

УДК 616.132.2-089+617.546-009.7-052]-072

Кобылко Л.А.¹, Галиновская Н.В.²

¹ Гомельская университетская клиника-областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны, Гомель, Беларусь

² Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С БОЛЯМИ В СПИНЕ

Введение. В настоящее время медикаментозные методы лечения и технологии кардиохирургии, позволили существенно снизить уровень смертности пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [1]. Исходя из этого, фокус внимания исследователей смещается в сторону повышения качества жизни пациентов, перенесших реваскуляризацию миокарда, длительного сохранения их трудоспособности и самообслуживания. На реализацию этой задачи направлены мероприятия медицинской реабилитации (МР) на различных этапах [2]. Сочетание хронической коронарной недостаточности, проявляющееся болевым синдромом в области грудной клетки, и боль в нижней части спины, у пожилых пациентов существенно затрудняет применение физической составляющей реабилитационных мероприятий [3]. Хроническая боль в спине у пациентов старшей возрастной категории приводит к ограничению возможности передвижения, самообслуживания и трудоспособности [4], снижает реабилитационный потенциал пациента при составлении индивидуальной программы медицинской реабилитации. С целью индивидуального подхода при составлении программы МР выполнение холтеровского мониторирования (далее – ХМ), эхокардиографии (далее – ЭХО-КГ) является лучшим способом оценить функциональные возможности сердца, косвенно оценить коронарное кровообращение и выявить ранние прогностические признаки неблагоприятного исхода.

Цель. Изучить данные инструментальных исследований (холтеровского мониторирования электрокардиограммы, эхокардиографии) у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с болями в нижней части спины на позднем этапе стационарной реабилитации.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы данные ХМ и ЭХО-КГ 26 пациентов, которым была выполнена операция по реваскуляризации миокарда (ангиопластика, стентирование коронарных артерий либо аортокоронарное шунтирование в сочетании с маммарокоронарным шунтированием), страдающих хроническими болями в нижней части спины, которым проводилась стационарная МР в период от 6-ти месяцев до 1 года после перенесенного вмешательства. Пациенты были распределены на 4 группы по степени выраженности и сочетания болевых

синдромов кардиогенного и вертеброгенного генеза: 1-я группа – пациенты с обоюдолегким кардиогенным и вертеброгенным болевым синдромом (12 человек); 2-я группа – с легким кардиогенным и умеренным вертеброгенным болевым синдромом (8 человек); 3-я группа – с умеренным кардиогенным и легким вертеброгенным болевым синдромом (4 человека); 4-я группа – с обоюдоумеренным болевым синдромом (2 человека).

Критерии исключения: перенесенный ИМ или мозговой инсульт (до 6 месяцев от начала заболевания); аневризма левого желудочка (далее – ЛЖ) с тромбозом; аневризма аорты; хроническая сердечная недостаточность кровообращения выше IIIA стадии; угрожающие жизни нарушения сердечного ритма и проводимости; атеросклероз сосудов нижних конечностей с декомпенсацией периферического кровообращения, наличие язв и гангрены; облитерирующий эндартериит с склонностью к генерализации; тромбоэмболия легочных артерий; тромбофлебит в течение 1-2 лет после ликвидации септического процесса; тромбофлебит вен нижних конечностей, флеботромбоз; синкопальные состояния в анамнезе.

Всем пациентам был проведен общеклинический и неврологический осмотр, выполнены общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, липидограмма. Использовались анкетные методы: визуально-аналоговая и цифровая шкала боли (ВАШ), А.М. Вейна, опросник Спилбергера-Ханина, опросник оценки качества жизни SF-36.

Использовались следующие инструментальные методы: ХМ, ЭХО-КГ, СМАД, ЭКГ. По данным ЭХО-КГ оценивались: размеры левого предсердия (ЛП), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), фракция выброса (ФВ), фракция укорочения (ФУ), минутный объем крови (МО), ударный объем (УО), систолический индекс (СИ), толщина миокарда задней стенки ЛЖ в диастолу и систолу (ЗСд; ЗСс), толщина межпредсердной перегородки в диастолу и систолу (МЖПд и МЖПс), массу миокарда ЛЖ в М, индекс массы миокарда ЛЖ. По данным ХМ оценивались показатели variability ритма сердца.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программного комплекса Statistica 10.0., пакета программ базисной статистики

Результаты и обсуждение. Показатели variability ритма сердца (далее – ВРС) отражают баланс между симпатическими и парасимпатическими влияниями на сердце. Низкая ВРС является маркером многих патологических состояний, в том числе прогностическим показателем, увеличивающим риск смерти.

Нами был произведен сравнительный анализ показателей variability ритма сердца по данным ХМ и показателей ЭХО-КГ у пациентов выделенных групп. Данные представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1

Показатели вариабельности ритма сердца у пациентов в образованных группах

Показатели ВРС	Группа 1 Med [UQ; LQ]	Группа 2 Med [UQ; LQ]	Группа 3 Med [UQ; LQ]	Группа 4 Med [UQ; LQ]	p
SDNN (мс)	124 [108; 176,7]	122,5 [96; 130,5]	129 [101; 144,7]	137,5 [128; 147]	>0,05
iSDNN (мс)	56 [42; 67]	46 [40; 48]	35 [31; 57]	68,5 [55; 82]	>0,05
SDANN (мс)	118 [87; 159,6]	109 [87; 110]	116 [72; 134,3]	112 [105; 119]	>0,05
rMSSD (мс)	37 [27; 38]	20 [14; 28]	13 [11; 21,5]	42,5 [21; 64]	>0,05
NN50 (мс)	6247 [2801,5; 8953,5]	1891 [1097; 7314]	751 [271; 2410]	5394 [2387; 8401]	>0,05
pNN50 (%)	7[3; 11]	1,5 [0,835; 4,5]	0,8 [0; 2,1]	5,5 [3; 8]	>0,05

Примечания: SDANN – стандартное отклонение усредненных нормальных синусовых интервалов R-R всех 5-минутных периодов за все время наблюдения; SDNN – стандартное отклонение всех нормальных синусовых интервалов R-R; индекс SDNNi – средняя всех стандартных отклонений всех нормальных интервалов R-R для всех 5-минутных сегментов записи за все время наблюдения; pNN50 – процент соседних интервалов R-R, различающихся более, чем на 50 мсек и rMSSD – среднеквадратичное отклонение различий между интервалами сцепления соседних интервалов R-R.

Как видно из представленных данных в табл. 1, достоверных различий в показателях между исследуемыми группами пациентов не выявлено. Однако есть тенденция к снижению показателей ВРС у пациентов 3-й группы, не выходящие за нижние возрастные границы вариабельности ритма сердца (отношение к «точке разделения – dit-points» риска смертности).

Таблица 2

Показатели эхокардиографии у пациентов в образованных группах

Показатели ЭХО-КГ	Группа 1 Med [UQ; LQ]	Группа 2 Med [UQ; LQ]	Группа 3 Med [UQ; LQ]	Группа 4 Med [UQ; LQ]	p
ЛП, (мм)	41 [39; 42]	40 [39; 42]	43 [40; 48]	42 [40; 47]	>0,05
КДР (мм)	51,5 [48; 57]	50,5 [50; 52]	57 [50; 66]	54 [49; 54]	>0,05
КСР (мм)	32,5 [30; 38]	33 [28; 35]	33 [31; 50]	34 [30; 41]	>0,05
КДО (мл/м²)	125 [103; 163]	126 [118; 131]	144 [89; 220]	141 [17; 144]	>0,05
КСО (мл/м²)	45 [35; 64]	47 [29; 52]	45 [38; 124]	47 [34; 74]	>0,05
УО (мл)	80,5 [73; 95]	82 [76; 88]	78 [61; 99]	72 [63; 94]	>0,05
ФВ (%)	63,5 [56; 67]	67 [60; 72]	63 [47; 68]	64 [48; 67]	>0,05
МО (л/мин)	5,1 [4,4; 5,8]	5,4 [3,4; 6,2]	6 [5,4; 7]	4,7 [3,8; 5,5]	>0,05
ФУ (%)	35 [33; 37]	37 [30; 42]	35 [29; 38]	35 [24; 37]	>0,05
СИ (л/мин/м²)	2,5 [2,25; 2,6]	2,6 [2; 3,3]	3 [2,8; 3,3]	2 [1,8; 2,8]	>0,05
Масса миокарда ЛЖ (гр)	213,1 [195; 241]	220 [187; 296,6]	186,4 [168; 198]	172 [159,5; 245,4]	>0,05
МЖП(д) (мм)	10 [9; 11]	10,5 [10; 12]	10 [9; 12]	11 [9; 12]	>0,05
МЖП(с) (мм)	14 [13; 15]	14 [13; 15]	13 [12; 15]	14 [13; 18]	>0,05
ЗС (д) (мм)	10 [9; 10,3]	10 [9; 12]	9 [8; 10]	10 [8; 12]	>0,05
ЗС (с) (мм)	15 [13; 16]	15 [13; 17]	14 [11; 17]	14 [13; 18]	>0,05
Индекс массы миокарда ЛЖ (г/м²)	115,9 [94,5; 138]	92,5 [89; 129,5]	82,9 [73; 100]	86,3 [85; 135]	>0,05

На основании приведенных данных ЭХО-КГ в табл. 2 достоверной разницы в показателях пациентов в обследуемых группах выявлено не было.

Выводы. В результате выполненного сравнительного анализа показателей вариабельности ритма сердца по данным ХМ и показателей ЭХО-КГ у пациентов после реваскуляризации миокарда в сочетании с болями в нижней части спины, достоверных различий между исследуемыми группами не выявлено ($p > 0,05$). В связи с этим в дальнейшем исследовании данные этих показателей нами не учитывались.

Литература

1. Epidemiology of Coronary Artery Disease / Duggan JP, Peters AS, Trachiotis GD, [et al.] // The Surgical clinics of North America. – 2022. – Vol. 102, № 3. – P. 499–516.
2. Реабилитация больных ИБС после реваскуляризации миокарда: доказательная база, методология, возможности (обзор) / Владимирский В.Е., Владимирский Е.В., Юдина Е.А., Лунина А.Н., Яковлев М.Ю., Ансокова (Тубекова) М.А., Распертов М.М. // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – № 6. – С. 100–107.
3. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy / Allegri M, Montella S, Salici F. [et al.] // F1000Res. – 2016 – Jun 28; 5: F1000 Faculty Rev-1530.
4. Prevalence, Incidence, and Factors Associated With Non-Specific Chronic Low Back Pain in Community-Dwelling Older Adults Aged 60 Years and Older: A Systematic Review and Meta-Analysis Prevalence / CKH. Wong [et al.] // J. Pain. – 2022. – Vol. 23, № 4. – P. 509–534.

УДК 618.182.5-008.14-039.11

Корбут И.А.¹, Захаренкова Т.Н.¹, Будюхина О.А.¹, Лашкевич Е.Л.¹, Резникова Е.В.², Журавлев А.Ю.³

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Могилевская клиническая больница скорой медицинской помощи, Могилев, Беларусь

³ Медицинское предприятие «Симург», Витебск, Беларусь

РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Введение. Тазовое дно представляет собой сложный мышечно-фасциальный компартмент, основными функциями которого являются регуляция внутрибрюшного давления, поддержание положения внутренних органов, контроль физиологических отпавлений, обеспечение замыкания половой щели и участие в половой жизни [2]. Нарушение анатомии и/или функционирования указанных структур приводит к синдрому дисфункции тазового дна (десценция тазовых органов и др.) [1]. Это проявляется комплексом как физических (боли внизу живота, нарушение архитектоники половых органов, нарушения мочеиспускания и дефекации, половые дисфункции), так и социальных нарушений (депрессия, социальная депривация и другие) [3]. В настоящее время данная патология приобретает характер «молчаливой эпидемии». Ситуация усугубляется отсутствием информации у пациентов о том, что считать нормой, а также сохраняющейся в обществе тенденцией не акцентировать внимание врача на ранних проявлениях заболевания: недержании мочи, сексуальных нарушениях и других [3].