

Согласно данным W. Derer и соавт., в группе исследуемых пациентов с острым коронарным синдромом стентирование коронарных артерий, которые находились под наблюдением в течение 30 дней, уровни витронектина > 497 нг / мл рассматривались как прогностически значимые для развития конечных точек в виде внезапной смерти, развития повторного ИМ или срочной реваскуляризации ($p = 0,006$) [5]. С учетом постепенного снижения концентрации витронектина в течение последующих месяцев, результаты нашего исследования не протеворечат данным зарубежных ученых.

Выводы

Предикторность уровня витронектина > 283,27 нг / мл относительно развития вторичных сердечно-сосудистых событий в течение 6 месяцев после перенесенного STEMI на фоне сопутствующего ожирения, дает возможность применять данный биомаркер с целью усовершенствования диагностики.

ЛИТЕРАТУРА

1. U. S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving lives, protecting people [Internet]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2019. Overweight and obesity. Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/>.
2. MRproADM і показники кардіогемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від наявності ожиріння / О. С. Єрмак [та ін.] // Буковин. мед. вісн. — 2015. — № 19 (1). — С. 65–8.
3. *Sadvakas, A. S.* Modern concepts of ideal biomarkers in medicine / A. S. Sadvakas // Modern Medicine: Topical Issues. — 2014. — № 5 (31). — С. 230–231.
4. Cardiovascular risk prediction in the general population with use of suPAR, CRP, and Framingham Risk Score / S. Lyngbæk [et al.] // Int. J. Cardiol. — 2013. — № 167. — С. 2904–2911.
5. Wolfgang Derer, Elliot S Barnathan, Erdal Safak, Prasheen Agarwal. Vitronectin Concentrations Predict Risk in Patients Undergoing Coronary Stenting. Circulation Cardiovascular Interventions 2(1). — С. 14–9.

УДК 616.12-008.331.1:616.127-005.8]-073.7

ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Брановицкая Н. С., Пальцев И. В., Турченко Н. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания сердечно-сосудистой системы в настоящее время являются одной из главных причин формирования инвалидности и смертности в развитых странах всего мира. Наиболее тяжелой формой ишемической болезни сердца (ИБС) является инфаркт миокарда (ИМ). Значительный интерес исследователей к данной проблеме обусловлена ее достаточно высокая распространенность. Так, в США ИМ ежегодно переносят более 800 тысяч человек, при этом около четверти из них умирают. По данным, опубликованным в Российской Федерации, до 10 % пациентов умирают в течение одного года после перенесенного ИМ. К основным причинам смерти относят нарушения ритма, а также развивающуюся или прогрессирующую сердечную недостаточность [1, 2, 3].

Нередкой сопутствующей патологией у пациентов с ишемической болезнью сердца является артериальная гипертензия (АГ). Данное заболевание может способствовать прогрессированию патологии сердца за счет перегрузки левого желудочка, формирования гипертрофии миокарда, приводящей к повышенному потреблению кислорода. Следствием этого может быть появление дисбаланса между кровоснабжением сердца через пораженные венечные артерии и потребностью миокарда в кислороде. Для предотвращения ухудшения функции сердца имеет важное значение контроль уровня артериального давления, особенно при наличии такой тяжелой формы ИБС, как инфаркт миокарда [4, 5].

Цель

Провести сравнительную оценку показателей эхокардиографии у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда в зависимости от уровня артериального давления при поступлении в стационар.

Материал и методы исследования

В ходе проведенного исследования был проведен анализ показателей эхокардиографии у 49 пациентов, находящихся на реабилитации в Гомельском клиническом госпитале инвалидов Отечественной войны. Все включенные в исследование пациенты были госпитализированы в отделение реабилитации с диагнозом «инфаркт миокарда» на 3-й неделе от начала заболевания, ранее проходили лечение в других стационарах г. Гомеля. В ходе исследования оценивались такие показатели, как конечный систолический и диастолический размеры левого желудочка (КСО ЛЖ и КДО ЛЖ), конечный систолический и диастолический объемы левого желудочка (КСО и КДО), а также фракция выброса левого желудочка (ФВ). Сопутствующей патологией у всех пациентов была артериальная гипертензия 1 либо 2 степени, тяжелая сердечная недостаточность (ФК 3–4 по NYHA) отсутствовала. Полученные в ходе исследования результаты анализировались при помощи программы «Statistica» 7.0 с использованием критерия Манна — Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от уровня артериального давления при госпитализации. Первую группу составили 33 пациента с компенсированной АГ — уровень систолического артериального давления менее 140 мм рт. ст. Во второй группе было 16 пациентов, у которых артериальное давление было при поступлении было от 140 до 160 мм рт. ст. Группы не имели статистически значимых различий по полу (все мужчины) и возрасту (1 группа — 59 лет, 2 группа — 61 год, $p = 0,23$).

Полученные в ходе исследования данные отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели эхокардиографии у пациентов обеих групп

| Показатель | 1 группа | | | | 2 группа | | | | p |
|------------|----------|-----|-----|---------|----------|-----|-----|---------|-------|
| | Me | Min | Max | 95 % ДИ | Me | Min | Max | 95 % ДИ | |
| КДР ЛЖ, мм | 54 | 41 | 70 | 52–58 | 57 | 50 | 69 | 52–64 | 0,15 |
| КСР ЛЖ, мм | 37 | 27 | 43 | 34–41 | 40 | 33 | 55 | 36–47 | 0,11 |
| КДО, мл | 151 | 76 | 276 | 129–170 | 166 | 121 | 336 | 142–209 | 0,16 |
| КСО, мл | 58 | 27 | 128 | 46–70 | 67 | 44 | 163 | 52–102 | 0,07 |
| ФВ, % | 63 | 44 | 78 | 57–66 | 57 | 43 | 67 | 51–63 | 0,048 |

Анализируя данные, представленные в таблице, можно отметить то, что в целом размеры левого желудочка были несколько больше в группе пациентов с повышенным артериальным давлением. Тем не менее, КДР ЛЖ и КСР ЛЖ у пациентов обеих групп не имели больших различий, также не было значимых различий в показателях КДО.

КСО был несколько выше у пациентов 2 группы, различие присутствовало на уровне тенденции, что указывает на необходимость увеличения количества пациентов при проведении дальнейшего научного исследования.

В тоже время фракция выброса, важнейший показатель для оценки насосной функции сердца, была статистически значимо выше у пациентов, которые до поступления на реабилитацию имели показатели артериального давления в пределах нормы.

Заключение

Полученные в ходе проведенного исследования данные говорят о том, что наличие не полностью контролируемой артериальной гипертензии может являться дополнительным фактором риска снижения фракции выброса у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда. Это может быть связано со значительными изменениями миокарда левого желудочка вследствие длительной перегрузки давлением. Следовательно, пациенты

с инфарктом миокарда нуждаются в более жестком контроле уровня артериального давления с целью предотвращения развития и прогрессирования сердечной недостаточности для улучшения прогноза, снижения возможной смертности или инвалидности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прогнозирование и профилактика внезапной кардиальной смерти у больных, перенесших ИМ / С. А. Болодуева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 3, Т. 7. — С. 56–62.
2. Мамараджапова, Д. А. Смертность от инфаркта миокарда (ИМ) и ее связь с некоторыми факторами риска по данным проспективного исследования / Д. А. Мамараджапова, Р. Ш. Мамутов // Кардиоваскулярная терапия профилактика. — 2009. — № 2, Т. 8. — С. 52–55.
3. Агдамова, З. М. Структурно-функциональное ремоделирование левого желудочка у больных нестабильной стенокардией на фоне изменений липидного спектра крови / З. М. Агдамова, А. Н. Каллаева // Вестн. новых мед. технологий. — 2011. — № 1, Т. 18. — С. 107–109.
4. Эрлих, А. Д. Шкала для ранней оценки риска смерти и развития инфаркта миокарда в период пребывания в стационаре больных острым коронарным синдромом (на основании данных регистра РЕКОРД) / А. Д. Эрлих // Кардиология. — 2010. — № 10. — С. 11–16.
5. Нагаева, Г. А. Артериальная гипертензия как фактор риска развития дестабилизации ишемической болезни сердца / Г. А. Нагаева, Р. Ш. Мамутов // Артериальная гипертензия. — 2018. — № 24. — С. 48–56.

УДК 616.136.42-005.7]:616.13-007.64-08-07

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МЕШОТЧАТОЙ АНЕВРИЗМЫ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Василевич Н. В.¹, Саливончик В. В.^{1,2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

²«Республиканский научно-практический центр

радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Аневризмой селезеночной артерии (АСА) называется локальное патологическое расширение сосуда, питающего селезенку. Селезеночная артерия — это крупный артериальный ствол, ветви которого питают желудок, селезенку, поджелудочную железу, большой сальник. Аневризматическое расширение данного сосуда, тем более окклюзия его, может приводить к ухудшению кровотока в левой половине брюшной полости со всеми вытекающими последствиями [1]. Истинная распространенность аневризмы селезеночной артерии неизвестна. Аневризмы висцеральных артерий — редкая патология в хирургической практике. Среди аневризм висцеральных артерий аневризма селезеночной артерии составляет до 60 % [1]. Она примерно в четыре раза чаще встречается у женщин, но риск разрыва примерно в три раза чаще у мужчин [1, 3].

По морфологии различают две группы образований:

1. Мешотчатые аневризмы селезеночных артерий — развиваются в местах отхождения ветвей артерии.

2. Диффузные — в области ее основного ствола.

По происхождению выделяют:

1. Истинные аневризмы — чаще встречаются у женщин. Анатомически повторяют стенку сосуда.

2. Ложные (травматические) — чаще встречаются у мужчин. Представлены соединительной тканью.

Существует также классификация по размерам образования: небольшие (до 11 мм), средние — 11–25 мм, аневризмы более 25 мм считаются гигантскими.