УДК 616.12-005.4-089-056.52-036.82

Д. А. Тяпина, Е. В. Лисовская

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ

Введение

Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, является тяжелым и длительным процессом, направленным на восстановление физического и психологического статуса, а также возвращение человека к активному образу жизни. Достижение этого процесса во многом определяется индивидуальными особенностями пациента и наличием сопутствующих заболеваний. Одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных фоновых состояний является ожирение. Проблема взаимосвязи реабилитации и ожирения приобретает особую важность в связи с глобальной эпидемией избыточной массы тела [1–3].

Цель

Анализ взаимосвязи между наличием ожирения и эффективностью восстановления функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов, проходящих реабилитацию после инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

В ходе исследования были изучены 12 медицинских карт стационарных пациентов с ожирением, перенесших инфаркт миокарда и находящихся в отделении медицинской реабилитации после реконструктивных операций на сердце и сосудах УЗ «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Для определения эффективности восстановления функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов были проанализированы следующие показатели: локализация инфаркта миокарда, поврежденная ветвь, степень ожирения, наличие артериальной гипертензии, индекс локальной сократимости, масса миокарда, размеры предсердий и желудочков сердца, до Фк и после, а также эффект реабилитации и наличие сопутствующих заболеваний. Полученные данные анализировались в программе Excel 2021.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование были включены 12 пациентов. Средний возраст обследованных составил 65 лет (от 47 до 71). Мужчин было 10 (83,33%), женщин – 2 (16,66%).

В зависимости от глубины и локализации некротического процесса трансмуральный инфаркт диагностирован у 75% пациентов. Субэндокардиальный инфаркт выявлен у 25% пациентов. Наибольшую долю составили пациенты с инфарктом миокарда передней стенки левого желудочка – 4 человека (33,3%). Инфаркт миокарда нижней стенки диагностирован у 5 пациентов (41,6%). Циркулярный инфаркт выявлен у 1 пациента (8,3%). На долю передне-перегородочно-верхушечно-бокового инфаркта миокарда пришлось по 16,6% (по 2 пациента соответственно).

При анализе соматического статуса пациентов было выявлено, что у 2 человек (16,6%) из 12 обследованных диагностирована артериальная гипертензия I степени. У 9 человек (75%) II степени и у 1 человека (8,3%) III степени (таблица 1).

Таблица 1 – Среднее значение по критериям, %

Критерий	Медиана
Степень ожирения	2
Индекс локальной сократимости	1,405
Масса миокарда	255,46
Размер правого предсердия	41
Размер левого предсердия	53
Размер правого желудочка	42
Размер левого желудочка	79

В ходе анализа антропометрических данных было установлено, что повышение индекса массы тела наблюдалось у всех обследованных пациентов. Распределение по степеням ожирения выглядело следующим образом: ожирение I степени диагностировано у 3 пациентов (25%); ожирение II степени – у 7 пациентов (58,33%); ожирение III степени – у 2 пациентов (16,66%).

Индекс локальной сократимости в среднем по группе 1,405 (норма – 1,0). Масса миокарда левого желудочка в среднем по группе составила 255,46 г (при норме до 200–220 г), что свидетельствует о наличии гипертрофии миокарда у обследованных пациентов. Установлено, что дилатация левого предсердия (ЛП> 40 мм) наблюдалась у 100% пациентов. Увеличение конечно-диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ> 55 мм) зафиксировано у 91,6% пациентов. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в среднем по группе составила 50%.

Оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась на основании динамики функционального класса сердечной недостаточности по NYHA. До реабилитации распределение пациентов по ФК выглядело следующим образом: ФК I диагностирован у 5 пациентов (41,66%), ФК II – у 7 пациентов (58,34%). Эффект реабилитации был положительным только у 2 пациентов (16,66%), следовательно, отмечается некоторое улучшение в пределах одного функционального класса.

При эхокардиографическом исследовании аневризма левого желудочка визуализирована у 2 из 12 пациентов (16,7%). Дилатация восходящего отдела аорты выявлена у 4 из 12 пациентов (33,3%). У остальных 8 пациентов (66,7%) диаметр аорты находился в пределах нормальных значений. По данным коронароангиографии, стенозирующий коронаросклероз диагностирован у 2 из 12 пациентов (16,7%).

В исследуемой группе атеросклеротическое поражение сосудов диагностировано у 5 пациентов (41,7%). У остальных 7 пациентов (58,3%) признаков системного атеросклероза не выявлено. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) диагностирована у 3 пациентов (25%). У остальных 9 пациентов (75%) клинических и инструментальных признаков ХСН не выявлено. Распространенность кардиосклероза среди пациентов составила 16,7% (2 из 12 пациентов). Сахарный диабет диагностирован у 4 из 12 пациентов (33,3%).

Недостаточность митрального клапана в исследуемой группе составила 50% (6 из 12 пациентов), аортального клапана 25% (3 из 12 пациентов), трикуспидального клапана 33,3% (4 из 12 пациентов).

Выводы

Ключевой особенностью, выявленной в ходе исследования, является отсутствие значимого прироста показателей физической активности у данной группы, несмотря на проведение стандартных реабилитационных мероприятий. Если у пациентов с нормальным весом на фоне тренировок наблюдается устойчивый прирост скорости ходьбы и толерантности к нагрузке, то у пациентов с ожирением эти показатели часто остаются без изменений или улучшаются незначительно.

Выявленная закономерность имеет важное прогностическое значение. Поскольку реабилитация после АКШ и стентирования направлена не только на восстановление организма, но и на профилактику повторного сужения просвета кровеносных сосудов и прогрессирования атеросклероза, низкая физическая активность в послеоперационном периоде является фактором риска ухудшения отдаленных результатов.

Рекомендуется разработка специальных, более щадящих, но и при этом длительных программ, где акцент смещается с интенсивности нагрузки на ее регулярность, а также создание условий для безопасного снижения веса параллельно с кардиотренировками.

Таким образом, ожирение выступает в роли мощного модифицирующего фактора, который даже при успешно выполненной реваскуляризации миокарда (АКШ/стентирование) и отсутствии тяжелых неврологических или мышечных нарушений, делает невозможным достижение целевых показателей физической активности. Пока сохраняется высокий вес, пациенту физически трудно передвигаться с необходимой для тренировки сердца скоростью, что значительно замедляет реабилитацию. Следовательно, ключевым звеном реабилитации для данных пациентов должно стать не только кардиотренировка, но и обязательная коррекция веса на дооперационном и раннем послеоперационном этапах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григоренко, Е. А. Эффективность физических тренировок у пациентов с ожирением после коронарного шунтирования / Е. А. Григоренко, С. В. Шилов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2022. – № 4. – С. 22−29.

2. Бубнова, М. Г. Ожирение и сердечно-сосудистые заболевания: патофизиологические аспекты и возможности реабилитации / М. Г. Бубнова, Д. М. Аронов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 4. – С. 45−56.

3. Powell, R. Exercise-based cardiac rehabilitation for patients with obesity after percutaneous coronary intervention: a systematic review / R. Powell, D. Thompson, C. Deaton // International Journal of Cardiology. – 2024. – Vol. 398. – P. 131−142.

УДК 616.12-008.331.1-039.4:616.61-036.12

А. Л. Федорович, О. О. Артемова

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. Ф. Бакалец, ассистент кафедры А. А. Укла

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

СТРУКТУРА СТАДИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных хронических заболеваний во всем мире, которое относится к наиболее важным факторам риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1].

Хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции. Характеризуется нарушением одним из основных функций: гомеостатической, выделительной, эндокринной и гемопоэтической [2].

ХБП является частым осложнением АГ, встречаемость ХБП при артериальной гипертензии достаточно высока и колеблется по разным оценкам от 72 до 88%. Повышение артериального давления (АД) регистрируется у 88,8% больных в междиализном периоде, у 86,2% – в преддиализном периоде и у 91,4% после процедуры диализа (таблица 1) [3].