблюдалась схожая тенденция в локализации поражения миокарда: передняя стенка левого желудочка (ЛЖ)

46,5% ($n=14$) против 48,2% ($n=44$), $p>0,05$, задняя стенка ЛЖ (32,1% ($n=10$) против 36,1% ($n=33$), $p>0,05$) и нижняя стенка ЛЖ (21,4% ($n=6$) против 15,7% ($n=14$), $p>0,05$). По результатам коронароангиографии статистически значимых различий в частоте тромбозов КА у противоположных полов не выявлено: левая коронарная артерия (ЛКА) (8,8% ($n=3$) против 6,7% ($n=6$), $p>0,05$), передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) ЛКА (44,1% ($n=13$) и 53,3% ($n=49$), $p>0,05$), правая коронарная артерия (ПКА) (47,1% ($n=14$) и 40% ($n=37$), $p>0,05$). ЧКВ было осуществлено 57 (61,9%) пациентам мужского пола и 23 (76,7%) женского ($p<0,05$). Многососудистое поражение клинически значимым поражением трех и более коронарных артерий (КА) достоверно чаще встречалось у лиц мужского пола по сравнению с женским (44,6% ($n=13$) против 31,8% ($n=29$), $p<0,05$). Частота встречаемости СД-2 и многососудистого поражения КА достоверно выше у мужчин по сравнению с женщинами (75,0% ($n=69$) против 27,3% ($n=8$) соответственно, $p<0,05$).

Выводы. ОКС СП ST в 3 раза чаще встречается у лиц мужского пола, что свидетельствует о существовании гендерной предрасположенности к возникновению ОКС СП ST. У женщин наблюдалась достоверно более поздняя манифестация ОКС ($p<0,05$), с чем ассоциирована более высокая частота сопутствующих патологий (ГБ и СД-2), значительно усугубляющих течение инфаркта миокарда. Многососудистое поражение достоверно чаще выявлено у лиц мужского пола, что ограничивает проведение стентирования КА у данной категории пациентов и определяет менее благоприятный прогноз у мужчин.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕГО ОЖИРЕНИЯ НА ПЯТИЛЕТНИЙ ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

А.И. Герман¹, В.В. Кашталап^{1,2}, Т.Б. Печерина¹, Н.В. Федорова¹,
О.Л. Барбараш^{1,2}

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово

Актуальность. В настоящее время неблагоприятная роль ожирения, как значимого фактора сердечно-сосудистого риска, в отношении развития кардиоваскулярной патологии не вызывает сомнений для общей популяции. Однако при оценке прогностической значимости ожирения у пациентов с имеющимся диагнозом сердечно-сосудистого заболевания его роль остается спорной.

Цель. Изучить влияние общего ожирения на пятилетний прогноз у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. В рамках регистрового исследования инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST включено 213 пациентов. Больные поделены на основную и контрольную группы исследования в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 138 пациента без ожирения (ИМТ < 30 кг/м²) [ИМТ=25,9 (23,6; 28,0)] и 75 больных с ожирением [ИМТ 32,9 (32,2; 35,9)] (p=0,00). Средний возраст в общей группе пациентов с ИМпST составил 59 (52; 67) лет. Пациенты с ожирением исходно были более коморбидные в отношении: предшествующей клиники стенокардии (p=0,01), сахарного диабета (p=0,00), мерцательной аритмии (p=0,003) и курение как фактор риска встречался чаще (p=0,00). В анамнезе наличие ХСН в изучаемых группах не различалась (p=0,76). Фракция выброса ЛЖ у пациентов без ожирения составила 50 (46; 56)%, у больных с ожирением – также 50 (45; 57,5)%. С учетом развития у больных конечных точек исследования на протяжении пяти лет наблюдения (нестабильная стенокардия, повторный инфаркт, ишемический инсульт, кардиоваскулярная смерть, декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН), чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), выполнялся ретроспективный сравнительный анализ различий двух групп для оценки влияния

общего ожирения на прогноз пациентов с инфарктом миокарда. По поводу индексного инфаркта миокарда было выполнено во время госпитального этапа лечения 158 (74%) чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на инфаркт-зависимых коронарных артериях. По частоте приема медикаментозных препаратов, влияющих на прогноз пациенты обеих групп не отличались как на госпитальном этапе, так и на этапе наблюдения в течение 5 лет. Статистическая анализ результатов исследования осуществлялся с помощью пакета прикладных программ STATISTICA версии 10.0 (StatSoft). Статистически значимыми считали различия при значении p < 0,05.

Результаты. За весь период наблюдения смерть в течение 5 лет наблюдения зарегистрирована в первой группе (без ожирения) у 20 (14,5%) пациентов, во второй группе (с ожирением) – у 8 (11,0%) больных, (p=0,92), ишемический инсульт развился у 1 (0,7%) пациента с исходным отсутствием ожирения, в группе с ожирением инсультов за 5 лет наблюдения не было. Нестабильная стенокардия зарегистрирована в течение 5 лет наблюдения у 22 (15,9%) пациентов с исходным отсутствием ожирения и у 15 (20,6%, больных с наличием такового (p=0,63), декомпенсация ХСН в течение 5 лет наблюдения была зарегистрирована у 4 (2,9%) больных без ожирения и у 9 (12,3%) с ожирением, (p=0,02), чрескожные коронарные вмешательства выполнялись у 11 (8,0%) пациентов без ожирения и у 8 (11,0%) с ожирением (p= 0,76).

Выводы. Ожирение, оцененное по индексу массы тела, не оказывает влияния на сердечно-сосудистую смертность, частоту повторных сосудистых событий у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в течение 5 лет наблюдения, однако ассоциируется с большей частотой декомпенсации ХСН.

СТРУКТУРА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ ВРЕМЕНИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЙ

К.И. Грачев¹, А.Н. Казанцев², К.А. Глебов², Е.Я. Яхнис², Р.Ю. Лидер¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Известно, что у 8-10% больных, перенесших коронарное шунтирование (КШ) встречаются стенозы брахиоцефальных артерий (БЦА). Выполнение каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) симультанно с КШ или в поэтапном режиме значимо уменьшает частоту ишемических событий в цереброваскулярном бассейне. Тем не менее, исследования показали, что пациенты, подвергающиеся КШ или КЭЭ первым этапом, подвергаются риску развития инфаркта миокарда (ИМ) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) со стороны неоперированного бассейна.

Цель. Анализ частоты и структуры неблагоприятных кардиоваскулярных событий в разные интервалы времени у больных с симультанным атеросклеротическим поражением БЦА и коронарных артерий.

Материалы и методы. С 2011 по 2015 гг. выполнена 391 операция у пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением коронарного русла и внутренних сонных артерий (ВСА). В зависимости от реализованной хирургической стратегии больные были разделены на четыре группы: Группа 1 – поэтапная хирургия в объеме КШ с последующей КЭЭ (гр. КШ-КЭЭ, n=151, 38,6%); Группа 2 – сочетанная операция КШ и КЭЭ (гр. КШ+КЭЭ, n=141, 36%); Группа 3 – гибридная реваскуляризация в объеме чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и КЭЭ (гр. n=28, 7,2%); Группа 4 – поэтапная хирургия в объеме КЭЭ с последующей операцией КШ, n=71, 18,2%)

Результаты. В группе КШ-КЭЭ госпитальная летальность составила 1,3% (n=2), причем

все случаи были зафиксированы после проведения КШ, в результате ИМ; летальность в отдаленном послеоперационном периоде была наиболее высокой – 15,3% (n=23). В группе КЭЭ-КШ, госпитальная летальность составила – 2,8% (n=2), при этом, все случаи смерти произошли после второго этапа – КШ, в результате ИМ. В отдаленном периоде наблюдения смерть зафиксирована в 7,5% случаев (n=5): 3 – в результате ИМ, 2 – ОНМК. В группе КШ+КЭЭ в госпитальном периоде в двух случаях причиной фатального исхода стало ОНМК в раннем послеоперационном периоде (ипсилатеральные по отношению к КЭЭ) в результате материальной эмболии. В двух других ситуациях у пациентов развился мезентериальный тромбоз, еще в одном случае – синдром полиорганной недостаточности. В отдаленном периоде наблюдения в 12 случаях причиной летального исхода стал ИМ, в 7 – ОНМК, в 1 – ТЭЛА. В группе ЧКВ+КЭЭ случаев смерти в госпитальном периоде не было. В отдаленном периоде наблюдения в 2 случаях причиной летального исхода стал ИМ.

Выводы. Не было получено данных, свидетельствующих о значимых различиях в частоте наступления основных неблагоприятных событий в отдаленном периоде наблюдения при использовании различных стратегий хирургической коррекции. Такая опция лечения как сочетанная операция КШ и КЭЭ представляется многообещающей, показывая снижения риска ОНМК/ТИА в сравнении с поэтапными стратегиями реваскуляризации.

СРАВНЕНИЕ ГРУПП ПЕРСОНАЛА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ВОВЛЕЧЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ

Я.В. Данильченко, Г.В. Артамонова

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Для оказания качественной медицинской помощи потребителю, гарантированную политикой учреждения, работник должен полностью понимать и разделять ценности учреждения. Поэтому поиск эффективных методов и способов управления персоналом, способствующих активизации человеческого потенциала и повышению вовлеченности в трудовой процесс организации не вызывает сомнения.

Цель. Сравнить типы работников научно-медицинского учреждения в зависимости от их отношения к вовлеченности в трудовой процесс в 2014 и 2017 гг.

Материалы и методы. Социологический опрос проводился в 2014 и 2017 гг. по оригинальной анкете на базе Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. Единицы наблюдения – врачи, средний медицинский персонал (СМП). Объем исследования в 2014г. составил 311 человек, в 2017г. – 339 человек. Сформированы две возрастные группы: I – до 40 лет и II – 41 год и старше: (59,3% и 54,8%, 40,7% и 45,2% соответственно, $p=0,29$). Доля мужчин составила – 24,4% и 18,2%, женщин – 75,6% и 81,8%, $p=0,066$. Критическим уровнем статистической значимости принимался $p<0,05$.

Результаты. По результатам опроса 2014г. респонденты были разделены на группы: «Антагонисты», «Идеалисты», «Реалисты» и «Неопределенные». В 2017г. выделилась ещё группа – «Индиферентных» работников

В коллективе учреждения в 2014г. доля «Идеалистов» составляла 41,2%, «Неопределенных» – 39,9% «Реалистов» – 8,4% «Антагонистов» – 10,6%, в 2017г. – 42,2%, 37,8%, 12,4%, 4,1% соответственно, доля «Индиферентных» – 3,5%, $p=0,00012$. Значимые разли-

чия наблюдаются в ответах врачей и среднего медицинского персонала. Так, в 2014г. среди врачей доля «Идеалистов» составляла 46,3%, «Неопределенных» – 35,2%, «Антагонистов» – 12,9%, «Реалистов» – 5,6%. В 2017г. «Идеалисты» составляли 50,0%, «Реалисты» и «Неопределенные» по 20,0%, «Индиферентные» – 6,7%, «Антагонисты» 3,3%. В 2014г. среди СМП «Неопределенных» – 41,8%, «Идеалистов» – 36,7%, «Антагонистов» – 16,5%, «Реалистов» – 5,1%, $p=0,029$. В 2017г. 40,9%, 34,3%, 2,9%, 18,1% соответственно, «Индиферентных» – 3,8%, $p=0,0009$.

Среди опрошенных мужчин в 2014г. долях «Идеалистов» составляла 44,9%, «Неопределенных» 36,2%, в 2017г. в равных долях «Идеалисты» (37,9%) и «Неопределенные» (37,9%), пятую часть составили «Реалисты» (20,7%), $p=0,038$. Среди респондентов-женщин в 2014г. «Идеалисты» и «Неопределенные» составили 39,7% и 39,7%, в 2017г. 42,5% и 38,6% соответственно, $p=0,0012$. В 2014г. среди сотрудников I возрастной группы преобладают «Идеалисты» (41,1%) и «Неопределенные» (40,4%), в 2017г. «Неопределенные» составляли 40,2%, «Идеалисты» – 36,6%, «Индиферентные» – 5,5%, $p=0,0004$. Среди II возрастной группы в 2014г. «Неопределенные» составили 41,0%, «Идеалисты» – 37,0%, в 2017г. «Идеалистов» – 51,5%, «Неопределенных» – 31,6%, «Индиферентных» – 2,2% ($p=0,084$).

Выводы. Работники учреждения разделены на группы по типу вовлеченности в трудовой процесс организации, дифференцированы по профессии, возрасту и полу. В 2017г. возросла доля «Идеалистов» и «Реалистов», снизилась доля «Антагонистов» и «Неопределенных», выделилась группа «Индиферентных» работников. Отмечены значимые изменения в ответах врачей, СМП.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ (12 МЕС.) ЭТАПЕ

И.А. Ефремов, О.В. Полковникова, Н.Г. Ложкина

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая больница №1», Россия, Новосибирск; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Новосибирск

Актуальность. Смертность от острого коронарного синдрома (ОКС) в мире и России продолжает оставаться одной из самых высоких. Точная стратификация пациентов с учетом риска неблагоприятного прогноза может определять эффективность последующего ведения пациента. В нашей стране и за рубежом широко применяется подход оценки риска ближайших (госпитальных) исходов при помощи шкал TIMI и GRACE. Для острого периода заболевания подобная рискметрия достаточно эффективна, она учитывает основные факторы, предшествовавшие ОКС и возникшие вследствие ОКС. Прогнозирование отдаленных исходов ОКС является более серьезной задачей, так как в данном случае речь идет не только об острых изменениях в ССС и ранней компенсации состояния больного организма, но и в целом о прогнозе течения ИБС и атеросклеротического процесса у конкретного индивидуума.

Цель. Проверить информативность математической модели многофакторного прогнозирования годовых исходов ОКС со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ в реальной клинической практике.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ НСО ГКБ №1 в 2015 г. был создан регистр случаев острого коронарного синдрома со стойким подъемом сегмента ST ЭКГ (ОКСпST), включающий в себя сведения о клинических, функциональных, метаболических, воспалительных и генетических показателях заболевания. В настоящий анализ было включено 528 пациентов (360 мужчин и 168 женщин). Средний возраст больных составил $64,8 \pm 11,7$ лет. Диагноз ОКС устанавливался по совокупности критериев, разработанных ESC и АКК (2000 г.). Для определения прогноза отдаленных (годовых) исходов ОКСпST использовалась авторская (Ложкина Н.Г. и соавт., 2015) математическая модель многофакторного прогнозирования, которая была получена методом многофакторного регрессионного анализа 300 случаев ОКСпST. Через год социологическим методом (по телефону и личной встрече) были оценены фактические исходы и сопоставлены с прогнозируемыми. Исход считался неблаго-

приятным, если у пациента имелось хотя бы одно событие из перечисленных: сердечно-сосудистая смерть, нефатальный инфаркт миокарда, инсульт, нестабильная стенокардия или внеплановая коронарная реваскуляризация. При благоприятном исходе у пациента отсутствовали данные события.

Результаты. Из 528 пациентов у 273 был прогнозирован благоприятный исход ОКС в течение 1 года, а у 255 – неблагоприятный. Процент совпадений по хорошему прогнозу ОКС составляет 83,5%, а по плохому – 55%. 20 человек умерло от сердечно-сосудистых причин, из них у 90% прогнозировался неблагоприятный исход ОКС. Для сравнения информативности изучаемой модели и уже существующих, была использована шкала GRACE, которая была проверена на части пациентов из регистра. Процент совпадений прогнозируемого высокого риска с фактическими неблагоприятными исходами 56%, пациенты с промежуточным риском в 46% имели благоприятный исход, а в 54% – неблагоприятный. Таким образом, математическая модель, которая использовалась в данной работе, обладает лучшей прогностической точностью в отношении годовых исходов ОКС.

Выводы. Изученная модель более достоверно предсказывает благоприятный и фатальный исход. Невысокий процент предсказательной способности формулы по нефатальным неблагоприятным сердечно-сосудистым событиям можно объяснить тем, что формула была построена в 2010-2011 годах на наблюдениях за пациентами, у которых была неполная реваскуляризация, а почти половине пациентов не проводилось стентирование, поэтому при разработке данной формулы фактор реваскуляризации не сыграл большой роли. Сейчас поскольку усовершенствовались технологии стентирования (более прогрессивные стенты, покрытые ЛС, полная реваскуляризация) прогноз у пациентов стал лучше. И поэтому данная формула на новой выборке пациентов, госпитализированных в конце 2016 – начале 2017 годов работает хуже.

ПРИМЕНЕНИЕ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ЭКГ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРАНЗИТОРНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ 1 СТЕПЕНИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.Л. Захаревич¹, Н.Н. Мороз-Водолажская²

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр спорта», Республика Беларусь, г. Минск; ²Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Актуальность. Наиболее значимыми причинами замедления атриовентрикулярной (АВ) проводимости являются сердечно-сосудистые заболевания. Однако в ряде случаев нарушения нейроэндокринной регуляции, вегетативная дисфункция и переутомление приводят к функциональной АВ блокаде. АВ блокада 1-й степени, АВ блокада 2-й степени 1 типа, выявляемые по разным данным у 2-30% спортсменов (в зависимости от вида спорта), указывают на высокую тренированность и не служат показанием к ограничению физической нагрузки. Согласно международным рекомендациям по допуску спортсменов к тренировочно-соревновательному процессу асимптомные спортсмены без структурных отклонений со стороны сердца при отсутствии ухудшения АВ-проводения во время нагрузочного теста могут быть допущены к занятиям любыми видами спорта.

Цель. Динамическая оценка АВ проведения во время велоэргометрии (ВЭП) с использованием протокола со ступенчато возрастающей нагрузкой

Материалы и методы. Исследование проведено у спортсменки в возрасте 19 лет, мастера спорта международного класса по велоспорту (соревновательный период). Ретроспективно длительность PQ интервала ЭКГ в покое на протяжении 2014-2018гг составила 130, 150, 170, 160, 140, 190, 200 и 170 мс. Частота сердечных сокращений (ЧСС) на момент обследований – соответственно 67, 52, 65, 58, 57, 42, 44 и 46 ударов в минуту. 27.10.2017г. на ЭКГ лежа выявлено увеличение PQ до 400 мс, при ЧСС – 73 удара в минуту. Жалоб на момент осмотра не предъявляла, синкопе, пресинкопе в анамнезе отрицает, наследственность не отягощена. ЭХОКГ в пределах нормы. По данным оценки вариабельности сердечного ритма общая мощность спектра нейругуморальной ре-

гуляции низкая (TP 684 мс) с преобладанием активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (VLF–35%, LF–40,1%, HF–24,9%).

Результаты. До начала протокола нагрузочного тестирования на мониторе ЭКГ исходно сидя интервал PQ составил 190 мс при ЧСС 76 ударов в минуту. Общее время нагрузки 16 минут. Максимальная мощность нагрузки – 275 Вт или 3,7 Вт/кг, объем выполненной работы – 17700 кгм. Максимально достигнутая ЧСС 174 уд/мин. Отмечен адекватный прирост ЧСС и артериального давления (АД) в ответ на нагрузку. На пике нагрузки PQ – 170-150 мс. Восстановление АД к 3 минуте, ЧСС – к 5 минуте восстановительного периода. Нарушения ритма, диагностически значимая девиация сегмента ST во время пробы не зарегистрированы. После ВЭП через 5 мин ЭКГ лежа – PQ 160 мс, ЧСС 73 уд/мин.

Выводы. Спонтанное восстановление АВ-проводения при вертикализации тела и отсутствие отрицательной динамики длительности PQ интервала при проведении ВЭП может свидетельствовать о функциональном характере нарушений АВ проводимости, очевидно связанным с дисбалансом отделов вегетативной нервной системы на фоне высокоинтенсивных физических нагрузок.

В каждом конкретном случае необходимо клиническое осмысление выявленных ЭКГ изменений с тщательным сбором анамнеза и определения целесообразности и/или объема проведения дополнительных методов обследования. Это связано с тем, что выявленные ЭКГ-феномены могут, как маскировать серьезные нарушения в работе сердца, так и быть причиной излишне пристального внимания врача к спортсмену и необоснованного отстранения его от занятий спортом.

ГИПЕРДИАГНОСТИКА АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, КАК ЕЁ ИЗБЕЖАТЬ

И.А. Земсков

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) – это прогрессирующее наследственное заболевание миокарда, характеризующееся желудочковой аритмией (ЖА), сердечной недостаточностью и внезапной сердечной смертью (ВСС).

Диагноз АДПЖ базируется на совокупности различных критериев, «золотого стандарта» диагностики не существует. McKenna W.J. и соавторы в 1994 году предложили первые критерии диагностики АДПЖ. Внедрение в последние годы новых диагностических методов послужило толчком к предложению новых критериев и в 2010 году были введены новые рекомендации для диагностики АДПЖ [Marcus F. et al., 2010], в которых уточненный диагноз АДПЖ ставится при наличии 2х больших критериев, или 1 большого и 2х малых, или 4х малых критериев, а также появились новые варианты диагноза: «пограничный» и «вероятный». Критериями диагностики АДПЖ являются: структурные изменения по данным ЭХО-КГ и МРТ, изменения характеристик тканей сердца, нарушения реполяризации и деполяризации/проведения, наличие желудочковых нарушений ритма, а также данные семейного анамнеза. Прежде всего, следует подчеркнуть, что большая роль в диагностике отводится ЭКГ – признакам АДПЖ, чего не было в критериях 1994 г.

Для оценки глобальной или региональной дисфункции и структурных изменений ПЖ в новом руководстве появились критерии оценки его объема и функции по данным ЭХО-КГ. В критериях 2010 года факт обнаружения патологической жировой ткани при МРТ уже отсутствует и введены количественные критерии в сочетании с особенностями сокращения ПЖ для снижения гипердиагностики заболевания. В 1994 году ЭМБ была чуть ли не основным критерием постановки диагноза, в настоящее время тест имеет низкую диагностическую чувствительность из-за неоднородности распределения заболевания. Достоверная диагностика АДПЖ имеет принципиально важное значение вследствие высокой предрасположенности пациентов с этой патологией к возникновению злокачественных ЖА.

Цель. Проанализировать правильность постановки диагноза АДПЖ в соответствии с критериями 2010 г (Marcus et al.) в НМИЦ им В. А. Алмазова с 2011 по 2017 гг.

Результаты. Общее количество, включённых в исследование пациентов составило 778 (367 м., средний возраст 45 ± 25 лет), у всех были проанализированы анамнестические сведения, данные ЭКГ, ХМЭКГ, ЭХО-КГ, МРТ, ЭМБ во время выполнения РЧА, в некоторых случаях было выполнено генетическое исследование. В соответствии с критериями McKenna W.J. et al., (1994) диагноз АДПЖ был поставлен 130 пациентам (60 м., средний возраст 40 ± 20 лет) – 16,7% от общего количества наблюдаемых. Однако по критериям 2010 года Marcus F.I. et al., диагноз АДПЖ был пересмотрен и поставлен 100 пациентам (48 м., средний возраст 40 ± 15 лет) – 12,8% от общего количества наблюдаемых. Пациенты наблюдались на протяжении 6 лет, все принимали БАБ или ААТ в индивидуально в подобранных дозах. 65 пациентам были выполнены РЧА, в том числе и повторные, 4 пациента перенесли трансплантацию сердца, 30 пациентам имплантирован ИКД. У 13 пациентов наблюдалось прогрессивное ухудшение заболевания с течением времени, что говорит о значимости динамики структурных изменений у пациентов с АДПЖ.

Выводы. В результате проведённых исследований можно сделать вывод, о том что по критериям 2010 года Marcus F.I. и соавт., диагноз поставлен меньшему количеству больных, нежели по критериями McKenna W.J. и соавт. (1994), т.е. ранее наблюдалась гипердиагностика АДПЖ. В ходе проводимых исследований было установлено, что АДПЖ – это прогрессирующее со временем заболевание, и что необходим динамический контроль за всеми вариантами диагноза в дальнейшем. В перспективе это может привести к более точной диагностике заболевания. Следовательно, всем пациентам с диагнозом, поставленным по старым критериям, необходимо снова пройти обследование на его наличие, уже с учетом новых критериев.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПРИСУТСТВИЕМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ТРОМБА

Я.А. Иванова, Е.Г. Шарабрин, А.С. Мухин, С.А. Фёдоров

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Нижний Новгород

Цель. Изучить эффективность и безопасность процедуры тромбаспирации в сочетании с urgentными эндоваскулярными процедурами ангиопластики на инфарктотвержденной артерии у больных с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В исследование включено 270 пациентов (216 мужчин, 54 женщины) с острым коронарным синдромом. В зависимости от проводимого лечения пациенты подразделены на три группы. В 1 группе (n=110) с экстренными чрезкожным вмешательством дополненными тромбаспирацией без тромболитической терапии; 2 группа (n=70) с экстренными чрезкожным вмешательством дополненными тромбаспирацией и догоспитальной тромболитической терапией; 3 группа (n=90) с экстренным чрезкожным вмешательством, без тромболитической терапии без тромбаспирации. Всем пациентам впервые 2-4 часа от начала инфаркта миокарда выполнена электрокардиография, селективная коронарография, вентрикулография.

Результаты. При проведении последующих чрезкожных вмешательств на инфаркт-ответ-

ственной артерии, в группах с тромбаспирацией чаще наблюдалось полное восстановление эпикардального кровотока в первой группе с экстренными чрезкожным вмешательством дополненными тромбаспирацией без тромболитической терапии (97,27%), во второй группе с экстренными чрезкожным вмешательством дополненными тромбаспирацией и догоспитальной тромболитической терапией (100%), в третьей группе с экстренным чрезкожным вмешательством, без тромболитической терапии без тромбаспирации (86,67%). Также улучшался индекс миокардиального пропитывания, по сравнению с группой со стандартными чрезкожным вмешательством.

Выводы. Установлено, что полная или в значительной мере эвакуация тромботических масс из просвета инфаркт ответственной артерии, то есть эвакуация самого окклюзирующего субстрата, положительно сказывается на непосредственных ангиографических результатах и способна привести к снижению частоты дистальной эмболизации.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ЗАПЛАТЫ «БАСЭКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

**А.В. Иванов, Р.А. Абдулгасанов, М.М. Алшибая, М.Р. Абдулгасанова,
Ю.Р. Провоторова, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Показать антимикробность, тромборезистентность и низкопористость заплат «БАСЭКС» при геометрической реконструкции (ГР) по поводу постинфарктных аневризм левого желудочка (ЛЖ) сердца.

Материалы и методы. С 1997 г. в нашем центре производятся антимикробные, тромборезистентные и низкопористые заплат «БАСЭКС» (Бокерия-Абдулгасанов-Спирidonов экплантаты). При создании заплат «БАСЭКС» модифицированию подвергались отечественные текстильные материалы. В качестве основы модифицирующего покрытия был выбран медицинский желатин. Для придания антимикробных и тромборезистентных свойств в состав покрытия вводились антимикробные препараты (ципрофлоксацин и метронидазол), антикоагулянт и дезагреганты (гепарин, ацетилсалициловая кислота, дипиридамол). ГР ЛЖ с помощью заплат «БАСЭКС» выполнена 942 больным. У 25% больных дополнительно были выполнены вмешательства на митральном клапане.

Результаты. Послеоперационные осложнения отмечено у 18% больных. Основными послеоперационными осложнениями были острая

сердечная недостаточность (21,6%), аритмии (22,9%), неврологические осложнения (8,9%). Госпитальная летальность составила 6,4%. Основными причинами летальных исходов были сердечная, полиорганная недостаточность и фибрилляция желудочков. Пристеночный тромбоз в области заплат отмечен у 4 (0,54%) пациентов. Тромбоэмболических осложнений не было. Инфекция заплат наблюдалась у трех (0,4%) пациентов. Одна пациентка через 2 года после операции перенесла сепсис, обусловленный постинъекционным абсцессом. Повторно она поступила в терминальном состоянии. На аутопсии обнаружен абсцесс над заплатой с прорывом в полость перикарда. В другом случае через 2 месяца после операции возникли эпизоды гипертермии и были выявлены вегетации в области заплат. От предложенной повторной операции пациент отказался, дальнейшая его судьба нам не известна. В третьем случае удалось справиться с помощью консервативных мероприятий.

Выводы. Таким образом, синтетические заплат «БАСЭКС» антимикробны, тромборезистентны, низкопористые и могут широко применяться в реконструкции левого желудочка.

ДВАДЦАТИОДНОЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕЗОВ «БАСЭКС» В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

А.В. Иванов, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Показать антимикробность, тромборезистентность и низкопористость протезов (эксплантатов) «БАСЭКС» при реконструкции аорты и артерий.

Материалы и методы. С 1996 г. по 2017 г. эксплантаты «БАСЭКС» (Бокерия-Абдулгасанов-Спиридонов эксплантаты) были использованы всего у 4495 при реконструкции аорты и артерий.

Результаты. За период наблюдения от 2 месяцев до 19 лет у 1,9% больных в ближайшем послеоперационном периоде наступил тромбоз протезов. У 4,1% пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наступил тромбоз протезов. У 93,9% больных сохраняется хорошая проходимость эксплантатов без признаков воспаления. Поверхностное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 4,8%, глубокое нагноение у 1,5% больных. После санации, дренирования раны и наложения вторичных швов у всех больных наступило выздоровление, без инфицирования протезов. У одного пациента во время операции произошло повреждение мочеточника, и послеоперационный период осложнился длительной бактериемией, забрюшинной флегмоной. Больной на фоне выраженной интоксикации через 10 дней был повторно оперирован. После устранения дефекта мочеточника и дренирования забрюшинного пространства мочеотделение прекрати-

лось, и больной без признаков инфицирования протезов в удовлетворительном состоянии был выписан из клиники. Инфицированный хилоторакс без инфицирования эксплантатов наблюдался у 4 (0,2%) больных. Инфицированный гидро- и гемоторакс после протезирования грудной и грудобрюшной аорты отмечался у 8 (0,4%) больных. После консервативных мероприятий больные выздоровели и ни в одном случае инфицирование эксплантатов не произошло. Из 8 больных, оперированных по поводу аневризмы анастомозов инфекционной этиологии, травмы подвздошных, бедренных артерий в условиях инфицированной раны, только у одного в послеоперационном периоде отмечалась поверхностная раневая инфекция без вовлечения эксплантата. У 5 больных после реконструкции брюшной аорты произошло инфицирование перипротезного пространства. После санации перипротезного пространства и консервативных мероприятий без удаления эксплантата у всех наступило выздоровление. После операций умерло 3,3% больных. Причинами летальности явились острая сердечная, сердечно-легочная и почечная недостаточность, перитонит, арозивное кровотечение.

Выводы. Таким образом, эксплантаты «БАСЭКС» антимикробны, тромборезистентны, герметичны и могут широко применяться в сосудистой хирургии.

1,5-АНГИДРОГЛЮЦИТОЛ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ю.С. Игнатова¹, В.Н. Каретникова^{1,2}, А.М. Кочергина^{1,2}, А.А. Хорлампенко²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. В настоящее время 1,5-ангидроглюцитол (1,5-АГ) признан дополнительным маркером постпрандиальной гликемии. Однако роль данного маркера в качестве диагностического критерия нарушений углеводного обмена (НУО) не определена. Изучение 1,5-АГ представляет интерес особенно у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) ввиду его возможной прогностической значимости в развитии сердечно-сосудистых осложнений.

Цель. Определение диагностической значимости 1,5-ангидроглюцитола в выявлении НУО у пациентов с ИБС, имеющих показания к плановой эндоваскулярной реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. Исследование 1,5-АГ проводилось среди 133 пациентов со стабильной ИБС перед плановым чрескожным коронарным вмешательством в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» в период с ноября 2016г. по ноябрь 2017г. Критерии исключения из исследования составили большие ИБС с предшествующей реваскуляризацией миокарда; пациенты с протезированными клапанами сердца в анамнезе; больные с острым коронарным синдромом в индексную госпитализацию; обострения соматических заболеваний. 1,5-АГ был определен иммуноферментным анализом. Нормативное значение 1,5-АГ для мужчин составляло 10,7-32,0 мкг/мл, для женщин – 6,8-29,3 мкг/мл. Для

исследования зависимости 1,5-АГ с другими маркерами НУО использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для определения диагностической ценности 1,5-АГ был проведен ROC-анализ. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics 21 и Statistica for Windows 6.0.

Результаты. Концентрация 1,5-АГ достоверно различалась в группах пациентов с наличием и отсутствием НУО ($p=0,00$). При сравнении уровня данного маркера между группами пациентов с сахарным диабетом (СД), нарушением толерантности к глюкозе и нарушением гликемии натощак ($p=0,04$) наименьшая концентрация наблюдалась в группе СД ($20,3 \pm 5,8$ ммоль/л), что связано с наибольшей гипергликемией в этой группе. При проведении корреляционного анализа 1,5-АГ достоверно коррелировал в слабой степени с гликированным гемоглобином ($r= -0,17$, $p=0,04$), с тощаковой гликемией ($r= -0,22$, $p=0,01$) и постпрандиальной гликемией ($r= -0,23$, $p=0,03$). По результатам ROC-анализа 1,5-АГ показал статистически достоверную диагностическую ценность только в случае СД. Уровень концентрации 1,5-АГ $<22,6$ мкг/мл ассоциировался с наличием сахарного диабета (AUC 0,602, 95% ДИ: 0,504-0,699).

Выводы. По результатам проспективного исследования подтверждена роль 1,5-АГ как маркера НУО и установлено его диагностическое значение в отношении СД.

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.Н. Казанцев¹, Н.Н. Бурков¹, М.Т. Саргсян², Е.О. Солдатов²

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово

Актуальность. Несмотря на то, что механизмы прогрессирования атеросклероза брахицефальных артерий (БЦА) довольно детально изучены, в литературе имеется дефицит данных, касающихся частоты и основных предикторов прогрессирования прецеребрального атеросклероза (ПЦАС) в отдаленном периоде у пациентов после коронарного шунтирования.

Цель. Выявить факторы прогрессирования ПЦАС в отдаленном периоде у пациентов после КШ.

Материалы и методы. За период с 2006-2017 гг. выполнено 97 каротидных эндартерэктомий (КЭЭ) пациентам с КШ в анамнезе. Критерии включения в исследование: 1. КШ в анамнезе; 2. Отсутствие гемодинамически и клинически значимых (свыше 60%) стенозов БЦА на момент выписки после КШ; В группу контроля вошли 447 пациентов без прогрессирования ПЦАС в отдаленном периоде после КШ. Общий срок наблюдения за пациентами с прогрессированием ПЦАС составил $76,1 \pm 23,7$ месяцев, без прогрессирования – $81,5 \pm 15,2$ месяца ($p=0,68$).

Результаты. В период наблюдения между КШ до контрольной точки значимой разницы в развитии неблагоприятных событий в коронарном русле получено не было. Группы ста-

тистически сопоставимы по частоте развития ИМ и выполнения повторной незапланированной реваскуляризации миокарда. Однако у пациентов с прогрессированием ПЦАС значимо чаще выявлялось развитие ОНМК по ишемическому типу ($p=0,000$), развитие окклюзии ВСА ($p=0,000$), формирование нестабильной атеросклеротической бляшки ($p=0,000$). В результате проведенного статистического анализа выявлены следующие факторы риска, значимо влияющие на прогрессирование ПЦАС: фибрилляция предсердий (ОШ = 1,97; 95%ДИ 1,04-3,73), наличие окклюзии стента в анамнезе (ОШ = 7,89; 95%ДИ = 2,3-27,0), хроническая ишемия головного мозга II или III ст. (ОШ = 22,45; 95%ДИ = 11,9-42,3), ХПН (ОШ = 15,8; 95%ДИ = 5,04-49,5).

Выводы. Таким образом, пациентам, перенесшим КШ и исходно имеющим не значимые стенотические поражения ВСА, необходим особо тщательный мониторинг прогрессирования ПЦАС, а также назначение оптимальной медикаментозной терапии, направленной на профилактику ишемического инсульта. Тем не менее, требуется дальнейшее изучение данной выборки больных для анализа наиболее отдаленных результатов лечения.

КОНТРАКТИЛЬНОСТЬ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ И ГЕОМЕТРИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

А.Ф. Канев, К.А. Смышляев, С.В. Диль

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск;

Актуальность. При гипертрофической обструктивной кардиомиопатии (ГКМП) митральный клапан (МК) за счёт передне-систолического движения своей передней створки (SAM-синдром) обуславливает развитие обструкции выводного отдела (ВО) левого желудочка (ЛЖ). Обструкция, в свою очередь, приводит к появлению той или иной степени митральной регургитации (МР). Таким образом, МК принадлежит центральная роль в формировании обструкции в ВО ЛЖ у больных ГКМП. Данные литературы касаются в основном состояния створок МК при ГКМП. Контрактильность папиллярных мышц (ПМ) при ГКМП остается не известной. Недостаточно данных, касающихся роли ПМ и геометрии МК в формировании обструкции в ВО ЛЖ при ГКМП. Гипотеза: контрактильность ПМ и геометрия МК играют одну из ведущих механизмов в формировании обструкции в ВОЛЖ при обструктивной ГКМП.

Цель. Оценить контрактильность ПМ и морфофункциональное состояние МК у больных обструктивной ГКМП.

Материалы и методы. Исследование выполнено у 43 пациентов с ГКМП и 18 больных артериальной гипертензией (АГ) и гипертрофией ЛЖ (ГЛЖ). Всем больным была выполнена стандартная эхокардиография (ЭхоКГ) и чреспищеводная трёхмерная ЭхоКГ в реальном масштабе времени с последующей трёхмерной реконструкцией МК и количественным анализом. Количественный анализ МК включал оценку фиброзного кольца (ФК), створок МК и динамических показателей. Контрактильность ПМ оценена с позиции их деформации и скорости деформации с использованием технологии Speckle Tracking Imaging – 2D Strain.

Результаты. При ГКМП и АГ выявлено

увеличение площадей створок МК. При ГКМП площадь передней створки МК увеличена у 12% пациентов, задней – у 23% больных, обеих створок – в 42% случаев, что значимо чаще по сравнению с пациентами с АГ ($\chi^2=8,53$; $df=3$; $p=0,04$). Площадь задней створки МК при ГКМП значимо больше, чем при АГ ($6,45 \pm 1,93$ см², $Me = 6,7$ см² vs $5,15 \pm 1,57$ см², $Me = 4,8$ см²; $p=0,02$). У пациентов, имевших увеличенную площадь створок МК, наблюдались большие значения периметра ($N=27,88$; $p=0,00001$), высоты ($N=7,82$; $p=0,005$), переднелатерального-заднемедиального диаметра ($N=25,99$; $p=0,00001$) ФК и площади тентинга створок МК ($N=11,85$; $p=0,008$) по сравнению с больными, имевшими нормальную площадь обеих створок МК.

У пациентов с ГКМП обнаружено снижение деформации ПМ. При ГКМП деформация переднебоковой (ПБ) ПМ отсутствовала в 15% случаев, заднемедиальной (ЗМ) ПМ – у 32% больных. Значения деформации ПБ и ЗМ ПМ коррелировали со средним градиентом обструкции в ВОЛЖ ($r=0,41$; $p=0,02$; $r=0,71$; $p=0,00001$). Деформация ПБ и ЗМ ПМ были взаимосвязаны с площадью задней створки МК ($r=0,5$; $p=0,03$; $r=0,7$; $p=0,0006$).

Выводы. 1) При ГКМП геометрия створок изменена: площадь передней створки увеличена у 12% пациентов, задней – у 23% больных. Площадь обеих створок увеличена у 42% больных ГКМП. 2) Контрактильность ПМ снижена при обструктивной ГКМП. У 32% больных отсутствует контрактильность ЗМ ПМ, а у 15% пациентов отсутствует деформация ПБ ПМ. 3) Установлена связь деформации ПМ с градиентом обструкции в ВОЛЖ. 4) При ГКМП деформация ПМ коррелирует с площадями передней и задней створок МК.

ВЛИЯНИЕ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.В. Касумов¹, И.В. Осипова², Н.В. Погосова³, А.И. Мирошниченко⁴

¹Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Первомайская центральная районная больница имени А.Ф. Воробьева», Россия, г. Новоалтайск; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Барнаул; ³Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Москва; ⁴Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул открытого акционерного общества «Российские железные дороги», Россия, г. Барнаул

Цель. Изучить влияние места жительства на выраженность отдельных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди больных среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе сельской поликлиники при центральной районной больнице и поликлиники НУЗ ОКБ на станции Барнаул. В исследование включены 114 больных (женщин – 72,8%, мужчин – 27,2%), проживающих в сельской местности и 72 пациента (женщин – 65,3%, мужчин – 34,7%), проживающих в городе, средний возраст которых составил $66,4 \pm 6,5$ лет и $67,5 \pm 9,2$ лет соответственно. Соотношение сельских и городских жителей составило 61,3% и 38,7% соответственно.

Каждый участник исследования проходил анкетирование, на основании которого оценивались такие факторы риска ССЗ, как курение, физическая активность, нерациональное питание, психологическое состояние, ожирение, уровень общего холестерина и глюкозы, артериальное давление.

Результаты. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: стресс в течение последнего года – у 81,6% сельских жителей и 57% городских жителей

($p < 0,05$), нерациональное питание – у 64% жителей села и 84,7% жителей города ($p < 0,05$), повышенное офисное артериальное давление – у 62,3% сельских жителей и 59,7% городских жителей, гиперхолестеринемия – у 57,1% сельских жителей и 80,6% горожан ($p < 0,05$), ожирение – у 40,3% сельских жителей (среднее значение ИМТ = $29,9 \pm 5,4$) и 41,6% горожан (среднее значение ИМТ = $29,2 \pm 4,1$), гипергликемия – у 31,4% сельских жителей и 7,5% горожан ($p < 0,05$), низкая физическая активность – у 30,7% сельских жителей и 76,4% жителей города ($p < 0,05$), курение – у 11,4% жителей села и 15,3% жителей города.

Выводы. Таким образом, можно увидеть, что в обеих группах преобладают такие ФР, как гиперхолестеринемия, стресс и нерациональное питание. Отмечается, что сельские жители чаще подвержены стрессу в 1,4 раза, у них в 4 раза чаще выявляется гипергликемия, но при этом они в 2,5 раза реже страдают гиподинамией, у них реже встречается нерациональное питание в 1,3 раза, гиперхолестеринемия – в 1,4 раза, курение – в 1,4 раза. Достоверных различий по таким факторам риска, как ожирение и повышенное офисное АД не выявлено.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.В. Касумов¹, И.В. Осипова², Н.В. Погосова³, А.И. Мирошниченко⁴

¹Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Первомайская центральная районная больница имени А.Ф. Воробьева», Россия, г. Новоалтайск; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Барнаул; ³Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Москва; ⁴Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул открытого акционерного общества «Российские железные дороги», Россия, г. Барнаул

Цель. Изучить распространенность некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди мужчин и женщин, страдающих артериальной гипертонией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В рамках исследования КОМЕТА были обследованы 186 человек в возрасте 55-89 лет, из них мужчин – 30.1%, женщин – 69.9%. Средний возраст женщин – 66,8±7,7 лет, мужчин – 66,9±7,8 лет. Все лица обращались на прием самостоятельно, критерием включения служило наличие АГ или ИБС, или их сочетание. Было проведено анкетирование по опроснику HADS, оценены основные факторы риска ССЗ: индекс массы тела (ИМТ), уровень общего холестерина (ОХС), глюкозы крови и офисного АД. Исследование проводилось на базе сельской поликлиники при центральной районной больнице и поликлиники НУЗ ОКБ на станции Барнаул.

Результаты. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин и мужчин: гиперхолестеринемия выявлена у 31,6% женщин и 31,4% мужчин, $p=0.004$, гипергликемия – у 26,1% женщин и 7,1% мужчин ($p<0,05$), ожирение – у 51,8% женщин и 33,3% мужчин (средний ИМТ среди женщин равен 30.2±5.1, среди мужчин – 28.4±4.2), ($p<0,05$), курение – у 3,8% женщин и 35,7% мужчин ($p<0,05$), повышение офисного

АД $\geq 140/90$ мм. рт. ст. – у 50,7% женщин, 46,4% мужчин. Уровень показателей шкалы Т по опроснику HADS в среднем составил 7,9±3,8 балла, шкалы D – 8,3±3,9 балла. У 27,4% пациентов выявлено клинически значимое состояние тревоги ($T \geq 11$ баллов), соотношение среди них женщин и мужчин составило 76,5% ($p<0,01$) и 23,5% ($p<0,01$) соответственно. У 25,8% выявлена субклиническая тревога ($T=8-10$ баллов), из них женщин – 79,2% ($p<0,01$) и мужчин – 20,8% ($p<0,01$). У 28,5% пациентов, из которых женщин – 71,7%, мужчин – 28,3%, выявлена клиническая стадия депрессии ($D \geq 11$ баллов). Субклинический уровень депрессии ($D=8-10$ баллов) выявлен у 26,9% обследуемых, из них женщин – 72%, мужчин – 28%.

Выводы. В результате исследования выявлено преобладание у женщин большинства основных факторов риска ССЗ. А именно у женщин гипергликемия встречается в 3,7 раза чаще, чем у мужчин, ожирение – в 1,5 раза, клиническая тревога – в 3,3 раза, субклиническая – в 4 раза. А у мужчин ведущим фактором риска является курение, которое встречается в 9,4 раза чаще. Достоверно значимых различий по таким факторам риска, как гиперхолестеринемия, повышенное офисное АД, субклинический и клинический уровни депрессии не выявлено.

СИНДРОМ БРУГАДА ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

М.А. Керчева¹, Т.Р. Рябова¹, А.М. Гусакова¹, В.В. Рябов^{1,2,3}

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск; ²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Россия, г. Томск; ³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Актуальность. Синдром Бругада (СБ), впервые описанный в 1992 году, является причиной внезапной сердечной смерти (ВСС) в 4% случаев и характеризуется синкопальными состояниями и эпизодами ВСС у пациентов без органических изменений сердца. Основным диагностическим критерием данного клинико-электрокардиографического синдрома является постоянная или транзиторная блокада правой ножки пучка Гиса с подъёмом сегмента ST в правых грудных отведениях (V1-V3). Частота встречаемости СБ в европейской популяции составляет 1-5 на 10000 человек, чаще встречается у мужчин. СБ вызывается патологическими вариантами генов, ответственных за кодирование каналов и белков ионного транспорта, и наследуется по аутосомно-доминантному типу. Помимо генетических нарушений, большое значение в развитии данного синдрома играет активация парасимпатической или торможение симпатической нервной системы, усиливающие аритмогенез; дисбаланс между β- и α-адренергической стимуляцией.

Цель. Проанализировать возможные проявления синдрома Бругада, характерные для ОКС, и провести дифференциальный диагноз.

Материалы и методы. Больной В., 31 год поступил в отделение неотложной кардиологии 17.10.2017 в 18.10 через 2 часа от начала болевого приступа с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС): острый первичный передний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) от 16.10.2017. Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 16.10.2017 года, когда впервые в жизни в 17.00 появились жгучие боли в области сердца, длительностью до 30 минут после психоэмоционального напряжения, купировались самостоятельно. 17.10.2017 после употребления алкогольных напитков боли возобновились. На фоне чего отмечает эпизод потери сознания, длительностью до нескольких минут, пришел в сознание самостоятельно. Среди факторов риска ИБС: ожирение 1 степени, курение, гиперхолестеринемия (7,3 ммоль/л). Из анамнеза: менискэкто-

мия правого коленного сустава в 2015 году в связи с травмой.

Результаты. На момент поступления артериальное давление 121/69 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 101 уд в мин. По данным коронароангиографии от 17.10.2017 – атеросклероза коронарных артерий не выявлено. Однако отмечается повышение тропонина I до 0,9 нг/мл от 18.10.17. Соматически: повышенного питания, вес 105 кг, рост 180 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Язык влажный, не обложен. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Стул, диурез в норме. По данным эхокардиографии: фракция выброса левого желудочка составляет 66%, нарушений локальной сократимости не выявлено. Сонная и бедренная артерии – просвет свободный. Осмотрен аритмологом 18.10.2017 – на электрокардиограмме (ЭКГ), по данным холтеровского мониторирования ЭКГ выявлены признаки СБ (17.10.2017: ритм синусовый с частотой 103 в 1 мин. Подъем R≥2 мм по отношению к изоэлектрической линии с последующим седлообразным подъемом сегмента ST≥0,5 мм, положительный зубец T в V2 и переменный в V1). Из семейного анамнеза известно, что мать умерла в 52 года от ВСС. Учитывая наличие ЭКГ-паттерна СБ, однократного эпизода потери сознания в анамнезе, ВСС у родственника первой степени родства - пациенту выставлен диагноз СБ. На основании жалоб на момент поступления, анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований выставлен клинический диагноз: ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST с исходом в нестабильную стенокардию. 10.02.2018 – произведена имплантация АИКД.

Выводы. Описанный клинический случай напоминает о необходимости включения в диагностический поиск СБ при наличии подъема сегмента ST в правых прекардиальных отведениях на ЭКГ.

РОЛЬ МАРКЕРОВ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПЕРВИЧНЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

М.А. Керчева¹, Д.А. Воробьева¹, С.В. Демьянов¹, В.В. Рябов^{1,2,3}

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск; ²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Россия, г. Томск; ³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Актуальность. Несмотря на современные достижения в ведении пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) и активное внедрение в клиническую практику фармако-инвазивного подхода, проблема развития неблагоприятного ремоделирования левого желудочка (ЛЖР) не теряет своей актуальности и встречается в 30% случаев у пациентов после ИМ (Galli, 2016). В настоящее время уже сформулирован основной паттерн развития ЛЖР, определены ключевые ультразвуковые маркеры, характеризующие его неблагоприятное течение. Однако, существует и другая парадигма развития неблагоприятного ЛЖР, в основе которой лежат ранние и отсроченные структурно-функциональные изменения метаболизма соединительной ткани в ответ на ИМ в условиях аспетического воспаления. В настоящее время уже определен широкий спектр биомаркеров, ассоциированный с развитием неблагоприятного ЛЖР, однако, поиск единственного маркера с наилучшими аналитическими характеристиками, объясняющими механизмы развития постинфарктного ЛЖР, вызывает собой большой интерес у исследователей. Изучение роли нового маркера – стимулирующего фактора роста (sST2), сравнение его с уже известным маркером гемодинамического стресса натриуретическим пептидом (NT-proBNP) в развитии неблагоприятного ЛЖР приблизит нас к более точной оценке риска развития неблагоприятного ЛЖР в отсроченном периоде ИМ.

Цель. Оценить связь маркеров sST2 и NT-proBNP с развитием неблагоприятного ЛЖР у

пациентов с передним ИМспST в течение 6 месяцев от начала заболевания.

Материалы и методы. В исследование включен 31 пациент с ИМспST (средний возраст 59 лет). Чрескожное коронарное вмешательство проведено всем пациентам в среднем в течение 8 часов от начала заболевания. Образцы сыворотки крови, а также параметры эхокардиографии были оценены на 1-е, 3, 7-е, 14-е сутки, а также через 6 месяцев от начала заболевания.

Результаты. Сывороточные уровни обоих маркеров (sST2, NT-proBNP) снизились относительно 1-х суток к 6 месячному периоду наблюдения. Отмечено снижение сывороточного уровня sST2 в течение первых 7 суток от начала заболевания: [214 (28; 279) нг/мл, $p=0,001$; 87 (22; 113) нг/мл], уровень NT-proBNP, напротив, снижался лишь с 7-х суток ($p<0,05$) [472 (34; 1640) пг/мл, $p=0,001$; 164 (27; 536) пг/мл]. В группе с развитием неблагоприятного ЛЖР к 6 месячному периоду наблюдения отмечено, что повышенный сывороточный уровень sST2 был связан с развитием раннего ЛЖР на 1-е, 3 и 7-е сутки от начала заболевания ($r=0,8$; $r=0,6$, $r=0,9$, $p<0,05$). Отсутствие снижения сывороточного уровня NT-proBNP до 125 мкг/мл к 7 суткам ($r=0,7$, $p<0,05$) было связано с развитием неблагоприятного ЛЖР к 6 месячному периоду наблюдения.

Выводы. Повышенные уровни sST2 и NT-proBNP на 7-е сутки связаны с развитием неблагоприятного ремоделирования левого желудочка к 6 месячному периоду наблюдения.

ВЛИЯНИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КРОВИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА ТЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА

М.А. Киргизова, М.А. Штатолкина, Т.Е. Сулова, В.В. Рябов

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск

Актуальность. Несмотря на успехи современных консервативных и оперативных методов лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ), проблема развития и прогрессирования ХСН после ОИМ сохраняется. Последние десятилетия во всем мире активно изучаются механизмы постинфарктной регенерации. Как известно, стволовые клетки (СК) человека, образующиеся в костном мозге, участвуют в процессах регенерации миокарда после ишемического повреждения сердца путем запуска кардиомиогенеза и неангиогенеза, и как следствие уменьшения образования рубцовой ткани, предупреждения неблагоприятного постинфарктного ремоделирования сердца.

Цель. Определить влияние циркулирующих в крови CD34+38-, CD133+, CD117+, CD90+34- клеток костного мозга (ККМ) у пациентов с первичным острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМ с п. ST) на течение постинфарктного периода.

Материалы и методы. В открытое, проспективное исследование включено 19 пациентов (14 (74%) мужчин и 5 (26%) женщин в возрасте 58±20 лет) с ОИМ с п. ST. Все пациенты получали лечение ОИМ согласно национальным рекомендациям, проводилась тромболитическая терапия, чрескожное коронарное вмешательство, кроме того, назначалась стандартная медикаментозная терапия. Среднее время реканализации составило 5,0 (4,4;6,0) ч. Всем больным проведен забор цельной крови в количестве 2 мл, взятой с ЭДТА из локтевой вены в день поступления, на 1-е, 3-и сутки острого ИМ с целью определения CD34+38-, CD133+, CD117+, CD90+34- клеток методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACSCalibur (Becton Dickinson, USA). Подсчитывали абсолютное содержание клеток. Через 7,70 ± 0,42 лет после ОИМ проведено контрольное обследование: физикальный осмотр, тест 6-минутной ходьбы, эхокардиографиче-

ское исследование. Для статистической обработки использовали “STATISTICA for Windows ver 10.0”

Результаты. Установлен пик выработки CD 117+ в первые часы ОИМ (1,3 (0,4; 1,3) в 1 мкл), CD 133+ в первые часа ОИМ (1,5 (1,1; 1,6) в 1 мкл) и CD 34+38- к 3-м сутки ОИМ (до 2,7 (1,3; 3,2) в 1 мкл). Через 7 лет наблюдения получена информация о жизненном статусе 19 пациентов (100%): 7 больных (36%) умерло, было 2 случая повторного ИМ (10%) – фатальных, нестабильная стенокардия была у 6 пациентов (31%). Больные показывали удовлетворительную ТФН (ТШХ - 468,3±83,3м). ХСН II ФК и более в отдаленные сроки у 6 пациентов (31%), ХСН IА и IБ стадии наблюдалась у 7 пациентов (37%). По данным ЭХО-КГ у пациентов в среднем были повышенные объемные показатели ЛЖ: КДО (140,8±50,6) мл, КСО (86,0±43,6) мл, а фракция выброса ЛЖ была умеренно снижена: 41,5±11,6%.

Установлены статистически достоверные отрицательные корреляционные связи развитием клинически значимой ХСН (ХСН ≥IА стадии, ХСН ≥II ФК) и содержанием CD 133+ ККМ в первые часы ОИМ ($R=-0,9$; $p\leq 0,05$), а также абсолютным числом CD 117+ ККМ в первые часы заболевания ($R=-0,9$; $p\leq 0,05$).

Выводы. У больных ОИМ с п. ST в первые сутки заболевания количество циркулирующих в крови CD117+, CD133+, CD34+38-, CD90+34- ККМ значительно увеличивается. Установлено, что у больных острым первичным ИМ с подъемом сегмента ST высокое содержание циркулирующих в крови CD117+, CD133+ ККМ в первые часы заболевания, ассоциировано с благоприятным течением постинфарктного периода, с меньшей частотой развития ХСН в отдаленные сроки после ОИМ. А высокий выброс CD34+38- клеток в первые сутки заболевания тесно сопряжен с развитием клинически значимой ХСН.

ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИИ КАРДИОЛОГИИ ТОМСКОГО НИМЦ

М.А. Киргизова, А.А. Дедкова, И.В. Кистенева, Е.В. Борисова

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск

Цель. Изучить варианты течения нарушений ритма сердца (НРС) и подходы к лечению аритмий у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ 44 историй болезни беременных с различными видами НРС. Возраст обследованных составил от 19 до 41 года (средний возраст $31,2 \pm 5,04$ лет). У 25 пациенток (57%) установить причину НРС не удалось. С верифицированным кардиологическим диагнозом было 19 пациенток (43%): у 6 (14%) диагностирован миокардит, вегетососудистая дистония выявлена у 4 (9%), гипертонической болезнью страдали 3 пациентки (7%), у одной (2%) был врожденный порок сердца, у 5 (11%) подтвержден синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Тактика ведения каждой беременной обсуждалась на консилиуме совместно с акушерами-гинекологами.

Результаты. У 33 пациенток (75%) НРС были выявлены еще до беременности, давность аритмологического анамнеза составила $7,9 \pm 1,1$ лет. У 17 беременных (39%) была зарегистрирована желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), у 6 (14%) наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ), эпизоды наджелудочковой тахикардии (НЖТ) зарегистрированы у 6 пациенток (14%), неустойчивые эпизоды желудочковой тахикардии (ЖТ) – у 5 (11%) беременных, нарушение проводимости сердца в виде атриовентрикулярной блокады (АВБ) зарегистрировано у 4 (9%), синдром слабости синусового узла диагностирован у одной (2%), а синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта у 5 пациенток (11%). На синкопальные и пресинкопальные состояния в анамнезе указывали 15 (34%) беременных. У

четверых (9%) обследуемых в анамнезе имеются указания на внезапную сердечную смерть у родственников. В медикаментозном лечении нуждались только симптомные и гемодинамически значимые аритмии, 20 (45%) пациенток получали терапию по поводу НРС: три пациентки (7%) принимали метопролол по поводу ЖЭ, 16 (36%) использовали верапамил для купирования НЖТ, одна беременная женщина (2%) с ЖТ принимала соталол. В шести случаях (14%) потребовалось выполнение оперативного вмешательства. Двум пациенткам была выполнена радиочастотная абляция (РЧА) ЖТ во время беременности на сроках 26 и 27 недель. По поводу НЖТ трем пациенткам на сроках 27-31 неделя беременности выполнена РЧА предсердной тахикардии. В одном случае потребовалась имплантация электрокардиостимулятора по поводу АВБ II степени Мобитц II на 24 неделе беременности. Ни в одном случае не было выявлено отрицательного влияния НРС на течение беременности и развитие плода.

Выводы. НРС, наблюдавшиеся у беременных пациенток, ни в одном случае не привели к прерыванию беременности, 20 (45%) пациенток получали антиаритмическую терапию, в шести случаях (14%) потребовалось выполнение оперативного вмешательства. Назначение антиаритмической терапии и проведенное оперативное лечение позволили при динамическом наблюдении совместно с акушерами-гинекологами эффективно вести беременных женщин до родов.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В.В. Кириллова

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центр специализированных видов медицинской помощи «Институт медицинских клеточных технологий», Россия, Екатеринбург; Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Екатеринбург;

Актуальность. Эффективность терапии и переход на поддерживающие дозы диуретиков при застое в большом круге кровообращения у клиницистов не вызывает затруднений (по динамике периферических отеков и размерам печени), тогда как при застое в малом круге имеются трудности с определением венозной легочной гипертензии объективным неинвазивным методом.

Цель. Изучить возможность применения в клинической практике ультразвукового способа диагностики венозной легочной гипертензии для оценки эффективности диуретической терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 30 пациентов в возрасте 64.2 ± 2.3 лет (12 мужчин) с хронической сердечной недостаточностью III функционального класса по NYHA с венозной легочной гипертензией, установленной по эхокардиографии на основании максимального и минимального диаметров видимых легочных вен. Через четыре месяца общепринятого лечения ХСН с индивидуальным подбором торасемида повторно проведена эхокардиография по стандартному протоколу с дополнительным измерением диаметров легочных вен. У всех испытуемых получено письменное согласие на участие в исследовании. Статистическую обработку результатов исследования проводили по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Данные представлены в виде $M \pm m$.

Результаты. Все исследуемые пациенты

имели диастолическую ХСН с сохранной фракцией выброса ($57,60 \pm 2,80\%$). Средний максимальный и минимальный диаметры видимых легочных вен исследуемых пациентов до лечения составили $22,38 \pm 0,39$ мм и $11,86 \pm 0,27$ мм соответственно, что свидетельствует о наличии у них венозной легочной гипертензии. Через четыре месяца проводимой медикаментозной терапии выявлено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение максимального диаметра легочных вен до $17,9 \pm 0,62$ мм, минимального диаметра легочных вен – до $8,4 \pm 0,69$ мм, что свидетельствует о снижении давления в легочных венах. Выявлено достоверное ($p < 0,05$) улучшение и других эхокардиографических показателей: средний размер левого предсердия на левом боку уменьшился с $42 \pm 0,88$ мм до $37,9 \pm 0,61$ мм; площадь левого предсердия – с $28,9 \pm 0,91$ см² до $24,2 \pm 0,83$; площадь правого предсердия – с $20,8 \pm 0,79$ мл до $17,9 \pm 0,80$; систолическое давление в легочной артерии с $34,25 \pm 1,28$ мм рт. ст. нормализовалось до $20,14 \pm 1,06$ мм рт. ст.

Выводы. Таким образом, способ ультразвуковой диагностики венозной легочной гипертензии по исследованию максимального и минимального диаметров легочных вен у пациентов с хронической сердечной недостаточностью позволяет подобрать эффективную диуретическую терапию, заключающуюся в снижении или нормализации давления в легочных венах наряду с уменьшением площади предсердий, давления в легочной артерии, и своевременно обоснованно переходить на поддерживающие дозы петлевых диуретиков.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЭЛА В СОЧЕТАНИИ С АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКИМ СЕРДЦЕМ

В.А. Козик, Н.Г. Ложкина, М.Х. Хасанова, Е.А. Стафеева, А.А. Толмачева, Е.А. Найдена, В.Б. Барбарич, А.Д. Куимов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Новосибирск

Цель. Представить клинический случай рецидивирующей ТЭЛА в сочетании с амиодарон-индуцированный тиреотоксическим сердцем.

Материалы и методы. Представлен клинический случай рецидивирующей ТЭЛА в сочетании с амиодарон -индуцированный тиреотоксическим сердцем. Пациент проходил лечение в городской клинической больнице №1 с 02.01.2018г. по 24.01.2018г. в 1 кардиологическом отделении на базе регионального сосудистого центра №1. Больному был проведен полный комплекс клинических исследований, таких как КТ-ангиография органов грудной клетки, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, Rg ОГК, УЗИ вен нижних конечностей, консультации узких специалистов. Течение основного заболевания осложнялось рецидивирующим тиреотоксикозом, выраженной венозной недостаточностью а также пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, тахисистолическим вариантом. В настоящий момент пациент выписан из стационара, чувствует себя удовлетворительно, выполняет рекомендации. Бытовые физи-

ческие нагрузки переносит хорошо.

Результаты. Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики и течения - немассивной ТЭЛА в сочетании с тяжелой коморбидной патологией (пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, ХБП, тяжелая хроническая венозная недостаточность ПБ, амиодарон -индуцированная тиреотоксическая кардиомиопатия). И стоит отметить, что успех в диагностике и лечении зависит от высокой квалификации медицинских кадров, а также совместной работы врачей различных специальностей.

Выводы. Несмотря на наличие клинических рекомендаций и локальных, принятых в конкретном учреждении стандартов по ведению коморбидных пациентов, все же остаются определенные трудности в диагностике и выборе тактики лечения конкретного пациента. Наличие различных патологий безусловно усугубляет ситуацию. Представленный клинический случай демонстрирует сложности ведения нестандартного пациента, взвешенной оценки риска\пользы разных видов лечения.

СКРУЧИВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ (32-37 НЕДЕЛЬ)

А.Н. Криволицкая, А.И. Унашева

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Россия, г. Томск

Цель. Оценить скручивание левого желудочка (ЛЖ) у детей, рожденных преждевременно на поздних сроках беременности (32-37 недель).

Материалы и методы. Анализ выполнен у 57 детей, преждевременно рожденных на поздних сроках беременности (ПРПСБ) – на сроке 32-37 недель, в возрасте от 1 года до 5 лет ($3,51 \pm 1,41$ г). Группу сравнения составили 42 здоровых ребенка, рожденных доношенными аналогичного возраста ($2,95 \pm 1,67$ г). Все дети, включенные в данное исследование, относились к группам здоровья I-IIА. В течение последних 6 месяцев до момента включения в исследование ни один ребенок не переносил острых респираторных вирусных инфекций. Всем детям выполнена стандартная эхокардиография и постпроцессинговый анализ механики ЛЖ с использованием технологии «след пятна» (Speckle Tracking Imaging-2D Strain). По сохраненным серошкальным изображениям из парастернальной позиции по короткой оси ЛЖ на уровне базальный, верхушечных сегментов и папиллярных мышц (ПМ) оценены ротация ЛЖ на уровне базальных (RotMV:), верхушечных сегментов (Rotapex) и ПМ (RotPM). Запись серошкальных изображений осуществлена при частоте кадров (frame rate) 60 и более сек. Скручивание (Twist) ЛЖ определено по кривой автоматически. Раскручивание (Untwist) ЛЖ оценено как разность ротации ЛЖ на уровне апикальных и базальных сегментов (RotApexE-RotMVE) в период ранней диастолы ЛЖ либо автоматически по кривым скоростей ротации ЛЖ в данный период.

Результаты. Ротация ЛЖ на уровне базальных сегментов и ПМ снижена у ПРСПБ детей сравнению с ЗД детьми (RotMV: $-5,38 \pm 4,370$ vs $-6,20 \pm 2,580$; $p=0,03$; RotPM: $-2,80 \pm 4,790$ vs $-5,26 \pm 6,560$; $p=0,04$).

Скручивание и скорость скручивания ЛЖ существенно отличались у ПРСПБ детей по сравнению со ЗД детьми (Twist: $3,548 \pm 9,6060$; Медиана (Me) = $4,300$ vs $9,322 \pm 11,0250$; Me = $9,710$; Zadj = $3,02$, $p=0,003$; Twist Rate: $1,617 \pm 100,090/c-1$; Me = $65,340/c-1$ vs $82,636 \pm 93,7620/c-1$; Zadj = $2,20$, $p=0,03$).

Обнаружено снижение раскручивание ЛЖ у ПРСПБ детей сравнению с аналогичными показателями у здоровых сверстников ($42,502 \pm 112,0920$ Me = $60,940$ vs $-106,719 \pm 132,6440$; Me = $123,050$, Zadj = $-2,99$, $p=0,003$). У недоношенных детей, рожденных преждевременно на поздних сроках беременности, время до максимального раскручивания ЛЖ превышало значения в группе здоровых ровесников ($381,352 \pm 69,808$ мс; Me = $393,50$ мс vs $342,262 \pm 71,277$ мс; Me = $341,50$ мс; Zadj = $-2,61$, $p=0,009$).

Выводы. 1. Ротация ЛЖ на уровне базальных сегментов и ПМ снижена у недоношенных детей, рожденных преждевременно на поздних сроках беременности, по сравнению с группой здоровых детей.

2. Особенности механики левого желудочка у недоношенных детей, рожденных преждевременно на поздних сроках беременности, детей проявляются снижением в значениях скручивания и раскручивания ЛЖ.

ДЕПРЕССИЯ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

Э.А. Крымов, Е.А. Громова, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова, Д.О. Панов,
В.В. Гафаров

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Россия, г. Новосибирск; ²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Новосибирск

Цель. Определить влияние депрессии на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) у мужчин в открытой популяции 25-64 лет в России/Сибири.

Материалы и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» обследована случайная репрезентативная выборка населения лиц мужского пола 25-64 лет Новосибирска в 1994 году (657 мужчин, средний возраст которых составил $44,3 \pm 0,4$ г, отклик – 82,1%). Репрезентативная выборка была сформирована согласно требованиям протокола программы «MONICA». Программа скринингового обследования включала измерение артериального давления (АД). Было проведено тестирование по психосоциальным методикам: Депрессия (БД – большая депрессия; УД – умеренная депрессия) – тест «MOPSY»; тест Брекман-Сим (тест социальной поддержки). Программа скринирующего обследования включала: регистрацию социально-демографических данных, определение депрессии за 16-летний период. Статистический анализ проводился с помощью программ «SPSS-10». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для риска развития (HR) развития артериальной гипертензии с учётом различного времени контроля. Было выявлено 46 впервые возникших случаев артериальной гипертензии – у мужчин.

Результаты. В открытой популяции 25-64 лет уровень депрессии составил у мужчин – 29% (3,1% – БД, 25,9% – УД). Социальный гра-

диент существенно влияет на частоту депрессии. Найдено достоверное увеличение уровня БД у разведённых мужчин 14,7%, в сравнении с женатыми мужчинами (2,7%) ($\chi^2=14,519$ $\nu=2$ $p<0,001$). У мужчин с незаконченным средним/начальным уровнем образования достоверно выше уровень БД (7,4%) в сравнении с мужчинами, имеющими высшее образование ($\chi^2=6,211$ $\nu=2$ $p<0,05$). У лиц с низким профессиональным уровнем (7,4%) БД встречается чаще чем у руководителей (1,3%). Наибольший риск развития АГ в однофакторной модели риска Кокса приходится на первые 5 лет наблюдения, далее в течении 10, 16 лет наблюдения риск снижается максимально через 16 лет (HR=6,7 (95%ДИ 3,5-8,2; $p<0,01$, HR=4,2 (95%ДИ 2,5-6,1; $p<0,05$), HR=2,15 (95%ДИ 1,1-7,2; $p<0,05$ соответственно). Многофакторный регрессионный анализ Кокса, с включением в модель возраста и социальных характеристик показал увеличение риска АГ у мужчин с депрессией больше и незаконченным средним – начальным уровнем образования, среди лиц, рабочих специальностей, среди разведённых.

Выводы. Установили, что в популяции среди мужчин 25-64 лет, распространенность депрессии составляет 29%. Социальный градиент существенно влияет (увеличивает) на частоту развития АГ при депрессии (начальный уровень образования, рабочие профессии, maritalный статус). Наибольший риск развития АГ приходится на первые 5 лет наблюдения.

ОПЫТ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Д.В. Крючков, Д.В. Карась, Я.В. Данильченко, Е.А. Бацина

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. В настоящее время организации с целью оптимизации своих бизнес процессов внедряют системы качества, основанные на базовом стандарте ISO 9001. Особенности и характер научной и медицинской деятельности определяют необходимые направления и пути развития систем управления научно-медицинских учреждений, основанные на получении новых знаний и удовлетворении пациентов оказываемой медицинской помощью.

Цель. Представить собственный опыт развития системы менеджмента качества (СМК) научно-медицинского учреждения.

Материалы и методы. База исследования – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Институт). Проведен логический анализ процесса развития и документации СМК Института за 2009-2017 гг.

Результаты. В 2010 г. при проектировании СМК на основе стандарта ISO 9001 выделены процессы управленческой деятельности руководства, процессы жизненного цикла, обслуживающие процессы, процессы измерения, анализа и улучшения. Многокомпонентность структуры организации (научная, медицинская деятельность), характер научных исследований (фундаментальные, прикладные) определили запросы персонала к модели СМК Института, в ходе развития которой учтены требования стандартов, гармонизированных с системой ISO 9001: в 2011 г. – «Руководящих указаний по вовлеченности и компетенции персонала» (ГОСТ Р ИСО 10018) и «Руководства по устойчивой практике внедрения менеджмента знаний» (ГОСТ Р ИСО 54875), в 2014 г. – «Бережливого производства» (ГОСТ Р ИСО 56404), в 2016 году – «Менеджмента риска» (ГОСТ Р ИСО 31000), в 2017 г. – «Изделий медицинских – требования для целей регулирования» (ГОСТ ИСО 13485).

Так, с целью вовлечения персонала в управленческую деятельность сотрудники Инсти-

тута принимают участие в различных совещательных органах (например, Ученый совет, Проблемная комиссия, Больничный совет) и внутренних аудитах системы качества учреждения. Для повышения компетентности персонала ежегодно формируются планы обязательного и желательного обучения, регулярно на базе Института проводятся различные конференции, семинары, мастер-классы, практикуется система наставничества опытных специалистов над молодыми. С целью менеджмента знаний в учреждении, например, постоянно происходит их верификация, начиная с утверждения темы фундаментального научного исследования вплоть до рецензирования направляемых в печать научных статей и заявок на гранты. Для управления рисками и возможностями регулярно происходит их верификация и анализ, что в результате влияет на стратегические цели развития Института, которые ежегодно утверждаются Ученым советом Института. Методы бережливого производства реализуются в постоянном повышении удовлетворенности потребителей, результативности и эффективности процессов деятельности и менеджмента в целом. Например, ориентация на создание ценности для пациента способствовала развитию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Другим примером бережливого производства и учета возможностей служит интегрирование в модель СМК Института требований по проектированию и разработке медицинских изделий, осуществляемых совместно со стратегическим партнером Института – компанией «Неокор».

Выводы. Разработанная модель СМК обеспечивает гармоничное развитие и достижение целей Института, упорядочивает и организует все процессы деятельности учреждения, технологическую и исполнительскую дисциплину, адекватное реагирование на изменение законодательства, адаптацию к требованиям потребителей и заинтересованных сторон.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

О.К. Кузьмина¹, Ю.Е. Теплова², О.Л. Барбараш¹

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово

Цель. Сопоставить данные трансторакальной эхокардиографии с динамикой толерантности к физической нагрузке (ФН) у пациентов с недостаточностью митрального клапана (МК).

Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента, перенесших хирургическую коррекцию изолированной недостаточности левого атрио-вентрикулярного отверстия в клинике НИИ КПССЗ в 2013-2015 гг. Всем реципиентам искусственных клапанов сердца до оперативного лечения и через год после коррекции порока проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и трансторакальную эхокардиографию (ЭхоКГ). Пациенты условно разделены на подгруппы в зависимости от изменения функционального класса хронической сердечной недостаточности по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (ФК ХСН). Лица с увеличением толерантности к физической нагрузке на один ФК по NYHA через год после операции составили группу «слабой динамики» (I группа), на два-три ФК – «значительной динамики» (II группа).

Результаты. Через год после устранения недостаточности МК лучшую динамику эхокардиографической картины показали пациенты со значительным изменением толерантности к физической нагрузке. Так сокращение конечного диастолического размера левого

желудочка (КДР ЛЖ) на 10,25% ($p=0,003$) и конечного диастолического объема ЛЖ (КДО) на 22,65% ($p=0,003$), способствовало восстановлению его нормальной геометрии и уменьшению индекса сферичности в диастолу (ИСд) на 8,33% ($p=0,004$). В результате снижения объемной нагрузки фракция выброса ЛЖ (ФВ) снизилась на 7,07% ($p=0,0001$), ударный объем (УО) – на 27,63% ($p=0,0001$), что привело к регрессу массы миокарда ЛЖ (ММ) на 17,38% ($p=0,003$), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММ) – на 19,86% ($p=0,004$), уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗС) – на 7,7% ($p=0,04$). В процессе обратного ремоделирования сократились размеры левого предсердия (ЛП) на 5,74% ($p=0,0003$), правого желудочка (ПЖ) – на 4,88% ($p=0,002$), продольный (ПП1) – на 12,15% ($p=0,0006$) и поперечный размер правого предсердия (ПП2) – на 19,7% ($p<0,0001$). При этом среднее давление в легочной артерии (ДЛАср) в обеих подгруппах уменьшилось более чем в два раза ($p=0,01$; $p<0,0001$).

Выводы. Таким образом, у пациентов после изолированного протезирования митрального клапана значительное увеличение толерантности к физической нагрузке свидетельствует об эффективной коррекции порока и адекватном обратном ремоделировании миокарда.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

А.П. Леготин¹, Н.Н. Бурков², А.Р. Шабаев², Р.Ю. Лидер¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Несмотря на наличие ряда исследований, посвященных оптимизации сроков выполнения каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), единого мнения относительно целесообразности применения данной опции лечения у больных в остром периоде ишемического инсульта нет. Согласно национальным рекомендациям по реваскуляризации головного мозга при атеросклеротическом поражении брахиоцефальных артерий (БЦА), КЭЭ выполняется в течение двух недель от последнего эпизода ОНМК/транзиторной ишемической атаки (ТИА). В соответствии с европейскими рекомендациями по ведению больных с ишемическим инсультом и ТИА, КЭЭ должна выполняться как можно раньше после цереброваскулярной катастрофы: в идеале, в течение двух недель (класс II, уровень В). Однако частота повторных ОНМК/ТИА в этот период достигает 21%, что сдерживает хирургическую активность в острейшем периоде ОНМК в реальной клинической практике.

Цель. Анализ госпитальных результатов КЭЭ в остром периоде ОНМК в рамках одноцентрового проспективного регистра.

Материалы и методы. За период с 2011-2017 гг. выполнено 1336 КЭЭ. Из них в 143 случаях (10,7%) вмешательство выполнялось в остром периоде ОНМК (до 30 дней от начала манифестации неврологической симптоматики). Средний промежуток времени от развития ОНМК до КЭЭ составил $13,8 \pm 8,4$ дней. Из них 83 пациента (58%) получили реваскуляризацию

головного мозга (ГМ) в течение двух недель с момента развития ОНМК. Для определения компенсаторных возможностей церебрального кровотока, интраоперационно использовалась методика инвазивного измерения ретроградного давления (РД).

Результаты. Наиболее часто, КЭЭ проводилась по классической методике с пластикой артерий заплатой из ксеноперикарда (НеоКОР). В ряде случаев выполнялась гибридная операция в объеме чрескожного коронарного вмешательства и КЭЭ, которая позволила обеспечить реваскуляризацию ГМ и миокарда с промежутком до одного часа. Защита мозга осуществлялась при помощи поддержания среднего артериального давления на уровне 80-90 мм рт. ст. на основании показателей измерения ретроградного давления инвазивным методом. В послеоперационном периоде значимой динамики в неврологическом статусе выявлены не были. Лишь в одном случае развилось осложнение в виде ОНМК с выраженным неврологическим дефицитом. Летальных исходов и ИМ зафиксировано не было. Трем пациентам была выполнена ревизия послеоперационной раны в виду развития острой гематомы (2,1%).

Выводы. Проведенное исследование показало, что выполнение КЭЭ в острую стадию ОНМК является эффективным и безопасным методом реваскуляризации ГМ. Тем не менее, необходимо дальнейшее изучение данного вопроса с целью определения оптимальных сроков хирургической коррекции каротидного стеноза в острой стадии ишемического инсульта.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ТРЕНИРОВОЧНОЙ ДОЗИРОВАННОЙ ХОДЬБОЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Е.А. Леушина, О.С. Шапкина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Россия, г. Киров

Актуальность. по определению Всемирной организации здравоохранения, физическая активность – это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий. Регулярная физическая активность умеренной интенсивности, такая как ходьба, езда на велосипеде или занятия спортом, имеет значительные преимущества для здоровья, снижает риск развития артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца, инсульта, диабета, депрессии. Недостаточная физическая активность является одним из основных факторов риска смерти в мире и ее уровни во многих странах растут.

Цель. Оценка влияния занятий тренировочной дозированной ходьбой на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией и ожирением.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Было изучено 30 человек с АГ I и 2 степени, средний возраст которых составил 46 [40,0; 53,0] лет, которым была предложена программа краткосрочных (стационарных) тренировочных занятий дозированной ходьбой. Исходя из результатов индекса массы тела, у 30% пациентов наблюдалась избыточная масса тела, 30% – страдали ожирением I степени, 7% имели ожирение II степени и 7% – ожирение III степени, 26% пациентов были с нормальной массой тела. Исследование было проведено с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. В качестве инструмента для оценки качества жизни пациентов использовался общий опросник MOS 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), разработанный A.L. Stewart, R. Hays, J.E. Ware and RAND Corporation. Опросник включает в себя 36 вопросов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье,

жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Критериями исключения служили отказ пациента от участия в исследовании, гипертонический криз и состояние после него, АГ 3-й степени, наличие серьезных осложнений АГ. Для обработки данных был использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10 (StatSoft, USA).

Результаты. В ходе исследования выявлены следующие данные по шкалам: физическое функционирование – 92,5 [85,0; 95,0], ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – 100,0 [25,0; 100,0], интенсивность боли – 74,0 [72,0; 100,0], общее состояние здоровья – 67,0 [57,0; 80,0], жизненная активность – 67,5 [55,0; 80,0], социальное функционирование – 75,0 [62,0; 100,0], ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 100,0 [33,0; 100,0], психическое здоровье – 70,0 [60,0; 76,0]. Общие показатели составили для «Физического компонента здоровья» – 53,0 [47,0; 54,0], для «Психического компонента здоровья» – 45,5 [41,0; 53,0].

Выводы. Таким образом, было установлено, что результаты соответствуют удовлетворительным значениям качества жизни по всем шкалам. Для улучшения качества жизни пациентов, необходимо рекомендовать долгосрочные тренировочные занятия дозированной ходьбой. Такие упражнения повышают степень тренированности сердечно-сосудистой системы и являются профилактическим средством в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и сахарного диабета. Снижение массы тела – необходимое условие нормализации физического и психического здоровья людей. На сегодняшний день, систематическая физическая активность остается главным условием успеха при любом методе терапии.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Е.А. Леушина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров

Актуальность. Кардионеврология – это интегративное направление в медицине. Артериальная гипертония (АГ) является важным предиктором возникновения когнитивных нарушений, вплоть до степени деменции. Когнитивные нарушения выявляются у 73% пациентов как среднего, так и пожилого возраста с длительностью АГ более 5 лет. Важно понимать, что у пациентов с АГ на самых ранних этапах развития нарушения кровообращения в головном мозге в молодом и среднем возрасте почти всегда отмечаются когнитивные нарушения различной степени выраженности.

Цель. Оценка когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертонией и цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Было изучено 30 человек, средний возраст которых составил $53 \pm 1,5$ год. Исследование было проведено с учетом требований Хельсинской декларации прав пациента. Для объективизации когнитивных нарушений применялся общепринятый стандарт скрининга «Краткая шкала оценки психического статуса – Mini-Mental State Examination» (MMSE). Задания, включенные в эту шкалу, оценивают память, ориентировку, счет и конструктивный праксис. Критериями исключения служили отказ пациента от участия в исследовании, наличие сопутствующей патологии (онколо-

гическое заболевание, психические расстройства). Для обработки данных был использован пакет прикладных статистических программ STATISTICA 10 (StatSoft, USA).

Результаты. В ходе исследования выявлено, что ни один из пациентов не получил максимальную оценку (30 баллов); умеренные когнитивные расстройства присутствовали у 28 пациентов (27-25 баллов); выраженные когнитивные расстройства наблюдались у 2 человек (24 и менее баллов).

Выводы. Таким образом, в результате исследования, было установлено, что 93% пациентов, страдающих артериальной гипертонией и цереброваскулярной патологией имеют умеренные когнитивные расстройства. При подозрении на сосудистую этиологию когнитивных расстройств целесообразно дополнять шкалу MMSE нейропсихологическими тестами, чувствительными в отношении лобной дисфункции. При низкой оценке (24 и менее баллов) к обследованию привлекают психоневролога, психолога, используют специальные тесты для диагностики деменции и уточнения ее природы (сосудистая деменция, атрофические заболевания головного мозга). Следует отметить, что основными направлениями ведения больных с когнитивными нарушениями при АГ являются купирование декомпенсации патологического процесса, профилактика прогрессирования заболевания, снижение выраженности когнитивных нарушений.

ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ (НЕФРОГЕННЫЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

М.Д. Магомедьяев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Выявление нефрогенных артериальных гипертензий (НАГ) с поражением паренхимы почек у больных с «гипертонической болезнью» (ГБ).

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. обследованы 2150 больных в возрасте от 5 до 84 лет со стойкой артериальной гипертензией и диагнозом эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), «гипертоническая болезнь» (ГБ).

Результаты. При всестороннем обследовании НАГ была диагностирована у 42,0% больных. После операции у 87% больных был получен хороший и удовлетворительный эффект. Нефрэктомия, декапсуляция почек, спланхниканглионэктомия (СГЭ) у 62% привели к нормотензии, у 25% значительному снижению АД, уменьшение доз гипотензивных препаратов. У 13% больных операции привели к снижению АД на 15-20 мм рт. ст. Кисты почек были выявлены у 3,0%, поликистоз у 0,7% пациентов. Удаление кист, оментореваскуляризация, рас-

ширенная СГЭ у 65% больных привели к снижению АД. Диабетический гломерулосклероз был диагностирован у 2,5% пациентов. У 88% пациентам была выполнена расширенная СГЭ, декапсуляция почки с удовлетворительным эффектом. Нефролитиаз с хроническим пиелонефритом был диагностирован у 4,2% больных, нефроптоз у 2,0% больных. Нефропексия, пластика почечных артерий, СГЭ привели к нормотензии у 91,7% пациентов. У 2 больных из-за выраженного нефроангиосклероза операции не привели к нормотензии. Болезнь Ормонда (забрюшинный фиброз) со сдавлением мочеточника явилась причиной АГ у 0,3% больных. Гипернефрома с АГ была диагностирована у 0,3% больных и после операции у всех больных АД нормализовалось.

Выводы. Таким образом, диагноз ЭАГ и «ГБ» должен ставиться только при исключении всех форм АГ. При стойкой НАГ, малоэффективности консервативных мероприятий больным показано оперативное лечение.

СИНДРОМ КОННА (ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ): СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**М.Д. Магомедьяев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, В.И. Хаджиев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Выявить первичный гиперальдостеронизм (синдром Конна) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. обследованы 2150 больных в возрасте от 5 до 75 лет со стойкой артериальной гипертензией (АГ) и диагнозом ГБ.

Результаты. При всестороннем обследовании больных у 71,0% больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился и были выявлены различные формы вторичных артериальных гипертензий. Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм) с аденомой надпочечников (НП) был диагностирован у 9,8% больных. Небольшие аденомы, макро- и микронодулярная гиперплазия надпочечника (НП) при УЗИ, ангиографии не были диагностированы и были установлены у 32,2% больных только при МРТ и КТ. При ревизии забрюшинного пространства у 22 пациентов была выявлена

микро- или макронодулярная гиперплазия НП, у 10 больных образования диаметром от 1 до 4 мм не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 98% наступил хороший гипотензивный эффект. При двусторонних поражениях НП нормотензия наступила только у 65%. Длительный гипотензивный эффект наблюдается у больных, которым было выполнено удаление опухоли, НП с над-, и поддиафрагмальной СГЭ, расширенной десимпатизацией. Хирургические методы лечения при надпочечниковых АГ позволяли у 65- 85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект.

Выводы. Таким образом, широкое использование информативных диагностических методов (КТ, МРТ с контрастированием) позволяет своевременно установить диагноз и значительно снизить количество осложнений.

УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПАЦИЕНТОВ И ИХ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.А. Наумова, О.Н. Семенова, Ю.В. Булаева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Саратов

Цель. Определить уровень эмоционального интеллекта у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и их лечащих врачей, выявить взаимосвязь выявленных характеристик с приверженностью к длительной терапии.

Материалы и методы. определение парциального и интегративного уровней эмоционального интеллекта с помощью методики Н. Холла в 2014г, опрос о проводимой терапии с последующими контрольными звонками после выписки через 6 и 12 месяцев.

Результаты. участвовало 70 пациентов: 40 (57,1%) мужчин, 58 (82,9%) пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет, 21 врач: 8 (38,1%) мужчин, медиана возраста 41 год. В анамнезе у 62 (88,6%) пациентов – артериальная гипертензия, у 54 (77,1%) – гипертонические кризы, у 54 (77,1%) – ИБС, у 24 (34,3%) – перенесенный инфаркт миокарда, у 38 (54,3%) – нестабильная стенокардия, у 52 (74,3%) – ХСН, у 26 (37,1%) – нарушения ритма, у 12 (17,1%) – ОНМК. По шкале «Эмоциональная осведомленность» средний уровень парциального интеллекта выявлен у 36 (51,4%) пациентов и 10 (47,6%) врачей, низкий – у 18 (25,7%) и 6 (28,6%) соответственно, высокий у 5 (23,8%) врачей, среди пациентов не выявлен. По шкале «Управление своими эмоциями» высокий уровень – у 4 (5,7%) пациентов и 1 (4,8%) врача, средний – у 12 (17,1%) и 5 (23,8%), низкий – у 38 (54,3%) и 15 (71,4%) соответственно. По шкале «Самомотивация» высокий уровень – у 8 (11,4%) пациентов и 3 (14,3%) врачей, средний – у 26 (37,2%) и 4 (18%), низкий – у 22 (31,4%) и 14 (66,7%) соответственно. По шкале «Эмпатия» высокий уровень – 8 (11,4%) пациентов и 3 (14,3%) врачей, средний – у 10 (14,3%) и 9 (42,9%), низкий – у 38 (54,3%) и 9 (42,9%). По шкале «Распознавание эмоций других людей» высокий уровень – 8 (11,4%) пациентов и 3 (14,3%) врача, средний – у 16 (22,9%) и 9 (42,9%), низкий – 30 (42,9%) и 9 (42,9%). Интегративный уровень эмоционального интеллекта является низким для 40 (57,1%) пациентов и 13 (61,9%) врачей, средним – для 14 (20%) и 7 (33,3%) и высоким для

2 (2,9%) и 1 (4,8%) соответственно. Не заполнили опросник 16 (22,9%) пациентов. Через 6 месяцев после выписки из стационара полностью следуют врачебным рекомендациям 53% пациентов, через 12 месяцев – 50%. Пациенты со средней эмоциональной осведомленностью (18 (64,3%), $p=,01753$), средней самомотивацией (12 (60%), $p=,02762$), средней 8 (80%) и высокой эмпатией (4 (66,7%), $p=,02924$), а также высоким интегративным уровнем эмоционального интеллекта (8 (100%), $p=,01313$) продолжают терапию через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара. Пациенты с низкой способностью к управлению своими эмоциями (14 (70%), ($p=,07237$)) средней самомотивацией (14 (70%), $p=,00097$)) продолжили терапию через 12 месяцев после выписки. Пациенты с низкой эмпатией 14 (63,4%) прекратили терапию через 12 месяцев после выписки ($p=,05465$). Пациенты продолжили лечение через 6 месяцев ($p=0,01888$) и 12 месяцев ($p=0,04326$), если их лечащий врач имел среднюю эмоциональную осведомленность и прекратили терапию через 6 месяцев, если врач имел высокую самомотивацию ($p=0,09174$) и средний (не низкий) уровень эмпатии ($p=,04662$).

Выводы. Для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями наиболее выраженными явились эмоциональные проявления: управление своими эмоциями, эмпатия и распознавание эмоций других людей. Более чем у половины пациентов, интегративный уровень эмоционального интеллекта является низким. Пациенты продолжают терапию, если имеют среднюю эмоциональную осведомленность, среднюю самомотивацию, средний и высокий уровень эмпатии, высокий уровень интегративного эмоционального интеллекта и прекращают терапию, если имеют низкую эмпатию. Пациенты продолжают лечение, если врач имеет среднюю эмоциональную осведомленность и прекращают терапию, если врач имеет высокую самомотивацию и средний (не низкий) уровень эмпатии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

А.Г. Неешпапа, А.А. Потапенко

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является доказанным фактором риска развития и неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что гипергликемия запускает каскад метаболических нарушений, приводящих к поражению венул, артерий и капилляров. Наличие СД также вносит вклад в изменение реологических свойств крови, повышая риск тромбообразования.

Цель. Оценить особенности клинического течения острого периода тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов в зависимости от наличия СД 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование включены 95 пациентов, госпитализированных в учреждение с подтвержденным диагнозом ТЭЛА. Все пациенты были разделены на две группы: 1 – 20 (21%) пациентов с установленным диагнозом СД 2-го типа, среди которых 16 (80%) человек – женского пола, средний возраст составил 73 (63; 77) года; 2 – 75 (78,9%) пациентов без СД в возрасте 64 (56; 74) лет, среди которых 42 (56%) человека – женского пола.

С целью верификации диагноза ТЭЛА всем пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная томография-ангиопульмонография (МСКТ-ангиопульмонография). Также при поступлении оценивались анамнестические данные, особенности объективного статуса, тяжесть ТЭЛА по шкале PESI, лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови, Д-димер, качественный тест на белок, связывающий жирные кислоты (БСЖК), тропонин, BNP), а также электрокардиография, эхокардиография, цветное дуплексное сканирование вен нижних конечностей).

Результаты. Сравняя группы пациентов с

ТЭЛА с наличием и отсутствием СД 2-го типа, получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по тяжести ТЭЛА, определенной с помощью шкалы PESI. Так, группа пациентов с СД имела более высокие показатели по шкале PESI в баллах – 112 (101; 136) и, соответственно, более высокий класс тяжести – 4 (3; 5) в сравнении с группой без СД (PESI в баллах – 89 (72; 109), класс по PESI – 3 (2; 4). При этом в группе пациентов с ТЭЛА без сопутствующего СД наблюдалось равное количество больных низкого, промежуточного и высокого риска по шкале PESI – 26 (34,6%), 25 (33,3%) и 23 (30,6%) соответственно, в то время как в группе больных ТЭЛА с наличием СД 2 типа преобладали пациенты с высоким риском PESI – 13 (65%), $p = 0,011$.

Также у пациентов в группе с СД отмечались значимо ($p = 0,0004$) более низкие показатели сатурации кислорода в крови по сравнению с аналогичным показателем в группе пациентов без диабета: 88,0% (84,0; 91,0) против 93,5% (90,0; 96,0). Вполне ожидаемо, что такой клинический синдром, как боль в грудной клетке, встречался в группе пациентов с наличием СД значительно реже ($p = 0,051$) в сравнении с таковым в группе больных ТЭЛА без СД: 15,0% случаев против 41,3%. По уровню BNP, БСЖК, Д-димера и тропонина исследуемые группы пациентов существенно не различались.

Выводы. Результаты исследования показали, что у пациентов с сопутствующим СД 2-го типа клиническое течение ТЭЛА носит более тяжелый характер, что подтверждается значимо более высоким риском по шкале PESI по сравнению с пациентами, не имеющими диабета.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА СТАТИНОВ

Л.Д. Пересвет, И.С. Попова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Новосибирск

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смерти в индустриально развитых странах. По данным Всемирной организации здравоохранения, наиболее значимыми формами сердечно-сосудистой патологии с позиций заболеваемости и смертности являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инсульт. Одной из ведущих групп препаратов в лечении ИБС, в том числе, влияющих на прогноз заболевания, являются статины, которые помимо гиполипидемического эффекта, улучшают функцию эндотелия, снижают содержание С-реактивного белка, подавляют пролиферативную активность гладкомышечных клеток. Перечисленные свойства могут оказывать системный положительный эффект, включая уменьшение воспалительных процессов в ротовой полости.

Цель. Изучить влияние длительного приема статинов на течение воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. Проведена комплексная оценка стоматологического статуса 49 больных, находящихся на лечении в Новосибирском областном клиническом кардиологическом диспансере по поводу ИБС. Средний возраст обследованных составил $65,2 \pm 1,0$ лет. У всех обследованных имела место гиперлипидемия. Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли больные с гиперлипидемией, длительно (более 1 года) принимающие статины (35 человек). Группу сравнения составили лица, не принимающие статины (14 человек). Определялось состояние слизистой оболочки полости рта и десневого края (цвет, консистенция, конфигурация межзубных десневых сосочков). Целостность зубодесневого соединения оценивалась с помощью зондирования градуированным пародонтологическим зондом. Оценка гигиенического состояния

полости рта проводилась с помощью индекса Green-Wermillion. Степень воспаления десны определялась с помощью индекса РМА в модификации Parma (1964), выраженность воспалительно-деструктивных явлений в тканях пародонта оценивалась с помощью пародонтального индекса PI (Russel, 1956). Для оценки степени кровоточивости десен использовался индекс РВІ (Muhlemann-Saxer, 1975). Скорость секреции нестимулированной смешанной слюны определялась методом пассивного сплевывания.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что выраженность воспалительных процессов в тканях пародонта и их клинических проявлений по индексу РМА у больных, длительно принимающих статины, статистически значимо ниже ($28,26 \pm 4,93$), чем у пациентов группы сравнения ($42,98 \pm 5,51$; $P < 0,05$). Такая же тенденция прослеживается и в значениях пародонтального индекса. У больных основной группы отмечена меньшая глубина пародонтальных карманов. Степень кровоточивости десен и уровень гигиенического состояния полости рта у больных, длительно принимающих статины, и больных группы сравнения существенно не различалась. Скорость секреции ротовой жидкости у больных обеих групп не выявила статистически значимых отличий и составила $0,43 \pm 0,1$ мл/мин, при этом связи с длительностью приема статинов не было выявлено.

Выводы. Таким образом, длительный прием статинов у больных ИБС с гиперлипидемией способствовал снижению воспалительного процесса в пародонте, что может служить маркером системного противовоспалительного эффекта препаратов и являться предметом дальнейших исследований.

САРТАНЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В.И. Петренко, А.С. Кучеренко

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Россия, г. Симферополь

Актуальность. Проблема метаболического синдрома (МС) на сегодняшний день является весьма актуальной и значимой, поскольку на фоне МС значительно увеличивается риск развития сердечно-сосудистых катастроф – инфаркт миокарда, ишемический инсульт и т.д. Особый интерес представляет изучение молекулярных механизмов развития МС – работа рецепторов, отвечающих за метаболизм и внутриклеточную сигнализацию, а также эффекты и последствия их активации/ингибирования разными лекарственными препаратами.

Одной из наиболее распространенных групп лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертензии, которая является одним из признаков МС является группа препаратов, влияющих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), основными представителями которой являются сартаны – блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) и ингибиторы АПФ – иАПФ.

Цель. Проанализировать клиническую эффективность БРА и иАПФ у пациентов с МС и определить наиболее эффективную группу препаратов для патогенетической коррекции МС.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ОСП Кардиологический диспансер ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко». Пациенты находились на стационарном лечении в соответствии с протоколами терапии больных кардиологического профиля. Было сформировано две группы (n=30 в каждой): 1 – пациенты с

МС, принимавшие сартаны на фоне стандартной терапии; 2 – пациенты с МС, принимавшие иАПФ. МС подтверждали согласно критериям IDF (2005 г.). В ходе исследования использовались антропометрические, клинические, лабораторные, статистические методы. Статистическая обработка проводилась в программе Statistica 8.0, достоверность результата отмечалась при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе 2 групп пациентов выявлены достоверные различия в эффективности применения препаратов, влияющих на РААС при лечении МС в сторону БРА. Так, на фоне приема сартанов через три месяца после начала лечения выявлены позитивные сдвиги в липидограмме, достоверное снижение общего уровня лейкоцитов, ДАД и САД на фоне улучшения клинической картины – повышения толерантности к физической нагрузке, улучшения общего самочувствия, причем более значимые результаты были выявлены у пациентов, принимавших сартаны нового поколения (азилсартан, 40 мг), $p < 0,05$.

Выводы. Среди препаратов, влияющих на РААС в составе комплексной терапии пациентов кардиологического профиля с МС, наиболее эффективными препаратами для коррекции биохимических и клинических проявлений МС выявлены сартаны. Особый интерес представляет изучение и внедрение в клиническую практику сартанов нового поколения (азилсартана) в качестве патогенетически обоснованных средств коррекции проявлений МС.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

И.В. Пономаренко, И.А. Сукманова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой кардиологический диспансер»; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Барнаул

Цель. Изучить клинико-гемодинамические особенности ОКС у женщин молодого возраста

Материалы и методы. В настоящее исследование за период 2012-2017 г методом сплошной выборки были включены женщины с ИМ и НС в возрасте до 45 лет – 40 человек, находящиеся на лечении в отделении острого инфаркта АККД. У всех пациенток кроме оценки клинико-anamnestических показателей, общеклинических и биохимических параметров анализировались данные ЭКГ, ЭХО-КГ и КАГ. Критерии исключения: лица старше 45 лет, информированный отказ от участия в исследовании.

Результаты. За 5 лет в КГБУЗ «АККД» с различными клиническими вариантами ОКС поступило 40 женщин молодого возраста, что составило 13,4% от всех госпитализированных пациентов с ОКС данной возрастной категории. Средний возраст их составил $40,3 \pm 0,2$ года. У 35 (87,5%) женщин диагностирован ИМ, у 5 (12,5%) - НС. Чаще пациентки имели ИМпST-20 (57%) человек, ИМбпST диагностирован у 15 (43%) женщин. Q-ИМ диагностирован у 22 (62,9%) женщин, не Q-ИМ был у 13 (37,1%). Более половины пациенток имели ИМ передней локализации – 23 (65,7%), нижний ИМ встречался в 8 случаях (22,9%), 2 пациентки имели ИМ задней локализации-5,7%, и с такой же частотой встречался ИМ неуточненной локализации-2 (5,7%). При изучении анамнестических данных было выявлено, что 8 (20%) женщин имели отягощенный СС анамнез. Так ПИКС был у 3 (7,5%) пациенток, ЧКВ в анамнезе – у 1 (2,5%), стенокардию напряжения имели 4 (10%) женщины. «Атипичная» клиника ОКС наблюдалась у 4 (10%) женщин, у остальных же 36 (90%) больных жалобы были на типичные ангинозные боли. В дальнейшем

проанализированы варианты и частота развившихся осложнений ИМ у обследованных пациенток. У большинства из них 33 (94,3%) признаков ОСН не было выявлено. У двух (5,7%) диагностирована ОСН на уровне Killip II. В 4 случаях (11,4%) течение ИМ осложнилось формированием острой аневризмы ЛЖ. Раннюю постинфарктную стенокардию имели 3 (8,6%) пациентки. Фибрилляция желудочков зафиксирована у 1 (2,9%) женщины, переходящая АВ-блокадой 3 ст встречалась с такой же частотой-1 (2,9%). У двух (2,9%) пациенток произошел рецидив ИМ. Диагностическая КАГ была проведена всем госпитализированным пациенткам. В результате чего выявлено, что у большинства пациентов – 35 (87,5%) выявлено атеросклеротическое поражение КА, у 5 (12,5%) атеросклеротического поражения коронарного русла не выявлено. Однососудистое поражение КА диагностировано у 22 (62,9%), двухсосудистое у 8 (22,8%), трехсосудистое – у 3 (8,6%) обследованных пациенток. Поражение ПНА имело превалирующее значение и диагностировано у 21 (60%) женщин, на втором месте по частоте встречаемости поражение ОА – у 8 (22,9%), далее ПКА – 7 (20%) и СтЛКА – 2 (5,9%). ТЛТ у пациенток с ИМпST проведена в 11 (55%) случаях. У 23 (57,5%) женщин проведено стентирование КА.

Выводы. ОКС у женщин молодого возраста встречался у 13,4% из госпитализированных за 5 лет пациентов с данной нозологией моложе 45 лет. В большинстве случаев клинической формой ОКС явился ИМпST, зачастую неосложненный. Согласно данным КАГ у (87,5%) пациенток выявлено атеросклеротическое поражение КА, в половине случаев однососудистое, у 5 (12,5%) больных с достоверными критериями ИМ поражения коронарных артерий не было.

СОВРЕМЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

А.А. Потапенко, А.Г. Неешпапа

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) регистрируют ежегодно с частотой 35-40 на 100 000 человек. Приблизительно 10% пациентов погибают в первые часы и сутки после эпизода массивной ТЭЛА. В течение года умирает порядка 25% и в течение 3 лет – 35% больных, перенесших массивную ТЭЛА (Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. – Флебология, 2010).

Цель. Провести анализ клинических и лабораторных характеристик у пациентов с установленным диагнозом ТЭЛА, включенных в регистр 2017-2018 г., выявить отличия с характеристиками больных ТЭЛА, изученных в 2013-2014 годах.

Материалы и методы. В исследование были включены 96 пациентов госпитализированных с диагнозом ТЭЛА за период с декабря 2015 г. по март 2018 г. в Кемеровский кардиологический центр. Пациентам выполнялось стандартное лабораторное и инструментальное обследование, которое включало в себя проведение электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ), цветное дуплексное сканирование (ЦДС) вен нижних конечностей, определение уровня D-димера, тропонина, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) ангиопульмоно-, венакаваграфия, определялся оригинальный и упрощенный прогностический индекс 30-дневной летальности у больных ТЭЛА – Pulmonary Embolism Severity Index (PESI). В исследование, проведенное в 2013-2014 годах было включено 55 пациентов с ТЭЛА. Схема обследования была идентичной, проводимой в настоящее время.

Результаты и обсуждение. Из 96 пациентов с установленным диагнозом ТЭЛА 59 (61,5%) человек были женского пола, средний возраст пациентов составлял 66 лет, большее количество имели ожирение 75 (78,1%), артериальную гипертензию 78 (81,2%), часть больных имели сопутствующую ишемическую болезнь сердца 34 (35,4%), нарушение ритма по типу фибрилляции – трепетания предсердий 28 (29,2%), сахарный диабет 2 типа 21 (21,9%), онкологические заболевания 16 (16,7%). Зна-

чительно реже имели место такие сопутствующие патологические состояния, как хроническая почечная недостаточность 11 (11,5%), варикозная болезнь вен нижних конечностей 6 (6,2%), острое нарушение мозгового кровообращения 9 (9,4%), хроническая обструктивная болезнь легких 4 (4,2%). У 27 (28,1%) пациентов была ранее диагностированная ТЭЛА в анамнезе, 3 (3,1%) пациентки имели длительный стаж приема комбинированных оральных контрацептивов, у 1 (1,04%) пациентов были указания на гипергомоцистеинемию в анамнезе. Подавляющее большинство пациентов при поступлении предъявляли жалобы на одышку 93 (96,9%) и боли в груди 34 (35,4%), кровохарканье выявлялось у 11 (11,5%) пациентов, такие неспецифические жалобы, как синкопе и головокружение вместе присутствовали у 24 (23%) пациентов. Большее количество пациентов доставлялись в приемное отделение со стабильными показателями гемодинамики: среднее артериальное давление составляло 120/80 мм.рт.ст., частота сердечных сокращение 96 уд/мин, частота дыхательных движений 19 в минуту, насыщение артериальной крови кислородом 92%. Для постановки диагноза ТЭЛА на этапе приемного отделения в большинстве случаев выполнялась МСКТ 91 (94,8%), ангиопульмонография 22 (22,9%). В 71 (73,9%) случае была выявлена тромбоэмболия долевых ветвей легочной артерии, в 40 (41,6%) – главных ветвей, 29 (30,2%) пациентов имели инфаркт пневмонию. Источником ТЭЛА в 32 (33,3%) случаях являлся окклюзирующий тромбоз вен нижних конечностей, у 34 (35,4%) пациентов источник тромбоэмболии не выявлен. Среднее значение BNP составило 1115,0 нг/мл, D-димер – 3750,0, позитивный тропонин определялся у 2 (2,08%) пациентов (по результатам 2014 года – в 10,9% случаев наблюдался позитивный тест на тропонин), БСЖК в 13 (15,3%) случаях. Среднее значение баллов по шкале PESI составляло 96, преобладали пациенты с промежуточным риском (III класс PESI). Тактика ведения пациентов была различной. Так, подавляющее большинство пациентов получали консервативную терапию 72 (75%) пациента, тромболитическую терапию (ТЛТ)

получили 24 (25%) пациента, установлен кава-фильтр в 2 (2,1%) случаях, 15 (15,6%) пациентам потребовалось проведение искусственной вентиляции легких. Антикоагулянтную терапию получали 83 (86,5%) человека, из них непрямые антикоагулянты – 27 (28,1%), среди которых 8 (51,8%) пациентов принимали новые оральные антикоагулянты и 6 (48,2%) варфарин. Среди пациентов с ТЭЛА госпитальная летальность составила 3,1%. В 2014 году наблюдалась высокая частота смертельных исходов в госпитальном периоде – 12 пациентов (21,9%).

Выводы. При сравнении данных полученных в настоящем исследовании с результатами наблюдения больных ТЭЛА в период 2013-2014 определено, что портрет пациента с

установленным диагнозом ТЭЛА не претерпел кардинальных изменений. Так же в зоне повышенного риска по отношению к ТЭЛА остаются женщины среднего возраста, имеющие в анамнезе ожирение, сахарный диабет 2 типа, ишемическую болезнь сердца, хроническую сердечную недостаточность, артериальную гипертензию и онкологические заболевания. Низкая частота госпитальных смертельных исходов в 2018 году (3,1% против 21,9% пациентов в 2014 году), вероятно, обусловлена стабильными показателями гемодинамики пациентов в первые сутки госпитализации, меньшей частотой тяжелой коморбидной патологии и значительно низкой частотой позитивного маркера некроза миокарда.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Ю.Р. Провоторова, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Демонстрировать успешные случаи лечения протезной инфекции (ПИ) нисходящей грудной аорты (НГА) с использованием антимикробных протезов «БАСЭКС».

Материалы и методы. С 2004 по 2017 гг. было прооперировано 12 пациентов с протезной инфекцией нисходящей грудной аорты после истмопластики (5 больных), линейного протезирования (6) и эндопротезирования (1). У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось двухэтапно. Сначала из правосторонней торакотомии выполнялась аорто-аортальное шунтирование от восходящей к НГА антимикробным протезом «БАСЭКС» в условиях вспомогательного ИК. После закрытия торакотомии справа больной переворачивается на правый бок и производилась торакотомия слева. Резецируется ложная аневризма, удаляется инфицированный протез, максимально иссекается стенки аневризмы, санируется полость парааортального абсцесса сильнодействующими бактерицидными средствами (октенисепт, октениман, муравьиная кислота, хлоргексидин,

препараты йода). Аорта ушивается двухрядным швом проксимальнее и дистальнее аневризмы. Операции завершались дренированием плевральных полостей и оставлением микроирригаторов для введения антимикробных препаратов. В послеоперационном периоде проводилась детоксикационная, антибактериальная и иммунокорректирующая терапия.

Результаты. Смертность после операций составила 2 (16,7%) пациента: 1 больной скончался от продолжающегося исходного сепсиса в послеоперационном периоде, в другом случае смерть была обусловлена острой сердечной недостаточностью. Остальные больные (83,3%) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде признаков реинфекции протезов нет.

Выводы. Таким образом, аорто-аортальное шунтирование с использованием антимикробных протезов «БАСЭКС» является эффективной методикой при протезной инфекции нисходящей грудной аорты.

СЕПСИС И ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АНГИОХИРУРГИИ: МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Ю.Р. Провоторова, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Изучение информативности скинтиграфии с мечеными лейкоцитами (СМЛ) и прокальцитонинового теста (ПКТ) в диагностике раневой инфекции в ангиохирургии.

Материалы и методы. СМЛ и ПКТ проводили 93 больным с раневой инфекцией после операции на аорте и артериях. Больные с раневой инфекцией были разделены на 2 группы. Первую группу составили 48 больных с поверхностным, вторую группу 45 пациентов с глубоким нагноением ран. Также были изучены количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Результаты. У всех больных уровень ПКТ плазмы до операции был $<0,5$ нг/мл. Через 6-8 часов отмечалось умеренное повышение концентрации ПКТ у всех больных. В I группе больных были обнаружены умеренно повышенный уровень ПКТ. Выраженная гиперкальцитонинемия была выявлена у больных во II группе. После повторных операций на фоне лечения высокий уровень ПКТ в течение 24-72 часов нормализовался. Повторные операции и консервативное лечение у умерших пациентов не привели к снижению гиперкаль-

цитонии, по сравнению с выздоровевшими больными. Уровень ПКТ на фоне лечения снижался только у выживших больных. Улучшению состояния пациента всегда предшествовало снижение концентрации ПКТ. Во II группе степень гиперкальцитонинемии коррелировала со степенью интоксикации, тяжестью состояния пациентов ($p < 0,05$). У пациентов без инфекционных осложнений на 4 сутки после операции уровень ПКТ снижался до нормальных цифр ($<1,0$). Информативность ПКТ превосходили гипертермия, лейкоцитоз, ЛИИ, СОЭ и СРБ. Между показателями ЛИИ, количество лейкоцитов и степенью выраженности инфекционного процесса не имелась достоверной корреляции. СМЛ у 15 больных выявила инфекционный процесс в проекции протезов. Однако повышенное накопление меченых лейкоцитов в этих областях было менее 10-15%. Пациентам была проведена антибактериальная терапия и все больные выздоровели без повторных операций.

Выводы. Таким образом, ПКТ, СМЛ являются более информативными методами в ранней диагностике инфекционных осложнений и имеют преимущества перед традиционными методами.

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЫ АТОРВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕКАНАЛИЗАЦИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

А.С. Рагозина¹, К.Ю. Николаев², И.В. Петренко¹, И.А. Урванцева¹, А.Н. Марченко¹

¹Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Россия, г. Сургут; ²Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Россия, г. Новосибирск

Цель. Оценить влияние тяжести атеросклероза коронарных артерий на протективный эффект аторвастатина при эндоваскулярной реваскуляризации хронических окклюзий коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование вошло 38 пациентов, подвергшихся реканализации хронических окклюзий коронарных артерий. Всем пациентам назначалась нагрузочная доза аторвастатина 80 мг за сутки до операции. Тяжесть коронарного атеросклероза оценивалась по шкале SYNTAX. При анализе квартилей SYNTAX Score более 19.5 рассматривался как высокий (Q1=7, Q3=13.25, Q3=19.5). К группе высокого риска отнесено 10 человек (26,3%), к группе низкого риска 28 человек. Полученные результаты статистически значимо не различались. Летальных исходов в обеих группах в ближайшем и среднеотдалённом послеоперационном периоде не отмечено. Определялся тропонин I и МВ фракция креатинфосфокиназы, оценивалось функциональное состояние миокарда с помощью эхокардиографии за 1 сутки до, через 24 часа и через 1 месяц после чрескожного коронарного вмешательства.

Результаты. Сравнимые группы сопоставимы по полу, поражению БЦА, курению в анамнезе, перенесённому инфаркту миокарда. Количество использованных стентов также значимо не различалось. Достоверных различий в исходном уровне тропонина I и МВ-КФК выявлено не было. Средний уровень тропонина I в группе пациентов высокого риска составил $0,35 \pm 0,13$ нг/мл, в группе низкого риска $0,40 \pm 0,18$ нг/мл. В группе пациентов высокого риска (n=10) через 24 часа после реканализации окклюзии было определено диагностически значимое повышение уровня тропонинов: $0,72 \pm 0,52$ нг/мл. В группе пациентов низкого риска уровень тропонина I был значительно ниже $0,42 \pm 0,24$ нг/мл. При повторной госпитализации через 1 месяц не было выявлено достоверного повышения уровня тропонина ни у кого из обследуемых в обеих группах (1

группа: $0,40 \pm 0,27$ нг/мл, 2 группа – $0,30 \pm 0,19$). При оценке уровня МВ-КФК выявлено, что перед проведением операции повышения уровня МВ-КФК ни у кого из пациентов не отмечалось (группа высокого риска – $2,88 \pm 1,19$ нг/мл, группа низкого риска – $3,40 \pm 1,32$). Повторные измерения уровня МВ-КФК проводились через сутки и через 1 месяц после эндоваскулярной реваскуляризации. Значимого повышения уровня маркера выявлено не было: через 24 часа уровень МВ-КФК в 1й группе составил $3,17 \pm 1,47$ нг/мл, во 2й группе – $2,97 \pm 1,43$. Через 1 месяц уровень МВ-КФК в группе высокого риска – $2,38 \pm 1,14$ нг/мл, в группе низкого риска – $2,28 \pm 1,29$ нг/мл. При оценке функционального состояния миокарда также не было выявлено значимых различий в исходном уровне ФВ (1я группа – $54,70 \pm 9,32\%$, 2я группа – $58,00 \pm 11,38\%$), КДО (1я группа – $127,20 \pm 34,56$ мл, 2я группа – $128,89 \pm 32,34$ мл) и КСО (1я группа – $60,50 \pm 28,10$ мл, 2я группа – $53,43 \pm 29,75$ мл). При повторных измерениях данных показателей после реканализации ХОКА (через 24 часа и через 1 месяц) достоверного изменения исследуемых параметров не было отмечено ни в одной из групп: через 24 часа средний уровень ФВ в 1й группе – $55,00 \pm 8,78\%$, во 2й группе – $58,28 \pm 10,11\%$, КДО в 1й группе – $123,80 \pm 31,25$ мл, во 2й группе – $129,89 \pm 37,76$ мл, КСО в 1й группе – $57,50 \pm 27,70$ мл, во 2й группе – $56,79 \pm 33,25$ мл. Через 1 месяц аналогичные показатели составили: ФВ в 1й группе – $59,70 \pm 9,01\%$, во 2й группе – $59,64 \pm 10,86\%$, КДО в 1й группе – $124,00 \pm 29,93$ мл, во 2й группе – $127,36 \pm 28,67$ мл, КСО в 1й группе – $54,20 \pm 26,29$ мл, во 2й группе – $54,61 \pm 31,50$ мл.

Выводы. По результатам оценки уровня кардиомаркеров, применение нагрузочной дозы аторвастатина в 80 мг перед реканализацией и стентированием хронических окклюзий коронарных артерий обладает протективным эффектом и предотвращает развитие периоперационной ишемии миокарда. Аторвастатин в

нагрузочной дозе 80 мг оказывает протективный эффект только у пациентов с нетяжёлым атеросклерозом, то есть с баллами по шкале SYNTAX менее 19,5. При этом высокая доза

аторвастатина не оказывает значимого влияния на показатели центральной гемодинамики в ближайшем и отдалённом периоде.

АНАЛИЗ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА A1166C ГЕНА AGTR1 В РАЗВИТИИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

З.Д. Расулова, У.К. Камилова, К.Т. Бобоев

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан, г. Ташкент

Цель. Изучить распределение генотипов полиморфизма A1166C гена ангиотензиновых рецептора 1-го типа (AGTR1) у больных хронической сердечной недостаточности (ХСН) с дисфункцией почек у лиц узбекской национальности.

Материалы и методы. Всего были обследованы 114 больных с I-III функциональным классом (ФК) ХСН узбекской национальности (согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Контрольную группу составили 51 здоровых лиц узбекской национальности. Для проведения генетического анализа и определения генетических маркеров предрасположенности пациентов к ХСН, проводили выделение ДНК из лимфоцитов периферической венозной крови с определением полиморфизма A1166C гена AGTR1 с помощью полимеразной реакции синтеза ДНК на термоциклерах CG-1-96 «CorbettResearch» (Австралия) и 2720 «AppliedBiosystems» (США), а также путем ПЦР в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000, Модель 65H0-100 (Австралия). Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга (РХВ) проводят с помощью компьютерной программы анализа генетических данных «GenePop» («GeneticsofPopulation»).

Результаты. Генетический анализ частоты распределения генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 у лиц контрольной группы и больных ИБС с I-III ФК ХСН узбекской

национальности показал, что распределение генотипов соответствовало РХВ, что свидетельствует о репрезентативности выборки и отсутствии различных факторов, влияющих на генетическую структуру, а также о правильности результатов генотипирования. Результаты проведенного анализа распределений генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 у 114 больных ХСН с I-III ФК по NYHA узбекской национальности по сравнению с данными контрольной группы показали, что данный маркер самостоятельно не ассоциирован с развитием ХСН ($p > 0.05$). Однако при этом, была отмечена достоверная высокая частота встречаемости генотипа C/C в группе пациентов ХСН ($\chi^2 = 8.1$; $p = 0.04$) по сравнению с популяционной выборкой.

Анализ распределений генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ по формуле MDRD) – более 60 мл/мин/1,73 м² и менее 60 мл/мин/1,73 м² показал, что подгруппы больных ХСН со СКФ менее 60 и более 60 мл/мин/1,73 м² не отличались от контрольной группы ($\chi^2 < 3.8$; $p > 0.05$). Кроме того, подгруппы больных также не отличались между собой ($\chi^2 < 3.8$; $P > 0.05$).

Выводы. Отмечена высокая частота встречаемости генотипа C/C в группе пациентов ХСН узбекской национальности по сравнению с группой контроля. Полиморфизм A1166C гена AGTR1 у лиц узбекской национальности не ассоциирован с развитием дисфункции почек у больных с ХСН.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА T174M ГЕНА AGT С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

З.Д. Расулова, У.К. Камилова, К.Т. Бобоев, Д.Р. Тагаева, Д.Р. Машарипова

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Узбекистан, г. Ташкент

Цель. Оценить роль полиморфизма T174M гена ангиотензиногена (AGT) в развитии дисфункции почек (ДП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) узбекской национальности.

Материалы и методы. Всего были обследованы 114 больных с I-III функциональным классом (ФК) ХСН узбекской национальности (согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС). Контрольную группу составили 51 здоровых лиц узбекской национальности. Для проведения генетического анализа и определения генетических маркеров предрасположенности пациентов к ХСН, проводили выделение ДНК из лимфоцитов периферической венозной крови с определением полиморфизма T174M гена AGT с помощью полимеразной реакции синтеза ДНК на термоциклерах CG-1-96 «CorbettResearch» (Австралия) и 2720 «AppliedBiosystems» (США), а также путем ПЦР в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000, Модель 65H0-100 (Австралия). Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга (РХВ) проводят с помощью компьютерной программы анализа генетических данных «GenePop» («GeneticsofPopulation»).

Результаты. Молекулярно-генетический анализ частоты распределения полиморфизма T174M гена AGT у лиц контрольной группы и больных I-III ФК ХСН узбекской национальности показал, что распределение генотипов соответствовало РХВ, что свидетельствует о репрезентативности выборки и отсутствии различных факторов, влияющих на генетическую структуру, а также о правильности результатов

генотипирования.

Результаты проведенного анализа полиморфизма T174M гена AGT у 114 больных ХСН с I-III ФК по NYHA узбекской национальности по сравнению с данными контрольной группы показал, что распределение частот аллели M и генотипы T/M и M/M полиморфизма T174M гена AGT в изученных выборках пациентов и контроля, статистически достоверно различается ($\chi^2 > 3.8$; $p < 0.05$), можно считать аллель M и генотип T/M полиморфизма T174M гена AGT генетическим маркером прогнозирования повышенного риска развитие ХСН.

Анализ частоты распределения полиморфизма T174M гена AGT в зависимости от расчетной скорости клубочковой фильтрации (pСКФ) по формуле MDRD – более 60 мл/мин/1,73м² и менее 60 мл/мин/1,73м² показал, что у 39 больных с ХСН со pСКФ менее 60 мл/мин/1,73м² выявлена тенденция возрастания риска развития патологии с гетеро и гомозиготными генотипами полиморфизма T174M гена AGT и достоверная ассоциация с аллелем M ($\chi^2 = 4.6$; $p = 0,03$; OR=3.2; 95%CI1.058-9.587) по сравнению с контролем. Также, сохраняется достоверное снижение частоты гомозиготного генотипа T/T в данной подгруппы пациентов по отношению к группе контроля ($\chi^2 > 3.8$; $p < 0,05$), что характеризует, как генетический фактор в прогнозе развития ДП у больных ХСН.

Выводы. Для подгруппы пациентов ХСН с СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² выявлено достоверная ассоциация с аллелем M по сравнению с контролем и достоверное снижение частоты гомозиготного генотипа T/T, что можно расценивать, как генетический фактор в прогнозировании развития дисфункции почек у больных ХСН.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В ОТНОШЕНИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

А.А. Романова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Актуальность. За последние 10 лет прирост по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (ССЗ) составил около 25%. По оценкам ВОЗ, в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску, нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования, при необходимости, приема лекарственных средств.

Цель. Изучить образ жизни студентов различных вузов Томска в отношении факторов риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Специально для выполнения работы была разработана анкета и на ее основе google-форма, опрос носил анонимный характер. Статистический анализ выполнен с помощью пакета программ «Statistica, 10».

Результаты. Всего было опрошено 897 человек, среди них студентов СибГМУ (71%), ТУСУРа (13%), ТГУ (11%), ТПУ (4%), студенты прочих учебных заведений (1%); средний возраст 24±2 года. Следует обратить внимание, что 11,1% уже находятся в группе риска людей, склонных к ожирению, 9,5% страдают I степенью ожирения, 4,7% – II степени, а 5,6% ожирением III степени. Наиболее распространенной вредной привычкой является курение (37,5%), 2 место – питание фастфудом (29,6%), на 3 – распитие спиртных напитков (28,2%), на 4 – наркотики (3%). Студентами была измерена окружность талии : 50-59 см – 3%, 60-69 см – 56%, 70-79 см – 24%, 80-89 см – 9%, 90-99 см – 5%, более 100 см – 3%. В 54% семей опрошенных никто не страдает ожирением, в 25% никто не страдает, но есть родственники в группе риска, в 14,8% семей опрошенных есть родственники, страдающие ожирением I типа, в 5,1% – ожирением 2 типа, в 1,1% ожирением 3 типа. В среднем студенты потребляют алкоголь 5-6 раз в месяц (Редко употребляют 38,5%, 1-2

раза в месяц 25,2%, Не употребляют 21,1%, 1 раз в неделю 13,4%, Каждый день 1,8%). Практически половина (46,5%), студентов менее 1 раза в месяц питается в сети ресторанов общественного питания, например КФС, 26,6% 1-2 раза в месяц, 21,2% не питаются вообще, 2-3 раза в неделю 4,7%, а 1% каждый день. Свое утро 53% начинают с плотного полезного завтрака, 41,3% с перекусов по дороге на учебу, а 1% с чашки кофе и сигареты. Чаще всего студенты покупают необходимые для сбалансированного рациона продукты (73%) – крупы, овощи, курица, рыба, а вот 27% предпочитают сладости, копченые продукты, готовые салаты, чипсы, свинину, говядину. Важно отметить, что 47,7% не совмещают вредные привычки никогда, 29,7% – изредка, 10,4% – 1-2 раза в месяц, 6,9% – 1 раз в неделю, 3,3% несколько раз в неделю, 2% каждый день). 82% студентов не имеют заболеваний ССС, гипертонией страдают 5,1%, ишемическая болезнь сердца – 3%, тахикардией – 2,2%, брадикардией – 4,1%, вегето-сосудистая дистония – 2,6%, и 1% не осведомлены. Интересным является то, что 70,45% не знают значение уровня холестерина, глюкозы, концентрации ионов в крови, 20,17% – знают только значение уровня глюкозы, 6,9% знают уровень глюкозы и холестерина, и 2,45% – полностью осведомлены.

Выводы. Выполненное исследование показало, что более трети (37,5%) студентов ведут неправильный образ жизни в отношении возникновения онкологических заболеваний, более половины не осведомлены возможными последствиями и лишь только 2,45% могут полностью утверждать свой статус. На основании полученных результатов можно сделать вывод о недостаточной информированности студентов о факторах риска возникновения ССЗ, что диктует необходимость в развитии информационных программ для этой группы населения г. Томска.

АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ПРИ СТЕНОЗЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ И ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ.

Д.В. Рубан

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Астрахань

Цель. Улучшить показатели хирургического лечения пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии, многососудистым поражением коронарного русла и постинфарктным кардиосклерозом, обосновав тактику использования аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы. Исследование включило 167 пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии, многососудистым атеросклерозом коронарного русла и постинфарктным кардиосклерозом. Средний возраст пациентов составил $58,06 \pm 7,64$ года. В исследовательскую группу вошли: 103 пациента, которым выполнено АКШ на работающем сердце без использования ИК. Группу сравнения составили 64 пациента, которым была проведена операция АКШ на работающем сердце в условиях ИК. Пациентов с дистальным стенозом ствола левой коронарной артерии было большинство: 80 (77,67%) пациентов в группе исследования и 48 (75%) пациентов группы сравнения. Гемодинамическое значимое стенозирование трёх и более артерий, помимо ствола левой коронарной артерии, встречалось в большинстве случаев – у 93 (90,29%) пациентов в группе исследования и у 62 (96,88%) пациентов группы сравнения. Динамика эхокардиографии (ЭхоКС) оценивалась до операции и через 1 год после реваскуляризации миокарда. Исходные параметры ЭхоКС перед реваскуляризацией миокарда: конечный диастолический объем (КДО) в исследуемой группе – $118,54 \pm 25,29$ мл, в группе сравнения – $116,81 \pm 22,38$ мл ($p > 0,64$); Конечный систолический объем (КСО) в исследуемой группе – $48,68 \pm 11,97$ мл, в группе сравнения – $47,94 \pm 11,50$ мл ($p > 0,69$); Фракция выброса (ФВ) в исследуемой группе составила $58,28 \pm 3,07\%$, в группе сравнения – $58,06 \pm 3,82\%$ ($p > 0,70$).

Результаты и обсуждение. Время операции составило $156,90 \pm 40,26$ минут в группе исследования и $174,86 \pm 29,48$ минут в группе сравнения. Группа АКШ на работающем сердце без искусственного кровообращения отличалась достоверно меньшим временем операции ($p < 0,000148$). Средний индекс реваскуляризации составил $3,38 \pm 1,21$ у пациентов прооперированных на работающем сердце и $3,48 \pm 0,79$ у пациентов прооперированных при поддержке

искусственного кровообращения. Достоверной разницы в количестве установленных шунтов между группами не было ($p > 0,35$). Таким образом, степень реваскуляризации миокарда была высокой в обеих группах и не отличалась в зависимости использования или отказа от искусственного кровообращения. Применение ИК значительно увеличивает продолжительность оперативного вмешательства. В обеих группах после АКШ и в течение года не было выявлено смертности от кардиальных причин. В ближайшем послеоперационном периоде в 1 (0,97%) случае отмечен инфаркт миокарда при АКШ на работающем сердце без искусственного кровообращения и в 1 (1,56%) случае при АКШ на работающем сердце с поддержкой искусственного кровообращения. Течение ближайшего послеоперационного периода у 1 (0,97%) пациента в группе исследования было осложнено острым нарушением мозгового кровообращения. Через один год после операции была отмечена положительная динамика: КДО в группе АКШ без ИК – $108,74 \pm 16,31$ мл ($p < 0,00121$), в группе АКШ на параллельном ИК – $102,70 \pm 20,16$ мл ($p < 0,00031$); КСО в группе АКШ без ИК – $43,41 \pm 10,86$ мл ($p < 0,00117$), в группе АКШ на параллельном ИК – $41,05 \pm 13,21$ мл ($p < 0,00224$); ФВ в группе АКШ без ИК – $60,00 \pm 5,10\%$ ($p < 0,04033$), в группе АКШ на параллельном ИК – $60,55 \pm 5,87\%$ ($p < 0,00578$).

Выводы. Исследование подтверждает новейшие зарубежные сведения о частой распространённости дистального стеноза при поражении ствола левой коронарной артерии. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце у пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии, многососудистым атеросклерозом коронарного русла и постинфарктным кардиосклерозом, независимо от использования искусственного кровообращения или отказа от него, помогает уменьшить объем левого желудочка и увеличить фракцию выброса. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с поражением ствола левой коронарной артерии. Результаты исследования требуют дальнейшего изучения и подтверждения в многолетнем периоде.

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АНГИОХИРУРГИИ

Е.В. Семенова, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Ю.Р. Провоторова,
Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Разработка эффективных методов профилактики геморрагических осложнений в ангиохирургии.

Материалы и методы. За период с 1996 по 2017 гг. эксплантаты «БАСЭКС» были имплантированы 4550 больным с заболеваниями аорты и артерий. Из них женщин – 21,5%, мужчин – 78,5%. Средняя кровопотеря при аневризмах нисходящей грудной аорты без разрыва составила 3900+800 мл, при разрывах 4500+1200 мл и сопровождалась ауто- или аллогемотрансфузией 2560+860 мл. При реконструкции грудно-брюшной аорты (ГБА) кровопотеря составила 4200+900 мл с ауто- или аллогемотрансфузией 3800+1200 мл. Операции по поводу аневризмы брюшной аорты (АБА) сопровождалась средней кровопотерей 1300±105 мл с алло- или аутогемотрансфузией 750+84 мл. Средняя кровопотеря при реконструкции аорто-бедренного сегмента (АБС) составила 690+350 мл с возвратом аутокрови или аллогемотрансфузией 488+145 мл с одной стороны 450+120 и 250+75 мл соответственно.

Результаты. При сравнении высокопористых и низкопористых эксплантатов («БАСЭКС», «Gore - Тех», «Vascutek», «Витафлон») оказалось, что при применении высокопористых эксплантатов объем кровопотери выше. Дополнительная кровопотеря при

реконструкции аорты с использованием высокопористых эксплантатов составила от 205 до 300 мл, при АБА с прямым протезированием от 150 до 250 мл, при реконструкции АБС от 145 до 245 мл, что нехарактерно для эксплантатов «БАСЭКС» и других низкопористых эксплантатов. Объем реинфузируемой аутокрови при аневризмах ГБА значительно отставал от объема кровопотери и составлял всего 56,0+4,0%. Объем реинфузии при АБА составил 44,5 + 4,0%. Эритропоэтин использовали у 55, Ново-Север у 56 больных. Аппараты «Cell-saver» «Didaco Compact A», «Haemonetic CS-5» применяли в 295 случаях. Объем возвращенной аутокрови составляло от 67 до 82% от общего количества кровопотери. Летальность составила 5,2%.

Выводы. Таким образом, минимизировать кровопотерю, аллогемотрансфузии позволяют своевременное лечение нарушений свертываемости крови у пациентов с коагулопатиями, лечение больных перед операцией с анемией с помощью гемостимулирующих препаратов, использование анестезии с управляемой гипотензией, применение нормоволемической гемодилюции, антифибринолитических, гемостатических препаратов, тщательный гемостаз, аппараты для реинфузии крови, применение низкопористых эксплантатов.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЯ ГРУДНОЙ И ГРУДОБРЮШНОЙ АОРТЫ

**Е.В. Семенова, Р.А. Абдулгасанов, В.С. Аракелян, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев, В.И. Хаджиев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Демонстрация успешных случаев консервативного лечения больных с протезной инфекцией (ПИ) грудной и грудобрюшной аорты.

Материалы и методы. С 2004 по 2017 г. после 889 операций по поводу аневризм аорты ПИ наблюдалось у 8 (0,9%) больных. Операции были выполнены у 3 больных по поводу расщепляющей аневризмы, у 4 – аневризмы торакоабдоминальной аорты, у 1 по поводу микотической аневризмы. ПИ у 7 (87,5%) больных возникло от 8 до 15 дней, у 1 (12,5%) через 3 мес. после операции. У 5 (62,5%) больных операция сопровождалась кровопотерей более 2 л, у 2 во время операции проводился прямой массаж сердца, у 3 проводилась длительная ИВЛ, у 3 выполнена реторакотомия. Длительное (4-6 суток) дренирование плевральной полости отмечалось в 3, нагноения раны в 6 (75%), пневмония в 4 (50%), инфицированный гемоторакс в 7 (87,5%) случаях. *St. aureus* был обнаружен у 3 пациентов, *St. epidermidis* у 2 и *E. coli* и *Ps. aeruginosa* в одном случае в плевральной полости. В гемокультурах *Ps. aeruginosa* был

обнаружен у одного пациента, *St. aureus* в 2 случаях, ассоциация *Ps. aeruginosa* + *St. aureus* у одного пациента. Четырём пациентам выполнена сцинтиграфия с мечеными лейкоцитами, 6 прокальцитониновый тест. Компьютерная томография выполнена 6 больным. Пациентам была выполнена повторная операция с обработкой протеза и перипротезного пространства антисептиками (октенисепт, препараты йода), дренирование плевральной полости с постоянным введением антимикробных препаратов. Проводилась двух-, трехкомпонентная антибактериальная терапия. В 5 случаях назначались также гипохлорит натрия и озонотерапия в течение 8-10 дней.

Результаты. Из 8 пациентов 7 (87,5%) выздоровели. Смерть наблюдалась у одного пациента через 3 мес. после операции на фоне исходного сепсиса. Один больной погиб через 2 года от инфаркта миокарда.

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика ПИ и своевременное интенсивное лечение позволяет отказаться от ненужного удаления протеза у большинства пациентов.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.Н. Семенова, Е.А. Наумова, Ю.В. Булаева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Саратов

Цель. Диагностировать когнитивные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и выявить возможную взаимосвязь с приверженностью к терапии.

Материалы и методы. Анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г с помощью краткой шкалы оценки психического статуса MMSE. Приверженность оценивалась путем опроса пациентов о проводимой терапии с последующими контрольными звонками после выписки через 6 и 12 месяцев.

Результаты. Участвовало 70 пациентов: 40 (57,1%) мужчин и 30 (42,9%) женщин, 58 (82,9%) пенсионного возраста, 12 (17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62 (88,6%) пациентов – артериальная гипертензия, у 54 (77,1%) – гипертонические кризы, у 54 (77,1%) – ишемическая болезнь сердца, у 24 (34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 52 (74,3%) – хроническая сердечная недостаточность, у 26 (37,1%) – нарушения ритма, у 12 (17,1%) – перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, у 12 (17,1%) – сахарный диабет. У 36 (51,4%) пациентов не выявлено когнитивных нарушений. Легкие и умеренные когнитивные нарушения (преддементные) выявлены у 26 (37,1%) пациентов, деменция легкой степени выраженности выявлена у 4 (5,7%), деменция умеренной степени выраженности выявлена у 2 (2,9%). 2 (2,9%) пациентов отказались заполнить опросник. На момент госпитализации считали, что нужно принимать препараты постоянно – 46 (65,7%) пациентов, курсами – 8(11,4%), по потребности – 6 (8,6%), не ответили – 10 (14,3%). Реально принимали назначенные препараты постоянно 42 (60%) пациента, курсами – 6 (8,6%), иногда когда «прижмет» – 8(11,4%), 2

(2,8%) – ничего не назначали, 12 (17,1%) пациентов не ответили. 40 (57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Основные причины прекращения лечения: «хорошо и без препарата» – 10 (14,3%), «побочные эффекты» – 8 (11,4%), «сложный и неудобный режим приема» – 2 (2,9%), «материальное положение» – 2 (2,9%), «более серьезные проблемы, чем болезнь» – 2 (2,9%), «опасение нежелательных последствий лечения» – 2 (2,9%), «препараты не улучшают самочувствия» – 8 (11,4%), «не удобно посещать врача» – 2 (2,9%), «препараты ухудшают самочувствие» – 8 (11,4%). Пациенты с преддементными расстройствами (6 (75%)) считают, что препараты нужно принимать по потребности, пациенты с легкой деменцией (2 (100%)) считают, что препараты нужно принимать курсами ($p=0,00008$). Пациенты (4 (100%)) с легкой деменцией прекращали ранее назначенное лечение ($p=0,03955$). Основные причины прекращения терапии для пациентов с умеренной деменцией – «хорошо и без препарата» ($p=0,01505$), «препараты ухудшают самочувствие» ($p=,00490$). Через 6 месяцев после выписки из кардиологического стационара полностью следуют врачебным рекомендациям 53% пациента, через 12 месяцев – 50%, взаимосвязей между наличием когнитивных нарушений и продолжительностью терапии через 6 и 12 месяцев не выявлено ($p>0,05$).

Выводы. Практически у половины обследуемых выявлено нарушение когнитивных функций легкой и умеренной степени. Пациенты с когнитивными расстройствами принимают препараты нерегулярно. Взаимосвязей между наличием когнитивных нарушений и продолжительностью терапии через 6 и 12 месяцев не выявлено.

ПЕРЕКРЕСТНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ СОДЕРЖАНИЕМ АНТИТЕЛ К РАЗЛИЧНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТАМ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Е.Г. Скородумова, В.А. Костенко, Е.А. Скородумова, Л.П. Пивоварова, О.Б. Арискина, А.В. Сиверина, А.В. Рысев

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Россия, г. Санкт-Петербург

Цель. На основании перекрестного анализа связей между содержанием антител к различным инфекционным агентам в крови у пациентов с промежуточной фракцией выброса (ПФВ) левого желудочка определить – какие ассоциаты латентной инфекции у таких больных встречаются чаще и какова их связь с состоянием системы цитокинов и фагоцитоза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 195 пациентов, проходящих лечение по поводу острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН). Гендерное распределение исследуемой выборки состояло из 51 мужчины и 54 женщин. Средний возраст исследуемой когорты находился на уровне $64,6 \pm 14,8$ лет. Из всех больных по уровню фракции выброса (ФВ) отбирались пациенты с ПФВ. Всем пациентам определялись иммуноглобулины классов М и G к вирусам Эбштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирусу (ЦМВ), грибам родов *Aspergillus* и *Candida*, внутриклеточным микроорганизмам: *Toxoplasma gondii*, *Mycoplasma gondii*, *Mycoplasma pneumoniae*, которые были выявлены методом количественного иммуноферментного анализа сыворотки крови. Интерлейкин-6 был диагностирован методом иммуно-ферментного анализа. Уровень антистрептолизина-О (АСЛ-О) определялся методом латексагглютинации тест-системой BioSistems, Испания. Уровень липополисахарида (ЛПС) грамотрицательных бактерий выявлялся методом латекс-агглютинации с использованием тест-системы ЗАО БиохимМак. Полученные результаты были статистически обработаны

Результаты. Перекрестный анализ связей между инфекционными агентами и антителами у пациентов с ПФВ проводился по методу коэффициента парных корреляций (КПК) Пирсона для каждой из групп. Так, для IgG к ВЭБ имела достоверная, $p < 0,05$, корреляция к

фагоцитарному числу за 30 минут: КПК равно 0,638, сила связи средняя. Для IgM к ЦМВ имела весьма высокая корреляционная связь с АСЛ-О (КПК=0,999, $p < 0,001$), IgG к *M. hominis* – (КПК=0,995, $p < 0,001$), IgG к *M. pneumoniae* – (КПК=0,991, $p < 0,001$), ЛПС – (КПК=0,947, $p < 0,001$). Для IgG к *C. Albicans* имела средняя корреляционная связь к – фагоцитарному индексу 30% (КПК=0,699, $p < 0,05$). То же самое справедливо и для IgG к *T. gondii* к IgG к *Aspergillus* (КПК=0,698, $p < 0,05$) Весьма высокая сила связи была характерна для IgG к *M. hominis* к АСЛ-О и IgM к ЦМВ (КПК=0,983, $p < 0,001$), IgG к *M. pneumoniae* (КПК=0,995, $p < 0,001$); и IgG к *M. pneumoniae* к АСЛ-О и к IgM к ЦМВ (КПК=0,991, $p < 0,001$), к IgG к *M. hominis* (КПК=0,983, $p < 0,001$). Перекрестный анализ IgG к *Aspergillus* к IgG к *T. gondii* имел корреляционную связь средней силы (КПК=0,698, $p < 0,05$). ЛПС характеризовался весьма высокой корреляционной связью с АСЛ-О и IgM к ЦМВ (КПК=0,947, $p < 0,001$) и высокой к ИЛ-6 (КПК=0,814, $p < 0,05$).

Таким образом, инфекционный статус пациентов с ПФВ характеризовался наличием сложного микста бактериальных, вирусных и грибковых агентов, а также внутриклеточных паразитов внося свой вклад в развитие системной воспалительной реакции.

Выводы. Для экзогенного патоген-ассоциированного молекулярного паттерна, впервые приведён корреляционный анализ встречаемости тех или иных инфекций в зависимости от ФВ, что позволяет в клинической практике определять несколько антител к патогенам, не используя всю диагностическую панель, значительно удешевляя стоимость госпитализации, с учётом нетарифицируемости данной панели фондом обязательного медицинского страхования при ОД СН.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, АССОЦИИРУЕМЫЕ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ И ХСН: ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ПРОГНОЗ

А.М. Улитин, В.М. Тишкова, А.А. Куулар, А.С. Муравьев, А.А. Козырева, Ю.А. Вахрушев, Е.А. Лясникова, А.А. Костарева, М.Ю. Ситникова

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Изучение генетических фенотипов ХСН и поиск маркеров, ассоциированных с исходами заболевания может способствовать более полному пониманию патофизиологии ХСН и наметить мишени для терапевтических воздействий.

Цель. Изучить взаимосвязь клинико-инструментальных и генетических факторов, включающих полиморфные варианты генов HSPB7 (rs1739843), FRMD4B (rs6787362), rs10519210 локуса 15q22 и MADD (rs10838692, rs2290149) с выживаемостью пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и ХСН.

Материалы и методы. В исследование включено 506 мужчин в возрасте $55,4 \pm 13,5$ лет с перенесенным более 3 месяцев назад ИМ. Основную группу составили 260 пациентов с СН-нФВ (ХСН I–IV ФК, с ФВЛЖ (Simpson) <40%), референтную – 246 пациентов без клиники ХСН с ФВЛЖ (Simpson) >55%. Были проведены стандартные клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики, включая ЭХОКГ с определением основных маркеров гипертрофии и дилатации ЛЖ. Контрольную группу составили 257 здоровых донора, сопоставимых по возрасту. Проспективное наблюдение осуществляли посредством теле-

фонного контакта.

Результаты. Follow-up в среднем составил 3,3 года; выживаемость в группах с ХСН и без ХСН составила 69,3% и 96,0% соответственно. Аллель Т и ТТ генотип полиморфного варианта rs2290149 гена MADD были ассоциированы с развитием ИБС и ПИКС ($p_{1,2} < 0,005$). Наибольшая встречаемость аллеля Т обоих полиморфных вариантов rs2290149 и rs10838692 гена MADD наблюдалась у пациентов с СН-нФВ ($p_{1,2} < 0,0001$). СС генотип полиморфизмов (rs2290149, rs10838692) гена MADD ассоциирован с протективным эффектом в отношении ИБС с ПИКС и, возможно, АГ, встречающейся у $\geq 68\%$ больных и выступающей, как патология конкурирующая по отношению к ИБС. Генотип СС полиморфного варианта rs1739843 гена HSPB7 был ассоциирован с более низкой 3-х годичной смертностью у пациентов с ИБС независимо от ФВЛЖ и клинических проявлений ХСН ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные о вовлечении изученных полиморфизмов в ремоделирование миокарда подтверждают необходимость дальнейшего генетического анализа более широкой популяции пациентов ХСН ишемической этиологии.

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АОРТЫ

**В.И. Хаджиев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Выявить коарктации аорты, коарктационного синдрома (врожденной гипоплазии, стенозирующего неспецифического аортоартериита торакоабдоминальной аорты, расслаивающей аневризмы аорты) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. обследованы 2150 больных со стойкой артериальной гипертензией в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты. Коарктация аорты была выявлена у 2,5% пациентов. У 53,3% больных в возрасте от 20 до 60 лет коарктация аорты осложнилась аневризмой грудной аорты из-за длительной АГ, которая не была диагностирована в течение многих лет. Коррекция коарктации и аневризмы аорты привела к нормотензии

лишь у 25% больных. Коарктационный синдром со стенозом аорты, ее ветвей из-за неспецифического аортоартериита и врожденной гипоплазии был выявлен у 1,0% пациентов с длительностью АГ более 10 лет. Все больные были оперированы. Устранение коарктационного синдрома сопровождалось нормотензией только у 55% больных. Расслаивающая аневризма аорты была обнаружена у 0,8% пациентов. Операбельными оказались только 45% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Выводы. Объем медицинской помощи больным с АГ в России неудовлетворительный и частота ЭАГ («гипертонической болезни») в структуре АГ гораздо меньше (29%), чем упоминается в литературе (около 70-80%). При всестороннем обследовании больных в специализированных клиниках с ЭАГ («ГБ») у 71% удается выяснить причину АГ.

РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**В.И. Хаджиев, Р.А. Абдулгасанов, М.Р. Абдулгасанова, А.В. Иванов, Е.В. Семенова,
Ю.Р. Провоторова, Э.Г. Гасымов, М.Д. Магомедьяев**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Москва

Цель. Выявить частоту поражения почечных артерий, вазоренальной гипертензии (ВРГ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2017 гг. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 2150 больных со стойкой артериальной гипертензией в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 + 18 лет.

Результаты. Гемодинамические АГ были диагностированы у 9,7% больных. ВРГ была выявлена у 5,5% пациентов. У 20 больных из-за окклюзии почечной артерии (ПА) и длительной АГ имелось сморщивание почек и снижение морфометрических показателей почек, которым была выполнена нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная спланхниканглионэктомия. Стенозы ПА были выявлены у 54

больных. После пластики ПА у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 92%. У больных с длительностью АГ более 10 лет из-за необратимых изменений в почках нормализация АД произошло только у 65%. Расслаивающая аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии была обнаружена у 0,8% пациентов. Операбельными оказались только 40,0% больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты и артерий с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Выводы. Применение высокоинформативных методов диагностики (КТ, МРТ), способствуют уменьшения серьезных осложнений, количество больных с ЭАГ, улучшает результатов лечения больных. Несвоевременные операции при ВРГ у 25-35% больных не приводят к устранению АГ. Своевременное восстановление кровотока в 85-95% случаев приводит к нормализации АД.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ СИБИРСКОГО РЕГИОНА ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ PURE (PROSPECTIVE URBAN RURAL EPIDEMIOLOGY) В РОССИИ.

Д.П. Цыганкова, К.Е. Кривошапова, С.А. Максимов, Е.В. Индукаева, Г.В. Артамонова,
О.Л. Барбараш

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. Наиболее важные факторы риска развития кардиоваскулярной патологии (абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, патология углеводного и липидного обмена) являются объектом пристального внимания врачей и ученых. Образ жизни и условия проживания играют значительную роль в их распространенности.

Цель. Оценить особенности распространенности основных факторов сердечно-сосудистого риска среди городских и сельских жителей Сибирского региона по предварительным результатам исследования PURE в России.

Материалы и методы. В выборку вошло городское (1059 человек) и сельское (488 человек) население в возрасте от 35-70 лет Средний возраст составил $54,4 \pm 10,1$ и $54,5 \pm 9,2$ лет, соответственно ($p=0,734$). Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 8.0.360.0 for Windows компании StatSoft, Inc. (США), SPSS Statistics версии 17.0.0. Критическим уровнем статистической значимости принимался 0,05. Исследование выполнено в соответствии с протоколом PURE, при поддержке гранта №P0915 «Пфайзер».

Результаты. Абдоминальное ожирение встречалось у 64,4% обследованных: среди городских жителей у 61,1%, среди сельских у 71,5% ($p<0,001$), при этом у мужчин выявлялось чаще, чем у женщин (69,1% и 62,4%, соответственно, $p=0,013$). При анализе возрастных групп было выявлено, что частота данной патологии увеличивалась с возрастом: 47,3% в возрасте 35-49 лет, 65,9% в группе 50-59 лет, 77,4% среди 60-70 лет, ($p=0,001$). Артериальная гипертензия была выявлена у 61,2%. У сельских жителей чаще, чем у городских (у 65,4% и 59,2%, соответственно, $p=0,021$). При этом, встречалась одинаково часто среди мужчин и женщин (61,4% и 61,0%, соответственно, $p=0,880$). Сре-

ди групп 35-49 лет АГ встречалась у 45,3%, 50-59 лет – у 70,5%, 60-70 лет – у 83,9% ($p<0,001$). Сахарный диабет (СД) диагностировался у 10,0% обследованных (9,7% и 10,7%, соответственно, $p=0,571$). Одинаково часто среди мужчин и женщин (7,8% и 10,9%, соответственно, $p=0,064$). При анализе возрастных групп было выявлено, что минимальная распространенность СД наблюдалась в младшей возрастной группе (2,5%), в 50-59 лет – 10,1%, а в старшей возрастной группе – 16,3% ($p=0,001$). Нарушение гликемии натощак встречалось у 16,3% обследованных, одинаково часто среди городских и сельских жителей (15,2% и 18,8%, соответственно, $p=0,088$). Среди мужчин выявлялось чаще, чем среди женщин (21,7% и 13,9%, соответственно, $p=0,001$). Также, как и СД, распространенность нарушения гликемии натощак увеличивалась с возрастом (10,7% в младшей возрастной группе, 18,4% – в группе 50-59 лет и 19,8% – в старшей возрастной группе, $p=0,001$). Нарушение липидного обмена было выявлено у 45,5% респондентов и также встречалось чаще у сельских жителей, чем у городских (у 49,7% и 43,6%, соответственно, $p=0,025$). одинаково часто среди мужчин и женщин (44,8% и 45,8%, соответственно, $p=0,736$). При анализе возрастных групп было выявлено, что максимальная частота выявления данного состояния приходилась на возрастную группу 50-59 лет (59,1%), в 60-70 лет процент распространенности достигал 47,2%, а в 35-49 лет – 29,5% ($p<0,001$).

Выводы. Основные факторы сердечно-сосудистого риска (абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена) чаще выявлялись среди сельских жителей. Патология углеводного обмена (сахарный диабет и нарушение гликемии натощак) встречалась одинаково часто среди исследуемых групп населения.

МАНИФЕСТАЦИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Н.А. Черепанова

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Россия, г. Самара

Актуальность. Поражение сердца при системной красной волчанке (СКВ) является одним из тяжелых висцеритов, с частотой вовлечения в патологический процесс 52-89% и нередко оказывает заметное влияние на клиническую картину заболевания, характер его течения и прогноз. Чаще имеет место малое поражение сердца – умеренный эндо-, миоили перикардит. К редким осложнениям относят легочную гипертензию (ЛГ) и хроническое легочное сердце. Данный клинический случай демонстрирует тяжелую ЛГ, панкардит у молодой пациентки без ранее установленного диагноза СКВ.

Материалы и методы. Пациентка К., 26 лет обратилась в областной кардиодиспансер с жалобами на одышку при нагрузках, сердцебиение, общую слабость, повышение температуры. В анамнезе: спленэктомия в 6 лет; длительное время тромбоцитопения, с 16 лет – фотодерматит, который проходил самостоятельно. В акушерском анамнезе – выкидыши и аборт. За медпомощью не обращалась. Больной себя считает с мая, когда появилось жжение за грудиной, повышение температуры до 38С, одышка. Амбулаторно лечилась от ОРВИ, с улучшением. В ноябре вновь возникли аналогичные симптомы. При объективном осмотре особенностей не выявлено. При эхокардиографии обнаружены гидроперикард с умеренным количеством жидкости, ЛГ 75 мм рт. ст., дилатация правых отделов сердца, правый желудочек (ПЖ) выполняет верхушку, створки трикуспидального клапана (ТК) уплотнены, неоднородного свечения, недостаточность 1-2 степени. Компьютерная томография (КТ) легких дефектов контрастирования легочной артерии не обнаружила. МРТ сердца с контрастным усилением выявило экссудативный перикардит, интерстициальный фиброз миокарда левого желудочка со снижением пропульсивной способности. В биохимическом анализе крови без патологии. После терапии антибиотиками, диуретиками состояние несколько улучшилось. Однако у пациентки сохранялась одышка, суб-

фебрилитет, беспокоили артралгии. В процессе дообследования наблюдалось неуклонное прогрессирование симптоматики с полиорганностью поражения: сердца (панкардит, недостаточность ТК), кожи и слизистых оболочек (фотосенсибилизация, эритема в виде бабочки, при биопсии очаги полиморфно-клеточной воспалительной инфильтрации), опорно-двигательного аппарата (мигрирующий артрит, миалгии), серозных оболочек (перикардит, плеврит), системы крови (анемия, тромбоцитопения), ретикулоэндотелиальной системы (генерализованная лимфаденопатия), поражение легких (к ЛГ, хроническому легочному сердцу присоединился пневмонит), с иммунологической активностью (повышены АТ к ДНК 204 Ед/мл, SSA 28 Ед/л). Были исключены туберкулез, саркоидоз, ВИЧ, вирусные гепатиты. Диагностирована СКВ, хроническое течение, активность 3. Несколько с запозданием назначены глюкокортикостероиды (ГКС). В июне эмпирически начата терапия ЛГ силденафилом (проведение зондирования сердца ограничивалось тромбоцитопенией). Но по данным эхокардиографии нарастала ЛГ, левый желудочек принял D-образную форму из-за сдавления ПЖ, сохранялся умеренный гидроперикард.

Результаты. В сентябре в связи с декомпенсацией хронического легочного сердца больная госпитализирована в ОРИТ ревматологии городской больницы. Несмотря на проводимое лечение, в том числе пульс-терапию ГКС, пациентка погибла. На секции со стороны сердечно-сосудистой системы выявлены ЛГ, волчаночный панкардит с патогномичным поражением ТК – энкдокардитом Либмана-Сакса.

Выводы. Таким образом, наличие ЛГ и перикардита требует включения в диагностический поиск системных заболеваний соединительной ткани, особенно при неуклонном прогрессирующем характере заболевания с формированием нозологического разнообразия.

ВАЛИДИЗАЦИЯ УСТРОЙСТВА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО МЕЖДУНАРОДНОМУ ПРОТОКОЛУ

М.Ю. Шапкина, Н.А. Чуруксаева, С.К. Малютина

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики Сибирского отделения Российской академии наук», Россия, г. Новосибирск

Актуальность. Суточное мониторирование АД (СМАД) важный инструмент диагностики и тактики ведения пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Устройства СМАД нуждаются в апробации относительно эталонного ртутного тонометра в условиях реальной клинической практики у пациентов с низким, нормальным или высоким АД.

Цель. Провести валидизацию измерений систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) устройством СМАД «Восход» (ООО «ДМС Передовые Технологии», Россия) в соответствии с международным протоколом Европейского общества по Артериальной гипертензии пересмотра 2010г (ESH-IP2010).

Материалы и методы. Была исследована случайная выборка мужчин и женщин 27-78 лет, пациенты терапевтического отделения клиники НИИТПМ – филиала ИЦиГ СО РАН, Новосибирск, n=49. Измеряли окружность плеча (ОП) для последующего определения манжеты стандартного (для ОП 23-32см) или большого размера (для ОП 33-42см), регистрировали прием гипотензивной терапии. После 10 мин отдыха в положении сидя выполняли 4 повторных измерения АД с интервалом 1 мин на правой руке одновременно на исследуемом приборе и ртутном тонометре «плавающий ноль» двумя исследователями мультифонендоскопом. Результаты первого (контрольного) измерения АД участников учитывали только для распределяли по группам низкого (<129/79 mmHg), умеренного (130-160/80-100 mmHg) или высокого (>161/101mmHg) уровня САД и ДАД. В анализ включали три последующих измерения. Критериями исключения были: лю-

бой тип аритмии, плохой звук, слышимый при измерении АД ртутным тонометром, отказ пациента от исследования. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS v13.0.

Результаты. После проверки критериев включения/исключения, в анализ вошли 33 участника (16 мужчин и 17 женщин) 27-58 лет (mean=58.7; SD=3.4). ОП составила 25-42 см (mean=31.8; SD=5.0), манжета большого размера использовалась только у 5 участников исследования. Всего зарегистрировано 99 измерений САД в диапазоне 84-234mmHg: 49 измерений менее 130mmHg, 31 измерение 130-160mmHg и 19 измерений более 160mmHg; максимальная внутригрупповая разница 12mmHg. Диапазон ДАД составил 54-148 mmHg: 34 измерения менее 80mmHg, 40 измерений 80-100mmHg и 17 измерений более 100mmHg; всего 99 измерений, максимальная внутригрупповая разница 4mmHg. Межисследовательская вариабельность результатов для САД была в диапазоне от «-4» до «+4» (Mean=-0.04; SD=1.2), для ДАД – от «-4» до «+4» (Mean=+0.4; SD=2.0). Разница показателей между прибором и средним значением исследователей для САД составила менее 5mmHg (98 измерений; Mean=+0.2; SD=1.5). Для ДАД – зарегистрированы аналогичные показатели: 98 измерений с разницей менее 5mmHg (Mean=-0.3; SD=1.2).

Выводы. Исследуемый прибор суточного измерения АД и частоты пульса «Восход» (ДМС Передовые Технологии) соответствует стандартам ESH-IP 2010 и рекомендован к использованию в клинической практике для пациентов с низким, умеренным и высоким АД.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ МОЛЕКУЛ МИКРОБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ТОНКОЙ КИШКЕ, МИОКАРДЕ И КРОВИ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

М.И. Шперлинг¹, Д.А. Теркин¹, А.А. Власов¹, С.П. Саликова¹, О.В. Быстрова²,
Г.А. Осипов², В.Б. Гриневич¹

¹Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Россия, г. Санкт-Петербург; ²«Международный аналитический центр» Федерального государственного бюджетного учреждения науки «Института органической химии имени Н. Д. Зелинского Российской академии наук», ООО «Интерлаб», Россия, г. Москва

Актуальность. В последние годы получены доказательства участия кишечной микробиоты в патогенезе сердечной недостаточности.

Цель. Установить динамику концентрации молекул микробного происхождения в тонкой кишке, миокарде и крови крыс при экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН).

Материалы и методы. Исследование выполнено на 20 белых половозрелых крысах-самках, разделенных на 2 равные группы: контрольную и ЭСН. ЭСН моделировали путем п/к введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления. В образцах ткани миокарда, тонкой кишки и крови из плечеголовных сосудов методом масс-спектрометрии микробных маркеров (ММ) определяли жирные кислоты, альдегиды и спирты – маркеры бактерий. Межгрупповые различия показателей выявляли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, при $p < 0,05$.

Результаты. При ЭСН в сравнении с интактными животными в образцах тонкой кишки, крови и миокарда наблюдалось сопоставимое увеличение концентрации ММ *Prevotella* spp. ($p < 0,05$). Отмечалось повышение в тонкой кишке и в крови ММ *Lactobacillus* spp., *Streptomyces* spp. ($p < 0,05$). ММ *Streptococcus* spp. увеличивались в стенке кишки и в миокарде, а в образцах крови уменьшались ($p < 0,05$).

В пробах ткани миокарда и кишечной стенки статистически значимо снижалась концентрация маркеров основной микрофлоры кишечника: *Bifidobacterium* spp., *Propionibacterium freudenreichii*, *Ruminococcus* spp., *Eubacterium* spp. ($p < 0,05$), а также *Clostridium perfringens* и *Staphylococcus epidermidis* ($p < 0,05$).

Кроме того, изолированно в образцах ми-

окарда при ЭСН по сравнению с группой интактных животных показано уменьшение микробных маркеров *Clostridium difficile*, *Clostridium ramosum*, *Fusobacterium* spp. (единичный маркер с *Haemophilus* spp.), *Actinomyces viscosus* ($p < 0,05$). В образцах тонкой кишки при ЭСН по сравнению с группой интактных животных показано увеличение микробных маркеров *Streptococcus mutans* и снижение *Kingella* spp. ($p < 0,05$). В пробах крови из плечеголовных сосудов при ЭСН по сравнению с группой интактных животных показано увеличение микробных маркеров *Enterococcus* spp. ($p < 0,05$).

Концентрация суммарного липополисахарида имела тенденцию к увеличению в образцах крови (в 1,6 раза), кишки (в 1,23 раза) ($p < 0,1$), а в ткани миокарда снижалась на 18% ($p < 0,1$).

Выводы. Таким образом, нами установлена динамика содержания жирных кислот, альдегидов и спиртов – маркеров бактерий в ткани тонкой кишки, миокарда и крови из плечеголовных сосудов крыс в условиях ЭСН, продемонстрирован параллелизм изменений концентрации некоторых ММ в тонкой кишке, крови и миокарде крыс при ЭСН. По нашему мнению, транслокация молекул микробного происхождения из пристеночного слоя кишечника в кровотоки и внутренние органы в условиях ЭСН носит избирательный характер и определяется не только состоянием проницаемости кишечника, но и иммунобиологическими свойствами самой микрофлоры. Применение современных методов детекции молекул микробного происхождения позволит существенно расширить наши представления о роли микробиоты в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е.Я. Яхнис¹, К.А. Глебов², А.Р. Шабаев², А.Н. Волков²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Кемерово; ²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, г. Кемерово

Актуальность. В результате увеличения продолжительности жизни населения, пропорционально возрастет количество пациентов старших возрастных групп, которые подвергаются оперативному лечению по поводу ишемической болезни сердца. Несмотря на то, что в общей популяции летальность и частота осложнений после коронарного шунтирования (КШ) остаются на низком уровне, развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в раннем послеоперационном периоде меняется в зависимости от возрастной категории больного.

Цель. Выявление особенностей исходного клинического статуса, выбора стратегий хирургической реваскуляризации миокарда, а также анализ госпитальных и отдаленных исходов планового КШ в разных возрастных группах пациентов.

Материалы и методы. На основе регистра коронарного шунтирования, созданного в Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, в исследование включено 730 пациентов, оперированных за период времени с 2011 по 2012 гг. Согласно классификации ВОЗ, пациенты были распределены в группы в зависимости от возраста: 45-60 лет – средний возраст (n=174); 61-75 – пожилой возраст (n=447); старше 75 лет – старческий возраст (n=109). Ввиду относительно небольшой когорты пациентов молодого возраста, которым выполнялось КШ, на основе анализа выписных эпикризов, в исследование были включены все пациенты до 44 лет, оперированные в нашем учреждении с 2006 по 2016 гг. (n=175). Средний период на-

блюдения составил $91,5 \pm 15,7$ месяцев $\approx 7,6$ лет.

Результаты. В госпитальном послеоперационном периоде значимые межгрупповые различия в частоте развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событиях отсутствовали. Однако, пациентам старше 75 лет чаще чем больным молодого и среднего возраста выполнялась срединная ремедиастинотомия по поводу кровотечения. В отдаленном периоде наблюдения значимых межгрупповых различий в развитии большинства осложнений выявлено не было. Однако пациенты молодого возраста чаще переносили инфаркт миокарда (ИМ), что отразилось на общем статистическом различии ($p=0,045$).

Выводы. Представленное исследование продемонстрировало, что когорты пациентов разных возрастных групп, направляющихся на КШ, являются крайне разнородными. С увеличением возраста растет и частота выявления разного рода коморбидной патологии, которая оказывает неблагоприятное влияние как на госпитальные, так и на отдаленные исходы. Совокупность тяжести коморбидного фона и коронарного поражения, имеющая свои особенности в каждой возрастной группе создают специфические условия для выбора техники КШ. Широкий арсенал хирургических методов лечения позволяет персонализированно выбрать нужную технику операции, что в рамках данного исследования привело к отсутствию значимых межгрупповых различий в частоте неблагоприятных сердечно-сосудистых событий госпитального и отдаленного периодов наблюдения.