

дуральное введение НА осуществлялось превентивно - т.е. до возобновления болевых ощущений у пациента. Критериями для эпидурального введения поддерживающих доз НА служили изменения вегетативного статуса в сторону повышения симпатической активности. Как правило, введение первой поддерживающей эпидуральной дозы НА осуществлялось через 10-20 часов после субарахноидального введения морфина. Достаточный обезболивающий эффект при люмбальном эпидуральном введении препарата для поддержания адекватной анальгезии у больных ИМ обусловлен реализацией обезболивающего действия НА как на сегментарном, так и на супрасегментарном уровнях. В среднем длительность анальгезии после поддерживающего эпидурального введения НА составляла 12-24 часа (один-два раза в сутки).

Заключение:

Использование СЭБ в особых случаях позволяет улучшить качество оказываемой помощи у больных осложненным ИМ, когда нет возможности использовать методы достижения реперфузии миокарда и коронарной реваскуляризации. Показаниями к ее проведению является наличие у пациентов угрозы развития затяжного, рецидивирующего течения ИМ, надрыва или разрыва сердца, наличие выраженного болевого синдрома, резистентного к обычной медикаментозной терапии, а также когда медицинская помощь оказывается вдали от крупных городов во время проведения работ на удаленных локациях в труднодоступных районах.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛАЗМЕННОЙ АКТИВНОСТИ МАРКЕРОВ СОСУДИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ЛИЦ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Воробьев А. С.¹, Сулейманов Р. Р.², Садыков Р. Ч.²

¹Окружной кардиологический диспансер, г. Сургут, ²БУ "ОКД "Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", г. Сургут

Введение (цели/ задачи):

Прогнозирование отдаленных осложнений у больных после перенесенного острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST) и наличием атеросклероза в каротидном артериальном бассейне с использованием современных биомаркеров является актуальной и недостаточно изученной проблемой в кардиологии.

Материал и методы:

В исследование были последовательно включены 46 лиц, находящихся на госпитальном лечении в Сургутском центре диагностики и сердечно-сосудистой хирургии (ЦДиССХ). В группу 1 вошли 26 пациентов (14 женщин и 12 мужчин, средний возраст $63,2 \pm 4,4$ года), госпитализированных в ЦДиССХ по поводу ОКСбпST (с одно-, двух- и трехсосудистыми коронарными поражениями) в сочетании с атеросклерозом брахиоцефальных артерий (БЦА); оба заболевания были представлены критическими стенозами (более 70%) в различных участках указанных артерий, что требовало проведения поэтапной хирургической реваскуляризации - ургентной транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБКА) и стентирования коронарных артерий сердца и последующей

плановой ТБКА со стентированием БЦА. В группу 2 вошли 20 больных ОКСбпST с одно-, двух- и трехсосудистыми поражениями артерий сердца без гемодинамически значимых стенозов БЦА (11 женщин и 19 мужчин, средний возраст $61,2 \pm 5,6$ лет), госпитализированных в ЦДиССХ и получивших ургентное коронарное стентирование. В рамках подготовки к оперативному лечению всем больным группы 1 в рамках общеклинического обследования было выполнено заполнение Фремингемского опросника по оценке возраста сосудов; инструментальное обследование (эхокардиография, коронароангиография с подсчетом индекса SYNTAX, ультразвуковое доплер-исследование БЦА); парное лабораторное обследование (оценка показателей липидограммы, а также сывороточных уровней hs-CRP и предшественника BNP - NT-proBNP в начале наблюдения и через 12 месяцев. В соответствии с отечественными Рекомендациями, всем больным группы 1 перед оперативным лечением, была проведена комплексная медикаментозная подготовка. Все пациенты продолжали получать лекарственную терапию в послеоперационном периоде на протяжении 12 месяцев. Лицам группы 2 также, наряду со стандартным объемом обследования, было проведено исходное инструментальное исследование (эхокардиография, коронарография), а также парное лабораторное определение сывороточных уровней hs-CRP, NT-proBNP и показателей холестеринотграммы (в начале и через 12 месяцев). Эта группа больных после коронарного стентирования на протяжении всего периода исследования получала подобную группе 1 медикаментозную терапию. По завершению динамического наблюдения были проанализированы лабораторные значения hs-CRP между выделенными группами больных в зависимости от числа коронарных / брахиоцефальных поражений; наличие и выраженность связи между уровнями hs-CRP и общеклиническими, лабораторными и инструментальными показателями. Полученные данные в случае нормального закона распределения представили как среднее (M) $\pm$ стандартное отклонение (SD); средние значения парных групп сравнивали с помощью t-теста Student. Для выявления наличия и тесноты связи между признаками мы использовали метод корреляционного анализа Pearson. Уровни значимости (p) $< 0,05$ считали статистически достоверными.

Результаты:

При исследовании исходных сывороточных концентраций hs-CRP у пациентов обеих групп установлены достоверно более высокие уровни этого маркера в группе 1 в сравнении с лицами группы 2, все $p < 0,01$. При проведении анализа линейной корреляции Pearson у всех исследуемых больных обнаружена статистически значимая прямая сильная связь сывороточных уровней hs-CRP с общим числом пораженных артерий (коронарных и брахиоцефальных), $r=0,71$, достоверная прямая средняя связь этого биомаркера со степенью выраженности стенозов ($r=0,66$) и толщиной комплекса интима/медиа ($r=0,49$) артерий по данным ультразвукового доплер-исследования БЦА и контрастной ангиографии; достоверная прямая выраженная корреляция с числом баллов по коронарографической шкале SYNTAX, $r=0,73$; достоверная прямая корреляция средней силы с количеством баллов по Фремингемскому клиническому опроснику, соответственно $r=0,52$ и $r=0,49$; значимая прямая связь средней силы с сывороточными уровнями proBNP, $r=0,68$, связь аналогичных характеристик со значениями липопротеидов низкой и очень

низкой плотности, $r=0,54$ и $r=0,61$, соответственно; достоверная обратная средняя связь с уровнями липопротеидов высокой плотности, $r=0,47$. Нами также установлена значимая прямая корреляция средней силы между показателями hs-CRP и индексом массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца, $r=0,41$; конечно-диастолического объема ЛЖ и обратная средняя связь уровней hs-CRP с фракцией изгнания ЛЖ по данным эхокардиографии, $r=0,38$, все $p < 0,05$.

Заключение:

Сывороточная активность маркера сосудистого воспаления hs-CRP достоверно ассоциируется с наличием и выраженностью атеросклероза коронарных и периферических артерий, а также числом пораженных сосудов, что соответствует величине кардиоваскулярного риска у этой категории больных. Уровни hs-CRP у исследуемых лиц отчетливо коррелируют с величинами гипертрофии, дилатации и систолической функции ЛЖ; лабораторными показателями – proBNP и липидным профилем; количеством баллов Фремингемского опросника по оценке возраста сосудов.

КАКОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ОЖИРЕНИЯ И ЛИПИДАМИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА?

Матвеева С. А.¹, Матвеев В. А.²

¹Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия,
²4-я Муниципальная клиническая больница, Рязань, Россия

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования заключалась в изучении взаимодействий между степенью ожирения/индексом массы тела (ИМТ) и липидами крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ), сумма КА+КТ, произведение КА КТ (по данным многофакторного корреляционного анализа) у женщин с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материал и методы:

Проведено обследование 53 женщин в возрасте $51,42 \pm 0,96$ г. с ИБС, ССН I-IV функционального класса (ФК) и НАЖБП включавшее сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Определяли массу тела (МТ) с точностью до 0,1 кг, рост – с точностью до 0,5 см, рассчитывали ИМТ как соотношение МТ в кг к росту в м²; липидный спектр сыворотки крови включал следующие показатели: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, КТ=ТГ/ХС ЛПВП, КА+КТ, КА КТ. Проводили многофакторный корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента-Фишера между ИМТ и показателями липидного спектра крови: I – между вариантами ИМТ и общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ; II – между значениями ≤ 10 перцентиля ИМТ и ≤ 10 перцентиля общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ; III – между показателями > 90 перцентиля ИМТ и > 90 перцентиля общего ХС, ТГ, ЛПНП,

ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ; IV – между значениями ≤ 10 перцентиля ИМТ и > 90 перцентиля общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ; V – между показателями > 90 перцентиля ИМТ и ≤ 10 перцентиля общего ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ.

Результаты:

Показано, у пациентов с НАЖБП и ИБС, ССН I-IV ФК в подгруппе варианта (80%) ИМТ равнялся $32,47 \pm 0,45$ кг/м² (ожирение I степени); ИМТ в подгруппе ≤ 10 перцентиля (10%) – $26,03 \pm 0,69$ кг/м² (избыточная МТ); ИМТ в подгруппе > 90 перцентиля (10%) – $1,12 \pm 0,59$ кг/м² (ожирение III степени). Выявлено, у женщин с НАЖБП и ИБС, ССН I-IV ФК значения варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля ИМТ и соответствующие показатели липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ коррелировали ($p < 0,001$). Отмечена ($p < 0,05$ – $< 0,001$) отрицательная ассоциация между ≤ 10 перцентиля ИМТ и значениями > 90 перцентиля липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ. Отрицательная/реципрокная ($p < 0,001$) корреляция определена между параметрами > 90 перцентиля ИМТ и ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ.

Заключение:

Установлены гетерогенные достоверные взаимодействия между степенью ожирения/показателями ИМТ и липидов крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ у пациентов с НАЖБП и ИБС, ССН I-IV ФК. Метаболические взаимодействия ИМТ и липидов крови у женщин с НАЖБП и ИБС, ССН следует учитывать при составлении программ первичной профилактики в популяции и при проведении вторичной профилактики сочетанной патологии НАЖБП и ИБС.

КАРДИАЛЬНАЯ АВТОНОМНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ

Чернышова Т. Е., Меликян И. А., Стяжкина С. Н., Иванов Л. А.

Ижевская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Анализ частоты формирования кардиальной автономной нейропатии (КАН) при ожирении, ее прогностическое значение, возможности коррекции.

Материал и методы:

В рамках реализации программы «Регуляция физиологических функций» проведен многолетний (1992-2015гг.) мониторинг функционального состояния автономной нервной системы у 206 пациентов, из них 135 женщины и 71 мужчина в возрасте 36-69 лет с алиментарным ожирением 1 (80 человек), 2 (68 человек) и 3 степени (58 человек) ожирения. Анализировались данные динамической оценки клинико-функциональных проявлений, холтеровского мониторирования ЭКГ и суточного мониторирования артериального давления. Диагноз КАН ставился на основании оценки показателей спектрального и автокорреляционного анализа сердечного ритма. При статистической обработке данных проведено математическое моделирование метаболических процессов.