

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ УСКОРЯЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОВТОРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Зафираки В.К., Намитоков А.М., Скалецкий К.В., Космачева Е.Д.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

ЦЕЛЬ:

Оценить частоту развития рестенозов и стенозов, связанных с прогрессированием коронарного атеросклероза, а также время до их развития, в отдаленный период после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

МЕТОДЫ:

Проспективное когортное исследование. Включали пациентов, подвергнутых ЧКВ с установкой стентов в 2012-2013 гг. в Центре грудной хирургии г.Краснодара. Критерии включения: возраст ≥ 40 лет; курение на момент поступления, либо прекращение курения за ≤ 1 год до госпитализации; анамнез курения ≥ 10 пачка/лет; наличие острых или хронических форм ИБС; имплантация ≥ 1 коронарных стентов; ХОБЛ, диагностированная в соответствии с критериями GOLD 2011. Контрольная группа формировалась по тем же критериям, но не имела ХОБЛ на основании данных спирографии. Регистрировали частоту повторной реваскуляризации миокарда (ЧКВ, либо аортокоронарное шунтирование (АКШ)), а также определяли время до наступления исхода в месяцах. За рестеноз принимали сужение стентированного участка или 5-мм прилежащих участков артерии на 50% или более. Прогрессирование коронарного атеросклероза определяли как появление нового 50% или более выраженного стеноза или увеличение степени исходного стеноза величиной не менее 20% до величины 50% и более. Статистический анализ: критерий Манна – Уитни, точный критерий Фишера, построение кривых Каплана – Майера (критерий Гехана). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Основная группа ($n=103$) и контрольная ($n=243$) были сопоставимы по тяжести сопутствующей патологии и не различались по количеству установленных стентов. Медиана длительности наблюдения 18 мес. У 14% (АКШ у 4%) в основной группе и у 9% (АКШ у 3%) в контрольной была проведена повторная реваскуляризация миокарда ($p > 0,05$). Сравнение кривых Каплана-Майера обнаружило тенденцию к более ранней повторной реваскуляризации при наличии ХОБЛ ($p < 0,05$), что было связано, в основном, с прогрессированием коронарного атеросклероза, и существенно реже - с развитием рестеноза стента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ХОБЛ является фактором, ускоряющим прогрессирование атеросклеротического поражения коронарных артерий после ЧКВ за счет появления новых стенозов и, в меньшей степени, за счет рестеноза стентов, что приводит к более раннему возникновению необходимости в повторной реваскуляризации.

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Зафираки В.К., Скалецкий К.В., Намитоков А.М., Космачева Е.Д.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия

ЦЕЛЬ:

Определить факторы, ассоциированные с наступлением сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

МЕТОДЫ:

Проспективное когортное исследование. Включали пациентов, подвергнутых ЧКВ с установкой стентов в 2012-2013 гг. в Центре грудной хирургии г.Краснодара. Критерии включения: возраст ≥ 40 лет; курение на момент поступления, либо прекращение курения за ≤ 1 год до госпитализации; анамнез курения ≥ 10 пачка/лет; наличие острых или хронических форм ИБС; имплантация ≥ 1 коронарных стентов; ХОБЛ, диагностированная в соответствии с критериями GOLD 2011. Контрольная группа формировалась по тем же критериям, но не имела ХОБЛ на основании данных спирографии. Регистрировали следующие исходы: инфаркт миокарда, инсульт, смерть вследствие сердечно-сосудистых причин, реваскуляризация миокарда (ЧКВ, либо аортокоронарное шунтирование (АКШ)), рассматриваемые как комбинированная конечная точка. Статистический анализ: критерий Манна – Уитни, точный критерий Фишера и критерий хи-квадрат. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

Основная группа ($n=103$) и контрольная ($n=243$) были сопоставимы по тяжести сопутствующей патологии и не различались по количеству установленных стентов. Медиана длительности наблюдения 18 мес. Частота наступления комбинированной конечной точки в основной группе 24%, в контрольной - 17% ($p > 0,05$). При анализе клинико-функциональных особенностей больных, у которых наступили неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы, обнаружены следующие особенности. В числе факторов, ассоциированных с неблагоприятным прогнозом, оказались возраст ($p=0,02$), сахарный диабет ($p=0,04$), дистанция 6-минутной ходьбы ($p < 0,001$), скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕП1 ($p=0,003$). Анамнез инфаркта миокарда, липидные фракции крови, объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) не были связаны с наступлением конечной точки. В группе больных ХОБЛ, рассматриваемой отдельно, несмотря на ее сравнительно небольшую численность, ОФВ1 среди больных с сердечно-сосудистыми событиями был существенно меньше, чем у пациентов с благоприятным прогнозом (связь на уровне тенденции, $62 \pm 23\%$ против $73 \pm 25\%$, $p=0,07$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Тяжесть бронхиальной обструкции при ХОБЛ, отражаемая величиной ОФВ1, связана с наступлением неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде после ЧКВ у больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС.

ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЙ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ГРАДИЕНТ ПРИ АПИКАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вертинский Е.А., зав. кафедрой функциональной диагностики БелМАПО, г.Минск;
Чиж С.А., ассистент кафедры функц. диагностики БелМАПО, г.Минск;
Жарихина М.П., ассистент кафедры функц. диагностики БелМАПО, г.Минск

Обструкция выносящего тракта левого желудочка хорошо известна и встречается приблизительно у 25% пациентов с гипертрофической кардиомиопатией. Реже встречаются формы с внутрижелудочковой обструкцией на фоне преимущественной гипертрофии средних сегментов межжелудочковой перегородки и свободной стенки левого желудочка и нередко гипертрофированной папиллярной мышцы [1,2]. Внутрижелудочковая обструкция или внутрижелудочковый градиент (<30 мм рт.ст.) также описаны у пациентов с апикальной гипертрофической кардиомиопатией [3]. При этом в систолу регистрируется высокоскоростной поток с типичной акцентуацией максимальной скорости во второй его половине. Более редким и менее известным является так называемый парадоксальный (от верхушки к основанию левого желудочка) диастолический кровоток, который начинается в фазу изоволюметрического расслабления и продолжается в фазу быстрого наполнения левого желудочка. Наличие такого диастолического градиента связывают с более высоким давлением в апикальном регионе левого желудочка вследствие его замедленной релаксации и средне-желудочковой систолической обструкции [1,3]. При этом у части пациентов возможно прогрессирование процессов фиброза и ишемии этой области вплоть до формирования аневризмы верхушки левого желудочка [4]. Данное состояние ассоциируется с высоким риском желудочковых аритмий и эмболических событий [2].

Приводим собственное наблюдение: Пациентка С.57л. поступила в кардиологическое отделение в связи с выраженными изменениями на ЭКГ в виде глубоких отрицательных зубцов Т в грудных и стандартных отведениях (рис.1)

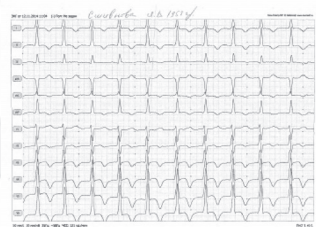


Рис.1

При ультразвуковом исследовании сердца диагностирована апикальная гипертрофическая кардиомиопатия с вовлечением срединных сегментов левого желудочка (конечно-диастолическая толщина верхушечных и средних сегментов составляла 18-19 мм при нормальной толщине базальных сегментов). Обращала на себя внимание гипокинезия апикальных сегментов. Допплеровское исследование выявило внутрижелудочковую обструкцию (толстая стрелка) с градиентом давления 38мм рт.ст. и парадоксальный диастолический поток с градиентом 16 мм рт.ст. (тонкая стрелка) (рис.2)

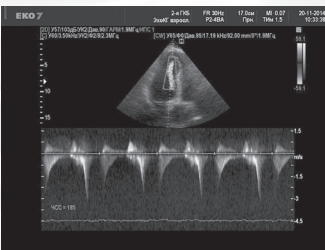


Рис.2

Таким образом, парадоксальный внутрижелудочковый диастолический градиент отражает процессы асинергии (гипокинезия, дискинезия) верхушечных сегментов левого желудочка. Замедление диастолического расслабления этого региона сопровождается транзитным повышением давления в апикальной области левого желудочка. Выявление данного градиента важно, так как он может быть маркером повышенного риска эмболических событий и желудочковых аритмий.

КМСД И РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.Н. Ростовцев, Р.А. Зарипов, Т.И. Терехович, И.В. Бойцов

Здравоохранение в целом и, особенно, система первичной медико-санитарной помощи испытывает острый дефицит диагностической базы для реализации важных направлений своей деятельности, таких как первичная профилактика, ранняя диагностика, диспансеризация, вторичная профилактика и амбулаторное лечение. Дефицит диагностической базы существенно тормозит развитие этого звена и, как следствие, всей системы здравоохранения. Применение КМСД (Комплекс Медицинский Спектрально-Динамический) способно дать импульс развития первичной медико-санитарной помощи.

КМСД представляет последнее поколение аппаратуры волновой функциональной диагностики Регистрационное удостоверение РФ №ФСР2009/04973, Регистрационное удостоверение РБ № ИМ-7.97068). КМСД предназначен для быстрой, неинвазивной и пассивной (без воздействия на организм) диагностики инфекционных и неинфекционных заболеваний и их рисков по всем системам организма и для подбора комплементарных (индивидуально эффективных) лекарственных средств любого типа для профилактики и лечения. КМСД отличает: пассивная запись волнового сигнала; простота процедуры и малое время обследования (время записи волнового сигнала 35 секунд); точность диагностики (более 90%); практическая универсальность диагностики (риски, латентные процессы и манифестные заболевания по всем органам и системам организма). Благодаря малому времени записи волнового сигнала от организма пациента КМСД эффективен и удобен для применения в скрининге, профилактических осмотрах и быстрой диагностики в поликлиниках и приемных отделениях стационаров. В более широком контексте применение КМСД целесообразно на всех двенадцати этапах медицинской помощи от доброго консультирования до реанимации. На основе КМСД разработаны технологии экспресс-диагностики, диспансеризации, оздоровительно-профилактического консультирования и лечебно-диагностического консультирования. Находятся в разработке технологические системы автоматической диагностики заболеваний и автоматической оценки рисков заболеваний. На сайте www.kmsd.by имеется подробная информация о КМСД.

Наиболее актуальной задачей здравоохранения, решение которой способно обеспечить применение КМСД, является задача снижения смертности среди лиц трудоспособного возраста, то есть снижения сверхсмертности. Это достигается широким применением КМСД для целей ранней диагностики, включая диагностику вторичных рисков и латентных стадий заболеваний. Важными задачами здравоохранения, для решения которых необходимо применение КМСД, являются задачи прегравидарной и пренатальной профилактики, задачи диагностики системных рисков с целью медицинского оздоровления, задачи диагностики первичных рисков с целью первичной профилактики распространенных и социально значимых заболеваний и задачи диагностики ресурсов восстановления функций с целью медицинской реабилитации.

Изложенное показывает, что КМСД способен стать катализатором развития здравоохранения.