

ренной гипергидратацией, средний общий балл составил $15,7 \pm 2,2$. При этом по данным БИВА 95% пациентов характеризовались тяжелой гипергидратацией, 5% - умеренной. За период госпитализации наблюдалось значимое уменьшение признаков гидратации как по клиническим данным [ортопноэ (от 2,5 до 0,5 баллов), давления в яремной вене (от 1,3 до 0,4 баллов), гепатомегалии (от 1,6 до 0,4 баллов), отеков (от 2,4 до 0,9 баллов), $p=0,001$ для всех сравнений], так и по данным БИВА [увеличение R от 230 ± 84 до 283 ± 96 и Xc от 18 ± 6 до 23 ± 7 Ом/м, $p<0,001$]. При выписке средний общий балл составил 0,7, при этом 88% пациентов характеризовались по клиническим данным зуволемией, 12% - легкой гипергидратацией. Однако по данным БИВА только 34% пациентов характеризовались зуволемией, 13,4% - легкой, 46,4% - умеренной, 4,2% - тяжелой гипергидратацией. Пациенты с признаками гипергидратации по БИВА расценены как пациенты с субклиническим застоем. Пациенты с субклиническим застоем по сравнению с компенсированными по данным БИВА пациентами характеризовались меньшей ФВ ЛЖ (41 ± 12 и $50 \pm 9\%$), более высокой частотой СН со сниженной ФВ (35 и 9%), более высоким уровнем NT-proBNP при выписке из стационара (3927 ± 1314 и 1253 ± 756 пг/мл, $p<0,001$), меньшим снижением уровня NT-proBNP в стационаре (34 и 57%) ($p<0,001$ для всех сравнений), меньшей частотой назначения бета-блокаторов амбулаторно (55 и 82%) и в стационаре (86 и 100%), меньшей продолжительностью госпитализации ($11,3 \pm 1,9$ и $17,4 \pm 3,3$ дней, $p<0,001$).

Заключение:

66% пациентов, госпитализированных с декомпенсацией СН, были выписаны с субклиническим застоем по данным БИВА. Субклинический застой ассоциируется с более тяжелым функциональным состоянием, неоптимальной медикаментозной терапией.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Петросян М. А., Товмасян Н. Т.

Медицинский центр "Измирлян", Ереван, Армения

Введение (цели/ задачи):

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) характеризуется повторяющейся обструкцией верхних дыхательных путей во время сна, что приводит к генерации чрезмерно низкого отрицательного внутригрудного давления, хронической перемежающейся гипоксии и фрагментации сна, что в свою очередь вызывает широкий спектр патологических изменений в различных органах и системах. Цель: выявить частоту и структуру коморбидности у больных с СОАС.

Материал и методы:

Было обследовано 208 пациентов, из которых у 171 был выявлен СОАС различной степени тяжести. Диагноз СОАС ставился на основе респираторной полиграфии. В качестве порогового критерия была установлена величина индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) ≥ 15 /час. Субъекты исследования с ИАГ < 15 составили контрольную группу. Больные с СОАС статистически значимо не отличались от контрольной группы по возрасту ($49,4 \pm 11,5$ vs $45,8 \pm 13,7$), однако имели более высо-

кие значения индекса массы тела (ИМТ) ($36,7 \pm 7,5$ vs $30,1 \pm 7,3$, $p<0,0001$). Как среди апнеиков, так и в контрольной группе преобладали мужчины. Коморбидность определялась как наличие одной хронической патологии, помимо СОАС.

Результаты:

Коморбидность была выявлена у 140 (82,8%) больных с СОАС и у 20 (55,6%) больных контрольной группы ($p<0,001$). В структуре коморбидности наиболее частой патологией были заболевания сердечно-сосудистой системы (72% vs 33,3%, $p<0,001$), затем по мере убывания - эндокринные (25% vs 12,2%, $p<0,05$), респираторные (23,2% vs 2,8%, $p<0,004$), неврологические (9,5% vs 0, $p<0,04$) и желудочно-кишечные (7,7% vs 2,7%, $p>0,05$) заболевания. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний наиболее частой патологией была артериальная гипертензия (63,7%), затем - перенесенный инфаркт миокарда (10,8%) и аритмии (2,4%). Наличие СОАС повышало риск иметь хроническую патологию в 3,8 раз (95% CI 1,7-8,3, $p<0,001$).

Заключение:

СОАС сопровождается высоким уровнем коморбидности и является фактором риска для развития хронической патологии и в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ

Кику П. Ф.¹, Горборукова Т. В.¹, Калинин А. В.²

¹Дальневосточный федеральный университет, ²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии»

Введение (цели/ задачи):

В течение ряда последних десятилетий сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации населения России. Формирование сердечно-сосудистой патологии у человека приводит к огромному социально-экономическому ущербу общества за счет значительных трудов потерь, расходов на лечение и реабилитацию больных. Анализ литературных источников показал, что во всем мире будет расти социальная и экономическая нагрузка на общество, создаваемая сердечно-сосудистыми болезнями при увеличении продолжительности жизни населения без улучшения медицинской помощи, условий образа жизни и среды обитания человека.

Материал и методы:

Проведена эколого-гигиеническая оценка распространенности болезней системы кровообращения у взрослого населения на территории Приморского края. Анализ заболеваемости проводился по Ф. 12 за период 2010-2014 гг. Для характеристики среды обитания взято 8 санитарно-гигиенических (согласно Ф.18, представленной ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае») и 7 природно-климатических модульных фактора, которые были формализованы в 5-балльной системе на основе разработанной нормированной оценочной шкалы. В каждый модульный фактор входило от 3 до 10 параметров среды обитания. Для установления связи между факторами среды обитания и уровнем болезней

кровообращения использовали регрессионный анализ из статистического пакета SSP.

Результаты:

Исследованием установлено, что в Приморском крае за период 2000 по 2014 годы уровень заболеваемости по классу системы кровообращения у взрослых увеличился в 3,7 раза. Впервые с 2004 года болезни системы кровообращения у взрослого населения вышли на первое место в структуре всей заболеваемости и составили 43-49%. В структуре класса болезней системы кровообращения у взрослых преобладают стенокардия 12734,8 случаев на 100 000 населения, ишемическая болезнь сердца 4941,4 случаев, цереброваскулярная патология 4418,0 случаев, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением 4259,4 случаев. При анализе заболеваемости в зависимости от биоклиматической зоны и экологической ситуации с использованием критерия хи-квадрат (Пирсона) статистически установлены достоверные различия. У взрослых высокий уровень болезней отмечается в континентальной биозоне критической экологической ситуации. В зонах критической и напряженной экологической ситуации наблюдается нарастание уровня заболеваемости от побережья к континентальной биозоне. Необходимо отметить, что критическая экологическая ситуация как в континентальной биозоне, так и на побережье представлена крупными промышленными центрами, где антропогенный прессинг на популяционное здоровье особенно велик, что и обуславливает высокие уровни распространенности болезней системы кровообращения, особенно у взрослого населения. С использованием регрессионного анализа проведена комплексная оценка влияния факторов среды обитания на распространенность болезней системы кровообращения в зависимости от биоклиматической зоны. В континентальной биозоне значительное влияние оказывают уровень загрязнения атмосферного воздуха, химические число дней с биологически активной солнечной радиацией (БАСР), число дней с со скоростью ветра > 15 м/с; в переходной биозоне – транспортные нагрузки, санитарное состояние почвы, число дней с БАСР, на побережье – химические загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, уровень загрязнения атмосферного воздуха, санитарное состояние почвы, широта местности, число дней с биологически активной солнечной радиацией, загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях. Таким образом, можно сказать, что у взрослых в каждой биоклиматической зоне имеются свои специфические факторы среды обитания, обуславливающих распространенность болезней системы кровообращения.

Заключение:

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы: – Впервые с 2004 г. в Приморском крае болезни системы кровообращения у взрослого населения стали занимать первое место в структуре общей заболеваемости. – Распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения в регионе зависит от биоклиматической зоны, степени напряжения экологической ситуации территории Приморского края и факторов окружающей среды. – На распространенность болезней системы кровообращения у взрослых, как ответной реакции организма на воздействие среды обитания, оказывают влияние в пер-

вую очередь санитарно-гигиенические параметры: уровень загрязнения атмосферного воздуха, характеристика химического загрязнения и неблагоприятные физические факторы в городских и сельских поселениях, транспортные нагрузки, а также уровень болезней системы кровообращения имеет сильную связь с природно-климатическими параметрами: числом дней с БАСР, широтой местности, скоростью движения воздуха.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кадыров Б. А., Сейитмухаммедов М. Д.,
Аннамухаммедов С. А., Овезмурадов Б. Н.

Международный кардиологический центр, г Ашгабат

Введение (цели/ задачи):

Анализ возможностей эндоваскулярной хирургии в лечении больных ИБС с многосудистыми поражениями коронарных артерий.

Материал и методы:

В исследование включались больные со стабильной стенокардией напряжения и нестабильной стенокардией, с ангиографически подтвержденным наличием хронической окклюзии как минимум одной крупной эпикардиальной коронарной артерии при условии выполнения эндоваскулярного вмешательства (реканализация и транслюминальная баллонная ангиопластика) с имплантацией стентов с лекарственным покрытием. В соответствии с этим, к сентябрю 2015 г. в исследование на ретро- и проспективной основе были включены 54 пациента, у которых была выполнена успешная реканализация. 43 (79.6%) пациента были мужского пола, 11 (20.6%) – женского. Возраст колебался от 44 до 82 лет (в среднем составляя 54.9±6.1 года). У 51 (94.4%) пациента отмечалась стабильная стенокардия напряжения III-IV функционального класса (CCS), у 3 (5.5%) – нестабильная стенокардия. У пациентов фракция выброса левого желудочка колебалась от 25 до 39% (в среднем 32±4.0%). Многосудистое поражение было выявлено у 37 (68.5%) пациентов, односудистое у 18 (33.3%). Всего у 54 пациентов имелись 81 окклюдизирующих поражений (в среднем 1.5 окклюзии в расчете на 1 пациента). Протяженность окклюдизированных сегментов колебалась от 15 до 83 мм и в среднем составляла 41.2±4.5 мм. Предполагаемые сроки окклюзии колебались от 3 месяцев до 12 лет и в среднем составляли 78.3±35.2 мес. Окклюдизированные артерии были представлены: передняя межжелудочковая ветвь – в 21 (38.8%), правая коронарная артерия – в 24 (44.4%), огибающая ветвь – в 9 (16.6%) случаях.

Результаты:

Всего было имплантировано 151 стентов с лекарственным покрытием – в среднем 2.8 в расчете на 1 пациента, средняя протяженность стентированного сегмента составила 75.2±5.3 мм. Наряду с реканализацией, дополнительные вмешательства при поражениях другой локализации выполнялись у 28 (51.8%) пациентов. У 1 (1.8%) пациента при выполнении реканализации окклюдизированных артерий произошла перфорация артерии без признаков гемоперикарда, с дальнейшим