

ского проекта «РОСПРОФИЛАКТИКА» (координатор ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ РФ, Москва). В коллективах педагогов 11 СОШ Томска, отобранных случайным образом, в рамках стандартизованного популяционного кардиологического обследования проведено скрининговое ультразвуковое исследование сонных артерий (СА) у 403 человек. Возрастной диапазон обследованных 25–64 лет, средний возраст – 47,5±9,5 года. Исследование проводили на ультразвуковой системе Samsung Medison MySono U6. Атеросклеротическая бляшка (АСБ) определялась как фокальное образование на внутренней стенке сосуда, выступающее в просвет более чем на 50 % по сравнению с окружающими участками стенки сосуда или как фокальное утолщение комплекса «интима-медиа», выступающее в просвет сосуда более чем на 1,5 мм. Сканирование проводилось по стандартной методике. На предмет наличия АСБ исследовались проксимальный и дистальный сегменты общей СА, бифуркация и экстракраниальный сегмент внутренней СА. Величину стеноза измеряли в поперечном сечении как степень уменьшения диаметра просвета сосуда. В анализ включали величину наибольшего стеноза из всех исследованных сегментов. Статистический анализ выполнен в пакете SPSS 12. Сравнение частот проводили методом χ^2 Пирсона и точным тестом Фишера. Вероятность ошибки (p) менее 5 % считали статистически значимой. Стандартизацию проводили прямым методом с использованием Европейского стандарта населения в возрастном диапазоне 25–64 лет.

Результаты. Частота встречаемости КАС в обследованной популяции составила 20,6 %, стандартизованный показатель (СП) – 17,8 %. В возрасте до 35 лет АСБ в СА не выявлены. Встречаемость КАС в более старших возрастных группах варьировалась в значительных пределах – от 3,8 % в возрасте 35–39 лет до 45,0 % в группе 60–64 лет, $p < 0,001$. В возрастном сегменте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост данного показателя в среднем на 6 % каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост частоты КАС в обследованной популяции наблюдался в возрасте 55–59 лет, в котором по сравнению с предыдущей возрастной группой (50–54 года) частота данного показателя увеличилась в 1,9 раза, составляя 43,8 и 23,7 % соответственно, $p = 0,012$. После 60 лет дальнейший рост частоты КАС не наблюдался. Гемодинамически значимые каротидные стенозы (≥ 50 %) в обследованной популяции не встречались, в то время как сужения < 30 % выявлены в 18,4 %, а 30–49 % – в 2,2 % случаев соответственно.

Выводы. В популяции женщин-педагогов СОШ Томска КАС выявлен у каждого пятого обследованного участника скрининга. Атеросклероз СА не встречался до 35 лет. В возрасте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост частоты КАС в среднем на 6 % каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост данного показателя выявлен в возрасте 55–59 лет по сравнению с группой 50–54 лет (+20,1 %). Сужения СА ≥ 30 % в структуре выявленных случаев КАС составили 10,8 %, при этом каротидных стенозов (≥ 50 %) в обследованной женской популяции выявлено не было.

ФАКТОРЫ РИСКА КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ПОДВЕРГШИХСЯ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

В. В. КАЛАЕВА, В. Н. КАРЕТНИКОВА, М. В. ЕВСЕЕВА, И. С. БЫКОВА,
А. В. ОСОКИНА, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Цель. Выявление предикторов развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН) и определение ее роли для госпитального прогноза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы. Обследовано 954 пациента в рамках регистрового исследования острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST (ИМпST). Из них 722 пациента (75,7 %) подверглись рентгенконтрастным процедурам

(коронароангиографии (КАГ) и/или чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ)) в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Критерии включения: возраст старше 18 лет, установленный, согласно критериям ВНОК 2007 года, диагноз ИМ с подъемом сегмента ST, давностью до 24 часов, проведение рентгенконтрастного коронарного вмешательства – КАГ или КАГ с последующим ЧКВ. Критериями исключения из исследования явились: возраст пациента моложе

18 лет, сопутствующиеотягощающие состояния (онкологические заболевания, наличие терминальной почечной, гепатоцеллюлярной недостаточности, острые инфекционные заболевания или обострение хронических, психические заболевания), ИМ, осложнившийся ЧКВ или коронарное шунтирование. Всем пациентам проводилось клиничко-анамнестическое обследование, включающее выявление потенциальных факторов риска КИН, определение медикаментозной терапии на догоспитальном и госпитальном этапах наблюдения, физикальное обследование, запись ЭКГ в 16 отведениях, эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и зон нарушения локальной сократимости. Всем пациентам определялся уровень креатинина в сыворотке крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD при поступлении, на 2–3-и сутки после проведения КАГ/ЧКВ и на 10–14-е сутки госпитализации. Случаи КИН установлены при повышении концентрации креатинина более чем на 25 %, или на 0,5 мг/дл (44 мкмоль/л) по сравнению с исходной в течение 48–72 часов после внутрисосудистого введения контраста при отсутствии альтернативной причины. На госпитальном

этапе проводилась оценка конечных точек – неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Результаты. В группе с КИН (52 пациента (7,2 %) значимо чаще выявлены случаи сахарного диабета (СД) и хронической болезни почек (ХБП) в анамнезе, клинически выраженной острой сердечной недостаточности (ОСН) – II–IV классов по Killip и более низкой ФВ ЛЖ по сравнению с группой с нормальной почечной функцией. На госпитальном этапе шансы развития ранней постинфарктной стенокардии при наличии КИН возрастали в 2,5 раза (95 % ДИ: 1,26–5,05), рецидива ИМ – в 5,4 (95 % ДИ: 2,69–10,64), всех несмертельных осложнений – в 5,1 (95 % ДИ: 2,85–9,17), смертельных осложнений – в 4,1 раза (95 % ДИ: 1,99–8,29). Наличие ОСН II–IV классов по Killip увеличивает шансы развития КИН в 2,2 раза, наличие СД также.

Выводы. КИН диагностирована у 7,2 % больных ИМпСТ, подвергшихся рентгенэндоваскулярным вмешательствам, и ассоциирована с СД, ХБП в анамнезе, выраженной ОСН (II–IV класс по Killip), снижением ФВ ЛЖ. СД и клинически выраженная ОСН (II–IV класс по Killip) явились независимыми предикторами КИН у больных ИМпСТ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Р. К. КАНТЕМИРОВА, З. Д. ФИДАРОВА, Е. В. БУБОЧКИНА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Минтруда России,
Санкт-Петербург, Россия*

Цель. Анализ отдаленных результатов оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от вида хирургической реваскуляризации миокарда (ХРМ) и эффективности медико-социальной реабилитации у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 175 больных ИБС пожилого возраста (средний возраст составил $64 \pm 4,4$ года), перенесших ХРМ. Пациенты распределились в соответствии с типом ХРМ: аортокоронарное шунтирование (АКШ) было выполнено 76 пациентам (43,4 %), стентирование – 99 (56,6 %). Для оценки результатов ХРМ и эффективности медико-социальной реабилитации использовали показатели, характеризующие клинический статус больных: структуру рецидивов и функциональный класс (ФК) стенокардии,

стадию ХСН, резюмирующий медико-экспертный показатель – степень нарушения функции кровообращения (НФК) и степень ограничения жизнедеятельности (ОЖД).

Результаты. По анамнестическим данным коронарографии, 36,6 % имели трехсосудистое поражение, при котором достоверно чаще выполнялась операция АКШ, чем стентирование (53,9 и 23,2 % соответственно, $p < 0,01$), тогда как при двухсосудистом поражении – стентирование (17,1 и 36,4 % соответственно, $p < 0,05$). В обеих группах преобладала стенокардия напряжения невысоких, I и II, ФК (4 и 67,4 %), высокий, III, ФК был представлен небольшим количеством (9,1 %), в то время как IV ФК не встречался. В обеих группах в 29,7 % случаев наглядно подтверждается успешность реваскуляризации мио-