

с острым инфарктом миокарда выписанных из нашей клиники на протяжении полутора лет, средний возраст 63.4 ± 1.1 года, 73% мужчин. Из общего числа пациентов 24.2% страдали СД. Длительность наблюдения составила 61.4 ± 1.8 месяцев. Изучили общую и сердечно-сосудистую смертность, а также частоту внезапной смерти. Показатели сравнивали в двух группах больных, без СД ($n=298$) и с данной сопутствующей коморбидностью ($n=95$).

Результаты:

Сравниваемые группы не различались по локализации ОИМ, в то же время у больных с СД отметили достоверное преобладание ($p=0,01$) показателей размера очага некроза (по уровню тропонина плазмы) и более низкую фракцию выброса левого желудочка ($45 \pm 0,5\%$ vs $42,3 \pm 0,8 \pm 0,5$ $p<0,05$). За весь период наблюдения зарегистрировали 137 летальных исхода, в том числе 91 (30,5%) среди больных без СД и 46/95 (48,4%) среди пациентов страдающих диабетом (RR 1,75 CI 95% 1,22 – 2,53 $p<0,01$). Сердечно-сосудистая смертность была достоверно выше в группе больных с сопутствующим СД (RR 1,64 CI 95% 1,18 – 2,42 $p<0,05$). Риск внезапной сердечной смерти после перенесенного инфаркта миокарда в наблюдаемой группе оказался также значительно выше среди лиц с СД (RR 2,92 CI 95% 1,46 – 5,84 $p<0,01$).

Заключение:

Сердечно-сосудистая смертность, а также риск внезапной сердечной смерти после перенесенного острого инфаркта миокарда выше у больных с сопутствующим сахарным диабетом в сравнении с лицами без данной коморбидности.

СЕРДЕЧНЫЕ БИОМАРКЕРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ

Шумовец В. В., Андралойть И. Е., Гринчук И. И., Лысенко Е. Р., Русских И. И., Колядко М. Г., Островский Ю. П.

РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Целью работы являлось выявление диагностической возможности применения сердечных биомаркеров, как предикторов осложненного течения раннего послеоперационного периода у пациентов со сниженной сократительной способностью миокарда.

Материал и методы:

В проспективное пилотное исследование включено 73 пациента с функциональной митральной недостаточностью умеренной и более степени вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) или дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Исследование биохимических маркеров крови (sST2, NT-proBNP, hsTnI и CRP) проводилось дооперационно, на 1-е, 7-е и 30-е сутки после выполненной операции. У 49 пациента выполнена пластика или протезирование митрального клапана в сочетании с реваскуляризацией миокарда, а у 24 пациентов – изолированная коррекция функциональной недостаточности митрального +/- трикуспидального клапанов.

Результаты:

Критерии гемодинамически осложненного послеоперационного периода отмечены у 27 пациентов (37 % случаев).

Показатели степени ремоделирования ЛЖ не отличались в зависимости от этиологии кардиомиопатии и осложненности послеоперационного периода ($p > 0,05$). ФВ ЛЖ составила в группе ИБС $36 \pm 3,9$ %, в группе ДКМП – $28 \pm 4,4$ % ($p = 0,024$) и не влияла на течение послеоперационного периода. На основании изучения показателей биомаркеров только уровень sST2 достоверно отличался и был значительно выше у пациентов с осложненным послеоперационным периодом ($86,9$ ($49,4-113,1$) нг/мл и $25,3$ ($19,8-35,8$) нг/мл соответственно, $p = 0,001$). При этом не выявлено достоверных отличий по уровню NT-proBNP (2000 ($427-6577$) пг/мл и 1200 ($870-2169$) пг/мл, $p = 0,422$) и hsTnI ($0,015$ ($0,005-0,035$) нг/мл и $0,01$ ($0,005-0,019$) нг/мл, $p = 0,522$) у пациентов с осложненным и неосложненным послеоперационным периодом. При превышении предоперационного порогового уровня sST2 45 нг/мл отношение шансов (ОШ) осложненного течения послеоперационного периода составляет $5,345$ (95% ДИ $3,6-9,78$, $p = 0,01$).

Заключение:

Выявление независимых предикторов осложненного течения послеоперационного периода у пациентов со сниженной сократительной способностью миокарда определяет научную и экономическую эффективность выполненного исследования. Дооперационный уровень sST2 более 45 нг/мл позволяет с чувствительностью 81,81% и специфичностью 93,75% прогнозировать осложненное течение послеоперационного периода.

СКРИНИНГ ГИПОДИНАМИИ У МОЛОДЕЖИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ И МЕТОДЫ МОТИВИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Таранцова А. В.

МБУЗ "Городская поликлиника №10", ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ

Введение (цели/ задачи):

Смертность в группах физически неактивных и малоактивных лиц на 12-59% выше, чем в группах людей с физической активностью (ФА) более 60-75 минут в день (Ekelund U. et al., 2016). Фактор гиподинамии / гипокинезии повышает в 1,5-2,4 раза риск развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) – "болезней мышечного бездействия" (ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, патология опорно-двигательного аппарата и др.), приводит к экономическим потерям 67,5 млрд долл в год. 40% россиян имеют низкую ФА (Росстат, 2013). Низкая ФА (недостаточная двигательная активность, "сидячий образ жизни") – это работа в положении сидя более 5 ч в день, 5 дней в неделю, не компенсированная 10 ч активного движения в неделю, включая ходьбу на работу (Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. (ред.), 2012). Согласно рекомендациям "Профилактика ХНИЗ" (Москва, 2013): "Здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5-5 ч в неделю на обычную ФА или аэробную тренировку, умеренной интенсивности, или 1-2,5 ч в неделю на более интенсивные физические упражнения". Интенсивность ФА в зависимости от максимальной частоты сердечных сокращений – "МЧСС = $220 - \text{возраст}$ " (Кардиоваскулярная профилактика, 2011): низкая – 35–55% МЧСС; умеренная – 55–70% МЧСС