

б) кроме того, достаточно часто встречалась инфекция мочевыводящих путей, хронический пиелонефрит (39%). Известно, что указанная патология значительно ускоряет нарушение функции почек и требует своевременного выявления и лечения;

7) у 32 % больных отмечается I стадия ХБП; II стадия – у 47%; III стадия – у 19,5%; IV стадия – у 0,6%; у 0,6% больных диагностирована V стадия ХБП; причем хроническая почечная недостаточность регистрируется у 21,7% больных;

8) у 73 (51%) больных СД наблюдалась артериальная гипертензия: гипертоническая болезнь – в 82% случаев, симптоматическая АГ – в 18% случаев;

9) выявлены следующие факторы риска инициации и прогрессирования нефропатии: гиперлипидемия – у 19,6% больных; ожирение – у 34,2%; артериальная гипертензия – у 51%, в 87% случаев отмечался неудовлетворительный контроль уровня гликемии ($HbA_{1c} > 7,5\%$). Гиперлипидемия в сочетании с ожирением и артериальной гипертензией повышает активность факторов роста, стимулируя пролиферацию гладкомышечных клеток, фибробластов и тем самым участвует в развитии атероматоза и формировании атеросклеротического поражения сосудов. Следует признать, что на амбулаторном и госпитальном этапах ведения больных недостаточно активно выявляются, а следовательно, своевременно не коррегируются такие важные факторы риска прогрессирования поражения почек, как нарушения пуринового обмена, фосфорно-кальциевого обмена, гиперкоагуляция.

Литература

1. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Есаян А.М. Превентивный подход в современной нефрологии // Нефрология. – 2004. – № 8. – С. 7-14.
2. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г., Есаян А.А. Хроническая болезнь почек: дальнейшее развитие концепции и классификации // Нефрология. – 2007. – № 11. – С. 7-17.
3. Мухин Н.А., Шестакова М.В. Диабетическая нефропатия // Нефрология / под ред. И.Е. Тареева. – М., 2000. – С. 448-454.
4. Нефрология: учеб. пособие для послевузовского образования / под ред. Е.М. Шиловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 688 с.

Дамдинова Галина Хандажаповна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой терапии №1, Бурятский государственный университет, медицинский факультет, e-mail: damdinova69@mail.ru

Халудорова Валентина Валерьевна – студентка VI курса, Бурятский государственный университет, медицинский факультет, тел.: 89246590018.

Damdinova Galina Handazhapovna – candidate of medical science, assistant professor of department of therapy #1, medical faculty of Buryat State University. 670000, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, e-mail: damdinova69@mail.ru.

Haludorova Valentina Valerievna – student of the 4th course of medical faculty of Buryat State University.

УДК: 616.37 – 002.4 – 022 – 084

**В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев,
Г.Д. Гунзынов, В.С. Очиров**

РОЛЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕРИЛЬНОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

В работе представлены исследования современного маркера системной воспалительной реакции и бактериального инфицирования при остром панкреатите.

Ключевые слова: прокальцитонин, острый панкреатит, панкреонекроз.

**V.P. Saganov, V.E. Khitrikheev,
G.D. Gunzynov, V.S. Ochirov**

THE ROLE OF PROCALCITONIN IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF STERILE AND INFECTED PANCREATIC NECROSIS, AND IN THE EVALUATION OF SEVERITY OF THE STATE OF PATIENTS WITH STERILE PANCREATONECROSIS

The article presents the researches of the modern marker of systemic inflammatory response and bacterial infection at acute pancreatitis.

Key words: procalcitonin, acute pancreatitis, pancreatic necrosis.

Наибольшие трудности в клинической диагностике связаны с дифференциацией стерильного панкреонекроза и инфицированного процесса на фоне распространенной некротической деструкции. Так, клиническая картина заболевания, выраженность системной воспалительной реакции, полиорганных нарушений не имеют кардинальных признаков, позволяющих однозначно дифференцировать стерильный распространенный и инфицированный панкреонекроз [1-3,5,8].

Одним из перспективных направлений совершенствования качества диагностики инфицированных форм панкреонекроза и стратификации больных по тяжести состояния в научно-практических исследованиях является определение концентрации прокальцитонина (ПКТ) – маркера системной воспалительной реакции и бактериального инфицирования [1-10].

Материалы и методы

Исходя из этого, мы провели клинко-лабораторную оценку степени тяжести состояния больного и выраженности системной воспалительной реакции в сопоставлении с концентрацией ПКТ крови у 50 больных с различными формами острого панкреатита.

Определение концентрации ПКТ в плазме крови проведено с использованием наиболее точного иммунолюминиметрического метода у больных с интерстициальным панкреатитом и очаговым стерильным панкреонекрозом до 5 суток заболевания, а среди оперированных больных по поводу стерильного панкреонекроза – до 10 суток заболевания [3].

Результаты и обсуждение

Анализ демографических данных показал (таблица 1), что больные с различными формами панкреонекроза не различались по возрасту, полу и этиологии заболевания.

Оценка тяжести состояния больного, критерии системной воспалительной реакции соответствовали времени забора крови для определения концентрации ПКТ.

Таблица 1

Характеристика больных различными формами острого панкреатита

	Клинко-морфологическая форма				
	1. Интерстициальный панкреатит	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия)	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция)	4. Стерильный распространенный панкреонекроз	5. Инфицированный панкреонекроз
Число больных	10	16	6	6	12
Число оперированных больных	-	-	6	6	12
Демографические данные					
Возраст	42 ± 15 (21-71)	39 ± 10 (24-57)	33 ± 10 (15-45)	43 ± 13 (28-65)	46 ± 16 (20-74)
Пол мужской / женский	8/2	11/5	6/0	5/1	10/2
Этиология					
Алкогольный	6 (60%)	11 (69%)	5 (83%)	5 (83%)	7 (60%)
Билиарный	1 (10%)	3 (19%)	-	1 (17%)	2 (16%)
Травматический	-	-	1 (17%)	-	1 (8%)
Причина не ясна	3 (30%)	2 (12%)	-	-	2 (16%)
Сроки заболевания, сутки, (М± σ)					

Сроки заболевания к моменту верификации формы и определения ПКТ	$1,7 \pm 1,1^{3,4,5}$ (0,3-5)	$2,0 \pm 0,9^{3,4,5}$ (0,5-4)	$3,5 \pm 2,9^5$ (1-10)	$5,2 \pm 2,5^5$ (3-10)	$9,1 \pm 8,1$ (3-30)
Сроки от поступления к лапароскопии * или операции **	-	$0,7 \pm 0,8^5$ (0,1-2) *	$1,3 \pm 2,1$ (0,1-5) **	$2,0 \pm 1,6$ (1-3) **	$4,2 \pm 3,9$ (1-13) **

Примечание: ^{3,4,5} – достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующими группами, ПКТ-прокальцитонин.

Интегральная оценка тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II (табл. 2) показала, что при различных клинико-морфологических формах заболевания тяжесть состояния больного варьировала в широких пределах.

Таблица 2

Характеристика тяжести состояния больных
с различными формами острого панкреатита по шкале АРАСНЕ II

Клинико-морфологическая форма, (M±σ)				
Интерстициальный панкреатит, n=10	1. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия), n=16	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция), n=6	3. Стерильный распространенный панкреонекроз, n=6	4. Инфицированный панкреонекроз n=12
$4 \pm 2,7^{2,3,4,5}$ (0-7)	$7,3 \pm 3^{3,4,5}$ (2-12)	$10,8 \pm 0,8^5$ (10-12)	$12,3 \pm 2,7^5$ (8-16)	$16,5 \pm 3,2$ (12-21)

Примечание: ^{2,3,4,5} – достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующими группами больных.

На этом фоне больные с распространенным стерильным и инфицированным панкреонекрозом являлись наиболее тяжелой категорией больных. При распространенном стерильном и инфицированном некротическом процессе значения тяжести состояния были критическими, т.е. более 12 баллов по шкале АРАСНЕ II. Степень тяжести состояния больных со всеми формами панкреонекроза была достоверно выше таковой при интерстициальном панкреатите ($4 \pm 2,7$ балла). Среди больных со стерильным панкреонекрозом значения АРАСНЕ II достигали максимальных при распространенной некротической деструкции.

Как и в предыдущем разделе работы, полученные нами результаты показали, что при различном состоянии первичного очага при панкреонекрозе в зависимости от его распространенности и инфицирования закономерно меняется и выраженность системной воспалительной реакции и интегральная тяжесть состояния больного. Основные клинико-лабораторные критерии системной воспалительной реакции, включая концентрацию ПКТ, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Клинико-лабораторные критерии системной воспалительной реакции
при различных формах острого панкреатита (M±σ)

КРИТЕРИИ	1. Интерстициальный панкреатит, n=10	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия), n=16	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция), n=6	4. Стерильный распространенный панкреонекроз, n=6	5. Инфицированный панкреонекроз n=12
Температура тела, °C	$36,9 \pm 0,4^5$ [36,4-37,5]	$37,3 \pm 1,1$ [35,5-39,3]	$37,5 \pm 1,0$ [36,6-39,1]	$37,4 \pm 1,1$ [35,5-37,6]	$37,9 \pm 0,7$ [37,2-39,0]
Лейкоциты, $\times 10^9 / л$	$9,6 \pm 2,9$ [6-13,6]	$7,8 \pm 1,6^5$ [7,8-13]	$8,8 \pm 2,2$ [7,3-13]	$8,8 \pm 3,6$ [4-11,7]	$14,1 \pm 6,0$ [6,3-22,2]

ЛИИ, усл. ед.	1,5±0,8 ^{2,3,4,5} [1-3,2]	3,7±2,3 ⁵ [1,5-9,3]	4,4±1,3 [2,8-5,6]	5,3±1,2 [3,5-6,4]	7,0±3,5 [3,2-14,7]
ПКТ, нг/мл	0,335±0,137 ⁵ [0,06-1,43]	0,312±0,07 ^{4,5} [0,08-0,8]	0,48±0,149 ⁵ [0,075-1,0]	0,866±0,25 ⁶ [0,488- 1,851]	2,955±0,841 [0,188-7,575]

Примечание: ^{2,3,4,5} – достоверность различий ($p<0,05$) между соответствующими группами больных, ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации.

Результаты исследований показали, что традиционные общеклинические критерии системной воспалительной реакции (температурная реакция, уровень лейкоцитов периферической крови) не отражали в полной мере ту существенную закономерность изменений, которую мы установили для тяжести состояния больного в зависимости от распространенности и характера некротического поражения.

Существенные различия в температурной и лейкоцитарной реакции установлены лишь у полярных форм заболевания – интерстициального панкреатита и инфицированного панкреонекроза. Вместе с тем уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и концентрация ПКТ имели явную тенденцию к увеличению по мере нарастания степени тяжести состояния больных от отечной формы острого панкреатита к инфицированному панкреонекрозу. Так, значения ЛИИ существенно отличались в группах больных со стерильными формами панкреонекроза, интерстициальным панкреатитом и инфицированным панкреонекрозом.

На этом фоне концентрация ПКТ при распространенном стерильном панкреонекрозе ($0,866\pm0,256$ нг/мл), потребовавшем оперативного лечения, достоверно превышала его значения при ограниченном стерильном некротическом процессе у больных во второй и третьей группах ($0,364\pm0,269$ нг/мл) ($p<0,05$).

Полученные данные позволили установить, что при стерильном панкреонекрозе пороговым уровнем, свидетельствующем о развитии распространенного некротического процесса в забрюшинном пространстве, является концентрация ПКТ более 0,8 нг/мл. У больных с инфицированным панкреонекрозом концентрация ПКТ была значимо выше, чем при интерстициальном и ограниченном стерильном панкреонекрозе.

На этом фоне выявлено значительное ($p<0,05$) повышение концентрации ПКТ у пациентов с инфицированным панкреонекрозом по сравнению со стерильным некротическим панкреатитом ($0,56\pm0,16$ нг/мл) и интерстициальным панкреатитом, что позволяет считать определение концентрации ПКТ в плазме крови оптимальным лабораторным тестом для дифференциальной диагностики стерильных и инфицированных форм панкреонекроза.

Отсутствие существенной разницы значений ПКТ в группах больных с распространенным стерильным и инфицированным панкреонекрозом мы объясняем развитием одинаковой по степени выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности при крупномасштабном некротическом процессе в забрюшинном пространстве независимо от факта инфицирования тканей. Корреляционный анализ показал сильную прямую зависимость между концентрацией ПКТ и значениями АРАСНЕ II ($r=0,562$), уровнем ЛИИ и АРАСНЕ II ($r=0,594$), тогда как между значениями ПКТ и ЛИИ взаимосвязь существенно утрачена ($r=0,27$) (рис. 1).

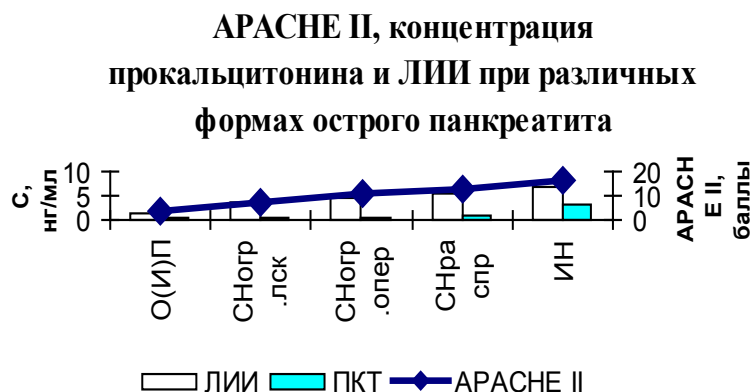


Рис. 1. АРАСНЕ II, концентрация прокальцитонина и ЛИИ при различных формах острого панкреатита

Примечание. Больные с О(И)П – отечным (интерстициальным) панкреатитом, СНогр.лск – стерильным ограниченным панкреонекрозом только с лапароскопией, СНогр.опер – стерильным ограниченным оперированным панкреонекрозом, СНраспр – стерильным распространенным панкреонекрозом, ИН – инфицированным панкреонекрозом

В дальнейшем исследовании, используя шкалу АРАСНЕ II, мы выполнили перегруппировку больных острым панкреатитом в соответствии с тяжестью их состояния таким образом, что при объединении первых двух групп больных с интерстициальным панкреатитом и стерильного панкреонекроза (только после лапароскопии) средние значения АРАСНЕ II были минимальными (6 ± 3 балла) (рис. 2).

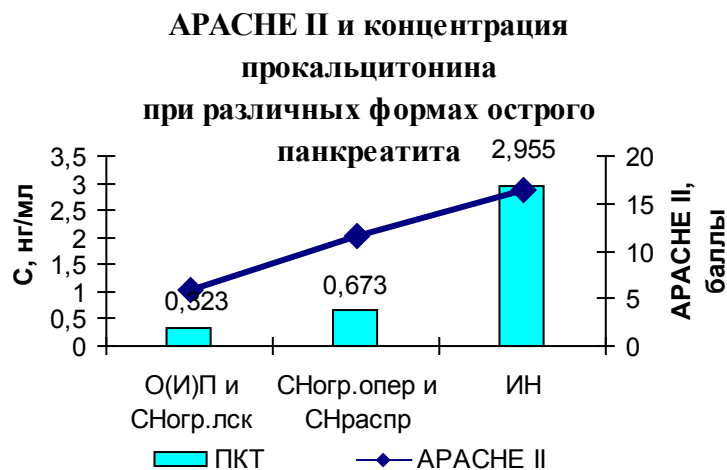


Рис. 2. АРАСНЕ II и концентрация прокальцитонина при различных формах острого панкреатита

Примечание. Больные с О(И)П – отечным (интерстициальным) панкреатитом, СНогр.лск – стерильным ограниченным панкреонекрозом только с лапароскопией, СНогр.опер – стерильным ограниченным оперированным панкреонекрозом, СНраспр – стерильным распространенным панкреонекрозом, ИН – инфицированным панкреонекрозом

В группах больных, оперированных по поводу стерильных форм панкреонекроза (стерильный ограниченный панкреонекроз (операция)+стерильный распространенный панкреонекроз), тяжесть состояния больных ($11,6 \pm 2,1$ балла) существенно отличалась от показателей при инфицированном панкреонекрозе ($16,5 \pm 3,2$ балла) ($p < 0,05$). На этом фоне выявлены достоверные различия концентрации ПКТ во всех группах больных с различной степенью тяжести состояния.

Полученные данные позволяют согласиться с мнением М.-L. Kylänpää-Bäck et al. (2001), что определение концентрации ПКТ с использованием иммунолюминесцентного метода позволяет считать его высокочувствительным (94%) и специфичным (73%) лабораторным тестом для объективной оценки тяжести состояния и полиорганных нарушений у больных с различными формами острого панкреатита в динамике заболевания и комплексного лечения.

Таким образом, прокальцитониновый тест и шкала АРАСНЕ II, по нашему мнению, являются объективными критериями клинко-лабораторной оценки тяжести состояния больного со стерильным и инфицированным панкреонекрозом.

Выводы

Таким образом, по результатам наших исследований, при отечной форме острого панкреатита и ограниченном панкреонекрозе его минимальная концентрация ($0,323 \pm 0,073$ нг/мл) соответствует наименьшим значениям АРАСНЕ II. При стерильном панкреонекрозе и выраженной полиорганной дисфункции его значение превышает «порог» в 0,5 нг/мл и составляет $0,673 \pm 0,154$ нг/мл. В условиях инфицирования некротических тканей его концентрация выше 2 нг/мл ($2,995 \pm 0,841$ нг/мл). Эти данные соответствуют результатам определения концентрации ПКТ при остром панкреатите полуколичественным методом, что делает его более доступным для использования в реальном режиме времени при оценке тяжести состояния больного в динамике заболевания и лечения.

Литература:

1. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. и др. Прокальцитониновый тест в комплексной оценке тяжести состояния больного острым панкреатитом // *Consilium Medicum*. – 2002. – №2. – С. 36-40.
2. Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Бражник Т.Б. и др. Новое в диагностике инфекционных осложнений и сепсиса в хирургии: роль определения прокальцитонина // *Инфекция в хирургии*. – 2003. – № 1. – С. 8-13.
3. Гендель Д., Бошон К. Прокальцитонин как маркер бактериальных инфекций // *Практикующий врач*. – 2002. – № 2. – С. 1-4.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Роль прокальцитонинового теста в диагностике и оценке тяжести инфицированных форм панкреонекроза // *Анналы хирургии*. – 2001. – № 4. – С. 44-49.
5. Franguet J., Saez J., Martinez J. et al. Rapid measurement of procalcitonin as prognostic factor of acute pancreatitis // *Basel: S. Karger AG*. – 2002. – P. 101-102.
6. Kylänpää-Bäck M.-L., Takada A., Kemppainen E.A. et al. Procalcitonin strip test in the early detection of severe acute pancreatitis // *Brit. J. Surg.* – 2001. – № 3. – P. 222-227.
7. Kylänpää-Bäck M.-L., Takada A., Kemppainen E.A. Procalcitonin, soluble interleukin-2 receptor and soluble E-selectin in the severity of acute pancreatitis // *Crit. Care Med.* – 2001. – V. 29. – № 1. – P. 63-69.
8. Muller C.A., Uhl W., Printzen G. et al. Role of procalcitonin and granulocyte colony stimulating factor in the early prediction of infected necrosis in severe acute pancreatitis // *Gut*. – 2000. – V. 46. – № 2. – P. 233-238.
9. Rau B., Steinbach G., Baumgart K. The clinical value of procalcitonin in the prediction of infected necrosis in acute pancreatitis // *Int. Care Med.* – 2000. – V. 133. – P. 159-164.
10. Riche F.C. Inflammatory cytokines, C-reactive protein, and procalcitonin as early predictors of necrosis infection in acute necrotizing pancreatitis // *Surgery*. – 2003. – V. 133. – P. 257-262.

Саганов Владислав Павлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ; 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел. 8(3012) 43-62-03, e-mail: saganovvlad@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а, тел. 8(3012) 55-62-43; e-mail: hitriheev@rambler.ru

Гунзынов Галан Дамбиевич – доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. 670031, ул. Павлова, 12, тел. 8(3012) 43-62-03, e-mail: gunzynov@yandex.ru

Очиров Владимир Сергеевич – заведующий хирургическим отделением №2 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. 670031, ул. Павлова, 12, тел. 8(3012) 23-34-24.

Saganov Vladislav Pavlovich – cand. of medical sci., associate professor of department of hospital surgery of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: saganovvlad@mail.ru

Khitrkheev Vladimir Evgenievich – dr of medical sciences, professor, head of department of hospital surgery of Buryat State University. 670000, Smolin str., 24a, ph. 89025639936, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

Gunzynov Galan Dambievich – dr of medical sci., head of surgical department №1 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: gunzynov@yandex.ru

Ochirov Vladimir Sergeevich – head of surgical department №2 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 23-34-24

УДК: 616.12-008

**О.С. Донирова, Е.Д. Цыдыпова,
М.Б. Цыденжапова, Б.С. Базарова****ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ФАКТОРОВ,
АССОЦИИРОВАННЫХ С ИХ РАЗВИТИЕМ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ**

Обследовано 196 пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Выявлено 109 (55,6%) больных, страдающих сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами. Тревожно-депрессивные расстройства были ассоциированы с определенными факторами риска неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. На фоне тревожно-депрессивных расстройств чаще встречались стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и фибрилляция предсердий.

Ключевые слова: *пожилой возраст, сердечно-сосудистые заболевания, тревожно-депрессивные расстройства, факторы риска.*

**O.S. Donirova, E.D. Tsydyпова,
M.B. Tsydenzhapova, B.S. Bazarova****THE FREQUENCY OF REVEALING THE ANXIOUS-DEPRESSIVE DISORDERS
AND FACTORS, ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE REPUBLIC
OF BURYATIA**

196 patients of senior age with cardiovascular diseases have been examined and 109 (55,6 %) of them suffer from the accompanying anxious-depressive disorders.

The anxious-depressive disorders have been associated with the definite risk factors of unfavorable cardiovascular prognosis. Stenocardia of tension myocardium heart attack without teeth and fibrillation of auricles have been occurred more often on the background of the anxious-depressive disorders.

Key words: *senior age, cardiovascular diseases, anxious-depressive disorders, risk factors.*

Актуальность. Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) являются одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения. Согласно результатам российского исследования КОМПАС (2004) ТДР встречаются у 57% больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и 52% больных артериальной гипертензией (АГ). При этом выраженное депрессивное состояние имеет место у каждого третьего пациента: 33% больных ИБС и 28% больных АГ [1].

В проспективных исследованиях последних десятилетий установлено, что ТДР являются независимыми факторами риска возникновения и прогрессирования ИБС [4]. В то же время у многих больных АГ и ИБС депрессивные состояния развиваются вторично, в качестве реакции на серьезное соматическое заболевание. Особенно часто депрессия отмечается у больных с инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью, мозговым инсультом [2].

Хорошо известен факт частого развития депрессивных расстройств у пожилых больных. Пожилые люди подвержены развитию депрессии ввиду инволюционных изменений в центральной нервной системе, снижения физических возможностей, ограничения или утраты социальных контактов, прекращения трудовой деятельности [3].

Изучение ТДР в Республике Бурятия практически не проводилось, что послужило основанием для настоящего исследования.

Цель: изучение частоты тревожно-депрессивных расстройств и факторов, ассоциированных с их развитием, среди больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Бурятия.

Материал и методы

Обследовано 196 пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, проходивших обследование и лечение на базе кардиологического отделения Республиканского клинического госпиталя для ветеранов войн г. Улан-Удэ. К сердечно-сосудистым заболеваниям были отнесены ишемическая болезнь сердца (ИБС), куда вошли стенокардия напряжения, инфаркт миокарда без зубца Q и инфаркт миокарда с зубцом Q. Также к ССЗ были отнесены перенесенное нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), фибрилляция предсердий (ФП) и атеросклероз артерий нижних конечностей (ААНК).