

**Заключение:**

Оба типа имплантируемых устройств позволили достичь хороших 12-месячных клинических, ангиографических и ОКТ-результатов. Несмотря на достижение большей площади просвета после имплантации Xience V/Xience Prime DES, после имплантации скаффолдов наблюдалось значительно меньшее количество мальаппозиционированных страт как исходно после вмешательства, так и в особенности на 12-месячном контроле. Количество не покрытых эндотелием страт на 12-месячном контроле было значительно большим в группе 2 Xience. Также нами наблюдалось более полная и гомогенная пролиферация неоинтимы в группе биодеградируемых скаффолдов BVS.

**СОСУДИСТЫЙ ВОЗРАСТ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Остроумова О. Д., Кочетков А. И.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

**Введение (цели/ задачи):**

В 2009 г. P. Nilsson предложил теорию «раннего сосудистого старения», являющуюся новой патофизиологической моделью изучения изменений сосудистой стенки и эластических свойств миокарда у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Показано, что чем более выражены возрастные изменения в сосудистом русле, тем быстрее развивается артериальная гипертензия (АГ) и атеросклероз, которые в свою очередь ускоряют возрастные изменения и вызывают преждевременное старение сосудов. Цели исследования. Определить сердечно-сосудистый возраст (ССВ) у пациентов с АГ II стадии, 1-2 степени в возрасте от 45 до 65 лет и у лиц с нормальным артериальным давлением (АД) той же возрастной группы.

**Материал и методы:**

Обследовано 60 пациентов с нелеченной АГ II ст., 1-2 ст. (средний паспортный возраст  $53,6 \pm 0,78$  лет) и 44 здоровых лица (средний паспортный возраст  $51,5 \pm 0,99$  лет). ССВ оценивался по 3 методикам: на основании толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА), по шкале SCORE и с использованием модифицированной шкалы данных Фрамингемского исследования с учетом паспортного возраста, систолического АД, предшествующей антигипертензивной терапии, уровня общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), статуса курения и наличия либо отсутствия сахарного диабета. Всем пациентам было проведено триплексное ультразвуковое исследование ОСА (аппарат Vivid 7 Dimension, GE), измерение офисного АД и суточное мониторирование АД (монитор АД МДП-НС-02с, ДМС), а также биохимическое исследование крови на показатели ОХ, ХС-ЛПВП, холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов, креатинина и глюкозы (биохимический анализатор Integra Roche). Измерение ТИМ производилось билатерально на противоположной по отношению к датчику стенке ОСА в положении пациента лёжа на спине в В-режиме, полуавтоматическим методом в трёх определенных зонах – проксимальнее бифуркации ОСА на 10, 20 и 30 мм, при условии отсутствия в данных областях ате-

росклеротических бляшек. Статистическая обработка данных выполнялась в программном пакете SPSS Statistics 20. Нормальность распределения полученных параметров оценивалась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Достоверность различий определялась на основании однофакторного дисперсионного анализа. Для не нормально распределённых показателей использовался непараметрический критерий U Манна-Уитни. Уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты:**

ССВ в группе пациентов с АГ был достоверно ( $p < 0,05$ ) больше, чем в контрольной группе и составил, соответственно: по данным ТИМ –  $68,47 \pm 1,80$  и  $54,86 \pm 1,43$  лет; по данным SCORE –  $59,05 \pm 1,49$  и  $51,18 \pm 1,34$  лет; на основании данных Фрамингемского исследования –  $70,60 \pm 1,35$  и  $55,32 \pm 1,80$  лет. В группе пациентов с АГ ССВ превышал паспортный при расчёте по всем 3 методикам: на основании ТИМ – на  $15,12 \pm 1,65$  лет, по данным SCORE – на  $6,29 \pm 0,99$  лет, по шкале Фрамингемского исследования – на  $17,0 \pm 1,09$  лет. В контрольной группе ССВ был больше паспортного при определении его исходя из ТИМ и шкале Фрамингемского исследования, соответственно, на  $3,36 \pm 1,38$  и на  $3,91 \pm 1,45$  лет. При расчёте ССВ в контрольной группе на основании SCORE он оказался меньше паспортного на  $0,37 \pm 0,54$  лет.

**Заключение:**

У нелеченных пациентов с АГ II ст., 1-2 степени в возрасте 45-65 лет ССВ превышает паспортный, и он достоверно выше по сравнению со здоровыми лицами той же возрастной группы. Самые высокие показатели ССВ у пациентов с АГ получены при использовании модифицированной шкалы данных Фрамингемского исследования, учитывающей наибольшее число клинико-лабораторных параметров.

**СРАВНЕНИЕ ПРОЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАТИВНЫХ, КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ И ДЕВИТАЛИЗИРОВАННЫХ АЛЛОГРАФТОВ**

Щетинко Н. Н.<sup>1</sup>, Спиридонов С. В.<sup>1</sup>, Одинцов В. О.<sup>1</sup>, Шкет А. П.<sup>1</sup>, Тимошкова О. В.<sup>1</sup>, Курганович С. А.<sup>1</sup>, Юдина О. А.<sup>2</sup>, Смолякова Р. М.<sup>3</sup>, Субоч Е. И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь, <sup>2</sup>УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро», Минск, Беларусь, <sup>3</sup>ГУ «РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Беларусь

**Введение (цели/ задачи):**

Использование аортальных аллографтов является методом выбора при поражении аортального клапана и восходящего отдела аорты. Вместе с тем, при использовании клапанных аллографтов (как свежих, так и криоконсервированных) сохраняется жизнеспособность донорских клеток, что вызывает умеренный по интенсивности иммунный ответ организма реципиента. Кроме того, в результате криоконсервации клетки эндотелия и фибробласты теряют способность к пролиферации. Функционирование указанных клеток также нарушается вследствие гипоксического повреждения во время забора, транспортировки и обработки аллографта. В отдаленном периоде наблюдается апоптоз донорских эндотелиальных