

1.24 (1.06;1.40),), более низкие значения протромбинового индекса (60 (46;71) и 70 (60;88) %), альбумина (34,2 (31;37) и 37,7 (36;40.6) г/л.), холинэстеразы (3,92 (3.23;4.90) и 6,18 (4.01;6.73) Ед/л.) ($p < 0.001$ для всех сравнений). Пациенты с холестатическим и смешанным вариантами СПС не отличались по частоте основных симптомов и признаков СН, за исключением периферических отеков – их достоверно чаще выявляли у пациентов с холестатическим СПС (98 и 92%, $p < 0.05$). В группе пациентов с холестатическим СПС частота NYHA IV ФК была выше (69 и 56%, $p < 0.05$), хотя более высокие уровни NT-проBNP были выявлены у пациентов со смешанным вариантом СПС – 9200 ± 7985 и 7122 ± 6572 пг/мл, $p = 0.046$. По сравнению с холестатическим СПС пациенты со смешанным СПС реже курили (37 и 49%), реже страдали ожирением (67 и 87%), СД (34 и 47%) и хронической обструктивной болезнью легких (32 и 42%), достоверно чаще имели постоянную ФП (63 и 53%), и известный кардиальный цирроз печени (10 и 2%), $p < 0.01$ для всех сравнений. При смешанном СПС в отличие от холестатического СПС достоверно чаще наблюдались снижение ФВ $< 35\%$ (47 и 36%, $p < 0.05$), тяжелая митральная регургитация (51 и 31%, $p < 0.01$), были больше размеры левого (5.4 ± 1.1 и 5.0 ± 0.9 см, $p < 0.01$) и правого предсердий (6.7 ± 1.5 и 6.1 ± 1.3 см, $p < 0.001$), ниже – уровни систолического АД (132 ± 17 и 144 ± 21 мм рт.ст., $p < 0.001$) и пульсового АД при поступлении (51 ± 14 и 60 ± 15 мм рт.ст., $p < 0.001$). Пациенты со смешанным СПС достоверно чаще получали терапию вазопрессорами (11 и 4%, $p < 0.05$). Независимыми предикторами развития смешанного СПС по сравнению с холестатическим были предшествующий анамнез кардиального цирроза печени (отношение шансов (ОШ) 4.8, 95% доверительный интервал (ДИ) 1.1-21.2, $p < 0.05$), тяжелая митральная регургитация (ОШ 2.3, 95% ДИ 1.4-3.9, $p < 0.05$), пульсовое АД < 60 мм рт.ст. при поступлении (ОШ 2.3, 95% ДИ 1.3-3.8, $p < 0.05$). У пациентов со смешанным вариантом в сравнении с пациентами с холестатическим вариантом СПС смертность в течение полугода была выше (30 и 23%, $p < 0.05$), частота повторных госпитализаций с СН была сопоставима в обеих группах (22,5 и 21,9%, $p = 0,7$).

Заключение:

У пациентов с декомпенсацией СН преобладал смешанный вариант СПС (66.8%), характеризующийся более выраженным нарушением функции печени, ассоциациями с более высокими уровнями NT-проBNP и признаками гипоперфузии (низким САД, пульсовым АД), снижением ФВ, тяжелой митральной регургитацией. Не получено существенных различий в симптомах застоя у пациентов со смешанным и холестатическим вариантами СПС. Пациенты со смешанным СПС имеют худший прогноз.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВЫСОКОДОЗОВОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Воробьева М. А., Соловьева А. Е., Виллевалде С. В., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

В современных клинических рекомендациях наблюдается отчетливая тенденция к увеличению интенсивности режимов липидснижающей терапии. Остается актуальным вопрос эффективности и безопасности применения высоких доз статинов у различных групп пациентов. Данные о частоте достижения целевых уровней липидов в Российской Федерации на фоне режима интенсивной липидснижающей терапии немногочисленны. Целью настоящего исследования является изучение характера и предикторов выраженности ответа и переносимости интенсивной липидснижающей терапии (аторвастатин 80 мг/сут) у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы:

Обследовали 187 пациентов (120 мужчин, средний возраст $60,8 \pm 8,6$ лет) с анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) $> 1,8$ ммоль/л или холестерина нелипопротеидов высокой плотности (ХС-нелВП) $> 2,6$ ммоль/л, 41,7% из них курящие, у 64,7% абдоминальное ожирение, у 89,8% артериальная гипертензия, 72,7% перенесли инфаркт миокарда, 58,3% - ЧКВ, 12,8% - АКШ, 29,9% - инфаркт головного мозга, у 21,9% сахарный диабет 2 типа, у 7,5% облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, у 15,5% фибрилляция предсердий, у 54,5% хроническая сердечная недостаточность NYHA II, у 35,3% NYHA I, средняя фракция выброса левого желудочка $48 \pm 8\%$, у 12,3% хроническая болезнь почек, у 43,3% высокочувствительный С-реактивный белок > 2 мг/дл, 74,3% получали терапию статинами ранее. Исходный уровень общего холестерина (ОХС) в среднем составил $5,37 \pm 1,51$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛВП) $1,06 \pm 0,30$ ммоль/л, ХС-ЛНП $3,31 \pm 1,24$ ммоль/л, триглицеридов (ТГ) $2,08 \pm 1,27$ ммоль/л, холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС-ЛОНП) $0,86 \pm 0,36$ ммоль/л, ХС-нелВП $4,3 \pm 1,43$ ммоль/л, глюкозы сыворотки крови $6,58 \pm 2,72$ ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации $71,8 \pm 13,4$ мл/мин/1,73м². До и через 4 недели от начала применения аторвастатина в дозе 80 мг/сут оценивались показатели эффективности и безопасности терапии. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica 8.0. Применяли методы вариационной статистики с учетом типа распределения данных. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

76 (40,6%) пациентов достигли целевого уровня ХС-ЛНП $< 1,8$ ммоль/л, 81 (43,3%) достиг целевого уровня ХС-нелВП $< 2,6$ ммоль/л, 36 (19,2%) достигли обоих целевых уровней через 4 недели от начала терапии. На фоне терапии аторвастатином в дозе 80 мг/сут отмечалось достоверное снижение уровня холестерина и его фракций: ОХС с $5,37 \pm 1,51$ до

4,03±0,77 ммоль/л (на 25%); ХС-ЛНП с 3,31±1,24 до 2,24±0,6 ммоль/л (на 32%); ХС-ЛОНП с 0,86±0,36 до 0,65±0,3 ммоль/л (на 24%); ХС-нелВП с 4,3±1,43 до 2,86±0,71 ммоль/л (на 33%); ТГ с 2,08±1,27 до 1,49±0,91 ммоль/л (на 28%), $p < 0,05$ во всех случаях. Изменения уровня ХС-ЛВП были незначимы. За время наблюдения не было выявлено побочных эффектов со стороны печени и мышечной ткани. Пациенты, достигшие целевого уровня ХС-ЛНП, по сравнению с не достигшими его, имели более низкие уровни исходного ОХС (4,8±1,1 и 5,6±1,5 ммоль/л), ХС-ЛНП (2,8±1,1 и 3,6±1,3 ммоль/л), ОХС-нелВП (3,8±0,9 и 4,5±1,5 ммоль/л), $p < 0,0001$. Методом многофакторного корреляционно-регрессионного анализа были выявлены следующие независимые предикторы достижения целевых уровней липидов: исходный уровень ХС-ЛНП (отношение шансов (ОШ)=0,042, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,005 до 0,363), исходный уровень ОХС (ОШ=0,053, 95% ДИ от 0,01 до 0,294) и исходный уровень ОХС-нелВП (ОШ=0,0853, 95% ДИ от 0,015 до 0,434).

Заключение:

Краткосрочная интенсивная терапия статинами хорошо переносится, но ассоциируется с достижением целевого уровня липидов только у 40,6% пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска. Предиктором раннего ответа на стартовую высокодозовую липидснижающую терапию может быть исходный уровень ХС-ЛНП. Более низкий исходный уровень ХС-ЛНП ассоциируется с достижением его целевых значений.

ПРЕИМУЩЕСТВО РАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ КОРОНАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бабаджанов С. А., Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А., Ахмедов Х. А., Махкамов Н. К., Им В. М., Шарипов Б. Б.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии"

Введение (цели/ задачи):

Оценить преимущества радиального доступа при стентировании коронарном стентировании (КА) больных ИБС с избыточной массой тела.

Материал и методы:

Анализируются результаты использования радиального доступа при коронарном стентировании у 213 (24,62%) больных ИБС. У 158 (74,3%) больных масса тела была выше нормы, индекс составлял в среднем 38,4±0,25 кг/м². У 106 (67,3%) из них ожирение было I степени, у 45 (28,9%) – II, у 6 (3,7%) – III. Из сопутствующих заболеваний у 146 (92,6%) больных имелась гипертоническая болезнь, у 51 (32,1%) – сахарный диабет (СД), у 9 (5,5%) – хроническая почечная недостаточность. Подавляющее большинство больных имели выраженную клиническую картину ИБС. У 28 (17,5%) больных были в III функциональном классе ИБС, у 37 (23,4%) – IV ФК, остальные 92 (58,4%) больных поступили с клиникой нестабильной стенокардии.

Результаты:

У 211 (99,3%) больных удалось успешно выполнить ангиопластику и стентирование КА трансрадиальным доступом. У 2 (0,93%) больного не удалось выполнить пункцию радиальной артерии и вмешательства выполнена феморальным до-

ступом. У 150 (95,1%) больных радиальная артерия отходила в типичном месте, у 6 (4,19%) – от брахиальной артерии, у 1 (0,69%) – от аксиллярной артерии. В 2 (1,39%) случаях отмечено сужение устья радиальной артерии, в 1 (0,69%) – множественные стенозы до 50%. Следует отметить, что во всех этих случаях, стентирование КА успешно выполнено радиальным доступом с помощью длинных интрадьюсеров (23 см). У больных с выраженной извитостью подключичной артерий и брахецефального ствола при радиальном доступе часто отмечаются трудности проведения катетера в аорту. Спазм радиальной артерии отмечен у 6 (3,49%) больных. Дополнительное селективное введение нитропрепаратов и верапамила, привело к снятию спазма сосудов. Все пациенты, которым выполнено коронарное стентирование трансрадиальным доступом, были мобилизованы в течение 30-60 мин после вмешательства, тогда как при феморальном доступе они вынуждены были бы находиться на строгом постельном режиме в горизонтальном положении в течение 14-18 часов. Ни в одном случае трансрадиального стентирования коронарных артерий, осложнений связанных с доступом, не отмечены.

Заключение:

Радиальный доступ для стентирования коронарных артерий у больных с избыточной массой тела является малотравматичным и позволяет добиться ранней мобилизации пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЕНО-АРТЕРИАЛЬНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКАРДИОТОМНЫМ СИНДРОМОМ

Ярош Р. Г., Шестакова Л. Г., Крачак Д. И., Бушкевич М. И., Островский Ю. П.

Республиканский научно-практический центр Кардиология

Введение (цели/ задачи):

Наиболее частым показанием к подключению вено-артериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации (ВА ЭКМО) является посткардиотомная дисфункция миокарда. Частота ее составляет 2-6% после кардиохирургических вмешательств. Цель исследования стал анализ результатов и эффективности ВА ЭКМО у пациентов с посткардиотомным синдромом в зависимости от сроков подключения.

Материал и методы:

Проведен ретроспективный одноцентровой анализ данных пациентов, оперированных в Республиканском научно-практическом центре "Кардиология" с января 2010 г. по апрель 2016 г., которым проводилась ВА ЭКМО. В 81,4% случаев (n=48) показанием к ЭКМО явилась посткардиотомная сердечная недостаточность, рефрактерная к инотропной терапии. Было выделено 2 группы: Группу А составил 31 пациент (64,5%), которых невозможно было отлучить от аппарата искусственного кровообращения после выполненной операции, и подключение ВА ЭКМО проводилось в условиях операционной. В группу В вошли 17 оперированных пациентов (35,5%), которым подключение ВА ЭКМО проводилось в ранний послеоперационный период (на 1-6 сутки) в отделении реанимации. Для проведения ВА ЭКМО с 2010 по 2013 гг. использовались аппараты BioMedicus (Medtronic), Delphin (Terumo), Centrimag