

1992-2004 гг. – 0.49 ± 0.08 , в 2004-2008 гг. – 0.67 ± 0.09 , в 2009-2012 гг. – 0.85 ± 0.12 (все различия статистически достоверны, $p < 0.05$). Сравнение 5-летней выживаемости в периоды 1986-1991 гг и 2009-2012 гг показало снижение ОР смерти в 3.9 раз (95% ДИ 1.8-4.4, $p = 0.01$). Анализ прогностически значимых факторов показал, что по сравнению с периодом 1986-2004, в 2012-2016 гг достоверно увеличилось количество ежегодно выполняемых операций ТС (5.6 ± 3.9 против 93.5 ± 12.0 , соотв., $p < 0.001$), возраст реципиентов (35.2 ± 11.6 против 46.7 ± 13.7 , соотв., $p = 0.01$), возраст доноров (31.3 ± 8.8 против 39.1 ± 11.0 , $p = 0.02$).

Заключение:

Результаты исследования свидетельствуют о том, что ТС является эффективным способом лечения терминальной сердечной недостаточности. Несмотря на значительное увеличение количества проводимых операций, более тяжелый клинический статус реципиентов сердца и расширение критериев органного донорства, на протяжении трех десятилетий отмечается значительное снижение периоперационной смертности и улучшение 5-летней выживаемости реципиентов трансплантированного сердца, что обусловлено совершенствованием организации донорства, улучшением качества оперативного лечения, а также и изменением протоколов иммуносупрессии и модернизацией протоколов ведения пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА Q-НЕГАТИВНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Септа И. Г.¹, Благоразумова Е. О.¹, Септа В. Д.²

¹ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница,

²ГБУЗ СК Ставропольская краевая клиническая больница,

²ФГБОУ ВО "СГМУ" Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: продемонстрировать возможности тканевого доплеровского исследования при диагностике острого Q негативного инфаркта миокарда при его атипичном и стёртом течении.

Материал и методы:

Пациент С., 54 г., поступил в кардиологическое отделение ГБУЗ СК «СККБ» с диагнозом ИБС. При обследовании на стандартной ЭКГ в 12 отведениях выявлено незначительное нарушение процессов реполяризации в боковой стенке левого желудочка (низкоамплитудные положительные зубцы Т V5-V6). На дополнительном ЭКГ по Небу, в отведении Dorsalis были зарегистрированы зубец Q - 0,02 сек. и отрицательный зубец Т, в отведении Anterior - двухфазный зубец Т. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере PHILIPS 33I.

Результаты:

По данным эхокардиографии в В и М режимах выявлены зоны гипокинезии в задне-боковом базальном, задне-боковом, срединном и нижнем срединном сегментах левого желудочка, снижение показателя выброса до 48%. Цветное картирование трансмитрального кровотока зарегистрировало наличие 2-3 степени митральной недостаточности, что позволило предположить вовлечение в процесс повреждения задне-папиллярную мышцу с развитием дисфункции ми-

трального клапана. Выяснение причины недостаточности митрального клапана важны для дальнейшей тактики лечения и корреляции прогноза заболевания. В связи с этим, пациенту было проведено тканевое доплеровское исследование, выявившее более тёмное окрашивание за счет замедления скоростных показателей, выше перечисленных сегментов и основания задне-медиальной папиллярной мышцы, что свидетельствовало об ишемической этиологии недостаточности МК. Использование импульсно тканевого картирования выявило снижение систолической скорости в задне-боковом базальном сегменте до 3.8 см/сек., задне-боковом срединном сегменте до 2.3 см/сек., в нижнем срединном и основании задне-медиальной папиллярной мышце до 2.6 см/сек., что свидетельствовало в пользу ишемической этиологии митральной недостаточности. В экстренном порядке пациенту была проведена коронарография, выявившая окклюзию правой коронарной артерии с последующим ее стентированием. Дальнейшее проведение эхокардиографии в динамике, отмечало улучшение сократительной функции миокарда с увеличением показателя ФВ до 51%, уменьшение степени митральной регургитации до 1-2 ст., увеличение скорости нижнем срединном сегменте и основании задне-медиальной мышце до 2.9 см/сек., что указывало на гибернацию миокарда в данном сегменте.

Заключение:

Таким образом, разностороннее использование современных методик функциональной и ультразвуковой диагностики позволяет распознавать сложные случаи ИМ, что, в сочетании с новейшими методами лечения, улучшает прогноз заболевания и качество жизни пациента.

УТРАТА ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ГРАДИЕНТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАК МАРКЕР РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старостина Е. С., Рохас Т. Э., 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. Артериальный градиент жесткости – новый прогностический показатель смертности ранее изучавшийся лишь у пациентов с ХБП, находящихся на гемодиализе. Цель исследования: изучить параметры артериальной ригидности и градиент жесткости у больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы:

В исследование включено 55 пациентов с АГ и СД (38% мужчин, средний возраст $61,6 \pm 12,7$ лет), среднее 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% больных. Центральное АД и СРПВ измеряли методом аппланационной тонометрии (SphygmoCorAtCor). Рассчитана СРПВ на каротидно-бедренном (КБ) и каротидно-лучевом (КЛ) сег-