

**Заключение:**

В реальной клинической практике у пациентов с АГ и/или СД 2 типа частота сниженной СКФ <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> 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 ± 12,7 лет), среднее значение АД 142,5 ± 25,5 / 82,7 ± 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 ± 12,7 мм рт.ст.; ПД > 60 мм.рт.ст. наблюдалась в 18,1% случаев. Среднее значение СРПВ составило 10,3 ± 2,0 м/с, СРПВ > 10 м/с зарегистрировано у 27,2% больных. Среднее значение СЛСИ составило 8,5 ± 1,8, повышение > 9,0 наблюдалось у 49% пациентов. Пациенты с высоким СЛСИ были старше (66,2 ± 11,9 лет vs 58,5 ± 10,6 лет) и имели более высокую СРПВ (11,3 ± 3,1 м/с vs 9,3 ± 2,4 м/с), p < 0,05 для всех различий. Среднее значение ЛПИ справа составило 1,03 ± 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 министертотомии. 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

пластикой графтов в области подтекания. При контрольном обследовании (аортография или КТ с контрастным усилением) в послеоперационном периоде (до 3 мес.) зона аневризмы была изолирована, участков подтекания не выявлено, положение эндографта в аорте стабильно. Положительный результат достигнут в 100% случаев. Средний срок пребывания в стационаре составил 6,3 суток. Летальности и больших осложнений (нарушение функции спинного и головного мозга, инфаркт миокарда, разрыв аорты, кровотечение) не было. Один летальный случай, связанный с острым нарушением мозгового кровообращения произошёл на этапе формирования «лысой дуги». Выраженный кальциноз восходящей аорты привёл к эмболии во время бокового пережатия. До этапа эндопротезирования пациент не дожил.

#### **Заключение:**

Применение гибридного метода в лечении аневризм дуги и нисходящей аорты может являться альтернативой классической открытой хирургии. Объединив в себе преимущества обоих методов, гибридное вмешательство вполне может изменить подходы к лечению хронических аневризм дуги и нисходящего отдела грудной аорты.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ РАЗЛИЧНЫМИ КЛАПАН-СОДЕРЖАЩИМИ КОНДУИТАМИ**

Андралойть И. Е.<sup>1</sup>, Шумовец В. В.<sup>1</sup>, Лысенко Е. Р.<sup>1</sup>, Москаленко А. В.<sup>2</sup>, Шкет А. П.<sup>1</sup>, Усс Н. Л.<sup>1</sup>, Гринчук И. И.<sup>1</sup>, Островский Ю. П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Беларусь, г. Минск, РНПЦ "Кардиология",

<sup>2</sup>УП "ЗАВОД "ЭЛЕКТРОНМАШ"

#### **Введение (цели/ задачи):**

Сравнение непосредственных послеоперационных результатов хирургического лечения у пациентов с протезированием аортального клапана и восходящей аорты клапан-содержащими кондуитом различных модификаций.

#### **Материал и методы:**

В сроки с января 2012 по август 2014 г. у 77 пациентов с патологией корня аорты было выполнено протезирование восходящей аорты и аортального клапана клапан-содержащим кондуитом с отдельной реимплантацией устьев коронарных артерий (модификация операции Бентала). У 12 пациентов применялся кондуит BioValsalva (15,6 %), у 19 – кондуит сосудистого протеза Vascutek, содержащий механический клапан St.Jude Medical (24,7 %), у 11 – содержащий биопротез St.Jude Epic (14,3 %), у 19 – кондуит с механическим протезом Мединж (24,7 %) и у 16 – оригинальный, сшиваемый непосредственно на операционном столе, кондуит плетеного сосудистого протеза с механическим протезом Планикс-Э (20,8 %). Средний возраст прооперированных составил 57,5±11,5 лет, 59 мужчин (76,6 %). Из них 6 (7,9 %) пациентов были оперированы в экстренном порядке по поводу острой расслаивающей аневризмы грудной аорты тип I или II по ДеБеки. Из 71 пациента оперированного в плановом порядке ВПС отмечен у 28 (36,3 %), дегенеративное поражение аортального клапана у 21 (27,3 %), ревматизм у 16 (20,8 %) и инфекционный эндокардит 1 пациента. Средний риск по шкале EuroSCORE составил 6,61±1,95 (5–13 баллов). SPSS 15.0 была использована

для статистического анализа.

#### **Результаты:**

Операция по типу hemiarch была выполнена у 6 пациентов, у 3 пациентов – полное протезирование дуги аорты, сопутствующее АКШ – у 12 (15,6 %), сопутствующая коррекция на митральном клапане – у 19 (24,7 %). Госпитальная летальность в группе в целом составила 3,9% (n=3, 95 % ДИ 1,7 %–7,1 %) и не зависела от типа применяемого кондуита. Длительность ишемии миокарда и ИК достоверно не отличались в группах пациентов с различными видами кондуитов (p>0,05). Частота рестернотомий по поводу послеоперационного кровотечения достоверно не отличалась между группами и в среднем составила 10,4 % (n=8,  $\chi^2 = 0,96$ , p = 0,91). Среди пациентов группы BioValsalva достоверно чаще применялись протезы меньшего диаметра (21-23 мм,  $\chi^2 = 36,79$ , p = 0,012), однако при Эхо-КГ индекс эффективной площади открытия клапана (иЭПО) достоверно не отличался между различными типами кондуитов: для протеза BioValsalva – 1,05±0,22 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>, механический клапан St.Jude Medical – 1,2±0,18 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>, биопротез St.Jude Medical Epic – 1,21±0,12 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>, Мединж – 1,05 ± 0,19 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup>, Планикс-Э – 1,15 ± 0,23 см<sup>2</sup>/м<sup>2</sup> (p = 0,09). Средний трансклапанный систолический градиент также достоверно не различался среди различных типов кондуитов (p = 0,08) и составил соответственно – 13,8±5,3 мм Hg, 9,26±3,3 мм Hg, 9,8±4,1 мм Hg, 12,4±4,6 мм Hg и 10,9±4,5 мм Hg.

#### **Заключение:**

Обобщены результаты клинического применения различных типов клапан-содержащих кондуитов с биологическими и механическими протезами при протезировании восходящего отдела аорты и аортального клапана. Показано, что протезы BioValsalva по клинико-гемодинамическим характеристикам не уступают другим применяемым кондуитам при применении меньших диаметров клапанов. Требуется дальнейшее наблюдение за данными пациентами с целью оценки отдаленных результатов и определения оптимального типа клапан-содержащего кондуита.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

Бабаджанов С. А., Зуфаров М. М., Искандаров Ф. А., Ходжаева Э. М., Махамов Н. К., Им В. М.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии"

#### **Введение (цели/ задачи):**

Анализ результатов транскатетерного закрытия вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП)

#### **Материал и методы:**

У 56 больных с вторичным ДМПП в возрасте от 7 до 40 лет (в сред. 19,5±2,1) было произведено транскатетерное закрытие окклюдером Амплатцера. У 32 (57,1%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у 24 (42,9%) – НК II степени. По данным ЭКГ гипертрофия ПЖ имелась у всех больных, перегрузка правых отделов сердца – у 29 (51,8%) больных. Легочная гипертензия I ст выявлена у 14, II ст – у 39 (69,5%) больных. Множественные ДМПП присутствовала у 1(1,8%) пациентки, одиночный – у остальных 55 (98,2%). По данным трансторакального и транспищевод-