

аризованный показатель реопераций и актуарный показатель отсутствия повторных вмешательств в группах БП и МП был 0,15 и 0,48% на пациента в год и 99,2% и 97,3% к 15 году наблюдения, соответственно. Госпитальная летальность при повторных вмешательствах у реципиентов БП – 5,9% (n=1), у реципиентов МП – 17,6% (n=3). Корреляционный анализ выявил обратную взаимосвязь между выживаемостью и уровнем артериальной гипертензии в отдаленном периоде ($r = -0,622$).

Заключение:

Имплантация биологического протеза улучшает показатели отдаленной выживаемости при изолированном пороке аортального клапана. Пациенты с двустворчатым аортальным клапаном нуждаются в превентивной антибактериальной терапии. Риск госпитальной летальности при повторном вмешательстве у реципиентов биологических протезов сопоставим с таковым при первичной операции, в то время как у реципиентов механических протезов он крайне высок. Наличие артериальной гипертензии при пороке аортального клапана ухудшает показатели отдаленной выживаемости.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНЫХ ЭПОКСИОБРАБОТАННЫХ БИОПРОТЕЗОВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ МИТРАЛЬНЫХ И АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ

Роголина Н. В., Одаренко Ю. Н., Кокорин С. Г.

ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, РФ

Введение (цели/ задачи):

Неудовлетворенность результатами применения современных искусственных клапанов сердца является стимулом к разработке новых моделей протезов. Анализ опыта имплантации позволяет оценить «индивидуальные» особенности нового клапана, риски развития неблагоприятных событий, что дает возможность конкретизировать спектр их клинического применения. Цель: Оценить результаты применения биологического протеза нового поколения «ЮНИЛАЙН» при пороках митрального (ПМК) и аортального клапана (ПАК).

Материал и методы:

С января 2009 по апрель 2015 года в Кемеровском кардиологическом центре имплантировано 211 протезов «ЮНИЛАЙН» (ПМК=90, ПАК=121). При ПМК средний возраст пациентов составил 64,9±9,5 лет (76,6% женщин). В 63% случаев причиной порока была ХРБС. ФП наблюдали у 61% пациента, тромбоз ушка ЛП – 8,9%, ОНМК до операции – 6,7%. Повторное вмешательство было у 8,9% пациентов. Средние сроки и объем наблюдения составили 2,3±2,1 лет и 223,7 пациенто-лет, соответственно. При ПАК средний возраст пациентов составил 66,7±5,1 лет (52% женщин). В 81% случаев причиной порока были дегенеративные изменения аортального клапана. Средние сроки и объем наблюдения составили 2,0±2,5 лет и 228,0 пациенто-лет, соответственно.

Результаты:

При ПМК госпитальная летальность была 5,5%. Линеаризованный показатель отдаленной летальности составил 2,7%/пациенто-лет (n=6). Актуарный показатель выживаемости к концу 5 года наблюдения – 94,3%. Успешно реоперирован 1 пациент по поводу протезного эндокардита, соответственно линеаризованный показатель реопераций и дисфункций был

одинаков и составил 0,45%/пациенто-лет. Тромбоэмболий и кровотечений в исследуемой группе не наблюдали. При ПАК госпитальная летальность была 3,3%. Линеаризованный показатель отдаленной летальности составил 3,95%/пациенто-лет (n=9). Протезообусловленных летальных исходов в отдаленном периоде зарегистрировано не было. Актуарный показатель выживаемости к концу 6 года наблюдения был 92,3%. Тромбоэмболий, кровотечений и реопераций в группе ПАК не наблюдали.

Заключение:

Биологический протез нового поколения «ЮНИЛАЙН» демонстрирует хорошие показатели пятилетней выживаемости как при пороках митрального, так и аортального клапанов. Возможность отказа от антикоагулянтной терапии практически сводит на нет риск развития кровотечений и тромбоэмболий. Биологический протез «ЮНИЛАЙН» показал высокую устойчивость к развитию дисфункции в первые пять лет после имплантации, однако сделать окончательное заключение будет возможно только после более длительного периода наблюдения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (РЕЗУЛЬТАТЫ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АПОЛОН)

Золотовская И. А., Давыдкин И. Л., Дупляков Д. В.

Самарский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) у пациентов, перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ) ассоциирована с высокими рисками развития повторных тромбоэмболических осложнений и повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Основные профилактические стратегии для пациентов с ФП ориентированы на использование в схемах лечения антикоагулянтов. Цель исследования: изучить приверженность к антикоагулянтной терапии пациентов с ФП, перенесших КЭИ в режиме реальной клинической практики.

Материал и методы:

В исследование АПОЛОН (Антикоагулянтная терапия у ПациентОв с фибрилЛляцией предсердий, перенесших кардиоЭмболический инсульт) методом случайной выборки последовательно включались пациенты, перенесшие КЭИ и выписанные под наблюдение на этап первичной медико-санитарной помощи из сосудистых центров г. Самары (по данным медицинских карт стационарного больного форма №033/у) в период с 01.10.2013 по 31.03.2015. Период наблюдения составил не менее 12 месяцев (12-24 месяцев) до 31.03.2016 года. За период с 01.10.2013 по 31.03.2015 скринированно 1291 пациент, из них критериям включения/исключения удовлетворял 661 пациент. В течение 12-ти месячного периода наблюдения выполнялось два телефонных контакта через 180 (±5) дней от начала инсульта (V1) и через 360 (±5) дней от начала инсульта (V2). На этапах V1 и V2 оценивалась конечная точка исследования – смертность у больных с ФП после тромбоэмболического события (КЭИ).

Результаты:

Средний возраст пациентов составил 68,0 [62,0;74,0] лет, мужчины - 244 (36,9%), женщин - 417 (63,1%). В 2014 году только 6,9% принимали антикоагулянты, в 2015 году - 17,5%. Только половина знали о своем диагнозе; 26,2% расценивали ФП, как фактор риска, связанный с угрозой для жизни и развития повторного тромбоэмболического события; только 15,4% готовы выполнять рекомендации врача по приему антикоагулянтов. Годичная летальность от начала инсульта составила 16,0% (106 пациентов, 47 мужчин/59 женщин, средний возраст 71,8±2,45 лет).

Заключение:

Исследование АПОЛПОН позволило оценить приверженность к антикоагулянтной терапии пациентов с ФП, перенесших тромбоэмболическое событие в реальной клинической практике. Высокий риск летального исхода в течение года после перенесенного ОНМК требует внедрения современных лечебно-реабилитационных и образовательных технологий, в том числе рассмотрения вопроса по обеспечению данной группы больных антикоагулянтными препаратами. Повышение уровня информированности данной группы больных на сегодняшний день достаточно широко обсуждается в рамках уже проведенных исследований, показывающий недостаточный уровень знаний больных о рисках развития инсульта при ФП и необходимость создания структурирования информационных программ обучения для пациентов с ФП.

**+405C>G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА VEGF-A
В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

Тахирова Ф. А., Акбаров З. С.

РСНПМЦ эндокринологии, Узбекистан

Введение (цели/ задачи):

Изучение распределения аллелей и генотипов +405C>G полиморфизма гена VEGF-A у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) в сравнении с практически здоровыми лицами узбекской популяции и выявление взаимосвязи клинических параметров с определенными генотипами данного гена у больных СД2 узбекской популяции.

Материал и методы:

Проведен генетический анализ на распределение аллелей и генотипов гена VEGF-A у 134-х больных мужчин СД2 и у 74-х практически здоровых лиц узбекской популяции. Больные СД2 были опрошены, также им были проведены клинические и биохимические исследования.

Результаты:

Генетический анализ на распределение аллелей и генотипов +405C>G полиморфизма гена VEGF-A показал, что у здоровых и у больных сахарным диабетом 2 типа G аллель встречался соответственно 67,6±3,85% и 64,9±2,91% случаев. По сравнению с G аллелем встречаемость C аллеля было значительно меньше и составляло в группе здоровых и больных СД2 соответственно 32,4±3,85% (P<0,001) и 35,1±2,91% (P<0,001). Частота встречаемости генотипов GG и CG среди здоровых и больных СД2 существенно не отличались и составили соответственно у здоровых 45,9±5,79% и 43,2±5,76% (P>0,05) и у больных СД2 соответственно 42,5±4,27% и 44,8±4,3%

(P>0,05). Частота встречаемости генотипа CC у здоровых и больных СД2 было наиболее низкой и составило соответственно 10,8±3,61% (P<0,001) и 12,7±2,88% (P<0,001). Сравнение частоты встречаемости аллелей C и G, генотипов GG, CG и CC у здоровых и больных СД2 не обнаружило достоверной разницы. Изучение клинической характеристики больных в зависимости от принадлежности к различным генотипам гена VEGF (GG, CG и CC) не обнаружило статистически достоверные разницы в возрасте, продолжительности СД, ИМТ, ОТ/ОБ (P>0,05). Частота встречаемости избыточной массы тела (ИЗМТ), ожирения I и II степени не имело достоверной разницы (P>0,05) в исследованных группах с генотипами GG, CG и CC. Ожирение III степени наблюдалось только в 1 (1,8%) случае при генотипе GG. У больных СД2 с генотипами CG и CC ожирение III степени не было. Частота встречаемости ожирения всех трех степеней (ожирение Iст+IIст+IIIст) вместе взятых обнаружило наиболее частую встречаемость ожирения при генотипе CC (58,8±7,1%), что достоверно больше (P<0,05), чем при генотипах GG (33,3±6,2%) и CG (35,0±6,2%). Среди исследованных групп больных с генотипами GG, CG и CC частота встречаемости артериальной гипертензии было одинаково высокой и составило соответственно 80,7±5,2%, 85,0±4,6% и 76,5±10,3% (P>0,05). Исследования наследственной отягощенности по АГ, по СД, по ожирению и по ИБС в исследованных группах больных с генотипами GG, CG и CC статистически значимой разницы не обнаружили. Изучение некоторых биохимических показателей среди больных СД2 с генотипами GG, CG и CC показало, что гликемия натощак была более низкой в группе CC (8,2±0,8 ммоль/л) (P>0,05). Уровень постпрандиальной гликемии (через 2 часа после завтрака), гликированного гемоглобина (HbA1c) в группах с генотипами GG, CG и CC существенной разницы между собой не имели. Определение показателей липидного спектра (ХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНОП, ЛПНП) в группах больных СД2 с генотипами GG, CG и CC не обнаружило достоверной разницы в содержании указанных липидов в зависимости от принадлежности больных к определенному генотипу гена VEGF. Уровень креатинина, ПТИ, ФАК и гематокрита также достоверно не отличались в группах больных СД2 с генотипами GG, CG и CC. Только содержание фибриногена в группе больных с генотипом CC (3,05±0,3 г/л) было достоверно меньше (P<0,05), чем в группе больных с генотипом GG (4,5±0,5 г/л). Изучение гемодинамических показателей (САД, ДАД, ЧСС) и некоторых показателей ЭКГ (PQ, RR) у больных СД2 в группах с генотипами GG, CG и CC существенных различий не обнаружено.

Заключение:

При изучении распределения аллелей и генотипов гена VEGF-A у здоровых и больных СД2 в узбекской популяции не обнаружены статистически достоверные различия между исследуемыми группами. Среди анамнестических антропометрических, гемодинамических, биохимических показателей у больных СД 2 типа установлена ассоциация генотипа CC гена VEGF с ожирением и пониженным уровнем фибриногена в крови.