

мышечные образования над ними. Изучали распределение ММ над ветвями венечных артерий.

Результаты. Мостики были обнаружены на 44 (67,6%) сердцах. Как правило, ММ располагались над передней межжелудочковой ветвью (ПМЖВ), левой краевой ветвью и диагональной ветвью из системы ЛВА, их количество составило 65 из 71 (91,5%). В оставшихся шести наблюдениях они были отмечены над конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью из системы ПВА. Над ПМЖВ было выявлено 56 ММ (78,87%). В основном ММ располагались в пределах проксимальной и средней трети передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ). В проксимальной трети борозды мостики были отмечены в 30 случаях (42%), в ее средней трети определялись в два раза реже. На границе проксимальной и средней трети борозды было выявлено три ММ. Всего на пяти препаратах ММ располагались в ее дистальной трети. На двух сердцах ПМЖВ погружалась в миокард в проксимальной трети борозды и выходила в субэпикардальную клетчатку у верхушки

сердца, находясь, таким образом, интрамиокардиально на всем своем протяжении. На 22 сердцах над ПМЖВ были отмечены изолированные мостики. В 10 наблюдениях имелось несколько мостиков над ПМЖВ: на девяти препаратах – по два, на одном – три. На 10 сердцах наличие мостиков над ПМЖВ было ассоциировано с их расположением над другими артериями: левой краевой ветвью, диагональной ветвью, конусной артерией и задней межжелудочковой ветвью. Наибольшее количество ММ на одном препарате составило четыре, при этом по одному мостику располагалось над ПМЖВ и диагональной артерией и два – над левой краевой ветвью.

Заключение. Результаты настоящего исследования позволяют утверждать, что в локализации ММ над ветвями ВА наблюдается относительное постоянство: в большинстве случаев «ныряющий» ход имеет ПМЖВ, над которой ММ встречаются изолированно или в сочетании с мостиками над ветвями ПВА или огибающей ветвью ЛВА.

ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

ЗАФИРАКИ В.К., КОСМАЧЕВА Е.Д.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар. Россия

Введение (цели/задачи). Оценить с помощью Сиэттлского опросника качество жизни при стенокардии (СОКЖС), изменение качества жизни у больных стабильной стенокардией напряжения (СН) в сочетании с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) после выполнения им планового чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) со стентированием.

Материал и методы. В проспективное исследование включили 135 последовательно отобранных больных с сочетанием СН и ХОБЛ, которым было выполнено плановое ЧКВ. Диагноз СН подтверждали нагрузочным тестом под контролем электрокардиограммы (ЭКГ), либо сцинтиграфией миокарда с изотопом Тс 99-м. Диагноз ХОБЛ устанавливали в соответствии с критериями GOLD 2011 с помощью спирографии с бронхолитической пробой. Для измерения одышки применяли шкалу одышки mMRC до выполнения ЧКВ. Легочную гиперинфляцию (ЛГИ) выявляли с помощью бодиплетизмографии, принимая за ЛГИ значения функциональной остаточной емкости легких (ФОЕ), превышающие 120% от должных величин. До выполнения планового ЧКВ и через месяц после него заполняли СОКЖС. Статистический анализ: критерий Уилкоксона, кластерный анализ методом К-средних.

Результаты. У больных с сочетанием СН и ХОБЛ после выполнения планового ЧКВ было за-

регистрировано значительное улучшение показателей по всем шкалам, которые входят в опросник СОКЖС. Изменения по шкале ограничений физических нагрузок произошли с исходных 51,1 [46,7; 55,6] до 75,6 [62,2; 77,8] баллов; по шкале стабильности приступов – с 50 [50; 75] до 100 [75; 125] баллов; по шкале частоты приступов – с 50 [50; 60] до 80 [70; 90] баллов; по шкале удовлетворенности лечением – с 42,5 [36,25; 53,75] до 81,25 [63,75; 93,75] баллов; по шкале отношения к болезни – с 33,3 [25; 41,7] до 75,0 [58,3; 83,3] баллов; в сумме по всем шкалам – с 48,3 [42,9; 55,2] до 81,6 [69,3; 97,1] баллов ($P < 0,001$ для всех сравнений). Кластерный анализ выявил, что больные ХОБЛ в зависимости от величины изменений по шкалам опросника СОКЖС, наступивших после выполнения планового ЧКВ, формируют два кластера: первый характеризуется наличием ЛГИ и выраженной одышкой по шкале mMRC > 2 баллов при отсутствии заметного прироста качества жизни, второй – менее выраженной одышкой, отсутствием ЛГИ или слабой ее выраженностью и значительным приростом качества жизни по опроснику СОКЖС.

Заключение. Выполнение планового ЧКВ больным с сочетанием СН и ХОБЛ, имеющим одышку более 2 баллов по шкале mMRC в сочетании с ЛГИ, не сопровождается улучшением качества жизни по опроснику СОКЖС.