

АДИПОМИОКИНОВЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И САРКОПЕНИЕЙ

НЕЕШПАПА А.Г.¹, КАРЕТНИКОВА В.Н.^{1,2}, КРИВОШАПОВА К.Е.¹,
КАРЕЕВА А.И.¹, КОКОВ А.Н.¹, ЦЫГАНКОВА Д.П.¹,
БАЗДЫРЕВ Е.Д.¹, БАРБАРАШ О.Л.¹

¹ФГБНУ Научно-исследовательский институт

КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,

г. Кемерово, Российская Федерация;

²Кемеровский Государственный Медицинский Университет,

г. Кемерово, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Оценить ассоциации адипомиокинов с нарушениями мышечного статуса (динапенией, пресаркопенией, саркопенией) у пациентов с коронарным атеросклерозом

Материал и методы:

В исследование включено 83 человека со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), госпитализированных в клинику для проведения планового чрескожного коронарного вмешательства. Нарушения мышечного статуса (МС) в данном исследовании представлены саркопенией и ее компонентами в виде динапении и пресаркопении. Верификация диагноза саркопении выполнена согласно консенсусу европейской рабочей группы от 2019 года. Под динапенией понимали изолированное снижение мышечной силы по данным динамометрии, под пресаркопенией рассматривалось изолированное снижение мышечной массы, диагноз саркопении установлен в случае сочетания снижения мышечной силы и массы. Определение цитокинов в сыворотке крови выполнено количественным методом твердофазного иммуноферментного анализа. Пациенты были разделены на группы в соответствии с конкретным видом нарушения МС (саркопения, пресаркопения, динапения), в качестве группы сравнения выступали пациенты с ИБС без нарушений МС.

Результаты:

Установлены различия концентраций адипонектина между группами с саркопенией (0,99 (0,71;1,19) нг/мл, и пациентами с ИБС без нарушений МС (1,5 (1,3;1,9) нг/мл, $p=0,003$). Среди пациентов с пресаркопенией, по сравнению с группой с сохранным МС, определены более высокие концентрации фактора некроза опухоли- β (5,5 (1,3; 12,2) пг/мл и 1,6 (0,1;4) пг/мл, соответственно, $p=0,014$); интерлейкина-10 (1,35 (0,6;2,1) пг/мл и 0,4 (0,1;1,2) пг/мл, соответственно, $p=0,0025$). Группа с динапенией также отличалась от пациентов без нарушений МС по более низкому уровню адипонектина: 1,2 (0,8;1,64) нг/мл, при уровне адипонектина – 1,5 (1,32; 1,9) нг/мл среди лиц с сохранным МС, $p=0,02$.

Заключение:

Патология МС у пациентов со стабильной ИБС встречалась в 66,3% (55 человек); 23,6% (13 человек) случаев было представлено саркопенией, 38,2% случаев (21 пациент) – представлено пресаркопенией и 38,2% (21 пациент) – динапенией. Выявлены ассоциации адипомиокинов, определяемых в крови пациентов с ИБС и различными вариантами нарушений МС. Полученные результаты свидетельствуют о потенциальных возможностях клинического и прогностического применения адипомиокинов у пациентов с ИБС и саркопенией.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Эшонкулов Ш.А., Ходжаев И.А., Бободжонов Н.Н.,
Хочиев Т.А., Ёров Дж.Э.

Согдийский областной Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, г. Худжанд, Республика Таджикистан

Введение (цели/ задачи):

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ-2015) сердечно-сосудистая патология наряду с другими неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является основной причиной смертности населения в мире. По прогнозам ВОЗ к 2030 году потери от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) составят около 23,6 млн. человек, в том числе от заболеваний сердца и цереброваскулярных осложнений. Таким образом, ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире.

По оценкам экспертов ВОЗ в 2016 г. от ССЗ умерло 17,9 млн. человек, что составляет 31% всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 млн. человек умерли от ишемической болезни сердца. Большинство этих случаев связано с инфарктом миокарда (ИМ). По литературным данным госпитальная летальность ИМ составляет в среднем около 10%, причем в ведущих клиниках этот показатель приближается к 3-6%. Еще более 10% больных ИМ умирают в течении года. Более половины больных умирают на догоспитальном этапе, не дождавшись медицинской помощи, а многие выжившие становятся инвалидами. Цель: изучена динамика госпитальной летальности и причин смертности от ИМ в реанимационном отделении Согдийского областного центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии (СОЦКССХ) за период 2014-2023гг.

Материал и методы:

Проведено ретроспективное когортное исследование по данным 3376 историй болезни пациентов и карт индивидуального наблюдения больных с ИМ.

Результаты:

Стационарное лечение в условиях реанимационного отделения СОЦКССХ за период 2014-2023гг. получили 3376 больных с ИМ, из них умерло 245 больных, госпитальная летальность от ИМ в среднем составило 7,2%, в том числе мужчин 144 (4,26%), женщин 101 (3%). Начиная с 2018 г. в СОЦКССХ начали широко применяться коронарография и стентирование коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда. Всего с начала широкого применения данного метода реперфузии у больных с ИМ всего было проведено 396 ангиографии коронарных артерий и 302 их стентирований, что составляет 19,3% и 14,8% от общего количества больных с инфарктом миокарда соответственно. Следует отметить, что в течение последних лет имеется тенденция увеличения доли больных с ИМ, которым проведены чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) с установкой стентов с лекарственным покрытием. Если в 2018-2019 гг. данный показатель составлял чуть выше 6%, то в 2022 и 2023 гг. доля таких пациентов составила 29% и 24,5% соответственно. В структуре причин смертности от ИМ ведущее место занимает Кардиогенный шок 87 случаев (35,5%). Также осложнениями, которые часто приводили к летальному исходу, были разрыв миокарда у 18% умерших больных, отёк легких – 9,8%, фибрилляция желудочков – 7,7%. Относительно редко встречались такие осложнения как разрыв межжелудочковой перегородки – 2%, полиорганная недостаточность – 1,6%, ТЭЛА – 0,8%, мозговая кома – 2,4% и другие. Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 10 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦКССХ имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2014 году составил 6,8% (21 случаев), то в 2022 году данный показатель снизился до 6,1% (19 случаев) а уже в 2023 году до 5% (16 случаев).

Заключение:

Изучение динамики госпитальной летальности от ИМ показало, что за последние 10 лет данный показатель в реанимационном отделении СОЦКССХ имеет тенденцию к снижению. Если данный показатель в 2014 году составил 6,8% (21 случаев), то в 2022 году данный показатель снизился до 6,1% (19 случаев) а уже в 2023 году до 5% (16 случаев).

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Ковальчук П.Н.¹, Ковальчук Л.С.¹, Шахлан А.В.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь;

²УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Гомель, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Важную роль в снижении смертности, инвалидизации пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) играет медицинская реабилитация (МР) и вторичная профилактика, комплексно воздействующие на последствия болезни посредством как медикаментозных, так и немедикаментозных методов лечения. Эффективность МР во многом

зависит от уровня приверженности, на который оказывают влияние многие факторы, в том числе умение и опыт врача убеждать о целесообразности терапии. Артериальная гипертензия (АГ) расценивается как самостоятельный фактор риска развития ИБС, а низкая приверженность лечению способствует развитию осложнений и преждевременной смертности. В большинстве исследований анализируются аспекты приверженности только медикаментозной терапии, тогда как проблема приверженности гораздо шире и включает соблюдение рекомендаций врача в отношении образа жизни пациентов, являющихся неотъемлемой частью вторичной профилактики. Целью исследования является анализ приверженности МР и влияние на нее различных факторов у пациентов стабильной ИБС в условиях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы:

Проведен анализ приверженности лечению у 186 пациентов (мужчин – 124 (66,7%) и женщин – 62 (33,3%) с верифицированной стабильной стенокардией напряжения I-III функциональных классов (СН I-III ФК) согласно клиническим рекомендациям в возрасте от 55 до 75 лет, находившихся на диспансерном наблюдении в УЗ «Гомельская городская клиническая поликлиника №8». В исследовании использовались полуструктурированное клиническое интервью, позволяющее проводить динамическое наблюдение за пациентами и направленное на оценку представления о причинах, сущности, подконтрольности заболевания, способах лечения и необходимых методах изменения образа жизни и ведение пациентами дневника самоконтроля артериального давления (АД) с заметками о приеме препаратов и других методах лечения.

Результаты:

Следует отметить, что только 98 (52,7%) из 186 пациентов регулярно принимали медикаменты. Женщины оказались более обязательными к медикаментозному лечению, чем мужчины (32,5% и 20,2%) соответственно. У 120 (64,5%) пациентов с ИБС отмечалась АГ. Причем, анализируя приверженность антигипертензивной терапии, только 65 (54,2%) лиц принимали ее на регулярной основе с достижением целевого уровня АД, у остальных 55 пациентов регистрировался уровень АД более 140/90 мм рт. ст. Так, 25 (45,5%) пациентов из 55 принимали медикаменты только при ухудшении состояния, 11 (20%) ограничивали прием лекарств из-за боязни побочных эффектов, а 19 (34,5%) пациентов лечились нерегулярно из-за высокой стоимости препаратов. Физioterапевтические методы МР назначались 11 (5,9%) пациентам с ИБС в сочетании с АГ, лечебная физкультура у 8 (4,3%) пациентов, а лечебный массаж и бальнеотерапия в 5 (2,7%) и 3 (1,6%) случаях соответственно. При изучении основных причин неприверженности МР отмечено отсутствие соответствующих медицинских образовательных программ, а значит недостаточная информация о своем заболевании и целях лечения, неудобный режим терапии из-за назначения 5 и более медикаментозных препаратов, отсутствие желаемых результатов, нерегулярное наблюдение и частота посещения врача менее одного раза в год — все это снижает уровень медико-социальной коммуникативности и степень доверия пациента медицинскому персоналу. Однако удовлетворительная приверженность реабилитации наблюдалась у пациентов с более длительным анамнезом ИБС, так как они более склонны к поиску различных, в том числе немедикаментозных методов лечения. Определение психосоциологических характеристик показало, что пациенты, деятельность которых связана с повышенной ответственностью и высокими профессиональными требованиями, могут быть отнесены к группе высокого риска. При изучении особенностей склада личности среди неблагоприятных факторов, влияющих на сердечно-сосудистый исход, были выделены безнадежность и пессимизм. Они определяются как постоянные отрицательные эмоции, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и являются самостоятельным фактором риска развития ИБС.

Заключение:

Анализ причин невысокой приверженности медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентов с ИБС, в особенности лиц мужского пола, свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения качественных образовательных программ для пациентов с ИБС на современном уровне, а также малозатратных эфферентных методов МР. Эффективность реабилитации пациентов с ИБС может быть достиг-

нута при соблюдении комплексного подхода с осуществлением мер по выполнению физического, медицинского, психологического и психофизиологического аспектов восстановительного лечения, а также борьбы с сопутствующими факторами риска (гиперхолестеринемией, АГ, курением, ожирением, гиподинамией, нарушением толерантности к глюкозе).

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ АРИТМОЛОГИЧЕСКИХ КАТЕТЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Абишев А.М., Шлевков Н.Б., Трипотень М.И.,
Мионов Н.Ю., Новиков П.С., Погорелова О.А.,
Дорошук Н.А., Балахонова Т.В.

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии имени академика Е.И. Чазова»

Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Примерно у 15% пациентов после электрофизиологических исследований и радиочастотных катетерных абляций сердечных аритмий (ЭФИ/РЧА) регистрируется бессимптомный тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ). При этом факторы риска и прогностическая значимость данного вида ТГВ до настоящего времени мало исследованы. Целью исследование явилось выявление факторов, ассоциированных с развитием ТГВ после ЭФИ/РЧА.

Материал и методы:

У 688 последовательных больных (возраст: 49±16 лет, 336 муж./352 жен.) проводилась оценка данных анамнеза, антропометрических данных, особенностей сосудистого доступа и катетерного вмешательства, дополненное оценкой уровня д-димера в анализах крови и УЗИ сосудов нижних конечностей до и в первые сутки после ЭФИ/РЧА. Проводилось сравнение всех исследованных показателей у больных с наличием (n=113) и отсутствием (n=575) ТГВ нижних конечностей. Дополнительно у 234 пациентов, в т.ч. у 83 с признаками ТГВ было проведено генетическое исследование крови на предрасположенность к тромбофилиям.

Результаты:

По данным УЗИ у 113 (16,4%) больных после ЭФИ/РЧА выявлен ТГВ: из них у 111 – пристеночный, у 2 – окклюдирующий ТГВ. Кроме того, у 17/113 (15%) больных выявлены признаки флотации тромба. Группа больных с наличием ТГВ отличалась от остальных пациентов большей встречаемостью фибрилляции предсердий: у 8 (36%) и 16 (15,4%) больных, $p < 0,001$, наличием тромбоэмболии лёгочной артерии в анамнезе: у 4 (3,5%) и 2 (0,3%), $p = 0,005$, варикозного расширения вен нижних конечностей: у 19 (17%) и 46 (8%) больных, $p = 0,014$, артериальной гипертензии: у 66 (58%) и 265 (46%), $p = 0,046$. Пациенты с наличием ТГВ также отличались большим временем нахождения венозных интродьюсеров (145±77 мин. и 121±57 мин., $p < 0,05$), более частым наличием выраженной имбиции мягких тканей по данным УЗИ: у 56 (50%) и 82 (14,2%) больных, $p < 0,001$, а также повышением уровня д-димера крови в первые сутки после ЭФИ/РЧА: у 50% и 25% пациентов соответственно, $p < 0,05$. Генетическое исследование крови у пациентов с ТГВ выявило большую частоту встречаемости фактора V (Лейденская мутация) и мутации FII протромбина, чем у пациентов без ТГВ (суммарно у 22% и 5%, соответственно, $p < 0,05$), а также более частое наличие мутаций гена бета-цепи фибриногена: у 6% и 1%, $p = 0,025$.

Заключение:

Возникновение ТГВ после ЭФИ/РЧА имеет полиэтиологическую природу. К ТГВ предрасполагают наличие генетических мутаций факторов свёртывания, большая длительность и травматичность катетеризации вен нижних конечностей, а также наличие фибрилляции предсердий, варикозного расширения вен, артериальной гипертензии, тромбоэмболии лёгочной артерии в анамнезе. Оценка д-димера крови после ЭФИ/РЧА мало информативна для диагностики ТГВ.