

мужчин в возрасте от 20 до 77 лет (средний возраст  $55,3 \pm 11,38$  лет) с коморбидностью патологий: основной диагноз - гипертоническая болезнь (ГБ) I-III стадии. Анализировались антропометрические данные с определением индекса массы тела, процента жировых отложений, индекса массы жира. Клинические исследования проводились в клинко-диагностической лаборатории; биохимические и иммуноферментные исследования проведены в лаборатории биохимических и иммуноферментных методов исследования с клинической морфологией. Осуществлен анализ показателей артериального давления, состояние липидного обмена (общий холестерин (ОХС), холестерин (ХС) липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП), очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), коэффициент атерогенности, содержание ХС в составе не-ЛПВП (разница между уровнями ОХС и ХС ЛПВП), тип дислипидемии. Для более детальной характеристики липидного спектра дополнительно вычисляли величины липидных соотношений, которые определяют уровень функционирования липидо-транспортных систем (ХС ЛПНП/ХС ЛПВП, ХС не-ЛПВП/ОХС – система прямого транспорта ХС и ОХС/ХС ЛПВП – система обратного транспорта ХС) и липопротеидлиполиза (ТГ/ХС ЛПВП и  $\log$  (ТГ/ХС ЛПВП) – атерогенный индекс сыворотки крови, который тесно ассоциируется с инсулинорезистентностью (ИР). Определение показателей липидограмм осуществлялось ферментативным методом на автоанализаторе «HUMAN». Определение триглицеридов (ТГ) осуществлялось с использованием тестов «Триглицериды liquidolor». Содержание глюкозы (ммоль/л) в сыворотке крови определялось глюкозооксидазным методом; содержание мочевины (ммоль/л) – фосфорновольфрамным методом. Статистическая обработка проведена с использованием программ SPSS 17.0; достоверными считались результаты при уровне значимости ( $P < 0,05$ ).

**Результаты.** Критериями дислипидемии у обследованных пациентов считались уровни ОХС  $> 4,5$  ммоль/л, ТГ  $> 1,7$  ммоль/л, ХС ЛПВП  $< 1,0$  ммоль/л у мужчин и  $< 1,2$  ммоль/л у женщин и ХС ЛПНП  $> 2,6$  ммоль/л (ESC, 2016, 2018). Исследовано, что наличие ИР у больных с ГБ, отягощенной коморбидностью сопровождается значительными патологическими сдвигами липидного обмена, в частности, усилением атерогенных нарушений в системах обратного транспорта ХС и липопротеидлиполиза ТГ-содержащих ЛПДНП, про что свидетельствует

повышение величин соответствующих липидных соотношений ОХС/ХС ЛПВП на 20,7 % ( $p < 0,01$ ) и ТГ/ХС ЛПВП на 92,2 % ( $p < 0,01$ ) по сравнению с больными без ИР, а также зависимость уровня ХС ЛПВП от величины индекса НОМА-ИР ( $r = -0,394$ ;  $p < 0,003$ ).

**Заключение.** У пациентов с ГБ и ИР величина атерогенного индекса плазмы крови почти в трижды превышает аналогичный показатель у больных без ИР ( $p < 0,01$ ), что указывает на более выраженные атерогенные нарушения в липидном спектре крови в условиях ИР, в связи с наличием в кровотоке мелких плотных частичек ЛПНП.

### **ЭКГ-СИНХРОНИЗИРОВАННАЯ КТ-АНГИОГРАФИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

**Носуля И.Г., Зяблова Е.И.**

*ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия*

**Введение.** У пациентов с аневризмой брюшной существует повышенный риск сердечно-сосудистых событий, не связанных с аневризмой. ИБС является ведущей причиной ранней смертности после операций по поводу АБА. По данным коронароангиографии, до 36% пациентов с аневризмой брюшной аорты имеют сопутствующее поражение коронарных артерий. Инфаркт миокарда является основной причиной пери- и послеоперационных летальных исходов, связанных с хирургическим вмешательством по поводу АБА.

**Цель:** определение клинического значения ЭКГ-синхронизированной КТ-ангиографии в диагностике коронарного атеросклероза у пациентов с патологией брюшной аорты.

**Материалы и методы исследования.** 30 пациентам с заболеваниями брюшной аорты из отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» в период с сентября 2018 г. по март 2020 г. выполнили предоперационную КТ-ангиографию с ЭКГ-синхронизацией для одновременной оценки аорты и коронарных артерий. КТ-ангиография проводилась на двухтрубчатом аппарате Siemens Somatom Definition Flash 256.

**Результаты.** Помимо кардиосинхронизированной КТ-ангиографии, всем 30 пациентам проводилась инвазивная коронарография в качестве «золотого стандарта» с целью определения точного процента стенозов коронарных артерий. У каждого пациента в анализ включено 7 сегментов коронарных артерий, всего – 210 сегментов (30x7). Проводилась посегментная оценка коронарных

сосудов с определением степени стеноза (0%,  $\leq 50\%$  или  $> 50\%$ ). Оценивались проксимальные и средние сегменты. 40 сегментов (19%) были исключены из анализа вследствие плохого качества изображений, обусловленного массивным кальцинозом, дыхательными и/или двигательными артефактами. 170 сегментов (81%) коронарных артерий были признаны адекватными для оценки стеноза. У 12 пациентов (40%) были выявлены значимые стенозы ( $> 50\%$ ) коронарных артерий. Среди 12 больных со значимыми стенозами коронарных артерий у 5 пациентов обнаружили однососудистое, у 4 пациентов - двухсосудистое, у 3 пациентов - трехсосудистое поражение. Полученные результаты ЭКГ-синхронизированной КТ-ангиографии изменили тактику лечения в предоперационном периоде у 8 (27%) из 30 пациентов с патологией брюшной аорты: 6 пациентам во время инвазивной коронарографии выполнили имплантацию стентов в коронарные артерии, 2 пациентов перенесли аортокоронарное шунтирование. Из 30 пациентов оперированы 24 (80%), не оперированы 6 больных (20%) по следующим причинам: у 4 пациентов был выявлен атеросклероз коронарных артерий с невозможностью реваскуляризации миокарда; у 1 пациента перед оперативным лечением возникло острое нарушение мозгового кровообращения.

**Заключение.** Диагностика гемодинамически значимого поражения коронарных артерий с помощью КТ-ангиографии с ЭКГ-синхронизацией может оказать существенное влияние на тактику ведения пациентов с заболеваниями брюшной аорты в предоперационном периоде. После выполнения КТ-ангиографии тактика лечения и дооперационного ведения пациентов была изменена в 27% случаев.

### СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Носирова Д.Э., Мамурова Н.Н.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан*

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания - одна из ведущих заболеваний и ведут к инвалидизации, чаще обусловлены развитием отдаленных последствий инсульта и ИБС. Одним из таких последствий является синдром вегетативной дистонии. Причинные факторы синдрома вегетативной дисфункции многообразны. А. М. Вейн считает более правомерным рассматривать синдром вегетативной дисфункции в рамках синдрома. При вегетативной дисфункции в первую очередь страдает сердечно-сосудистая система. Нередко вегетативная дисфункция выступает в качестве синдрома, а как самостоятельная нозологическая форма, в отличие от синдрома не имеет связи с этиологическими факторами, а способствует от

врожденной неполноценности вегетативной нервной системы.

**Цель:** выявить распространенность синдрома вегетативной дисфункции в качестве синдрома и как самостоятельная нозологическая форма с особенностями течения у больных с ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 38 больных. Изучено клиничко – неврологическое исследование, ЭКГ, ЭЭГ. Вегетативную регуляцию исследовали с помощью проб Ашнера- Даньини и Чермака-Геринга.

**Результаты.** Из 38 обследованных у 88% диагностирован синдром вегетативной дисфункции. Согласно результатам нейровегетативного исследования с помощью проб Ашнера- Даньини и Чермака- Геринга, а также с использованием электрокардиографического комплекса и электроэнцефалографии у больных отмечается преобладание избыточного вегетативного обеспечения, с острым течением заболевания у больных с ИБС на фоне перманентных нарушений, у больных отмечается локальные рефлекторные декомпенсированные вегетативные нарушения, как самостоятельная нозологическая форма с разнообразными особенностями течения.

**Заключение.** У больных с инфарктом миокарда наблюдается генерализованные вегетативные нарушения. Приведенные данные об особенностях вегетативно-сосудистых нарушениях могут использоваться в качестве диагностических критериев и лечения. Длительное существование ИБС приводит к дисфункции вегетативной нервной системы с повышенной активацией симпатического тонуса в сердечно-сосудистой системе и при лечении таких больных следует отдавать предпочтение средствам, обладающим вегетостабилизирующими свойствами.

### ВЛИЯНИЕ РАЗМЕРОВ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ НА ИСХОДЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ревишвили А.Ш., Кадырова М.В., Попов В.А.,  
Малышенко Е.С., Стребкова Е.Д.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Введение.** Актуальным вопросом остается выбор оптимального и наиболее эффективного метода лечения непароксизмальных форм фибрилляции предсердий (ФП), а также определение факторов риска, влияющих на