

дикторы путем адекватной коррекции дислипидемии – диетой, статинами, омега-3 ПНЖК, гипергликемии – диетой, сахароснижающей терапией, ХСН – иАПФ/БРА, бета-блокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов, петлевыми диуретиками.

В результате на 99 открытых оперативных вмешательств зарегистрировано 14 случаев развития ФП в послеоперационном периоде (14,1%). Отмечено достоверное снижение частоты развития ФП в раннем послеоперационном периоде на втором этапе исследования (41% против 14,1% $p < 0,01$).

Выводы. Своевременное выявление предикторов развития ФП и адекватное воздействие на них приводит к значительному снижению частоты развития послеоперационных нарушений предсердного ритма.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.95-95

Т.И. Шириметова, А.П. Домке, О.Н. Бруева, В.В. Филатов

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (клиника кардиохирургии)
г. Благовещенск

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

В экономически развитых странах сосудистые заболевания являются одними из наиболее распространенных в популяции. Их клиническая и социальная значимость определяется высокой частотой инвалидизации пациентов [1]. Актуальность диагностики сосудистой патологии диктуется необходимостью проведения своевременных лечебных мероприятий. Атеросклероз-мультифокальное заболевание, поражающее все артериальные регионы. Каротидные стенозы атеросклеротического генеза часто сочетаются с поражением коронарных, периферических артерий, артерий внутренних органов [2].

Нами изучены степень сочетанных изменений в общей сонной артерии (ОСА) у пациентов с атеросклерозом коронарных артерий в клинике кардиохирургии, проанализированы результаты исследования (ОСА) 43 пациентов, имеющих поражение коронарного русла по данным селективной коронарографии - 23 мужчин (53%) и 20 женщин (47%). Средний возраст больных - 63 (55; 69) лет.

Оценивалась гемодинамика в магистральных артериях головы на экстракраниальном уровне методом ультразвуковой доплерографии (ультразвуковой сканер Philips HD 11 XE), толщина комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии в месте максимального утолщения [3] и стандартизованное измерение толщины КИМ ОСА на 1 см проксимальнее бифуркации по задней стенке артерии, геометрия ОСА. Нормой считали толщину КИМ $< 0,9$ мм, утолщением КИМ от 0,9 до 1,3 мм, критерием атеросклеротической бляшки КИМ $> 1,3$ мм. Утолщение КИМ ОСА было выявлено у всех 43 пациентов (100%), из них у 41 (95%) в месте стандартизованного измерения толщины КИМ. Видимые атеросклеротические бляшки в бифуркационном отделе ОСА были обнаружены у 39 человек (91%) - у 100% мужчин (23 человека) и 75% женщин (15 человек). Все они были старше 58 лет, у двоих из них (5%) стенозы были не менее 50% по диаметру. Извитость ОСА была зарегистрирована

у 5 человек (11,6%) - 8,7% мужчин (2 пациента) и 15% женщин (3 пациентки), у двоих из них (4,7%) извитость была гемодинамически значимой, что потребовало оперативной коррекции.

У пациентов с мультифокальным атеросклерозом происходит ремоделирование ОСА в виде изменения хода, увеличения толщины КИМ, образования атеросклеротических бляшек. Атеросклероз коронарных артерий сочетается с атеросклеротическими изменениями каротидного бассейна, в 100% случаев имеет место поражение ОСА разной степени значимости. Таким образом, каждый пациент с выявленным атеросклерозом одного сосудистого бассейна нуждается в обследовании всех артериальных регионов.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.95-96

Г.Е. Уразова,¹ А.И. Данилова²

ФГБОУ ВО Амурская ГМА¹
г. Благовещенск

ФКУЗ МСЧ МВД России по Амурской области²
г. Благовещенск

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Актуальность. За последние годы ожирение стало одним из самых распространенных заболеваний, затрагивая население повсеместно независимо от пола, возраста, социального статуса. Повышенный вес не только способствует развитию и прогрессированию артериальной гипертензии (АГ), но так же является фактором рефрактерности ее к гипотензивной терапии. Известно, что у людей с ожирением риск развития АГ увеличен втрое по сравнению с имеющими нормальную массу тела. Ожирение и АГ повышают риск развития тяжелых органических поражений, ранней инвалидности и преждевременной смерти. В настоящее время в клинической практике стандартным методом оценки уровня АД у пациентов является суточное мониторирование АД (СМАД). Единой схемы анализа данных СМАД не выработано, но традиционно интерпретируются среднедневные и средненочные значения АД, степень ночного снижения АД, нагрузка давлением, вариабельность АД.

Цель исследования: выявить особенности параметров СМАД и их ассоциированность с индексом массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. На базе клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (ККХ) и поликлиник города Благовещенска проведено обследование 96 человек от 30 до 45 лет, не имевших сопутствующей патологии (сахарный диабет, клинические признаки ИБС, недостаточность кровообращения, артериальная гипертензия). Всем больным было проведено СМАД. СМАД проводилось в течение 24 часов. Интервал между измерениями составлял 15 мин. в период бодрствования и 60 мин. во время ночного сна. По данным мониторинга рассчитывался средний уровень систолического (САД), диастолического (ДАД) в дневное (с 7 до 23 ч.) и ночное (с 23 до 7 ч.) время. Суточный ритм АД оценивался по величине ночного снижения (НС), которое показывает, на сколько процентов средний уровень соответствующего показателя ночью ниже, чем днем.

В зависимости от индекса массы тела (ИМТ),

Таблица 1. Показателей суточного мониторинга артериального давления у обследованных пациентов

Показатель	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
ИМТ	21,6±2,1	27,5±1,8	32,5±1,9	37,9±0,9
Количество человек	26	25	34	11
ТМЖП	9,75±1,2	10,02±0,95	11,5±1,1	12,3±0,8
ТЗСЛЖ	10,9±0,7	11,1±1,06	12,1±2,08	14,1±0,4
САД днем, мм рт. ст.	126,5±0,9	130,5±2,5	136±3,4	153,5±4,8
САД ночью, мм рт. ст.	118±2,4	126,5±1,8	131±3,0	137,5±3,1
ДАД днем, мм рт. ст.	82,5±1,8	87±1,7	91±3,7	93,5±5,4
ДАД ночью, мм рт. ст.	73,5±2,0	71,5±1,5	72,5±3,1	79,5±4,1
Ночное снижение САД, %	21,5 ±4,9	20,5±3,9	11±2,1	9±1,2
Ночное снижение ДАД, %	18±5,01	14±4,7	11±3,7	10±1,9
Вариабельность САД днем	12±1,96	13,5±2,8	15±1,1	17±0,6
Вариабельность ДАД днем	9±2,3	10,5±0,9	11,5±0,2	15,5±2,09
Вариабельность САД ночью	11±1,8	8,5±2,1	13,5±2,0	15±1,6
Вариабельность ДАД ночью	9,5±3,1	7,5±1,6	9,5±1,9	11,6±1,9
Индекс нагрузки повышенного давления днем систолическим АД	18±4,7	13,5±2,3	34±3,9	43±8,1
Индекс нагрузки повышенного давления ночью систолическим АД	3±0,9	10,5±4,7	33,5±1,4	35±3,02
Индекс нагрузки повышенного давления днем диастолическим АД	11±5,6	14±3,8	16±7,1	20±8,1
Индекс нагрузки повышенного давления ночью диастолическим АД	1±0,1	15±2,7	11±1,9	12±0,9

все пациенты были разделены на 4 группы. 1-ю группу составили 26 пациентов с ИМТ – 21,6±2,1; 2-ая группа с ИМТ - 27,5±1,8 - 25 человек с избыточной массой тела. В 3-ю группу вошли 34 человека - ИМТ 32,5±1,9 с 1 степенью ожирения. 11 человек составили 4 группу - ИМТ 37,9±0,9 со 2 – 3 степенью ожирения. При эхокардиографическом исследовании (ЭхоКГ) (Phillips), определялись толщина миокарда межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщина миокарда задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что у 11,5% обследованных сотрудников, ассоциированных с ожирением, отмечается изменение биологического циркадного ритма по типу non-dipper. Это люди 4 группы, где ИМТ составлял 37,9±0,9. У членов остальных групп сохранен биологический циркадный ритм АД по типу dipper, что составило 88,5%. Так же отмечается изменение вариабельности САД днем у исследуемых 3 группы (15±1,1) и показателей вариабельности САД и ДАД в течение суток у лиц 4 группы (табл. 1). При ЭхоКГ–исследовании отмечалось увеличение ТМЖП и ТЗСЛЖ у исследуемых 3 и 4 групп, что не наблюдалось в 1 и 2 группах.

Выводы: по результатам суточного мониторинга артериального давления у обследованных людей

с увеличением массы тела от нормальной к избыточной и ожирению суточный профиль артериального давления характеризуется повышением систолического артериального давления и его вариабельности в дневное и ночное время. Данные изменения сочетаются с нарушением циркадного ритма артериального давления в виде недостаточного его снижения в ночные часы по типу non-dipper. Повышенная вариабельность АД, характерная для исследуемых 3 и 4 групп, ассоциировалась с поражением сердечной мышцы в виде увеличения толщины межжелудочковой перегородки и толщины задней стенки левого желудочка.