

вергшихся операции КШ в кардиохирургической клинике НИИ КПССЗ. Пациентов разделили на группы в зависимости от количества пораженных артериальных бассейнов. Использовано два варианта разделения: при первом учитывали стенозы артерий любой локализации 30 % и более, при втором – стенозы 50 % и более. Бассейн считался пораженным, если на нем ранее была проведена реваскуляризирующая процедура. Таким образом, выделены следующие группы: I вариант: группа 1 (n=385) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=243) – поражения двух сосудистых бассейнов, группа 3 (n=104) – поражения трех бассейнов; II вариант: группа 1 (n=531) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=159) – поражения двух и группа 3 (n=42) – поражения трех сосудистых бассейнов. Группы сопоставлены по клинико-анамнестическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

Результаты. При первом варианте дефиниции мультифокального атеросклероза (стеноз 30 % и более) поражение только одного артериального бассейна выявлено у 385 (52,6 %) пациентов, поражение двух и более – у 347 (47,4 %) больных. Для обоих вариантов МФА были характерны сходные тенденции. Так, при возрастании числа пораженных бассейнов отмечалось увеличение возраста обследованных больных ($p < 0,001$). Распространенность артериальной гипертензии и курения была выше среди пациентов, имею-

щих поражение нескольких артериальных регионов. Индекс массы тела, напротив, снижался по мере увеличения числа пораженных артериальных бассейнов ($p = 0,008$). В группах 2 и 3 выявлялась большая толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий ($p < 0,001$). Наличие инфаркта миокарда в анамнезе более характерно было для больных группы 1, чем для пациентов из групп 2 и 3 ($p = 0,016$). Вероятность выявления МФА оценивалась в модели логистической регрессии. При варианте I определения МФА ($\geq 30\%$) вероятность выявить МФА возрастала при увеличении возраста ($p < 0,001$), уровня креатинина сыворотки ($p = 0,002$) и ТКИМ ($p < 0,001$), наличии в анамнезе артериальной гипертензии (АГ) ($p < 0,001$) и курения ($p = 0,005$). В многофакторном анализе с вероятностью выявления МФА сохранили связь возраст ($p < 0,001$), курение ($p < 0,001$), АГ ($p < 0,001$) и ТКИМ ($p < 0,001$). При варианте II (стенозы $\geq 50\%$) в однофакторном анализе вероятность выявить МФА была выше с увеличением возраста ($p = 0,001$), уровня креатинина ($p = 0,041$), курением ($p = 0,001$) и АГ ($p = 0,001$). В многофакторном анализе значимое влияние сохранили возраст ($p = 0,001$), а также ТКИМ ($p < 0,001$), наличие в анамнезе курения ($p = 0,002$) и АГ ($p = 0,008$).

Выводы. Перед плановым КШ проявления МФА выявлены у 27,5 % больных при учете стенозов $\geq 50\%$ и у 47,4 % больных при учете стенозов $\geq 30\%$. Факторами риска, ассоциированными с распространенностью МФА, являются возраст, курение, наличие АГ и ТКИМ (независимо от критериев мультифокального атеросклероза).

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

А. Н. СУМИН, А. В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, С. В. ИВАНОВ, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

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

Введение. Ожирение является существенной проблемой современного общества, сопровождается повышением заболеваемости. Влияние ожирения на непосредственные и отдаленные результаты операции коронарного шунтирования (КШ) остается противоречивым.

Целью исследования стало изучение взаимосвязи индекса массы тела (ИМТ) и непосредственных результатов КШ.

Материалы и методы. Обследован 1 571 пациент, подвергшийся КШ в кардиохирургической клинике (1 213 мужчин и 304 женщины в возра-

сте 31–78 лет). Пациенты были разделены в зависимости от ИМТ на четыре группы: с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м², n=351), с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9 кг/м², n=658), ожирением 1-й степени (ИМТ 30–34,9 кг/м², n=409), ожирением 2-й степени (ИМТ 35–39,9 кг/м², n=72). Группы были сопоставлены по клинико-анамнестическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, распространенности в анамнезе сосудистых катастроф, тяжести ИБС и ХСН, а также частоте проведения реваскуляризации миокарда при острых формах ИБС. Доля мужчин снижалась с увеличением ИМТ ($p < 0,001$ для тренда). Аналогичные тренды выявлены и при сопоставлении групп по распространенности сахарного диабета, курения и АГ (во всех случаях $p < 0,001$). Выявлена тенденция к большей встречаемости фибрилляции предсердий среди пациентов с большим ИМТ ($p = 0,073$). Выявлены достоверные тренды увеличения уровня триглицеридов и снижение уровня холестерина ЛПВП с увеличением ИМТ ($p < 0,001$ и $p = 0,004$ соответственно). СКФ, рассчитанная по формуле MDRD, была существенно ниже в группах пациентов с ожирением 1-й и 2-й степеней. По данным ЭхоКГ, средние значения объемов и размеров левого желудочка имели U-образную зависимость от ИМТ, размер левого предсердия возрастал при увеличении ИМТ. Группы не различались по распространенности мультифокального атеросклероза.

Коронарное шунтирование в условиях ИК было выполнено 1 287 (86,4 %) пациентам, группы по этому показателю не различались. Также не выявлены различия по большинству периоперационных осложнений, таких как инсульт или инфаркт миокарда. Чаще в группах с боль-

шим ИМТ проводилась радиочастотная абляция ($p = 0,006$). В целом неблагоприятный исход наблюдался у 330 (21,4 %) пациентов. В группах с ожирением 1-й и 2-й степени достоверно чаще послеоперационный период осложнялся развитием фибрилляции предсердий ($p = 0,001$). Вероятность возникновения периоперационных осложнений в зависимости от того или иного фактора оценивалась с помощью логистической регрессии. При однофакторном анализе вероятность осложнений возрастала со снижением СКФ ($p = 0,021$) и ИМТ ($p = 0,017$), увеличением возраста ($p < 0,001$), а также при проведении ИК ($p = 0,004$) и увеличении его продолжительности ($p < 0,001$). Возраст и длительность ИК сохранили значимость в многофакторном анализе ($p < 0,001$ и $p = 0,015$ соответственно).

При проведении логистического регрессионного анализа вероятность летального исхода возрастала при увеличении длительности ИК ($p < 0,001$) и снижении ФВЛЖ ($p = 0,001$) как в однофакторном, так и многофакторном анализе.

Заключение. Среди больных ИБС, подвергнутых операции коронарного шунтирования, ожирение 1-й степени выявлено в 27 %, а 2-й степени – у 4,7 % пациентов. Повышение связано с уменьшением ИМТ. У больных с ожирением отмечено возрастание частоты фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде.

СВЯЗЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА С РАЗВИТИЕМ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. КЕМЕРОВО

М. В. ТАБАКАЕВ, Г. В. АРТАМОНОВА

Федеральное государственное бюджетное учреждение

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

Введение. Результаты многочисленных исследований показали высокий вклад традиционных факторов риска в развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Однако наличием таких общепризнанных факторов риска, как дислипидемия, ожирение, артериальная гипертензия и ряда других, не объясняется в полной мере распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у лиц молодого возраста, зачастую не имеющих ни одного из этих факторов риска, что нацеливает на расширение поиска предикторов заболеваний.

Набольший интерес вызывают потери здоровья от острых форм ИБС, высокий уровень которых вносит значительный вклад в неблагоприятные

тенденции медико-социального характера в России. Несмотря на значительный социально-экономический ущерб от острых форм ИБС, работ, оценивающих глобальное бремя болезней, в отечественном общественном здравоохранении проводится крайне недостаточно.

Целью настоящего исследования явился анализ зависимости потерь здоровья от инфаркта миокарда (ИМ) в связи с экспонированием химическими загрязнителями атмосферного воздуха населения промышленного центра.

Материалы и методы. За период 2006–2011 годов оценивались среднегодовые концентрации (в $\text{мг}/\text{м}^3$) химических веществ в атмосферном воздухе г. Кемерово.