

(ВТЭО) в отделение сосудистой хирургии Железнодорожной больницы. За 2000–2018 гг. госпитализировано 1366 пациентов с ОИ на фоне тромбоза или эмболии, а за период 2010–2019 гг. госпитализировано 2327 пациентов с ВТЭО. В зависимости от периода поступления в когорте пациентов с артериальной патологией выделено две группы: первая – 865 пациентов, госпитализированных на протяжении 2000–2010 гг., и вторая – 501 пациент, поступивший в стационар в 2011–2018 гг. В когорте пациентов с ВТЭО также выделено две группы: первая – 1104 пациента, госпитализированных на протяжении 2010–2014 гг., и вторая – 1223 пациента, госпитализированных в период 2015–2019 гг. В когорте острой артериальной ишемии выделены подгруппы – тромбоз (747 случаев) и эмболия (619 случаев). В когорте ВТЭО выделено 6 подгрупп. Первая подгруппа – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА-163); вторая – флотирующий тромбоз нижней полостью и подвздошных вен (208); третья – флотирующий тромбоз бедренной вены (147); четвертая – окклюзионный подвздошно-бедренно-подколенный тромбоз (1022); пятая – сафено-бедренный тромбоз (183); шестая – тромбоз большой подкожной вены на бедре, требующий проведения кроссэктомии (604).

Результаты. Для когорты ОИ: ежегодная частота госпитализации – 10,1 случая на 100 000 населения. В первой группе она составила 11,1, а во второй – 8,8 случая в год. Средний возраст пациента в 1-й группе – $67,1 \pm 2,4$ года был значительно меньше, чем во 2-й группе –

$73 \pm 2,4$ года ($p = 0,021$). Обнаружена тенденция в уменьшении числа госпитализированных мужчин – 503 пациента в 1-й группе и 199 пациентов во 2-й ($p = 0,0043$). Частота госпитализаций пациентов с тромбозами в 1-й группе – 6,7 (524 случая), во 2-й – 3,9 (223 случая), ($p = 0,003$). Частота госпитализаций пациентов с эмболиями в 1-й группе – 4,4 (341 случай), во 2-й – 5,0 (278 случаев) ($p = 0,021$). По результатам анализа имеется тенденция к уменьшению числа госпитализируемых с 1-й степенью ишемии в 1-й группе – 7,3 (561 случай), во 2-й – 3,1 (151 случай) ($p = 0,001$). Также отмечается рост числа госпитализации пациентов со второй степенью ишемии – 3,1 (298 случаев) в 1-й группе, 5,7 (325 случаев) – во 2-й ($p = 0,001$). Значимо чаще выявлялась ишемия верхних конечностей во 2-й – 3,2 (182 случая), по сравнению с 1-й группой – 1,4 (106 случаев) ($p = 0,002$). В бассейне артерий нижних конечностей острая ишемия выявлялась реже – 9,7 (759 случаев) в 1-й группе, 5,6 (319 случаев) во 2-й ($p = 0,002$). Для когорты пациентов с ВТЭО: ежегодная частота госпитализаций составила 65,5 случая на 100 000 населения в год. В первой группе она составила 62,2, а во второй – 69,5. Значимые различия обнаружены для больных с ТЭЛА – 58 (5,3 %) и 105 (8,6 %), $p = 0,002$ и сафено-бедренного тромбоза – 72 (6,5 %) и 111 (9,1 %), $p = 0,023$.

Выводы. За прошедшие 20 лет произошло увеличение числа артериальных эмболий и уменьшение артериальных тромбозов, увеличение числа ТЭЛА и сафено-бедренного тромбоза.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-45-46

НЕОБХОДИМОСТЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Н.Г. Хорев^{1,2}, А.В. Соколов², Г.В. Батаев², И.А. Сукманова^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

² ГКБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Цель. Определить оптимальную тактику хирургического лечения стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) у больных острым и хроническим коронарным синдромом.

Материал и методы. За период 2015–2018 гг. в Алтайский краевой кардиологический диспансер госпитализировано 8670 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и различными хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС). Из этого числа 1196 (100 %) пациентам выполнено коронарное шунтирование

(КШ), в том числе у 84 (7,0 %) одномоментная – 59 (4,9 %) или этапная – 25 (2,1 %) каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). Изолированная КЭАЭ выполнена у 184 (2,1 %) пациентов, отобранных из числа всех больных ОКС и хроническими формами ИБС. Выявление каротидного стеноза проводилось с использованием дуплексного сканирования. Визуализация сонных артерий (компьютерная или конвенциональная ангиография) выполнялась больным, требующим проведение КЭАЭ. Всего изолированная

или сочетанная КЭАЭ проведена у 268 (100 %) больных. Больные разбиты на три группы в зависимости от этапности проведения КЭАЭ. Первая группа 59 (22,0 %) больных — одномоментное КЭАЭ и КШ; вторая — 25 (9,3 %) больных — этапная КЭАЭ и КШ; третья 184 (68,7 %) больных — изолированная КЭАЭ у больных с ИБС высокого коронарного риска.

Результаты. Симптомный стеноз чаще ($p < 0,05$) встречался у больных 2-й группы (36,0 %) по сравнению с больными 1-й (10,1 %) и 3-й (20,6 %) групп. Стенокардия 3–4-го функционального класса также чаще ($p < 0,05$) диагностирована у больных 2-й группы (88,0 %) в сравнении с пациентами 1-й (25,4 %) и 3-й (22,8 %) групп. При удалении бляшки из сонной артерии частота обнаружения атеромы с распадом статистически значимо ($p < 0,05$) чаще обнаруживалась у больных 1-й (88,0 %) и 2-й (72,0 %) групп по сравнению с 3-й группой (42,3 %). Различий в двух шунтируемых артериях при КШ в 1-й и 2-й группах не отмечено. Реваскуляризация трех артерий при КШ у больных 1-й группы выполнялась у 72,9 %, во 2-й — у 44,0 % ($p < 0,05$) больных. В 3-й группе (изолированная КЭАЭ) в послеоперационном периоде у четырех (2,2 %) больных зарегистрированы транзиторные ишемические атаки; инсультов и летальных исходов не отмечено. У двух (8,0 %) больных 2-й группы (этапная КЭАЭ и КШ) диагностирован послеоперационный инсульт. Наибольшее число осложнений —

инсульт у двух (3,4 %) больных и летальный исход у двух (3,4 %) больных — отмечено в 1-й группе (одномоментное КШ и КЭАЭ).

Обсуждение. В наше исследование включено 8670 больных, госпитализированных в специализированное учреждение, где выполняются «открытые» и эндоваскулярные вмешательства больным острым и хроническим коронарным синдромом. Особенностью исследования было определение показателей частоты КЭАЭ у больных с клинически значимым атеросклерозом сонных артерий, госпитализируемых не в неврологические отделения, занимающиеся лечением острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, а в кардиологический стационар. С учетом строго отбора необходимость для КЭАЭ у больных с коронарным атеросклерозом составила 2,1 %. Худшие результаты лечения выявлены при проведении одномоментных операций (КЭАЭ + КШ).

Выводы. У больных с этапными или одномоментными операциями отмечается более тяжелое поражение сонных и коронарных артерий. У больных со стенозом сонной артерии и высоким коронарным риском предпочтительнее проведение этапных операций. Изолированная КЭАЭ показана у 2,1 % больных острым и хроническим коронарным синдромом. Одномоментные и этапные операции на сонных и коронарных артериях могут быть выполнены у 7,0 % больных высокого коронарного риска.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-46-48

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ, АНДРОГЕНОДЕФИЦИТ И ОСТЕОПОРОЗ У МУЖЧИН СТАРШЕ 45 ЛЕТ

Н.А. Храмцова, Д.А. Синкевич, Е.Ю. Орлова

*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования —
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Иркутск, Россия*

Многочисленные эпидемиологические исследования, посвященные проблеме остеопороза, подтверждают высокую частоту заболевания в общей популяции. Среди мужчин остеопороз встречается в 20 % случаев, т.е. у каждого пятого в возрасте старше 50 лет, до 30 % всех остеопоротических переломов проксимального отдела бедренной кости возникают у лиц мужского пола. У мужчин остеопороз и повышенный риск переломов нередко ассоциированы с проблемой раннего андрогенодефицита как важного, но малоизученного фактора риска многих хронических заболеваний у мужчин. Пониженный уро-

вень тестостерона у мужчин может быть причиной повышенного риска смерти, в основном от сердечно-сосудистых заболеваний. Андрогенодефицит у мужчин ассоциирован с развитием сахарного диабета, ожирения и остеопороза. Среди мужчин молодого возраста гипогонадизм четко коррелирует с состоянием минеральной плотности костной ткани, а заместительная терапия тестостероном приводит к увеличению костной массы.

Цель. Изучить взаимосвязи частоты, факторов риска переломов у мужчин старше 45 лет с кардиоваскулярной патологией.