

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., НИКИШИН А.Г., ПИРНАЗАРОВ М.М., СРОЖИДИНОВА Н.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Изучить особенности коморбидной патологии у пожилых пациентов с многососудистым поражением коронарных артерий, перенесших коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий и получавших только оптимальную медикаментозную терапию

Материал и методы. Проведено ретроспективное обследование 102 больных, старше 65 лет, с поражением двух и более коронарных артерий по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦК. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группу составили больные со стентированием симптом-связанной коронарной артерии и при необходимости, других коронарных артерий (от 1 до 4-х стентов) ($n=35$); во 2 группу вошли пациенты, получавшие только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) ($n=33$); 3 группа была сформирована из пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ). Необходимо отметить, что 2 группа была сформирована в основном из тех пациентов, которые отказались от проведения АКШ.

Результаты исследования. Соотношение мужчин и женщин во всех трех группах значительно не различалось. При этом группу ЧКВ составили

старшие пациенты. Несмотря на то, что острые состояния в группе АКШ практически не встречались, пациенты, перенесшие в прошлом инфаркт миокарда (ПИКС), составили 76,5% от общего количества больных в группе, что значительно превышает процент пациентов с ПИКС в двух других группах ($p=0,01$). В группе АКШ достоверно часто встречалась анемия (17,6%, $p=0,04$). По сравнению с другими группами частота встречаемости ОШН была значимо больше в группе ЧКВ (14,3 к 6,1% в группе ОМТ и 0% в группе АКШ, $p=0,02$). В группе ОМТ процент пациентов с ХСН II А был ниже (48,5%, $p=0,04$), но число больных, в этой группе, с ХСН II Б было больше: 6,1 к 0% в группе ЧКВ и 2,9% в группе АКШ. Значимых различий между группами не зафиксировано в отношении таких заболеваний, как: гипертоническая болезнь, ХОБЛ, сахарный диабет, дисциркуляторная энцефалопатия II ст., ХСН II Б и угрожающие нарушения ритма сердца при госпитализации (ЖЭ 3–5 класса, ФЖ), а также перенесенного ОНМК в анамнезе.

Заключение. Пожилые пациенты с многососудистым поражением коронарного русла характеризуются наличием тяжелых коморбидных состояний.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НАПРАВЛЕННЫХ НА СТЕНТИРОВАНИЕ/ШУНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ПОЛУЧАВШИХ ТОЛЬКО ОПТИМАЛЬНУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ

АБДУЛЛАЕВА С.Я., НИКИШИН А.Г., ПИРНАЗАРОВ М.М., СРОЖИДИНОВА Н.З., АЛИМУХАМЕДОВА З.А., ЯКУББЕКОВ Н.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель. Сравнить исходные данные у пожилых больных при многососудистом поражении коронарных артерий с различными стратегиями лечения.

Материал и методы. Проведено ретроспективное обследование 102 больных, старше 65 лет с поражением двух и более коронарных артерий по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении

в РСНПМЦК. Все больные были разделены на 3 группы: 1 группу составили больные со стентированием симптом-связанной коронарной артерии и при необходимости, других коронарных артерий (от 1 до 4-х стентов) ($n=35$); во 2 группу вошли пациенты, получавшие только оптимальную медикаментозную терапию (ОМТ) ($n=33$); 3 группа была сформирована из пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ). Необходимо отме-

титель, что 2 группа была сформирована в основном из тех пациентов, которые отказались от проведения АКШ. Изучались показатели липидного спектра, а также биохимические показатели: аланин и аспартатаминотрансферазы, билирубин, мочеви́на, креатинин, уровень гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов, лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов, сахар крови натощак и через 2 ч после еды, гликированный гемоглобин, ПТИ, МНО и фибриноген. Анализированы некоторые эхокардиографические показатели, позволяющие оценить систолическую функцию сердца.

Результаты исследования. Необходимо отметить исходно низкий уровень общего холестерина в группе АКШ: $165,9 \pm 28,6$ мг/дл., $p=0,05$ к $207,9 \pm 51,1$ мг/дл., в группе ЧКВ и $194,5 \pm 35,1$ мг/дл. в группе ОМТ, за счет липопротеидов низкой плотности: $96,8 \pm 25,6$, $p=0,03$, к $136,8 \pm 38,4$ мг/дл. в группе ЧКВ и $125,7 \pm 27$ мг/дл. в группе ОМТ. В группе ОМТ наблюдался относительно высокий уровень фибриногена, остающийся тем не менее в пределах нормы ($3,4 \pm 0,7$ г/л, $p=0,03$ к $3,1 \pm 0,9$

г/л в группе ЧКВ и $3,1 \pm 0,6$ г/л в группе АКШ). При изучении данных эхокардиографии выделяется сравнительно большой конечно-диастолический размер (КДР) и соответственно, конечно-диастолический объем левого желудочка в группе АКШ, что объясняется значительным процентом пациентов, перенесших в прошлом инфаркт миокарда (76,5%). Обратно, сравнительно меньший конечно-систолический размер (КСР), сочетающийся с сохранным КДР, в группе ОМТ указывает на сохранную систолическую функцию сердца у пациентов, выбравших медикаментозную терапию. Несмотря на сравнительно больший размер правого желудочка в группе АКШ, во всех трех группах размеры ПЖ остаются в пределах нормы так же, как и относительно сохранная фракция выброса, достоверно не различающаяся между группами.

Заключение. Больные, подвергшиеся АКШ, характеризуются более выраженным ремоделированием левого желудочка и лучшим липидным спектром, что вероятно обусловлено длительной статинотерапией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, КОТОРЫМ БЫЛО ПРОВЕДЕНО СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

АДИЛОВА И.Г., ТУЛАБОВЕВА Г.М., САГАТОВА Х.М., КАМОЛОВ Б.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенности клинического статуса у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) и сопутствующей артериальной гипертонией (АГ) в возрастном аспекте.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 109 историй болезней пациентов ИБС за 2015 год, находившихся на лечении в кардиологическом отделении РСЦХ им. акад В.В. Вахидова, которым было проведено стентирование коронарных артерий. Пациенты были обследованы в условиях стационара в соответствии с обязательными диагностическими стандартами, рекомендованными АСС/АНА (2008) и ВНОК (2008). Диагноз ИБС ставился на основании оценки жалоб, анамнеза, данных общеклинического и инструментального обследования: электрокардиографии, эхокардиографии, проводился ретроспективный анализ индивидуальных амбулаторных карт больного. Функциональный класс стабильной стенокардии напряжения определяли согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов (Samraeu L., 1976). Артериальная гипертония верифицирована в соответствии с критериями ВНОК (2008). Наличие АГ, уровни артериального давления, стадии гипертензивной болезни оценивали по класси-

фикации ВОЗ/МОАГ (1999) и по Российским национальным клиническим рекомендациям (2009).

Результаты исследования. Из 109 пациентов ИБС возраст 51 (47%) пациента был до 60 лет и 58 (53,2%) – старше 60 лет. В группе пациентов до 60 лет в 92% ($n=47$) случаев регистрировали ИБС в сочетании АГ и только в 8% ($n=4$) случаев ИБС без АГ. У пациентов старше 60 лет наблюдается почти аналогичная картина: 51 (88%) против 7 (12%) пациентов. У пациентов до 60 лет по частоте встречаемости АГ 1 степени занимает первое место ($n=23$, 45%) далее АГ 2 и 3 степени ($n=12$, 23,5%; $n=12$, 23,5%). Старше 60 лет прослеживается почти одинаковая частота встречаемости АГ 1 и 2 степени ($n=19$, 37%; $n=18$, 35%), а встречаемость АГ 3 степени составила 27,4% ($n=14$). Пациенты, включенные в исследование, носят разнонаправленный характер по наличию клинических вариантов ИБС в анамнезе. В общей группе ($n=109$) постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) регистрировали у 39 (36%), стенокардию напряжения ФК 3 – у 78 (39%), прогрессирующую стенокардию у 7 (6,4%), Острый инфаркт миокарда (ОИМ) – у 19 (17,4%). В группе больных до и старше 60 лет также наблюдается высокий процент встре-