

ментах. Повышенная артериальная ригидность определялась как увеличение центрального пульсового давления (ПД) > 60 мм рт.ст., СРПВ > 10 м/с. Градиент жесткости рассчитывали как отношение КБ-СРПВ / КЛ-СРПВ, значения ≥ 1 , указывали на утрату физиологического градиента жесткости. Результаты считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты:

Среднее ПД составило $47,6 \pm 12,7$ мм рт.ст.. Повышение ПД > 60 мм рт.ст. отмечено в 18,1% случаев. Группа пациентов с ПД > 60 мм рт.ст. характеризовалась более высоким уровнем HbA1c ($9,8 \pm 1,8\%$ vs $8,4 \pm 2,0\%$) и градиентом жесткости ($1,4 \pm 0,4$ vs $1,2 \pm 0,1$); $p < 0,05$ для всех различий. Средняя КЛ-СРПВ составила $7,7 \pm 1,2$ м/с, средняя КБ-СРПВ – $10,3 \pm 2,0$ м/с. КБ-СРПВ > 10 м/с зарегистрирована у 27,2% больных. Группы с КБ-СРПВ выше и ниже 10 м/с не различались по возрасту, полу, метаболическим факторам риска и гемодинамическим параметрам. Средний градиент жесткости составил $1,3 \pm 0,4$. Градиент > 1 наблюдался в 92,7% случаев. Пациенты с высоким градиентом жесткости были старше ($63,3 \pm 11,6$ лет vs $54,0 \pm 10,2$ лет, $p < 0,05$). По другим параметрам различий не выявлено.

Заключение:

Утрата физиологического градиента жесткости между аортой периферическим артериальным руслом у пациентов с АГ и СД 2 типа может служить маркером раннего сосудистого старения.

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Скибицкий В. В., Опольская С. В., Фендрикова А. В.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Введение (цели/ задачи):

Провести ретроспективный анализ факторов риска кардиоваскулярных заболеваний у пациентов, перенесших ишемический инсульт (ИИ) или транзиторную ишемическую атаку (ТИА).

Материал и методы:

Проанализировано ретроспективно 161 история болезни пациентов (медиана возраста 65 лет), перенесших в острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в том числе 90 больных (55,9%) с ИИ, 71 (44,1%) – с ТИА, госпитализированных в неврологическое отделение МБУЗ КГК Больница скорой медицинской помощи г.Краснодара в течение 2016г.. Оценивалось наличие в анамнезе артериальной гипертензии (АГ) и уровень артериального давления (АД) на момент госпитализации, регулярность приема антигипертензивных препаратов, семейный анамнез кардиоваскулярных заболеваний. Всем больным в стационаре после стабилизации состояния проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппаратного комплекса BPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия); анализировались среднесуточные показатели систолического АД (САД24) и диастолического АД (ДАД24), САД и ДАД в дневные и ночные часы, индекс времени (ИВ) гипертензии, величина (ВУП) и скорость утрен-

него подъема (СУП) САД и ДАД. Кроме того, у всех пациентов определялся уровень общего холестерина, проводилось триплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА) с оценкой толщины комплекса "интима-медиа" (ТКИМ) и степени стеноза общих сонных артерий.

Результаты:

У 82% больных в анамнезе имелась АГ, причем до развития ОНМК регулярно принимали антигипертензивную терапию 42% пациентов, перенесших ИИ, а среди лиц с ТИА – 83%, что оказалось достоверно чаще в сравнении с группой с ИИ ($p < 0,05$). Отягощенный семейный анамнез кардиоваскулярных заболеваний регистрировался с одинаковой частотой в обеих группах больных (у 83% – с ИИ и 87,3% – с ТИА). В момент госпитализации у всех пациентов регистрировалось АД > 140/90 мм.рт.ст.. По результатам СМАД основные среднесуточные показатели превышали нормальные значения и оказались достоверно выше в группе больных, перенесших ИИ, чем у пациентов с ТИА. Так, величина САД24 в группе больных ИИ составила – 151 (143 – 158) мм.рт.ст., тогда как при ТИА – 140 (128 – 146) мм.рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД24 – 87 (78 – 99) мм.рт.ст. и 76 (70 – 86) мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,05$), среднее значение САД в дневные часы – 151 (141 – 158) мм.рт.ст. и 140 (123 – 148) мм.рт.ст. ($p < 0,05$), среднее ДАД в дневные часы – 84 (78 – 90) мм.рт.ст. и 74 (69 – 88) мм.рт.ст. ($p < 0,05$), ИВ САД в дневные часы – 61 (22 – 88)% и 40 (8 – 67)% ($p < 0,05$), ВУП САД – 37 (27 – 49) мм.рт.ст. и 33 (19 – 43) мм.рт.ст. ($p < 0,05$). В обеих группах преобладающим оказался тип суточной кривой «non-dipper», который определялся у 42 (47%) пациентов с ИИ и 31 (43%) – с ТИА. Уровень общего холестерина у пациентов, перенесших ИИ, составил в среднем 7 (6 – 8) ммоль/л, тогда как в группе с ТИА – 5 (4 – 6,4) ммоль/л, что оказалось статистически значимо меньше по сравнению с больными с ИИ ($p < 0,05$). При выполнении триплексного сканирования БЦА в группе пациентов с ИИ изменения оказались достоверно более выраженными, чем у больных с ТИА: показатель ТКИМ у пациентов, перенесших ИИ, составил – 1 (0,9 – 1,1) мм, ТИА – 0,8 (0,7 – 0,9) мм ($p < 0,05$), нестенозирующая артериальная бляшка имела место у 88 (98%) больных с ИИ, 58(82%) – с ТИА ($p < 0,05$).

Заключение:

Независимо от варианта ОНМК у большинства пациентов в анамнезе имела место АГ. В группе больных, перенесших ИИ, по сравнению с пациентами в группе ТИА, достоверно чаще регистрировалась неэффективная антигипертензивная терапия, были достоверно выше основные показатели СМАД, отмечался более высокий уровень общего холестерина крови и изменения сонных артерий. Таким образом, можно предположить, что агрессивная коррекция таких факторов риска кардиоваскулярных заболеваний как АГ, гиперхолестеринемия и ассоциированные с ней изменения стенки артерий могут потенциально обеспечивать профилактику ОНМК.