

личности Д был выявлен в 38,8 % случаев. В группе лиц с типом Д (n=33) выявлено кластерное сочетание с тревогой тяжелой степени тяжести в 9,1% случаев, у лиц без типа Д тревоги и депрессии выявлено не было. Полученные результаты совпадают с данными исследований, проведенных в других популяциях, где частота встречаемости типа Д составляет в среднем 30-45% у больных с КБС.

Заключение:

Частота встречаемости типа личности Д среди лиц кыргызской этнической группы с КБС находится на высоком уровне, при этом у лиц с типом Д отмечено кластерное сочетание с тревогой. Своевременное выявление типа личности Д имеет важное значение для оценки течения и прогноза, а также плана лечебно-профилактических мероприятий, поэтому в практике кардиолога или терапевта при обследовании больных КБС целесообразно использование опросника DS-14. Для определения уровня сопутствующих психологических факторов риска (тревога, депрессия) у лиц с типом Д рекомендуется применение шкал Гамильтона.

ПЛАСТИКА ИЛИ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ?

Шумовец В. В., Шкет А. П., Гринчук И. И., Курганович С. А., Островский Ю. П.

РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Функциональная ишемическая митральная недостаточность (ИМН) является грозным осложнением у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Однако вопрос хирургической тактики и выбор наиболее эффективного метода коррекции митральной недостаточности остается противоречивым и открытым.

Материал и методы:

В исследование включено 850 последовательных пациента (средний возраст 57,9 ± 8,3 лет), у которых перед операцией была выявлена функциональная ишемическая митральная недостаточность от умеренной до выраженной. У 787 операция реваскуляризации миокарда была дополнена пластикой митрального клапана, а у 63 – протезированием митрального клапана. Проанализированы госпитальные и отдаленные результаты (средний срок наблюдения 4,3 ± 1,6 года) непосредственно в зависимости от применяемого метода лечения и затем на основе отбора пациентов для сравнения по propensity score (69 пациентов).

Результаты:

Несмотря на исходно более выраженные нарушения функции ЛЖ, в результате исследования выявлено, что выполнение протезирования по сравнению с пластикой митрального клапана в сочетании с АКШ у пациентов с функциональной ишемической митральной недостаточностью достоверно не влияет на госпитальную летальность. При оценке выживаемости и функционального статуса в сроки 1 и 5 лет после операции выполнение протезирования митрального клапана по сравнению с пластикой МК в сочетании с коронарным шунтированием у пациентов со значительной дилатацией полости

ЛЖ (КДР 70,8 ± 7,7 мм, КСР 57 ± 9,1 мм, иКДО 128 ± 29,2 мл/м², ФВ ЛЖ 33,3 ± 7,9 %) и выраженной митральной недостаточностью (МР 3,13 ± 0,36 степени) также достоверно не ухудшает прогноз (log-rank p = 0,443). 1- и 5-летняя выживаемость в данной когорте пациентов ограничена и составила 91,8 ± 0,14 % и 69,2 ± 0,48 % соответственно.

Заключение:

Выполнение протезирования митрального клапана в сочетании с коронарным шунтированием у пациентов со значительной дилатацией полости ЛЖ и выраженной ишемической митральной недостаточностью достоверно не ухудшает выживаемость в сроки 1 и 5 лет после операции по сравнению с пластикой МК в сочетании с АКШ и является операцией выбора для данной категории лиц.

ПОВТОРНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ

Газарян Г. А., Тарасеева Я. В., Тюрина Л. Г., Жижина М. Н., Газарян Г. Г., Нефедова Г. А., Алиджанова Х. Г., Голиков А. П.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского

Введение (цели/ задачи):

Оценить ближайшие и отдаленные результаты различных стратегий лечения больных с повторным инфарктом миокарда (пИМ).

Материал и методы:

Обследовано 453 больных с крупноочаговым пИМ, поступивших в институт с 2003г. по 2011г. включительно. Исходный риск смерти (РС) определяли по TIMI. Тромболитическая терапия (ТЛТ) применена у 83 больных, коронарография – у 286, различные виды ЧКВ - у 139 больных, в том числе первичные, включая отсроченные до 72 часов, спасительные и после успешной ТЛТ в 117, 17 и 5 случаях, соответственно. Шунтирование коронарных артерий (КА) выполнено у 25 больных через 6-10 недель от начала пИМ. Группу сравнения составили 289 больных, у которых проводилась консервативная терапия. В течение 5 лет у 138 больных с различными стратегиями лечения оценивали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты:

У большей части больных интервал между инфарктами составил от 1 до 5 лет. Высокий, средний и низкий РС имели место в 61%, 27% и 12% случаев, соответственно. Одно-, двух- и трехсосудистое поражение КА обнаружено у 4%, 18% и 78% больных, соответственно; окклюзия инфаркт-связанной артерии, субокклюзия и стеноз КА свыше 75% - у 63%, 29% и 8%, соответственно. Применение ЧКВ, в том числе отсроченных, позволило предотвратить прогрессирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Госпитальная и ССЛ за 5 лет после выписки составили 5% и 6,7%, соответственно. Шунтирование КА было выполнено только в 50% случаев. Остальным больным в оперативном лечении было отказано в связи с выраженной дисфункцией ЛЖ. ФВ ЛЖ после операции возросла с 37% до 43%. Госпитальная летальность составила 7,5%, общая и ССЛ за 5 лет - 5% и 2,5%, соответственно. У больных без ЧКВ было отмечено дальнейшее прогрессиру-

вание дисфункции ЛЖ. Постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости и сердечная недостаточность имели место у 50%, 43% и 90% больных, соответственно. Госпитальная летальность составила 18,7%. У большей части больных пИМ являлся следствием окклюзии еще одной КА, васкуляризирующей противоположную зону ЛЖ. Одно-, двух и трехсосудистое поражение имело место в 4%, 12% и 84% случаев, соответственно. В первые сутки умер 61% больных, на вторые - пятые – 20% и в последующие - еще 20%. Общая и ССЛ за 5 лет достигла – 71% и 61%, соответственно.

Заключение:

Повторный ИМ является предиктором высокого риска смерти и определяет приоритетность больных к реперфузионной терапии. Высокая частота летальных исходов в отсутствие реперфузионной терапии сохраняется в период всего стационарного лечения и последующие годы наблюдения. Различные виды ЧКВ, в том числе отсроченные, позволяют предотвратить развитие осложнений и летальных исходов. Доступность их ограничивается характером поражения коронарного русла и выраженностью дисфункции ЛЖ. Шунтирование КА улучшает сократительную функцию ЛЖ и повышает выживаемость больных. Обеспечение своевременной доступности реперфузионных стратегий расширяет возможности эффективного лечения больных с повторным ИМ.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛИЦ С ПРЕДИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ

Макеева Т. Г., Потехин Н.П., Фурсов А. Н., Захарова Е. Г., Ляпкина Н. Б.

ФГКУ ГВКГ им Н.Н. Бурденко МО РФ

Введение (цели/ задачи):

По данным многочисленных исследований выявлена взаимосвязь между уровнем АД и величиной комплекса интима-медиа сонных артерий (КИМ). Изменения сосудистого русла, вследствие ремоделирования и утолщения интимо-медиа-слоя реализуются в стабильное повышение АД и формирование артериальной гипертензии (АГ). Цель настоящего исследования - провести сравнительный анализ показателей центрального и периферического АД у лиц с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) в зависимости от размеров КИМ сонных артерий.

Материал и методы:

Обследовано 190 человек (170 мужчин, 20 женщин) с ВНАД, средний возраст которых составил 34,2±1,3 года. У 137 их них (1 группа) имелись значения КИМ сонных артерий меньше 0,8 мм, а у 53 лиц (2 группа) его значение были 0,9 мм и выше. Всем обследованным наряду с общеклиническим исследованием проводилось ЭхоКГ, суточное мониторирование АД с измерением параметров артериальной жесткости.

Результаты:

Длительность предгипертензии была наибольшей во 2-ой группе (5,3±1,2 и 4,9±1,3 года соответственно), как и уровни систолического (135,4±4,5 и 133,9±3,4 мм рт. ст. соответственно) и диастолического АД (86,6±3,3 и 85,5±4,2 мм рт.ст. соответственно). При этом показатели пульсового АД, вариабельность диастолического АД (ДАД), как и индекс времени

ДАД (ИВ ДАД) были наибольшими во 2-ой группе (p<0,05), напротив вариабельность систолического АД (САД) и ИВ САД были достоверно выше в 1-ой группе (p<0,05). Анализ типов ночного снижения АД в группах сравнения свидетельствовал, что во 2-ой группе физиологическое снижение АД отмечалось лишь у немногим более 30% лиц, напротив, во 1-ой группе, этот показатель имел место у 43% обследованных. Неблагоприятные типы ночного снижения АД (нон-диппер, найт пикер и овер диппер) констатировались преимущественно у пациентов 2-ой группы (67,9% против 56,9% соответственно). Показатели центрального АД существенно не отличались от данных периферического уровня АД. В тоже время такие показатели, отражающие артериальную жесткость, как индекс аугментации (АIх_{ао}) (7,1±1,3% и 5,1±1,2% соответственно) и скорость пульсовой волны в аорте (PWV_{ао}) (10,8±0,9 и 9,84±0,8 м/с соответственно) были достоверно выше у лиц 2-ой группы (p<0,05), при этом время распространения отраженной волны (RWTT) (139,6±7,9 и 137,9±7,9 мс соответственно) было наименьшим по сравнению с больными 1-ой группы (p<0,05). Следует отметить, что у лиц 2-ой группы был достоверно выше уровень суточной альбуминурии (12,1±0,11 и 5,9±0,11 мг/сутки соответственно) (p<0,05).

Заключение:

Таким образом, уровень АД у лиц с ВНАД тесно связан с процессами ремоделирования сердечно-сосудистой системы, маркером, которого является КИМ, что необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий.

ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, РАССЧИТАННЫЕ ПО ДАННЫМ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Остроумова О. Д.¹, Кочетков А. И.¹, Лопухина М. В.²

¹ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва,

²ГБУЗ Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина ДЗМ, г. Москва

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время появились новые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, к числу которых относятся изменения упруго-эластических свойства миокарда и артерий. Одним из главных проявлений сосудистого старения служит повышение жесткости стенки артерий, приводящее к возрастанию систолического артериального давления (АД), увеличению постнагрузки на левый желудочек (ЛЖ) с последующим его ремоделированием и увеличением ригидности. Повышение жесткости миокарда ЛЖ, в свою очередь может приводить к развитию неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов. На сегодняшний день работы, в которых оцениваются параметры ригидности миокарда ЛЖ у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), имеются в единичном количестве, а данных о жесткости миокарда левого предсердия (ЛП) среди лиц с повышенным АД практически отсутствуют. Цели исследования. Определить параметры жесткости миокарда ЛЖ и ЛП у пациентов с АГ II стадии, 1-2 степени в возрасте от 45 до 65 лет и у лиц с нормальным АД той же возрастной группы.