

0,8±0,1 ммольл, у пациенток контрольной группы выявлено повышение общего холестерина 6,5±0,4 ммольл, повышение ЛПНП 4,4±0,3 ммольл. Пациентки с синдромом поликистозных яичников были на терапии метформин 2000 мг в сутки и придерживались правильного питания, женщины в контрольной группе находились на диетотерапии. Липидограмма оценивалась каждые 3 месяца, контроль печеночных ферментов и антропометрия ежемесячно.

Результаты:

По результатам обследования: у женщин с фенотипом А на фоне терапии через 6 месяцев произошло снижение триглицеридов 2,0±0,2 ммольл, повышение ЛПВП 1,2±0,1 ммольл, ИМТ 27,2±1,2 кг/м², ОТ 88,5±1,4 см. У пациенток с фенотипом С на фоне терапии через 6 месяцев произошло снижение триглицеридов 1,9±0,3 ммольл, повышение ЛПВП 1,3±0,1 ммольл, ИМТ 28,1±1,2 кг/м², ОТ 87,5±1,3 см. В контрольной группе у пациенток без СПКЯ также произошло улучшение показателей, на фоне диетотерапии через 6 месяцев произошло снижение общего холестерина 5,5±0,1 ммольл, ЛПНП 4,0±0,1 ммольл, ИМТ 29,2±1,5 кг/м², ОТ 90,5±1,1 см.

Заключение:

В заключении необходимо отметить что, синдром поликистозных яичников является предиктором развития сахарного диабета, сердечнососудистых заболеваний, и раннее выявление и профилактика факторов риска является социальнозначимой. Присоединение к терапии метформина пациенткам с фенотипом А и С, приводит к более быстрому улучшению показателей липидограммы, снижению веса, что соответственно уменьшает риск возникновения сердечнососудистых осложнений.

КОРРЕКЦИЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧЕРЕЗ МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП

Янушко А. В., Кизюкевич И. Л., Соловьев С. Л.

Гродненский областной клинический кардиологический центр

Введение (цели/ задачи):

Значимая митральная недостаточность, как уже давно известно, является одной из основных причин заболеваемости и смертности. При этом, одной из наиболее частых причин оперативной коррекции митральной регургитации (МР) является пролапс митрального клапана (ПМК). Длительное время стандартным доступом при операциях на митральном клапане (МК) являлась срединная стернотомия. Однако, в последнее время все большую популярность в мировой практике набирает миниинвазивная коррекция патологии МК.

Материал и методы:

С января 2013г. по июль 2016г. в нашем центре прооперировано 67 пациентов по поводу недостаточности МК. Большинство пациентов – мужчины (n=35, 52%), средний возраст пациентов – 42,8±11,6 лет. Средний предоперационный функциональный класс сердечной недостаточности (ФКСН) по NYHA 2,3±0,6. Степень митральной недостаточности перед операцией составляла 3,5±0,4. Фракция выброса (ФВ) составляла 60,8±4,9% без исходного нарушения локальной сократительной функции левого желудочка (ЛЖ). У пациентов исходно не отмечалось случаев печеночной либо по-

чечной недостаточности, в анамнезе не было сахарного диабета. Степень операционного риска по шкале EuroSCORE2 в среднем составила 1,36±0,70%. Все пациенты оперированы в условиях комбинированной анестезии (общая и продленная односторонняя паравerteбральная на уровне хирургического доступа). Интубация левого главного бронха выполнялась двухпросветной эндобронхиальной трубкой типа Роберт-Шоу. Оперативный доступ осуществлялся в 4-м межреберье справа через переднее-боковую миниторакотомию (средняя длина разреза 5 ± 1,1 см.). Подключение аппарата искусственного кровообращения производилось через бедренные артерию и вену в правой паховой области (открытое выделение, средняя длина разреза 2,8 ± 0,9 см.) и правую внутреннюю яремную вену (пункционная канюляция по Сельдингеру). Пережатие аорты осуществлялось зажимом Chitwood (Scanlan International, Inc, St Paul, MN, USA). Кровяная холодовая кардиopleгия подавалась антеградно в корень аорты. Доступ для визуализации МК осуществлялся через левое предсердие (ЛП). Для профилактики воздушной эмболии в рану постоянно подавался углекислый газ со скоростью 2л/мин. Деаэрация сердца проводилась через ЛП при его наполнении, а также через кардиopleгическую канюлю.

Результаты:

Из 67 пациентов, подвергшихся миниинвазивной коррекции ПМК, у 32 пациентов (48%) выполнялась триангулярная резекция сегмента P2 МК, 14 пациентам (21%) производилась пликация сегмента P2. У 12 пациентов (18%) была выполнена пластика МК по Alfieri («край-в-край»), 7 пациентам (10%) была выполнена имплантация искусственных хорд, а 2 пациентам (3%) – пластика расщепленного сегмента A2. Во всех случаях пластика МК дополнялась имплантацией жестких колец. Использовались кольца Sorin, Edwards, Medtronic (средний размер имплантированного кольца составлял 32мм). Операции протекали стандартно. Общее время операции составило 210,9±33,1 мин., время искусственного кровообращения (ИК) – 120,2±24,8 мин., время ишемии миокарда – 82,1±14,9 мин. Среднее время искусственной вентиляции легких (ИВЛ) после операции составило 72,4±54,1 мин., объем отделяемого по дренажам – 180,1±95,7 мл., а средняя продолжительность нахождения в отделении интенсивной терапии – 24,9±10,1 часа. Положительный эхокардиографический результат наблюдался уже на 5-6 сутки после проведения миниинвазивной коррекции недостаточности МК: достоверно уменьшились конечно-диастолический и конечно-систолический объемы ЛЖ, конечно-диастолический размер ЛЖ, размеры ЛП. Достоверно снизился ФКСН по NYHA (исходно – 2,3±0,6, на 6 сутки – 1,5±0,3). Осложнений со стороны торакотомной раны не было. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции 7,3±3,1 дня.

Заключение:

Как показывают полученные нами результаты в раннем послеоперационном периоде, выполнение пластики МК из правосторонней миниторакотомии в условиях ИК – это безопасная и эффективная процедура лечения недостаточности МК. Данная методика хирургического лечения позволяет уменьшить кровопотерю и необходимость гемотрансфузии в раннем послеоперационном периоде, сократить продолжительности ИВЛ и время пребывания в отделении интенсивной терапии, несмотря на относительно продолжительное

время ИК и время ишемии миокарда, а также общее время операции. После миниинвазивной хирургии МК отмечалось относительно небольшое количество осложнений, отсутствие летальности, превосходный косметический эффект и более быстрое возвращение пациентов к нормальной физической активности.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ЦИНКА В РАЗНЫХ БИОСУБСТРАТАХ И МАРКЕРАМИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ У БОЛЬНЫХ КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Усманова З. А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение (цели/ задачи):

Изучить уровень цинка одновременно в волосах, биоптатах каротидных атеросклеротических бляшках (АСБ), сыворотке и взаимосвязь их с матриксной металлопротеиназой-9 (ММП-9) и ее тканевым ингибитором-1 (ТИМП-1) у больных с каротидным атеросклерозом.

Материал и методы:

Были обследованы 148 человек. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст $63,40 \pm 0,82$ лет. Из них 122 (72,6%) мужчин, средний возраст $63,67 \pm 1,79$ лет и 46 (27,4%) женщин, средний возраст $62,65 \pm 1,10$ лет. Всем пациентам проведено цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). У больных с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий, поступившими в клинику Ташкентской медицинской академии выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭЭ). Образцы АСБ были получены сразу после КЭЭ и доставлены в лабораторию для определения цинка. У всех однократно забирали кровь из локтевой вены утром натощак через 12 часов после приема пищи. Все образцы венозной крови немедленно центрифугировались, сыворотки замораживались при температуре -20 градусов. Уровень Zn определен с помощью набора реагентов «Zinc-Vital» (Vital Development Corporation, Россия) на биохимическом автоматическом анализаторе Mindray BS-200 (Китай). Количественное определение уровня Zn в волосах и в АСБ осуществлялось методом оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной аргонной плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США). Уровень ММП-9, ТИМП-1 в сыворотке определен с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (Bender MedSystems, Австрия). Измерение проводилось на планшетном спектрофотометре Plate Reader (Hospitex Diagnostics, Италия).

Результаты:

Были обследованы 148 человек. Лица, вошедшие в выборку, были в возрасте 45-89 лет, средний возраст $63,40 \pm 0,82$ лет. Из них 122 (72,6%) мужчин, средний возраст $63,67 \pm 1,79$ лет и 46 (27,4%) женщин, средний возраст $62,65 \pm 1,10$ лет. Всем пациентам проведено цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий на ультразвуковом сканере HD3 (Phillips, Нидерланды). У больных с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий,

поступившими в клинику Ташкентской медицинской академии выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭЭ). Образцы АСБ были получены сразу после КЭЭ и доставлены в лабораторию для определения цинка. У всех однократно забирали кровь из локтевой вены утром натощак через 12 часов после приема пищи. Все образцы венозной крови немедленно центрифугировались, сыворотки замораживались при температуре -20 градусов. Уровень Zn определен с помощью набора реагентов «Zinc-Vital» (Vital Development Corporation, Россия) на биохимическом автоматическом анализаторе Mindray BS-200 (Китай). Количественное определение уровня Zn в волосах и в АСБ осуществлялось методом оптико-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной аргонной плазмой на анализаторе Optima 2100 DV (Perkin Elmer, США). Уровень ММП-9, ТИМП-1 в сыворотке определен с помощью стандартных тест-систем для иммуноферментного анализа (Bender MedSystems, Австрия). Измерение проводилось на планшетном спектрофотометре Plate Reader (Hospitex Diagnostics, Италия).

Заключение:

Таким образом, с увеличением ТКМ ОСА снижается уровень цинка в сыворотке. Увеличению концентрации ТИМП-1 в сыворотке сопутствует снижение концентрации цинка в сыворотке.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ НЕОДНОРОДНОСТИ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Елиашевич С. О., Драпкина О. М., Шойбонов Б. Б.

ФГБУ ГНИЦ Профилактической медицины

Введение (цели/ задачи):

Определить существующие критерии различия среди пациентов внутри группы низкого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы:

Мы включили в исследование 45 пациентов, без признаков атеросклероза, имеющих низкий риск развития ССС в ближайшие 10 лет по шкале SCORE. Генерализованное ожирение диагностировали в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2003г.) по критерию индекса массы тела (ИМТ). Абдоминальное ожирение выявляли в соответствии с критериями IDF, 2012г. Всем пациентам было проведено полное клиническое обследование с определением липидного профиля, гликемии натощак, вЧСРБ. Используя оригинальные методики был выявлен уровень пула множественно модифицированных ЛПНП (мЛПНП, Ед), уровень холестерина в мЛПНП.

Результаты:

В анализ было включено 45 пациентов (средний возраст 41 (9) года; ИМТ $27 (5)$ кг/м²; 47% – женщины). Средние значения уровней фракций липидов были следующими: ОХ $5.4 (1)$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3.8 (1)$ ммоль/л, ТГ $2.5 (0.5)$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0.98 (0.3)$ ммоль/л, гликемия $5,3 (0,2)$ ммоль/л. 27 (60%) пациентов имели признаки абдоминального ожирения. Среди них избыточная масса тела выявлена у 41 % (11) участников, ожирение – у 44 % (12) пациентов. Средние значения ОТ в группе абдоминального ожирения составили: у женщин – $91.5 (7)$ см, у мужчин – $103.8 (9)$ см. Были обнаружены статистически значимые различия в уровне мЛПНП у лиц с