

Материал и методы:

Данное исследование было проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД». Тип исследования: одномоментное (поперечное) эпидемиологическое сплошное. Случайным методом была сформирована когорта, состоящая из 1672 человек, которая являлась репрезентативной по полу-возрастному составу населения. Отклик составил 75% от общей численности выборки (1330 человек). Помимо заполнения специализированной анкеты «Карта профилактического обследования», разработанной Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия), нами всем респондентам были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, снятие ЭКГ, а также определение ряда биохимических показателей: уровня сахара и креатинина крови и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

Результаты:

Среди жителей Кыргызской Республики распространенность МС составляет 30,9% с некоторым превалированием его встречаемости у женщин (33,3% против 27,7% у мужчин, $p < 0,05$). Наличие МС наиболее сильно ассоциировалось с возрастом. Так, по сравнению с лицами до 30 лет вероятность наличия МС в возрасте 30-39 лет повышалась в 2,5 раза (ОШ-2,50; 95%ДИ 1,43-4,39), в возрасте 40-49 лет – в 6,4 раза (ОШ-6,43; 95%ДИ 3,85-10,7), в 50-59 лет – в 11 раз (ОШ-11,2; 95%ДИ 6,6-18,6), в возрасте старше 60 лет – в 15 раз (ОШ-15,2; 95%ДИ 8,7-26,4). Кроме того, факторами риска, влияющими на развитие МС, оказались: женский пол (ОШ-1,30; 95%ДИ 1,03-1,65), наличие супруга/супруги (ОШ-1,61; 95%ДИ 1,25-2,10) и среднее образование (ОШ-1,42; 95%ДИ 1,11-1,81). Нарушения липидного метаболизма явились наиболее постоянной составляющей МС среди жителей Кыргызской Республики: у мужчин проявления МС в 64,2% случаев аккумулированы вокруг гипертриглицеридемии, а у женщин в 52% случаев – вокруг триады признаков артериальная гипертензия (АГ)+абдоминальное ожирение+ЛПВП. Не было выявлено значимых этнических различий в частоте МС и его компонентов, за исключением АГ, частота встречаемости которой среди русских, составив 38,9%, оказалась существенно выше значений аналогичного показателя среди кыргызов (31,2%, $p < 0,01$).

Заключение:

В Кыргызской Республике отмечается высокая распространенность МС с некоторыми гендерными различиями во встречаемости отдельных его компонентов. Значимых этнических различий в распространенности составляющих МС, за исключением артериальной гипертензии, нами обнаружено не было.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кулаков В. В., Виллеваальде С. В., Кобалава Ж. Д.

ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов"

Введение (цели/ задачи):

В настоящее время хроническая болезнь почек (ХБП) остается важной проблемой, учитывая рост ее распространенности, раннюю инвалидизацию пациентов, неблагоприятный сердечно-сосудистый прогноз. Показана достоверная и самостоятельная связь расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии (АУ) с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек. Количество пациентов с ранними стадиями ХБП предположительно превышает количество тех, кто достигает терминальной почечной недостаточности (ТПН), более чем 50 раз. Цель. Изучение распространенности нарушений функционального состояния почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в реальной клинической практике.

Материал и методы:

В поперечное исследование включены 202 пациента с АГ и/или СД 2 типа, последовательно обратившихся в клинко-диагностическое отделение городской клинической больницы г. Москва (86% мужчин, средний возраст $64,3 \pm 11,5$ лет, ИМТ $29,3 \pm 6,6$ кг/м², АД $136 \pm 18/80 \pm 10$ мм рт.ст., гемоглобин $131 \pm 22,4$ г/л, общий холестерин $5,7 \pm 1,6$ ммоль/л). Количество пациентов с АГ составило 88%, с СД 2 типа 91%, сочетание АГ и СД 2 типа 80%. Длительность АГ составила 10 (5;15) лет, длительность СД 2 типа составила 8 (1;15) лет. Среди сопутствующих заболеваний отмечались дислипидемия (74%), ишемическая болезнь сердца (32%), хроническая сердечная недостаточность (31%), анемия (24%), фибрилляция предсердий (12%). У всех пациентов оценена функция почек на основании расчета СКФ по формуле CKD-EPI, определена АУ (по отношению альбумин/креатинин [А/Кр]) в разовой утренней порции мочи. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica 8.0. Применялись методы вариационной статистики с учетом типа распределения данных. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты:

Медиана креатинина сыворотки и интерквартильный диапазон (IQR) составили 87 (75;109) мкмоль/л, СКФ 69 (46;86) мл/мин/1,73 м². Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² обнаружено у 19% пациентов, при этом СКФ в диапазоне 45- < 60 , 30- < 45 и 15- < 30 мл/мин/1,73 м² – у 7, 10 и 2% соответственно. Количество пациентов с СКФ < 15 мл/мин/1,73 м² в исследовании составило 1%. Медиана и IQR А/Кр в моче составили 12 (5;46) мг/г. Повышение А/Кр > 30 мг/г выявлено у 30% пациентов, при этом А/Кр в диапазоне 30- < 300 (высокая АУ) и > 300 мг/г (очень высокая АУ) – у 21 и 9% соответственно. Изолированная (без снижения СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) высокая и очень высокая АУ выявлена у 10 и 4% пациентов. Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² без высокой / очень высокой АУ обнаружено у 19% пациентов. 15% пациентов имели сочетание сниженной СКФ и высокой/очень высокой АУ и 1% пациентов имел сочетание ТПН и очень высокой АУ.

Заключение:

В реальной клинической практике у пациентов с АГ и/или СД 2 типа частота сниженной СКФ <60 мл/мин/1,73 м² составляет 19%, АУ (А/Кр в моче >30 мг/г) – 30%. Сочетание сниженной СКФ и высокой/очень высокой АУ обнаружено у 15% пациентов и у 1% пациентов выявлена ТПН. Ограничениями исследования являются его поперечный характер, отсутствие подтверждения сниженной СКФ и/или АУ в течение 3 мес, что не позволяет диагностировать ХБП.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПОВЫШЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старостина Е. С., Крюкова Ю. В., Троицкая Е. А., Кобалава Ж. Д.

Российский университет дружбы народов

Введение (цели/ задачи):

Риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа выше, чем в общей популяции. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) и артериальная ригидность являются важными прогностическими факторами у больных с СД. Цель исследования: оценить распространенность субклинического атеросклероза и повышенной артериальной ригидности (АР) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и СД 2 типа.

Материал и методы:

В исследование включено 55 пациентов с АГ и СД (38% мужчин, средний возраст $61,6 \pm 12,7$ лет), среднее значение АД $142,5 \pm 25,5 / 82,7 \pm 10,7$ мм.рт.ст. Все пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию, 7,27% больных получали статины. Целевое АД (<140/85 мм рт.ст.) достигнуто у 52,7% больных. Целевой уровень HbA1c достигнут у 10,9% пациентов. Центральное АД и СРПВ оценивали методом аппланационной тонометрии (SphygmoCorAtCor). У всех пациентов измерены СЛСИ и ЛПИ (VaSera 1500). Повышенная артериальная ригидность определялась как увеличение пульсового давления (ПД) > 60 мм рт.ст., СРПВ > 10 м/с, СЛСИ > 9,0; субклинический атеросклероз был определен как уменьшение ЛПИ < 0,9 или повышение ЛПИ > 1,3 в случае несжимаемых артерий.

Результаты:

Среднее ПД составило $47,6 \pm 12,7$ мм рт.ст.; ПД > 60 мм.рт.ст. наблюдалась в 18,1% случаев. Среднее значение СРПВ составило $10,3 \pm 2,0$ м/с, СРПВ > 10 м/с зарегистрировано у 27,2% больных. Среднее значение СЛСИ составило $8,5 \pm 1,8$, повышение > 9,0 наблюдалось у 49% пациентов. Пациенты с высоким СЛСИ были старше ($66,2 \pm 11,9$ лет vs $58,5 \pm 10,6$ лет) и имели более высокую СРПВ ($11,3 \pm 3,1$ м/с vs $9,3 \pm 2,4$ м/с), $p < 0,05$ для всех различий. Среднее значение ЛПИ справа составило $1,03 \pm 0,1$, уменьшение СЛСИ < 0,9 выявлено в 9% случаев, увеличение ЛПИ > 1,3 только у 2 больных.

Заключение:

Маркеры повышенной артериальной ригидности у больных АГ с СД 2 типа, получающих эффективную АГТ в 52,7% слу-

чаев встречаются чаще, чем маркеры субклинического атеросклероза. Частота выявления повышенной АР зависит от диагностического метода. Низкая частота выявления ПД > 60 мм рт.ст., возможно, отражает высокую чувствительность этого параметра к АГТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИБРИДНОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ДУГИ И НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

Турлюк Д. В., Янушко В. А., Черноглаз П. Ф., Полонецкий О. Л., Смоляков А. Л., Михневич В. Б., Жигалкович А. С.

РНПЦ Кардиология

Введение (цели/ задачи):

Учитывая риск периоперационных осложнений и высокую летальность при классическом хирургическом лечении грудных аневризм, эндоваскулярные и гибридные технологии могут стать методом выбора в хирургии грудной аорты. Цель: оценить возможность, эффективность и непосредственные результаты коррекции аневризм дуги и нисходящей аорты гибридным методом

Материал и методы:

В РНПЦ «Кардиология» в период с сентября 2005 г по июль 2016, с применением гибридного метода было прооперировано 23 пациента с аневризмами дуги аорты и её нисходящей части. Из них, два пациента были оперированы с признаками острого расслоения, 21 человек страдали хронической аневризмой. Основной этиологией развития аневризмы была травма (13 случаев), в 6 случаях атеросклероз, в двух случаях аневризма образовалась в области прежде выполненной пластики коарктации аорты. Возраст пациентов составил 52,6 лет (33 – 81 г). Основная масса из них – мужчины (18 человек). Обязательными методами дооперационного обследования считали: ЭХО КГ, аортографию или спиральную КТ с контрастным усилением и 3-D реконструкцией. Всем пациентам выполнено двухэтапное хирургическое лечение. Эндоваскулярное протезирование участка аневризматически измененной аорты, выполнялось после открытого перемещения брахиоцефальных артерий из пораженной зоны аорты. Перемещение левой подключичной артерии в левую общесонную проводилось в 13 случаях. В 7 случаях левая подключичная и общая сонная артерии были перемещены в восходящую аорту из министрнотомии. Трём пациентам потребовалось перемещение всех брахиоцефальных сосудов. Первый этап коррекции производился в условиях хирургической операционной. Второй этап проводился в условиях рентгеноперационной через артериотомный бедренный доступ. Этапы были разделены по времени от 30 минут до 5 суток (в среднем 36 часов).

Результаты:

Удовлетворительное стояние эндопротеза без подтекания встречалась в 18 случаях (78%), удовлетворительная установка графта с умеренным подтеканием 1 или 2 типа не потребовавшая дополнительных хирургических процедур у 3 пациентов (13%), и в 2 случаях (8%) в виду протяженной аневризмы с началом её на уровне дуги аорты, девиацией в нисходящей части, потребовалась дополнительная установка эндографтов по типу «стент в стент» с дополнительной баллонной