

женского пола. Степень сужения ВСА варьировала от 70 до 95%, в среднем составив $86,7 \pm 8,2\%$.

У 28 (62,2%) пациентов в анамнезе отмечались ОНМК, у 17 (37,7%) больных имели место общемозговые симптомы нарушения кровообращения. Стенокардия напряжения III функционального класса (ФК) отмечалась у 40 (85,1%) пациентов, IV ФК – у 7 (14,8%) больных, инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 28 (59,5%) пациентов, артериальная гипертензия – у всех пациентов. У 42 пациентов (89,3%) отмечался сахарный диабет.

Результаты. У большинства (83,0%) пациентов при МСКТ-ангиографии имел место равномерный тип коронарного кровоснабжения, реже – правый и левый типы (12,8 и 4,3%). Атеросклеротические бляшки, не вызывающие гемодинамически значимого сужения, выявлены у 61,7% пациентов в 101 артерии, в 190 сегментах. Они располагались чаще в проксимальных (51,1%) и в медиальных (29,8%), реже в дистальных (6,4%) сегментах и в боковых ветвях (10,6%). Гемодинамически значимые стенозы обнаружены у 44 пациентов в 62 артериях, в 83 сегментах, из которых медиальные составляли 46,8%, проксимальные – 29,8%, дистальные – 6,4%, боковые ветви – 10,6%.

С целью определения факторов, влияющих на изменение плотности бляшки каротидного и ко-

ронарного русла, был проведен регрессионный анализ в отношении традиционных факторов риска развития атеросклероза и ИБС. В результате для обоих бассейнов отмечена достоверная сильная связь плотности бляшки лишь с возрастом ($r=0,562$) и наличием сопутствующего сахарного диабета ($r=0,448$).

Рентгеновская плотность бляшек коронарных артерий, измеренная в единицах Хаунсфилда, в группах достоверно не различалась независимо от возраста. При этом эквивалентная плотность бляшек была достоверно ниже у молодых пациентов в обеих сравниваемых группах. Преимущественно это происходит за счет увеличения количества кальцинированных БЦА у пациентов старше 60 лет. В первой подгруппе среднее количество кальцинированных БЦА – $0,40 \pm 0,07$, во второй подгруппе – $1,12 \pm 0,22$. Прогрессирование кальциноза каротидного русла в старшей возрастной группе связано с множеством традиционных факторов: АГ, курение, дислипидемия, нарушения углеводного обмена.

Выводы. В результате исследования отмечена высокая распространенность кальциноза сосудистого русла у больных МФА, особенно в старшей возрастной группе.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ЖМУРОВ Д.В., ЖМУРОВ В.А., КОВАЛЬЧУК Д.Е., ТОЛСТОУХОВА Н.В.

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень. Россия

Введение. Замедление прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений у больных с хронической болезнью почек (ХБП) остается важнейшей проблемой.

Цель работы. Установить особенности ремоделирования левого желудочка у больных ХБП в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 117 больных с ХБП С1-С4, работников железнодорожного транспорта с АГ 1-2 степени (48 и 52% соответственно). Обследование включало сбор жалоб, анамнез, физикальное исследование по органам и системам, измерение артериального давления аппаратом Microlife BP AG-10 (Швейцария), ЭхоКГ проводили на аппарате Phillips (США), типы ремоделирования левого желудочка выделяли по Ganau A. et al. (2007).

Результаты. Анализируя типы ремоделирования левого желудочка в зависимости от стадии ХБП, отмечено, что нарушение геометрической адаптации нарастает по мере увеличения стадии

ХБП. Нормальная геометрия левого желудочка встречается только в 25% случаев у пациентов с ХБП С4. Концентрическое ремоделирование миокарда также увеличивается по мере прогрессирования ХБП, достигая максимальных значений (25%) у больных с ХБП С4. Концентрическая гипертрофия левого желудочка выявляется у больных ХБП, начиная со 2 стадии заболевания и достигает максимальных значений у больных с ХБП С3. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка выявляется у больных уже с 1 стадией ХБП (25%) и достигает максимальных значений у больных с ХБП С3 (39,1%), несколько снижаясь у больных с ХБП С4 (35%).

Заключение. Проведенные исследования выявили высокий процент прогностически неблагоприятного варианта ремоделирования левого желудочка – эксцентрической гипертрофии у больных с АГ и ХБП, что определяет высокий риск сердечно-сосудистых событий у данной категории пациентов.