

лов, снижения качества жизни пациенты оценивали в $2,76 \pm 0,86$ баллов, а беспокойство в течение дня было оценено в $2,19 \pm 0,56$ баллов. Суммарный результат при оценке дневных симптомов был подсчитан в виде 10,71 баллов из 16 возможных.

Таким образом при оценки общей степени тяжести бессонницы у 100 % обследуемых среднее значение оценивалось в 18 баллов из 28 возможных, что превышает пороговое значение, которое соответствуем 15 баллам.

Выводы

В ходе анкетирования у 91,4 % исследуемых был выявлен высокий риск наличия синдрома обструктивного апноэ сна, у 100 % анкетирование показало наличие умеренной клинической бессонницы. Таким образом коморбидная бессонница и апноэ во сне было выявлено у 95,7 % исследуемых пациентов.

Полученные результаты показывают, что такие понятия как инсомния и синдром обструктивного апноэ сна являются коморбидны друг другу и объединяются в общее название – COMISA.

Таким образом, использование комплексного подхода в диагностике бессонницы и синдрома обструктивного апноэ сна с применением специализированных опросников на первичном этапе обращения пациента, позволяет совершенствовать подходы в скрининговой диагностике данного синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guilleminault C., Eldridge F., Dement W. C. Insomnia with sleep apnea: a new syndrome // Science. – 1973. – Vol. 181. – P. 856 – 858.
2. Американская академия медицины сна. Международная классификация нарушений сна - третье издание (ICSD-3) Дарлен, штат Иллинойс: Американская академия медицины сна, 2014.
3. Morin, C. The ISI: Psychometric Indicators to detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response / C. Morin, G. Belleville, L. Belanger // Sleep. – 2011. – Vol. 34, № 5. - P. 601–608.
4. The NoSAS score for screening of sleep-disordered breathing: a derivation and validation study / H. Marti-Soler [et al]. // Lancet Respir. Med. – 2016. – № 4(9). – P. 742–748. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30075-3.

УДК 616.379-008.64-037:616.12-008.318-005.4-089

А. В. Астраков, Д. О. Яппарова

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Введение

В последние десятилетия возникли новые данные о поражении сердца при сахарном диабете (СД). Стало известно, что механическая деятельность миокарда при СД связана с высокой скоростью потребления кислорода вследствие нарушенного биологического ответа периферических тканей на воздействие инсулина или инсулинорезистентности (ИР), которая возникает у 84 % пациентов СД, и индуцированного гиперинсулинизма (ГИ). При ГИ происходит активация симпатической нервной системы (САС) и снижение активности парасимпатической нервной системы, это приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, снижению вариабельности сердечного ритма, в конечном результате к нарушению расслабления и к выраженному снижению сократимости миокарда [1].

Следовательно, у пациентов с СД сердечно-сосудистая система находится в состоянии выраженных биохимических изменений и активации САС, а кардиомиоцит в состоянии значительного энергетического дисбаланса с выраженным снижением коронарного кровотока вследствие микрососудистых нарушений, что ведет к серьезным структурным и морфофункциональным изменениям в сердце [2].

Учитывая, что СД является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, большое внимание уделяется проблеме коморбидности, в частности, наличие сопутствующего СД у пациентов с ХИБС (хроническая ишемическая болезнь сердца) и, а также его влиянию на развитие нарушений ритма у пациентов с ХИБС после реваскуляризации миокарда [2].

Одним из наиболее распространенных и в то же время серьезных осложнений у пациентов с ХИБС после реваскуляризации миокарда являются нарушения ритма сердца (НРС), зачастую приводящие к ухудшению состояния, а в ходе отдельных случаев и к смерти прооперированных пациентов. Довольно часто аритмии развиваются у пациентов с ХИБС после реваскуляризации миокарда. Несмотря на введение новых методов хирургического лечения с использованием новейших технологий, усовершенствования методик защиты миокарда и анестезиологического пособия, распространенность послеоперационных аритмий остается достаточно высокой [3].

Цель

Оценить влияние СД у пациентов с ХИБС на возникновение нарушений ритма сердца, после реваскуляризации миокарда.

Материал и методы исследования

В исследовании включены пациенты с ХИБС, стабильная стенокардия напряжения (ССН) ФК-2, ФК-3: (n = 40; лица женского и мужского пола) в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст – $63 \pm 7,2$ года), перенесшие операцию АКШ на открытом сердце. Диагноз ХИБС был верифицирован на основании анамнеза, жалоб и подтвержден объективными методами обследования, антиаритмические препараты до операции пациенты не получали.

Критерии включения: наличие показаний к коронарному шунтированию.

Критерии исключения: нарушения ритма до операции (кроме изолированных наджелудочковых экстрасистол и желудочковых экстрасистол), сопутствующая клапанная патология, выраженная дисфункция клапанов на фоне ХИБС, декомпенсированная сердечная недостаточность, аневризма ЛЖ, патология щитовидной железы.

Пациенты были разделены на две группы, критерием разделения явился СД в анамнезе: 1-я группа (n = 20) – пациенты, страдающие ХИБС с СД, и 2-я группа (n = 20) – пациенты, страдающие ХИБС без СД характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика пациентов

Показатели	1-я группа (с СД) (n = 20)	2-я группа(без СД) (n = 20)
Средний возраст (годы)	$62,7 \pm 5,7$	$63,6 \pm 8,4$
ИМ в анамнезе (%)	100	100
Артериальная гипертензия (%)	100	100
ФК по NYHA (%)		
I	70 %	50 %
II	25 %	50 %
III	10 %	5 %
ФК по ССН (%)		
0	15 %	30 %
I	0 %	0 %
II	35%	20%
III	60%	50%

Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, постинфарктному кардиосклерозу, тяжести поражения коронарных сосудов, сократительной способности миокарда ЛЖ.

Всем пациентам до и после операции проводился комплекс неинвазивных исследований, включающий стандартную электрокардиографию (ЭКГ), трансторакальную эхокардиографию (ЭхоКГ), функциональную нагрузочную пробу с физической нагрузкой, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ), а также коронарографию (КАГ), дуплексное сканирование экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей.

Результаты исследования и их обсуждение

В нашем исследовании по данным ХМ-ЭКГ после операции АКШ у пациентов с СД в 55 % случаев было выявлено нарушение ритма, а в 45 % нарушения ритма не было. В 10 % случаев была выявлена фибрилляция предсердий, а в 90 % фибрилляции предсердий не было. Пациентов с желудочковой аритмией и нарушением проводимости 15 %, а пациентов без желудочковой аритмии и без нарушения проводимости 85 % соответственно.

У пациентов без СД нарушение ритма встречалось в 70 % случаев, без нарушения ритма в 30 % случаев. Фибрилляция предсердий встречалась в 15 % случаев, желудочковая аритмия в 10 % случаев, а нарушение проводимости в 40 % случаев (рисунок 1).

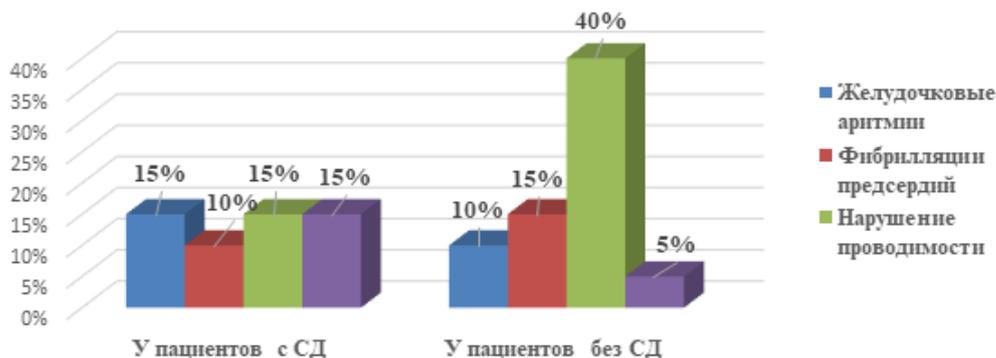


Рисунок 1 – Частота встречаемости различных видов нарушений ритма у пациентов с СД и без СД

Таким образом частота встречаемости нарушений ритма у пациентов с СД выше, чем без СД. Пик встречаемости ЖА на 1-е сутки после операции КШ можно объяснить развитием реперфузионного повреждения, электролитными и метаболическими нарушениями, использованием тонической поддержки и/или антиаритмических препаратов для лечения других видов аритмий, нестабильностью гемодинамики и низкими показателями сердечного выброса, развитием периоперационного ИМ.

Объяснением развития ФП и увеличения частоты ее встречаемости в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших КШ, является травматическое ремоделирование предсердий и реперфузионный синдром, пик активности которого отмечается на 2–3 сутки, обусловленный увеличением размеров ЛП [3].



Рисунок 2 – Передне-задний размер левого предсердия

Выводы

1. Общая частота встречаемости послеоперационных аритмий (желудочковых и наджелудочковых) достоверно выше после КШ у пациентов с СД, чем после КШ без СД ($p < 0,05$).
2. Фибрилляция предсердий развиваются на 5 % чаще с СД, чем после КШ без СД.
3. Нарушение проводимости встречается на 25 % чаще без, чем после КШ с СД.
4. Факторами риска развития фибрилляции предсердий в ранние сроки после КШ с СД и без СД являются: возраст старше 65 лет, перенесенные ранее ИМ (2 и более), многососудистое поражение коронарного русла.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клестер, Е. Б. Анализ частоты встречаемости и характера сопутствующих заболеваний как фактора риска развития осложнений и неблагоприятного исхода при аортокоронарном шунтировании у пациентов пожилого и старческого возраста / Е. Б. Клестер, В. А. Елыкомов, К. В. Клестер // Пульс. – 2022. – Т. 24. – № 4. – С. 10–15.
2. Мухамедова Б. Ф. [и др.] Коронарный и миокардиальный резерв у больных с ИБС в течение 2-х лет после реваскуляризации / Б. Ф. Мухамедова [и др.] // Вестник экстренной медицины. – 2018. – № 2. – С. 38–43.
3. Повышение кардиопротективной эффективности дистантного ишемического прекондиционирования при кардиохирургических вмешательствах / А. М. Радовский [и др.] // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2022. – Т. 19. – № 1. – С. 40–51.

УДК 616.127-005.8-036.11-056.23(476.2)

В. И. Бербека, Е. А. Морозова

Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;

к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КОРРЕЛЯЦИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – острое повреждение и/или некроз миокарда вследствие гипоксии и ишемии. Несмотря на современные подходы в диагностике, лечении и профилактики, ОИМ остается серьезной медико-социальной проблемой здравоохранения. Распространенность ОИМ приближается к трем миллионам человек во всем мире, при этом в 2019 году смертность от ОИМ в Гомельской области и г. Гомеле была 178 человек, что составило 12,7 ‰ [1, 2].

Цель

Изучить связь между индексом массы тела (ИМТ) и возрастом возникновения, тяжестью течения ОИМ, а также выяснить продолжительность госпитализации пациентов с ОИМ в зависимости от значений ИМТ.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом ОИМ, находившихся на стационарном лечении в учреждении «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с января 2019 по январь 2020 года. Выборка составила 100 человек, возрастной диапазон которых составил 31–88 лет. Пациенты были распределены на возрастные группы согласно критериям Всемирной организации здравоохранения: молодой возраст (18–44 лет) – 11 человек (11,00 %), средний возраст (45–59 лет) – 33 человека (33,00 %), пожилой возраст (60–75 лет) – 47 человек (47,00 %), старческий возраст (75–90 лет) – 9 человек (9,00 %). Так же критерием распределения на