

Узденов Марат Борисович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры:
«Хирургические болезни с курсом оперативной хирургии и топографической
анатомии»

Северо-Кавказская государственная академия

Джантемиров Борис Айсович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры:
«Хирургические болезни»

Северо-Кавказская государственная академия

Хаджилаева Ф.Д. – студент медицинского института, лечебного факультета, 4 курса

Северо-Кавказская государственная академия

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ НА БАЗЕ ЧЕРКЕССКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Аннотация. В настоящее время заболевания сердечно-сосудистой системы широко распространены среди взрослого населения многих стран мира. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одно из самых распространенных заболеваний в мире. В РФ заболеваемость ИБС в 2002 году составила 448,8 на 100 тысяч населения и увеличилась к 2011 году до 633,0 на 100 тысяч. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в 2019 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек — 31 % от всех случаев смерти в мире. По уровню смертности от ИБС наша страна занимает одно из лидирующих мест.

Ключевые слова: заболевания сердечно-сосудистой системы, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз.

Annotation. Currently, diseases of the cardiovascular system are widespread among adults in many countries of the world. Coronary heart disease (CHD) is one of the most common diseases in the world. In the Russian Federation, the incidence of CHD in 2002 was 448.8 per 100 thousand population and increased to 633.0 per 100 thousand by 2011. According to the world Health Organization, 17.5 million people died from CVD in 2019 — 31% of all deaths in the world. Our country is one of the leading countries in terms of the death rate from CHD.

Keywords: diseases of the cardiovascular system, coronary heart disease, atherosclerosis.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – хроническая патология, развивающаяся на фоне недостаточного притока артериальной крови к миокарду и проявляющаяся локальной ишемией. Недостаточное снабжение миокарда артериальной кровью возникает вследствие сужения просвета сосудов. Основной причиной уменьшения

сосудов коронарных артерий (КА) - атеросклеротические бляшки на эндотелии сосудов.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной инвалидности и смерти населения во всем мире. Основная роль в структуре смертности от сердечно-сосудистой патологии играет ИБС. Исследование и раннее выявление факторов риска ИБС на доклинической стадии развития заболевания способствуют своевременной профилактике развития ИБС, снижению уровня заболеваемости, увеличению возрастной заболеваемости, а также снижению риска осложнений.

Цель исследования.

Изучить влияние факторов риска на образование ИБС.

Задачи работы:

1. Рассмотреть особенности результатов обследования пациентов с ИБС.
2. Исследовать клиническое проявление ИБС.

Научная новизна.

Впервые на основе проведения комплексных клинико-лабораторных, биохимических и биофизических методов исследования у больных ИБС: стабильной стенокардией изучено состояние антиоксидантных систем в едином образце крови каждого больного и корреляционных связей между ними. Клинически и экспериментально обоснована необходимость включения антиоксидантных препаратов с широкими фармакологическими свойствами в комплексную терапию стабильных форм ИБС.

Метод, материал.

Результаты диагностики и анализа 260 пациентов пенсионного возраста от 50 до 90 лет. Обследование проводилось в РГПЛУ КЧРКБ.

Результаты исследования.

ИБС является клиническим проявлением атеросклероза КА примерно в 95 % случаев. Так же причиной развития ИБС может быть функциональный стеноз КА или микрососудистая дисфункция.

Основным модифицированным развитием ИБС является гиперхолестеринемия; артериальная гипертензия; сахарный диабет; курение; низкая физическая активность; ожирение [3, С. 4].

Неизменяемый фактор развития ИБС включает мужской пол; возраст; наследственность.

После появления у пациента симптомов ИБС продолжает оказывать негативное влияние на человека, способствуя усилению симптомов заболевания и ухудшая прогноз [3, С. 4].

Гиперхолестеринемия - в более крупных исследованиях было показано, что четкая связь между высоким общим холестерином плазмы (ОХС), холестерином липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и риском атеросклероза [5].

Степень увеличения или снижения уровня ЛПНП и КС может быть затронут изменением образа жизни и назначением медикаментозной терапии. Снижение уровня ЛПНП ОХС и КС способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [2, С. 8].

Артериальная гипертензия-важный фактор развития заболевания коронарной артерии, так как периодическое, частое повышение артериального давления приводит к механической травме сосудистого эндотелия, а затем к образованию атеросклеротической бляшки [4, С. 333-334].

Значение высоких значений ВР в FR CVD было доказано многочисленными исследованиями. Согласно результатам ГНИЦ ПМ, 40% населения России имеет АГ, и треть из них не знает о своей болезни; только 10% пациентов с ВР находятся под контролем [2, С. 8].

ИБС является первым заболеванием, которое приводит к инвалидности и смертности населения. Раннее выявление групп риска в популяции может помочь улучшить качество жизни пациентов. Информация об изменяемых факторах риска позволяет организовать предварительную профилактику ИБС. Информация о факторах риска, которые не могут быть изменены, позволяет выделить группы для улучшения наблюдения и ранней профилактики осложнений ИБС.

Решение о реваскуляризации должно основываться на значительном обструкции/стенозе коронарной артерии, размере связанной ишемии и ожидаемой пользе с точки зрения улучшения прогноза и/или симптомов. Реваскуляризация с техническими способностями, приемлемым уровнем риска и хорошей продолжительностью жизни показана при хронической стенокардии, рефрактерной к оптимальной медикаментозной терапии. ЧКВ значительно снижает сердечно-сосудистую смертность или развитие им. Кроме того, были получены объективные доказательства снижения ишемии в группе реваскуляризации.

При анализе симптомов заболеваний у пожилых людей и оценке состояния сердечно-сосудистой системы необходимо учитывать большое количество

анатомических и физиологических изменений, которые происходят на протяжении всей жизни.

Трудно говорить о «старческом сердце», потому что изменения в сердце, сосудах, чаще встречаются сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем связанные с возрастом сдвиги. Есть много пожилых людей, у которых есть показатели функции сердца он ничем не отличается от показателей молодых людей. Сложные морфофункциональные изменения претерпевает сердечно-сосудистая система в процессе старения.

Трудно отличить биологические изменения в старении от патологических процессов, вызванных заболеванием. Возрастные изменения в сердечно-сосудистой системе включают снижение симпатoadреналовой активности системы; снижение чувствительности β -адренорецепторов к симпатическим эффектам; морфологические изменения артериолы с утолщением их стенок и сужением просвета; увеличение сосудистого соотношения коллаген-эластин повышенная стенка с развитием жесткости и диастолической дисфункции в миокарде; снижение емкости эндотелиально-зависимая релаксация сосудистых; снижение сердечного выброса; миокардиальные метаболические изменения; снижение емкости сосудистого русла; уменьшение объема циркулирующей крови.

Течение ишемической болезни сердца у пожилых людей имеет свои особенности: Распространенность атипичных форм заболевания, высокая частота ишемии миокарда без болевой, сочетание с артериальной гипертензией (АГ), сопутствующее наличие заболевания-сахарный диабет (как правило, способствуют скрытому течению ишемии миокарда), анемия, гипотиреоз, ХОБЛ, деформированный остеоартрит и т. д.; высокая заболеваемость другими сосудистыми поражениями (сонные артерии, вены нижних конечностей и т. д.))

Для анализа проявления ИБС нами было исследовано 260 историй болезней пациентов. Возраст пациентов от 50 до 90 лет. Данные были взяты в РГБЛПУ КЧРКБ.

При сравнительном изучении показателей крови были выявлены статистически значимые различия. Так, уровень ферментов трансаминирования АЛТ у мужчин с ИБС составил $51,37 \pm 11,9679$ и был больше в 2,1 раза по сравнению со здоровыми мужчинами ($p \geq 0,05$). У женщин достоверное различие было выявлено по АЛТ. У больных этот показатель равен $31,93 \pm 2,7142$, что в 1,7 раз больше чем у здоровых ($p \geq 0,005$). Анализ крови отличается повышенной концентрацией АЛТ в случае

воспалительного заболевания сердца, которое характеризуется поражением сердечной мышцы, также при гибели кардиомиоцитов АЛТ в крови будет повышен. Кроме этого, повышается и уровень АСТ, причем в большей степени, чем АЛТ, так как содержание его в сердечных клетках значительно выше.

Соотношение АСТ к АЛТ у мужчин составляет 1,36 ед/л, что не свидетельствует об отклонении от нормы (1,33 – 1,75 ед/л). При определении соотношения у женщин было выявлено значение, ниже нормы, а именно 0,78 ед/л, что может свидетельствовать об отклонениях в функционировании печени.

Уровень креатинина у женщин с ИБС составил $102,14 \pm 7,0725$ и был в 1,4 раз больше, чем у здоровых женщин ($p \geq 0,01$). Такие данные говорят о катаболических процессах белкового обмена.

Показатели воспалительного процесса, а именно уровень лейкоцитов также был выше у мужчин с ИБС в 1,3 раза по сравнению со здоровыми мужчинами ($p \geq 0,05$). Также, уровень СРП был выше у женщин с ИБС, а именно в 15,9 раз больше, чем у здоровых ($p \geq 0,01$). Что может указывать на ранние признаки атеросклеротического поражения.

Стоит отметить, что наблюдается тенденция к увеличению показателей эритроцитов и фибриноген в крови пациентов с ИБС, что указывает на изменение крови. Фибриноген способен адсорбироваться на поверхности эритроцитов, что сопровождается изменением отрицательного заряда эритроцитов и их увеличение сбоя. Кроме того, это может быть связано с увеличением активности эритроцитов увеличение гематокрита, что приводит к сближению межэритроцитарных полостей и, таким образом, происходит состояние, которое образует мост между соседними эритроцитами [5, 4].

Лечение ишемической болезни сердца в первую очередь зависит от его клинической формы. Таким образом, выбор режима активности и конкретных препаратов лекарства могут быть сильно разными. Однако были выделены некоторые общие аспекты, которые важны для всех видов ИБС. Лечение направлено на улучшение нормального кровотока миокарда и улучшение качества пациентов жизни. В первую очередь назначались препараты, поддерживающие нормальное давление, содержание холестерина и разжижению крови.

Антитромбоцитарные агенты: ингибирует активацию тромбоцитов, связанных с лекарствами, он повреждает эндотелий и в основном препятствует развитию раннего

коронарного тромбоза. Большинству пациентов назначали антитромбоцитарные средства, такие как аспирин, кардиомагнил, зилт [6].

Антикоагулянты: если помимо стенокардии у больного возникает риск тромбоза, то их назначают препараты: гепарин, варфарин, ксарелто.

Бета-блокаторы: в случае нарушения сократительной способности и релаксации единственный способ уменьшить потребность миокарда в кислороде сердцем и нормализовать диастолическую функцию снижение развития аритмогенных осложнений, а также сердца, оптимизация этих функциональных показателей сердечно-сосудистого ритма становится возможным на основе использования бета-блокаторов (Карведилол, Беталок, Бисопролол, Небиволол) [7].

Антигипертензивные препараты: способствуют артериальному снижению давление. Риск осложненного течения стенокардии, если вовремя снизить артериальное давление значительно снижается: Эналаприл, амлодипин, Престариум.

Статины: коррекция липидного метаболизма статины (аторвастатин, аторис) назначаются у всех пациентов с диагнозом ИБС. Лечение (особенно когда оно иррационально питание больного и ожирение) проводится на фоне диетотерапии.

Диуретики: влияют на связь следующим образом высокое кровяное давление. Если вы увеличите количество жидкости, которую организм потеряет, вы можете сделать это искусственно уменьшите давление до нормальных чисел и устраните угрозу рецидивирующего инфаркта: Верошпирон, индопамид.

Выводы.

Таким образом, анализ полученных нами данных показывает, что у больных ИБС нарушаются реологические свойства крови, деформируемость эритроцитов и усиливается агрегация эритроцитов, происходит развитие коронарного атеросклероза, нарушается белковый обмен вследствие разрушения кардиомиоцитов. Из чего следует сделать вывод, что проблему развития ИБС следует рассматривать не только на уровне системы здравоохранения, но и на федеральном уровне. Решение ее должно основываться на увеличении эффективности диагностики и оказания медицинской помощи, просвещении и информировании населения о причинах возникновения и возможностях лечения данной патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Амиров Н.Б., Абдрахманова А.И., Сайфуллина Г.Б. и др. Безболевая ишемия миокарда: учеб. пособие. — Казань: Медицина, 2018 — 84 с.

2. Амиров Н.Б., Визель А.А., Ослопов В.Н. и др. Ишемическая болезнь сердца в общей врачебной практике: диагностика, лечение и профилактика. — Казань: «Orange-k», 2011. — 194 с. 4. Абдрахманова А.И., Амиров Н.Б., Сайфуллина Г.Б. Безболевая ишемия миокарда (обзор литературы) // Вестник современной клинической медицины. — 2015.
3. Беседина Д.Ю., Баранова Е.В., Скоробогатый А.И. [и др.] (ИБС) // ИБС в Российской Федерации Научное сообщество студентов: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: сб. ст. по мат. LXII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 3(62). URL: [https://sibac.info/archive/meghdis/3\(62\).pdf](https://sibac.info/archive/meghdis/3(62).pdf) (дата обращения: 18.03.2020)
4. Концевая А.В., Драпкина О.М., Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Суворова Е.И., Худяков М.Б. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году.
5. Краюшкин С.И., Куличенко Л.Л., Ивахненко И.В. и др. Изучение механизмов возникновения безболевой ишемии миокарда у больных гипертонической болезнью // Вестник ВолГМУ. — 2012. — №1 (41). — С. 27-29.
6. Перевозчикова Д. С., Кива А. А., Маркво Л. И. Современные подходы к лечению ИБС в Российской Федерации // Молодой ученый. — 2016. — №18.1. — С. 76-78. — URL <https://moluch.ru/archive/122/33777/> (дата обращения: 18.03.2020).
7. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень № 317 Январь 2015 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>. (дата обращения: 09.12.2018)
8. Хабибулина М.М Сердечно-болевой синдром при артериальной гипертензии, гипокстрагемии, «метаболически здоровом» абдоминальном ожирении в зависимости от суточного профиля артериального давления // Материалы X Международной научнопрактической конференции «Образование и наука в современных условиях». — 2017. — С. 63-73.
9. Чазова ИЕ, Ощепкова ЕВ. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002–2012 // Вестник РАМН. — 2013. — № 2. — С. 4-11.