

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 гиперглюкагонемией, 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