

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

динамическим наблюдением и консервативной терапией. В отдаленном периоде (средний срок наблюдения составил 19±4,3 мес.) общая выживаемость составила 96,5%. Большие кардиальные осложнения встречались со следующей частотой: повторные инфаркты миокарда составили 2,3%, кардиальная летальность – 0%, повторной реваскуляризации подверглись 9 % больных. Общая частота кардиальных осложнений 11,3%. Контрольная коронарография выполнялась у 27 (50,0%) пациентов. Частота рестенозов составила 3%, реокклюзий – 0%. Частота позднего тромбоза составила 1,0%.

Заключение:

Эндоваскулярная хирургия является достаточно эффективным (клиническая эффективность 91,6%) методом лечения у больных ИБС с хроническими окклюзиями коронарных артерий. Применение стентов с лекарственным покрытием позволило улучшить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения в данной группе больных за счет значительного снижения частоты рестенозирования и возобновления стенокардии в отдаленном периоде.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ФОРМИРОВАНИЯ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Чернышова Т. Е.

Ижевская государственная медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Целью исследования явился анализ гормонально-метаболического профиля при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в течение больничной фазы и отдаленном периоде адаптации.

Материал и методы:

Проведено обследование 549 больных ОИМ. Большинство пациентов (77%) поступило в Республиканский клинко-диагностический центр Удмуртии не позднее 12 часов от начала заболевания с клинически выраженной острой сердечной недостаточностью по малому кругу кровообращения. Первичный ОИМ был диагностирован у 447 (81%) больных, повторный – у 102 (19%). Трансмуральный ОИМ диагностирован у 280 (51%), крупноочаговый у 312 (39 %), мелкоочаговый у 56 (10%) человек. Гормональный профиль оценивался методом хемииммунолюминесцентного анализа.

Результаты:

Полученные результаты. После перенесенного ОИМ в I фазу адаптации частота нарушений толерантности к глюкозе (НТкг) достигает 76,3 %, что отражает контринсулярную реакцию на событие и подтверждается гипергликемией, гиперкортизолемией, повышением инсулинорезистентности (ИР). Во II и III фазу частота нарушенной толерантности к глюкозе (НТкг) снижается, составляя 55,9% и 49,4% соответственно. В I и II фазу по данным двойного тестирования с последовательной стимуляцией инсулярной функции глюкозой и подавлением ее экзогенным инсулином выявлена гиперфункция β-клеток. Не зарегистрировано клинко-лабораторных признаков гипогликемии. В III фазу секреция инсулина нарастает на фоне повышения ИР. ИР и снижение инсулиночувствительности – информативные маркеры метаболической направленности в каждой из 3 выделенных фаз. Установлена прямая связь ИР с

тяжестью ОИМ ($r=0,67$) и летальностью ($r=0,72$). Летальность составила при отсутствии НТкг 9 %, при пограничный значении НТкг – 19,0%, при сахарном диабете – 32,0%.

Заключение:

Методом математического моделирования течения ОИМ подтверждено значение инсулинорезистентности как предиктора неблагоприятного прогноза ОИМ и необходимости ее коррекции, в т.ч. на всех этапах течения ОИМ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГОРОДЕ МИНСКЕ

Зотова О. В., Денисевич Т.Л., Курлянская Е.К., Ревтович О.П.

Республиканский-научно практический центр «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Изучить распространенность и заболеваемость хронической сердечной недостаточности (ХСН) по результатам эпидемиологического исследования взрослой популяции города Минска.

Материал и методы:

Для оценки распространенности (превалентности) ХСН были проанкетированы 2210 жители 5-ти районов г. Минска, которые представляют собой случайную выборку неорганизованного населения. Для изучения заболеваемости (инцидентности) ХСН через два года было проведено повторное анкетирование 1297 жителей г. Минска без признаков сердечной недостаточности по данным первого обследования. Проведено клинко-инструментальное и лабораторное обследование лиц с признаками сердечной недостаточности по данным второго анкетирования. Распространенность и заболеваемость ХСН представлены в виде интенсивных и экстенсивных показателей. Интенсивный показатель – частота случаев подтвержденной ХСН от общего числа включенного в исследование населения в конкретный момент времени. Экстенсивные показатели представлены как относительная доля (выраженная в %) определенной группы населения среди пациентов с подтвержденной ХСН. Для всех анализируемых показателей рассчитывали относительный риск с 95% доверительным интервалом (ОР (95% ДИ)).

Результаты:

Интенсивный показатель распространенности ХСН в исследуемой популяции г. Минска по состоянию на I квартал 2014 г. составил 13,2 на 100 человек населения. Превалируют такие факторы риска распространенности ХСН, как возраст старше 45 лет (ОР – 10,0 (4,07-24,65), $p<0,001$), сопутствующая сердечно-сосудистая патология в анамнезе (ОР – 11,89 (5,84-24,16), $p<0,001$) и наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у родственников (ОР – 2,13 (1,40-3,23), $p<0,001$). Наличие близких родственников с ССЗ повышает риск ХСН у лиц, имеющих ССЗ в анамнезе (ОР – 2,82 (1,63-4,20), $p<0,001$). Среди пациентов с ССЗ, осложненными ХСН, частота наличия кровных родственников с сердечно-сосудистой патологией составила 70,2±3,94%. В популяции г. Минска с ХСН превалирует ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 84,6%. Причем наибольший удельный вес приходится на ИБС в сочетании артериальной гипертензией (АГ) – 65,5%. В общей структуре заболеваний у лиц с ХСН ИБС с сопутствующей с АГ составила