

получили эндоваскулярное лечение с целью восстановления адекватного кровотока без экстренной имплантации стента в инфаркт-ответственную артерию. Минимальная инвазивная стратегия с целью восстановления антеградного кровотока до уровня TIMI 2-3 была выполнена 14 (50%) больным. У всех больных после восстановления антеградного кровотока в просвете артерии визуализировался тромбоз ТТГ ? 3. Следующим критерием эффективности являлась резолюция сегмента ST на ЭКГ ?50%. В качестве антитромботической поддержки при вмешательстве все пациенты получали сочетание блокаторов IIb/IIIa гликопротеиновых рецепторов (эптифибатид) и 600 мг клопидогреля или тикагрелора 180 мг. Повторная коронароангиография выполнялась в сроки до 5 дней.

#### Результаты:

На 4,0±1,0 сутки кровотоков TIMI 2-3 в инфаркт-ответственной артерии был сохранен 100% пациентов; отмечено значимое уменьшение степени целевого стеноза в инфаркт связанной артерии с 77,8±10,2% до 50,5±19,5%; уменьшение его протяженности с 21,5±8,5 до 15,5±5,5 мм; увеличение референсного диаметра целевой артерии от 3,1±0,8 до 3,5±0,75 мм и степени тромбоза по шкале ТТГ - от 3,9 до 0,9. По результатам повторной КАГ стентирование целевого сегмента выполнено у меньше половины пациентов 8 (30%), у 3 больных (10%) стентирование выполнено на основании данных внутрисосудистого ультразвукового исследования. У 17 (60%) пациентов инфаркт-ответственное стенотическое поражение признано незначимым. В группе отсроченного стентирования не было отмечено ни одного случая развития феноменов по/slow-reflow. На госпитальном этапе лечения в группе наблюдения неблагоприятных кардиальных событий не зарегистрировано.

#### Заключение:

У больных с массивным тромбозом ИКА (ТТГ?3) и восстановленным антеградным коронарным кровотоком TIMI 2-3 выполнение отсроченного стентирования является безопасной и эффективной стратегией лечения на госпитальном этапе и позволяет более точно подобрать размеры стентов.

### ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Митьковская Н. П.<sup>1</sup>, Захарко А. Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, <sup>2</sup>УЗ «Гомельская городская клиническая больница №2», г. Гомель

#### Введение (цели/ задачи):

Согласно докладу Исследовательской группы Всемирной организации здравоохранения, гипертензивные нарушения у беременных следует считать главными среди наиболее распространенных и важнейших заболеваний и синдромов сердечно-сосудистой системы (ССС). Цель: оценить состояние сердечно-сосудистой системы у беременных с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от наличия гипертензивных осложнений беременности.

#### Материал и методы:

Исследование включало 156 женщин в третьем триместре беременности. В основную группу вошли 90 пациенток с метаболическим синдромом (МС), группу сравнения составили 66 пациенток без признаков МС. В зависимости от наличия гестоза каждая из групп была разделена на две подгруппы (МС+гестоз (n=63),

МС без гестоза (n=27), гестоз (n=33), контрольная группа (n=33). Диагностика и степень тяжести гестоза устанавливались на основании шкалы С. Goek в модификации Г.М. Савельевой (1999). Всем пациенткам проводились общеклиническое обследование, ЭхоКГ. Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ Excel и Statistica 7.0.

#### Результаты:

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту, сроку гестации, паритету родов, удельному весу лиц с диагностированной артериальной гипертензией. Для пациенток с МС в сравнении с беременными без МС были характерны более высокие среднегрупповые значения уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления при поступлении в стационар (149±16 и 137±20, p<0,01 и 89±13, p<0,01 соответственно). Анализируя показатели, характеризующие систолическую функцию ЛЖ, выявлено, что в группе пациенток с МС наблюдались более высокие значения КДО (113,5 (100; 129) и 100 (93; 108), p<0,01), УО (83 (71; 95) и 70 (65; 79), p<0,01), ФВ (72 (69; 77) и 70 (68; 74), p<0,05) по сравнению с беременными без МС, наличие гестоза не вносило существенного вклада в изменение систолической функции сердца. При анализе величины индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в подгруппах установлены статистически значимые различия между подгруппами женщин с МС и гестозом (96,39±0,04 г/м<sup>2</sup>) и беременными с «чистыми» формами гестоза (80,5±19,67 г/м<sup>2</sup>), а также с контрольной подгруппой (77,1±13,3 г/м<sup>2</sup>), p<0,001, значение ИММЛЖ в подгруппе беременных с МС без гестоза (91,98±13,8 г/м<sup>2</sup>) было выше, чем у пациенток с «чистой» формой гестоза и контрольной группой, p<0,001. Оценка состояния диастолической функции левого желудочка произведена у 63 пациенток с МС и у 44 пациенток группы сравнения. Распространенность диастолической дисфункции левого желудочка (без учета типа) в основной группе составила 52,4% (n = 33), что статистически значимо (?2=5,5; p?0,05) превышало распространенность диастолической дисфункции в группе сравнения – 25% (n = 11). При анализе структуры результатов исследования диастолической функции в подгруппах выявлен больший удельный вес беременных в подгруппе МС и гестоз с нарушением диастолической функции по I типу – 56,82% (n=25) по сравнению с контрольной группой – 9,09% (n=2) (?2=13,0; p?0,001) и с группой МС без гестоза – 15,79% (?2=9,0; p?0,01). В группе пациенток с гестозом без МС наблюдался больший удельный вес женщин с диастолической дисфункцией I типа – 40,91% (n=9) по сравнению с беременными контрольной группы (?2=5,9; p?0,05). У беременных с гестозом распространенность диастолической дисфункции левого желудочка была выше, чем в подгруппах сравнения. В структуре нарушений диастолической функции во всех подгруппах превалировал I тип нарушения (замедление расслабления).

#### Заключение:

Для пациенток с гипертензивными осложнениями беременности характерен больший удельный вес лиц с диастолической дисфункцией по сравнению с подгруппами женщин без гестоза.