

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-нЛВП 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-нЛВП (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-нЛВП (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 брахиоцефального 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