

торную и метаболическую. Показатели гемодинамики регистрировали методом транспульмональной термодилуции с использованием монитора Drager Delta XL и модуля «Pulsion Picco Plus» (Германия) на трех этапах: после начала искусственной вентиляции легких (I этап), после завершения ИК (II этап) и через 24 часа после оперативного лечения (III этап).

**Результаты.** При респираторном варианте коморбидности после отхода от ИК и через 24 часа после КШ отмечен наиболее высокий уровень системного сосудистого сопротивления (2359,67 [2125,91; 2593,42] и 2294 [2070,7; 2517,3] дин/с/см<sup>-5</sup>/м<sup>2</sup>), минимальные значения глобальной фракции выброса (18 [15; 22] и 19 [16; 21] %), менее заметное по отношению к другим группам больных снижение глобального

конечного диастолического и легочного объемов крови. На всех этапах исследования фиксировались максимальные значения индексов внесосудистой жидкости в легких и проницаемости легочных сосудов у пациентов с респираторной и метаболической коморбидностью. У больных с кардиоваскулярной коморбидностью нарушения гемодинамического статуса в динамике наблюдения были менее выраженными.

**Заключение.** Использование волюметрического и гемодинамического мониторинга на основе метода транспульмональной термодилуции позволяет комплексно оценить показатели центрального и легочного кровообращения у больных ИБС в динамике операционного и раннего послеоперационного периодов с различными вариантами коморбидности.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-32-33

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

А.Ю. Сердечная, И.А. Сукманова

*КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия*

**Введение.** Среди пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST (ИМпST) быстрое восстановление нормального коронарного кровотока имеет первостепенное значение. Множество больниц не имеют доступа к центрам с возможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 120 минут либо транспортировка в связи с тяжестью пациента невозможна. Тромболитическая терапия (ТЛТ) представляется доступным и легко выполнимым методом восстановления проходимости инфарктсвязанной артерии (ИСА). Однако ТЛТ в 50 % не позволяет достигнуть кровотока ТИМІ III в ИСА. Необходима последующая транспортировка в ЧКВ-центр. Оптимальной стратегией реперфузии является сочетание ТЛТ и отсроченного ЧКВ.

**Цель.** провести оценку эффективности фармакоинвазивной стратегии (ФИС), сравнить возникшие осложнения в зависимости от сроков проведения ТЛТ.

**Материал и методы.** На базе КГБУЗ АККД за 2020 г. пролечено 673 пациента с ИМпST. Выбраны пациенты с ИМпST после ТЛТ с последующим стентированием ИСА. Выделено две группы пациентов: 1 – пациенты с проведением догоспитального ТЛТ, 2 – пациенты с госпитальным (г)ТЛТ. В дальнейшем сопоставлены гемодинамические показатели, сопутствующие

заболевания, возникшие осложнения. Изучались данные анамнеза, лабораторные показатели, в том числе тропонин I, ЭКГ, ЭХОКГ, КАГ. Оценено время от начала болевого синдрома до доставки в ЧКВ-центр.

**Результаты.** Первую группу составили 124 пациента в возрасте  $64 \pm 1,6$  года, вторую – 79 пациентов в возрасте  $62,3 \pm 1,4$  года. Перенесенный ИМ и стенокардия в анамнезе встречались у 23,7 % пациентов 1-й группы и у 26,5 % второй. В 1-й группе для ТЛТ 93,5 % использовалась Тенектеплаза, во 2-й – Стрептокиназа 41,8 %, фортелизин 12,7 %, проурокиназа 11,2 %. Обе группы составляли преимущественно мужчины, в 1-й – 72,2 %, во 2-й – 73,4 %. По данным КАГ эффективность ТЛТ в обеих группах сравнительно не отличалась: 70 и 71 % ( $p = 0,3$ ). Время доставки в ЧКВ-центр более 24 часов составило у 25,4 % пациентов в группе дгТЛТ к 24 % гТЛТ. Острая левожелудочковая недостаточность класса Killip III–IV развилась в 5,6 % случаев в 1-й группе, у 3,5 % – во 2-й ( $p = 0,04$ ), что являлось показанием к более раннему применению ТЛТ. Правая коронарная артерия (ПКА) была ИСА в 51 % случаев в 1-й группе и в 49 % – во второй ( $p = 0,05$ ). Полного восстановления коронарного кровотока по шкале ТИМІ удалось достичь у 98 % пациентов 1-й группы и 91 % – во 2-й ( $p = 0,02$ ).

Во 2-й группе острое почечное повреждение (ОПП) развилось у 18 % пациентов, в 1-й группе – у 9 % ( $p = 0,04$ ). Желудочковые тахикардии встречались у 11 % пациентов во 2-й группе и у 5 % – в первой ( $p = 0,03$ ). Средние показатели тропонина в 1-й группе –  $17,5 \pm 1,8$ , во 2-й –  $22,8 \pm 2,0$  нг/мл.

**Вывод.** ФИС является основной стратегией лечения ИМспСТ у пациентов, удаленных от ЧКВ-центров. Проведение ТЛТ в кратчайшие сроки приводит к меньшему развитию осложнений в раннем периоде ИМ и большему проценту восстановления коронарного кровотока.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-33-34

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ «НОВЫХ» И КОНВЕНЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ РИСКА СМЕРТИ У ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ

В.Н. Серебрякова, В.С. Кавешников

*Научно-исследовательский институт кардиологии,  
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия*

**Введение.** Общеизвестно, что распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) ниже среди женщин, чем среди мужчин. Тем не менее во всех возрастных группах инфаркт миокарда чаще имеет фатальный исход среди женщин, чем среди мужчин, особенно эта тенденция выражена среди молодых женщин в возрасте до 55 лет. По мнению экспертов ВОЗ, распространенность факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин европейского региона в активном трудоспособном возрасте является значительной, и динамика их за 20 лет носит исключительно прогрессивный характер.

**Целью исследования** явилось изучение роли отдельных ФР ССЗ «новых» и конвенционных в формировании риска смертности в женской популяционной когорте.

**Материал и методы.** В рамках эпидемиологического исследования «ЭССЕ-РФ» была сформирована случайная выборка из 1600 участников в возрасте 25–64 лет, стратифицированных по возрасту и полу в одном из крупных городов Сибирского региона России (Томск). Обследована 941 женщина с откликом 80,0 %. Все испытуемые подписали информированное согласие и заполнили валидизированные анкеты, касающиеся физической активности, образования, питания, курения, сопутствующих заболеваний и терапии. Проспективное наблюдение за сформированной когортой составило 7 лет. Анализировались такие показатели, как причина смерти, средний возраст наступления смерти, структура общей и сердечно-сосудистой смертности, кумулятивные показатели смертности и плотности смертности, прогностические оценки ряда ФР – наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях, систолическое

артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), сердечно-лодыжечный сосудистый индекс, дисперсия интервала QT > 30 мс. Статистический анализ проводился с использованием SPSS Statistics 20. Проведена многомерная логистическая регрессия с поправкой на возраст.

**Результаты.** Средний возраст наступления смертных случаев в популяционной когорте женщин от всех причин составил  $55,5 \pm 6,9$  года. По причине ССЗ этот показатель на два года был меньше –  $53,6 \pm 6,9$  года. Выявлено, что ССЗ и онкологические заболевания имели одинаковый удельный вес в структуре смертности – по 47,8 %. Не зарегистрировано ни одного случая смерти, не связанного с немедицинскими причинами. Доля других причин составила 4,3 %. В структуре смертности от ССЗ более 65,4 % приходится на ИБС, удельный вес инсульта как причины смерти составляет 26,9 % и другие формы ССЗ занимают 7,7 %. Кумулятивный показатель общей смертности составил 2,4 %. Анализ кумулятивных показателей смертности от отдельных причин показал, что в 1,2 % случаев смерть наступила в результате ССЗ, в 1,3 % случаях – от остальных внесердечно-сосудистых причин. Показатели плотности (инцидента) смертности составили: 3,65; 1,75 и 1,11 на 1000 человеко-лет наблюдений от всех причин, ССЗ и ИБС соответственно. Изучение вклада ФР ССЗ в формирование риска смерти от всех и кардиальных причин с помощью однофакторной модели пропорционального риска Кокса показало, что при поправке на возраст у женщин наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях не демонстрировало значимой взаимосвязи с риском кардиальной смерти и смерти от всех причин. Аналогичная