

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/м<sup>2</sup>. 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 МЕМБРАНОЙ 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

(Levitronix) с оксигенатором EOS (Sorin). С 2013г. также используется система Cardiohelp (Maquet), оксигенатор HLS Advanced system 7.0. Антикоагулянтная терапия осуществлялась нефракционированным гепарином. При этом активированное время свертываемости крови АВСК поддерживалось на уровне 160-200 сек., активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) - в 1,5-2 раза выше контрольного значения. Для предотвращения ишемии нижней конечности использовали селективную антеградную перфузию через интрадьюсер 8 Fg, установленный в поверхностную бедренную артерию.

#### Результаты:

За 2010 – апрель 2016 гг. было проведено 6359 операций на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. В 0,8% случаев (n=48) развился посткардиотомный синдром, повлекший подключение ВА ЭКМО. Средний возраст пациентов составил  $55,6 \pm 3,49$  (от 17 до 79 лет), преимущественно мужчины - 79% (n=38). Время искусственного кровообращения -  $258,4 \pm 92,1$  минут (62 - 516 минут), время ишемии миокарда -  $135,9 \pm 56,5$  минут (27 - 286 минут). Длительность пребывания в отделении реанимации пациентов с посткардиотомным синдромом составило  $12,3 \pm 7,9$  суток. Средняя длительность ЭКМО -  $108,2 \pm 79,9$  ч. После стабилизации состояния и отлучения от ЭКМО пациенты находились в реанимации  $10,7 \pm 7,1$  суток до перевода в кардиохирургическое отделение. По данным интернационального регистра ECLS в 2015г. в группе взрослых кардиохирургических пациентов стабилизировать состояние и отключить от ЭКМО удалось в 56% случаев, а перевести из отделения реанимации в другие отделения - 41%. Наш опыт за 2010 - апрель 2016 гг. показывает, что стабилизировать состояние пациента и отключить от ЭКМО удалось в 52% (n=25) случаев, а перевести - 39,5% (n=19) пациентов. В группе А отлучить от ЭКМО удалось в 54,8% (n=17) случаев, а перевести в отделения в 45,2% (n=14) случаев. В группе Б отлучить от ЭКМО удалось в 47,05% (n=8) случаев, а перевести в отделения в 29,4% (n=5) случаев. Летальность по группам 54,8% и 70,5% соответственно. Таким образом, летальность в группе А на 15,7% ниже.

#### Заключение:

Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) – является современным эффективным методом жизнеобеспечения при сердечной и сердечно-легочной недостаточности. Принятие решения о подключении ЭКМО должно проводиться своевременно и незамедлительно, что подтверждается снижением летальности на 15,7% .

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЗДАНИИ ОЦЕНОЧНОЙ ШКАЛЫ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Семенова Л. Н.<sup>1</sup>, Морова Н. А.<sup>2</sup>, Грицай А. С.<sup>3</sup>, Тюньков Д. А.<sup>3</sup>, Цеханович В. Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Омская областная клиническая больница, г.Омск, Россия,

<sup>2</sup>Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия, <sup>3</sup>Омский государственный технический университет,

г. Омск, Россия

#### Введение (цели/ задачи):

Актуальность исследования определяется поздней диагностикой расслаивающих аневризм аорты (РАА) и связанной с этим высокой летальностью, отсутствием специфических клинических проявлений РАА, необходимостью сокращения периода от появления первых признаков заболевания до госпитализации в специализированный кардиохирургический стационар. Целью исследования явился анализ с использованием информационных технологий клинической симптоматики течения расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты, создание прогностической бальной шкалы диагностики РАА на догоспитальном этапе.

#### Материал и методы:

С 1 января 1996 г по январь 2016 г в БУЗОО «ОКБ» г. Омска поступило 80 пациентов с РАА I и II типа по Дебейки (средний возраст  $51,2 \pm 13,8$  года, 70% мужчин). Пациентов с верифицированным диагнозом РАА I типа было 39 чел., II типа – 41 чел. 79,3% группы наблюдения имели возраст 40 лет и старше. Всем больным проводилась оценка клинического состояния, биохимическое исследование крови. Инструментальное исследование включало: Р-графия ОГК, ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ, МРТ аорты, МСКТ, ЭКГ. С помощью методов статистического анализа построена оценочная шкала диагностики РАА на догоспитальном этапе у пациентов с острой болью в грудной клетке.

#### Результаты:

В когорте больных чаще встречался инфарктоподобный вариант течения РАА (72%). Интенсивную жгучую, давящую боль в груди ощущали 92,5% больных, из них в 81,1% случаев отмечена локализация боли за грудиной. Чаще всего при первичном контакте с врачом устанавливался диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ). Поэтому группу сравнения составил 101 пациент с верифицированным диагнозом ОИМ. Произведено сравнение клинической симптоматики, жалоб, анамнестических данных, данных объективного обследования, изменений ЭКГ, выявленных на догоспитальном этапе при первичном осмотре. В первые двое суток пребывания в стационаре умерло 52,4 % больных. С момента развития клинической симптоматики до оперативного вмешательства в среднем прошло  $11,5 \pm 9,4$  дня. В группе оперированных больных летальность была 18,5%, в группе консервативной тактики ведения – 61,5%. Для выделения информативного подпространства признаков использовалась более совершенная модификация алгоритма AdDel – алгоритм GRAD; Алгоритм ZET – для локального заполнения пропусков. Исходя из данных протокола измерений было выделено шесть классов пациентов, в зависимости от диагноза и возрастной группы,