

A.I. NUFTIEVA, A.K. ESHMANOVA, A.D. SOKOLOV, SH.O. RYSPEKOVA, B.A. DZHUSIPBEKOVA, D.D. ZHUNISTAEV, U.A. ARTYKBAEVA, K.K. ALPYSBAEVA, H.H. KHASENOVA, D.A. ILYASOVA, G.R. ADILZHAN, A.K. ABIKULOVA, G.K. MOLDABEKOV, L.A. ALMAGAMBETOVA, A.T. MUSA K.M. MADIBRAIMOV, Z.I. MAKEYEVA, A.K. TURLANOVA, A.M. TILYAIEVA, A.A. SAGYMBAEVA

¹ Innovative Scientific School of Gerontology and Geriatrics,

² Normal Physiology Department,

³Students, Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

PREHOSPITAL STAGE EARLY DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Resume: KazNMU named after S.D.Asfendiyarov, course of gerontology and geriatrics; department of ambulance and emergency medical aid; "Polyclinic for Veterans of Great Patriotic War"; Kazakh Medical University of Continuing Education; Almaty, Kazakhstan.

Urgency. To date, public policy aims to increase life expectancy, to carry out preclinical and timely control of disease prevention for the health of all population groups. According to statistics, over several decades in our country so far failed to reduce the leading cause of death - cardiovascular disease. One of the main problems in the fight against cardiovascular disease (CVD) at an early stage is a screening of the functional state of the heart, and most early detection of disorders of myocardial electrophysiological status.

The purpose of the study. The introduction of a new field diagnostic ECG, reflecting the current status of electrophysiological remodeling and "reserve" compensatory myocardial resources.

The materials and methods. A dispersion mapping (DM) ECG and questioning senior students of KazNMU named after S.D.Asfendiyarov. To evaluate the nature and degree of change microalternations micropotential wells in the ECG signal; their analysis.

The results of the study. Dispersion mapping method (compared with standard ECG methodology) reflects changes in the earlier stages of the metabolic changes of the ischemic cascade.

The conclusion. The widespread introduction in everyday medical practice the method of DC will allow early detection of individuals with borderline or unfavorable electrophysiological characteristics of the myocardium status, risk for the development of potentially dangerous arrhythmias, conduct adequate treatment and prevention.

Keywords: early diagnosis, the dispersion mapping, electrocardiography, cardiovascular diseases.

V.V. БЕНБЕРИН¹, В.Ю. ДУДНИК¹, Г.З. ТАНБАЕВА¹, А.Б. СУГРАЛИЕВ¹, Ф.К. СМАИЛОВА²
Г.Т. АЙМАХАНОВА², Г.К. НУРГАЛИЕВА², Д.А. АХМЕНТАЕВА²

¹Центральная клиническая больница Медицинского центра

Управления делами Президента РК, г. Алматы

²Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНВАЗИВНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

УДК 612. 681 (035.3) Б 46

В статье отражены результаты собственных исследований, проведенных на базе ЦКБ МЦ УДП РК. Проведен сравнительный анализ коморбидных состояний у лиц, перенесших инвазивную реваскуляризацию коронарных артерий в зависимости от профиля медицинского обслуживания. Выявлено наличие 3-х и более заболеваний у пациентов, не имеющих постоянного динамического медицинского обслуживания. У них же выявлено более раннее наступление многососудистого поражения коронарных артерий.

Ключевые слова: коморбидность, многососудистое поражение коронарного русла, инвазивная реваскуляризация, пожилой возраст.

Введение. В медицинской практике врачам часто приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний и синдромов. Такие ситуации обусловлены высокой распространенностью заболеваний и их тесными патогенетическими взаимосвязями. Существовало много терминов, обозначающих данное сочетание болезней, были предложены такие термины, как «мультиморбидность», «полиморбидность», «второй диагноз» и др. В 1970 г. выдающийся американский врач, исследователь и эпидемиолог Alvan Feinstein предложил понятие «коморбидность», обнаружив

худший прогноз у пациентов, страдающих одновременно несколькими заболеваниями. В дальнейшем, в практическом здравоохранении, распространился термин «коморбидность», «полиморбидность», хотя и они до сих пор вызывают споры в научной среде. Ученые Н. С. Краемер и М. vanden Akker, определили коморбидность как сочетание у одного больного нескольких, именно хронических, заболеваний. По их мнению, факторами, влияющими на развитие коморбидности, могут являться хроническая инфекция, воспаление, инволютивные и системные метаболические

изменения, ятрогения социальный статус, экологическая обстановка и генетическая предрасположенность [1].

Коморбидные болезни встречаются часто, особенно у пожилых пациентов. Согласно данным М. Fortin, распространенность коморбидности составляет от 69% у больных молодого возраста (18–44 лет) до 93% среди лиц средних лет (45–64 лет) и до 98% — у пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет). При этом число хронических заболеваний варьирует от 2,8 у молодых пациентов до 6,4 — у стариков [1,2].

Из медицинской практики известно, что при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста может диагностироваться не менее 4-5 болезней или проявлений патологических процессов. Наличие нескольких заболеваний изменяет их классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз. Несмотря на разработанные эффективные схемы лечения заболеваний и широкий спектр препаратов, эффективность лечения до сих пор остается проблематичной. А у лиц старших возрастных групп проблема усугубляется еще и процессами старения, вызывая затруднения в диагностике и лечении. Наличие коморбидности увеличивает количество препаратов, что существенно снижает приверженность пациентов к лечению [2,3].

В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к Международному дню пожилых людей говорится, что благодаря успехам медицины, ожидается, что к 2050 году число людей в возрасте 60 лет и старше возрастет до 2 миллиардов человек, и составит 22% всего населения земли [3]. «Глобальной социально-демографической проблемой, затронувшей весь мир во всех аспектах его существования: традиционно – национальном, финансово-экономическом, политическом, нравственно-этическом» назвали постарение населения на 2-й ассамблее ООН, прошедшей в Мадриде в апреле 2002 года. И если в двадцатом веке с этой проблемой сталкивались в основном экономически развитые страны, то сейчас - постарение населения стало наблюдаться и в странах с развивающейся экономикой [3,4,5].

Известно, что с возрастом происходит ограничение приспособительных возможностей организма и повышается риск развития определенных заболеваний. В настоящее время со старением ассоциируют не только патологические состояния, встречающиеся в основном у пожилого и старческого контингента лиц, например, болезнь Альцгеймера и Паркинсона, но и такую соматическую патологию, как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), атеросклероз. Эти заболевания, несомненно, имеют весомое значение в ряду патологий, влияющих как на индивидуальное, так и на общественное здоровье, поскольку являются преобладающими показателями смертности населения [6,7,8].

Несмотря на достижения медицины, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности в мире, унося ежегодно более 17 млн. жизней. Особое место в причинах смертности от болезней системы кровообращения занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Зависимость распространенности ХСН от возраста подтверждена эпидемиологическими исследованиями ЭПОХА–ХСН и ЭПОХА–О–ХСН. Так, например, если у лиц молодого возраста (20 - 29 лет) частота ХСН составляла 0,3 % случаев, то у долгожителей (старше 90 лет) - приближалась к 70 %. Среди лиц среднего возраста у мужчин чаще, чем у женщин диагностировалась ХСН, поскольку у мужчин чаще диагностировались артериальная гипертензия и ИБС (72 % против 28 %). Более 65 % больных ХСН были в возрасте от 60 до 80 лет, а количество лиц, старше 80 лет с ХСН резко снизилось за счет фактора дожития - т.е. многие больные с ХСН не доживали до этого возрастного порога. В старшей возрастной группе гендерные различия были стерты, поскольку не имели достоверных отличий. В результате 10-летнего наблюдения было выявлено постепенное повышение распространенности ХСН в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год, за счет мужчин в возрасте от 40 до 59 лет и женщин от 70 до 89 лет [9,10,11].

По данным Агентства РК по статистике, Казахстан тоже находится на пороге старения. Для того, чтобы считаться «стареющим» обществом, по классификации ООН, доля населения в возрасте 65 лет и старше должна составлять более 7%. На конец прошлого года этот показатель в нашей стране приблизился к 6,6%, в 2017 году прогнозируется достижение 7 % порога, а к концу 2020 года доля пожилых людей в нашей стране может достигнуть 7,4%. К демографическим особенностям Казахстана, по данным Агентства по статистике, относится разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин. Выраженный гендерный дисбаланс в республике объясняется превышением смертности в мужской популяции над женской. Преобладание мужской смертности в молодом возрасте происходит из-за несчастных случаев, а в старшем - за счет большей смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому, количество женщин больше чем мужчин в возрасте 65-69 лет - в 1,5 раза, а в 85 лет и старше - в 3,6 раза. Эти показатели также говорят о том, что проблема коморбидности является весьма актуальной для практического здравоохранения Казахстана [12].

В последние десятилетия почти во всех странах мира, наряду с постарением населения, наблюдается тенденция к омоложению сердечно-сосудистых заболеваний, что значительно усиливает их отрицательное влияние на трудоспособность населения. В клиническую практику внедряются инвазивные методы диагностики и лечения ИБС, среди пациентов увеличивается число лиц пожилого и старческого возраста, в связи с чем проблема коморбидности приобретает большую социальную значимость и является важнейшей задачей органов здравоохранения.

Цель: Изучить особенности коморбидности у больных, перенесших инвазивную реваскуляризацию коронарных артерий, в зависимости от профиля медицинского обслуживания.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Сформировать исследуемые группы, для определения совокупности заболеваний (АГ, ИБС, СД, ХОБЛ) у лиц с многососудистым

атеросклеротическим поражением коронарных артерий;

2. Провести сравнительный анализ коморбидности у контингента, прикрепленного к ЦКБ МЦ УДП РК и больных, получивших оперативное лечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по госзаказу МЗ и СР РК (население Жетысуского района города Алматы).

Материалы и методы:

Материалом для изучения явились истории болезней пациентов, госпитализированных в кардиохирургическое отделение ЦКБ МЦ УДП РК за период с 1 января 2014 по сентябрь 2016 гг.

Проведено поперечное клиничко-ретроспективное исследование историй болезни 716 пациентов, пролечившихся в кардиохирургическом отделении ЦКБ МЦ УДП РК по госзаказу МЗ и СР РК в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, а также пациентов из числа прикрепленного контингента.

Методом случайной выборки в данное исследование было включено 162 человека, у которых проводилась выкопировка анкетных данных, роста-весовых показателей, сведений о наследственности и факторах риска развития социально-значимых заболеваний (ИБС, АГ, СД), показателей гемодинамики, лабораторно-инструментальных данных.

Для выявления клиничко-инструментальных особенностей больных, перенесших инвазивную реваскуляризацию коронарных артерий, все изучаемые пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида медицинского обслуживания. Отличие модели системы медицинского обслуживания прикрепленного контингента ЦКБ МЦ УДП РК от общей лечебной сети заключается в

преимущества ведения пациентов на амбулаторном и стационарном этапах, в многолетней обязательной диспансеризации и реабилитации больных.

Первую группу составили 147 (90,7%) человек, проходивших лечение в больнице по квоте, тендеру и на платной основе - неkontингент, вторую - группу сравнения - составили 15 (9,3%) пациентов из числа прикрепленного контингента, получавших постоянное наблюдение и лечение в условиях ЦКБ МЦ УДП РК.

Распределение больных по возрасту проводили по классификации возрастных рубежей второй половины жизни человека (Ленинградская конференция специалистов-геронтологов и специальной комиссии ВОЗ по социальным и клиническим проблемам, 1962 г.). Согласно этой классификации к категории среднего возраста были отнесены больные от 45 до 59 лет, пожилого - от 60 до 74 лет, старческого - с 75 до 89 лет. Долгожителей - лиц старше 90 лет, в исследуемой группе не было.

Статистическая обработка данных заключалась в сравнительном анализе полученных данных в возрастном аспекте и в зависимости от профиля получаемой медицинской помощи, осуществлялась методами описательной статистики. Для выявления случайности и достоверности зависимости определялась корреляция Пирсона, сумма квадратов и парных произведений, ковариация (StatisticaforWindows 6.0).

Результаты и обсуждение:

Общая характеристика обследованных больных представлена в таблице 1. Из 162 обследованных было 125 мужчин (77,2%) и 37 (22,8%) женщин от 36 до 83 лет, средний возраст обследуемых составил 62,4 + 0,69 лет.

Таблица 1 - Характеристика групп исследования

Группы	Количество	Средний возраст	Стандартная шибка	Минимальное значение	Максимальное значение
Вся выборка	162	62,4	0,69	36	83
мужчин	125	61,8	0,79	36	83
женщин	37	64,16	1,4	46	80
Контингент	15	71,33	2,6	48	83
мужчин	13	70,69	2,9	48	83
женщин	2	75,5	6,36	71	81
Неkontингент	147	61,4	0,67	36	79
мужчин	112	60,84	0,76	36	79
женщин	35	63,54	1,4	46	79

Двое мужчин первой группы (неkontингента) были молодого возраста - 36 и 40 лет, их данные объединены с группой лиц среднего возраста. Отметим, что необходимость в оперативном лечении многососудистого поражения коронарных артерий в двух исследуемых группах возникла с разницей в 10 лет. Возрастные показатели исследуемых в группе неkontингента были значительно меньше, чем в группе контингента и составили: минимальный возраст - 36 и 48 лет, средний возраст 61,4+ 0,67 в

группе неkontингента и 71,33+2,6 лет - у контингента.

В первой группе (неkontингента) преобладали лица среднего и пожилого возраста, в группе сравнения (контингент), напротив, пожилого и старческого возраста (рисунок 1). Процентное соотношение женщин в обследуемых группах не превышало 30%. В первой группе отмечена тенденция к увеличению этого показателя в старческом возрасте.

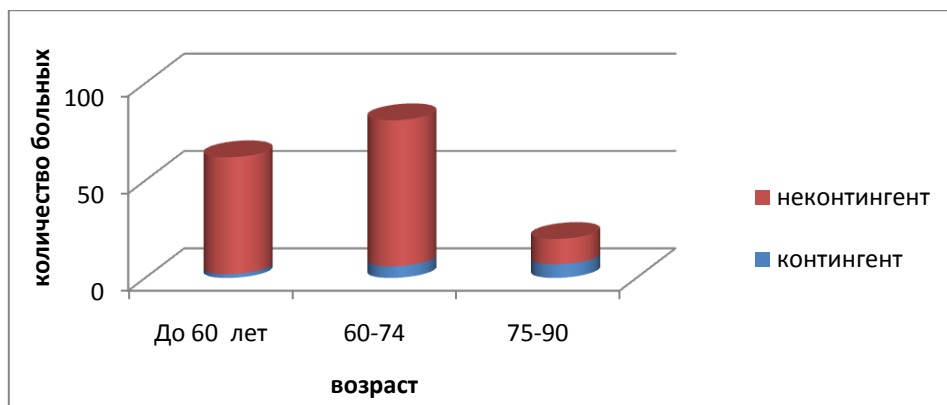


Рисунок 1 - Распределение обследованных по возрасту

Всем больным по выявленным нозологиям был проведен комплекс лабораторно- инструментальных методов исследования в соответствии с протоколами МЗ РК.

Большинство больных было госпитализировано в плановом порядке. Соотношение диагнозов в группе неконтингента и контингента было равномерным (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение групп по основному диагнозу

Группы	Количество	Стабильная стенокардия	Прогрессирующая стенокардия	Острый инфаркт миокарда	Другие
Контингент	15	9 (60%)	1 (6,5%)	4 (27%)	1 (6,5%)
Неконтингент	147	85 (57,6%)	10 (6,6%)	40 (27,2%)	13 (8,6%)

Указание на перенесенный в прошлом инфаркт миокарда было у 97(59,9%) обследованных, что составило в группе контингента - 8 (53,3%), неконтингента - 89 (60,5%) больных. Неинвазивная реваскуляризация миокарда путем стентирования была проведена в анамнезе 42 больным (25,9%), из которых 40 (27,2%) из группы неконтингента и 2 (13%) из числа контингента. Это вмешательство

проводилось лицам среднего и пожилого возраста, одинаково часто у мужчин и женщин.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) определялась по функциональным классам (ФК) в соответствии с классификацией Нью-Йоркской Ассоциации сердца (НУНА). В обеих группах преобладали больные с III ФК: 59,2% - в первой группе и 50% во второй (рисунок 2).

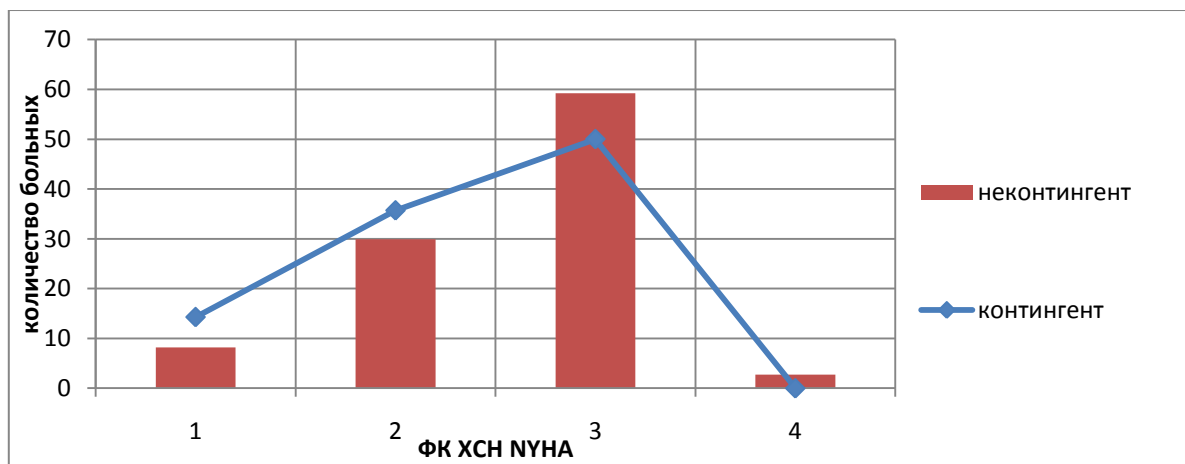


Рисунок 2 - Распределение классов ХСН в обследуемых группах

В соответствии с литературными данными о том, что распространенность ССЗ и факторов их риска увеличивается по мере увеличения продолжительности жизни населения [12,13,14], в обеих группах отмечалось прогрессирование класса

СН по мере увеличения возраста пациентов. Более физиологично эта тенденция отмечена в группе контингента, где пик тяжести (ХСН 3 класса) пришелся на пациентов старческого возраста (рисунок 3).

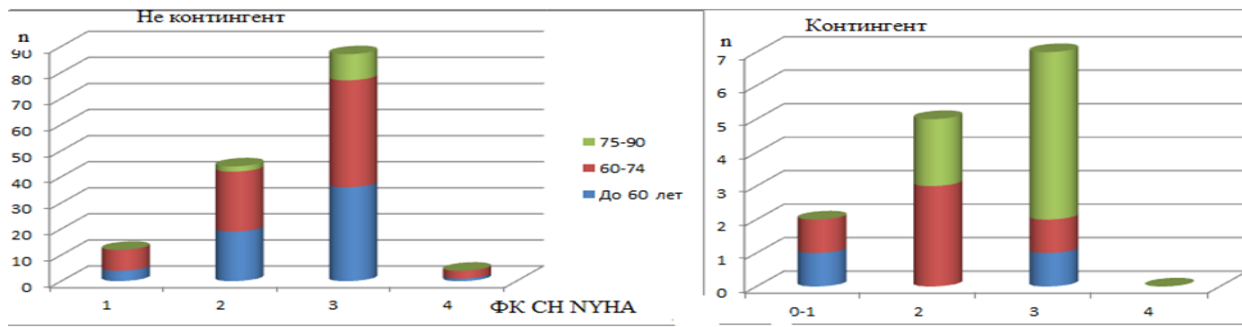


Рисунок 3 - Распределение ФК ХСН в группах в зависимости от возраста

При детальном изучении анамнестических данных обследованных было выявлено большее число больных с фибрилляцией предсердий, чем при анализе ЭКГ, что указывает на определенную частоту пароксизмальной формы ФП. Так, в диагнозе ФП была указана у 34 больных (21%) из всех обследуемых, у 27 мужчин (23 - неконтингент, 4-контингент) и 7 женщин (соответственно 6 и 1). Встречаемость ФП в группе контингента составила 33,3% (5 больных), у неконтингента 19% (29 больных), средний возраст этих больных составил 66,35±0,1 лет.

Известно, что применение антикоагулянтной терапии является первым шагом менеджмента больных с диагностированной ФП для профилактики кардиоэмболического инсульта [15,16]. В связи с этим возник вопрос относительно комплаентности к антикоагулянтной терапии у больных с установленным диагнозом ФП. Приверженность к приему препаратов, в том числе антикоагулянтов, в группе лиц с ФП выявлена только у 17 больных (50%), из них - у всех представителей группы контингента (5 человек - 100%) и только у 12 (41,4%) представителей группы неконтингента.

Необходимо отметить, что у пациентов с ФП частота АГ была несколько больше, чем в целом у больных, включенных в исследование (91,2% против 88,9 %). Также частота осложнений в анамнезе у больных с ФП превышала показатели в целом по группе исследования и составила: по острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) -14,7% против 9,2% и по постинфарктному кардиосклерозу (ПИКС) - 70,6 % против 59,9%. Кроме того, в группе контингента осложнения встречались реже, чем в группе неконтингента. В группе контингента у больных с ФП в анамнезе было указаний на ОНМК, а ПИКС был у 2 (40%) обследованных. В группе неконтингента эти показатели составили соответственно -17,2% (5 больных) по ОНМК и 75,9% (22 случая) по ПИКС.

Увеличение частоты ФП с возрастом продемонстрировано только в группе контингента (рисунок 4). У пациентов группы неконтингента частота ФП достигает своего максимума в группе пожилых, не встречаясь у пациентов старческого возраста, что, вероятно, свидетельствует о срыве адаптации в этой возрастной группе.

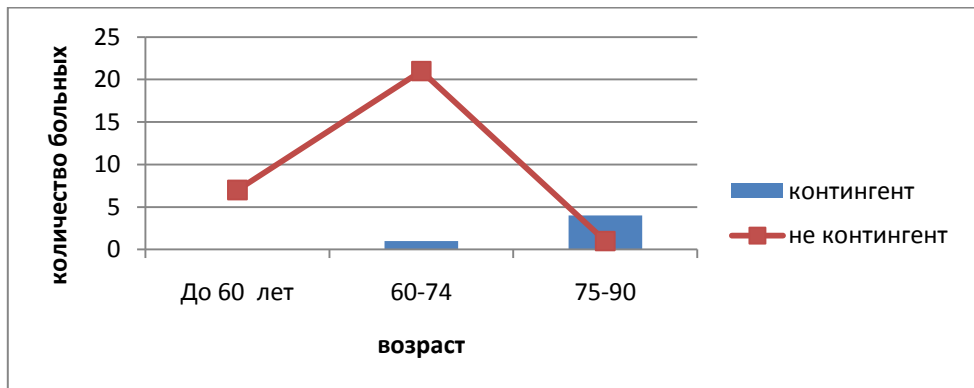


Рисунок 4 - Частота фибрилляции предсердий у обследованных

Острое нарушение мозгового кровообращения зафиксировано в анамнезе у 15 больных (9,26%) из общего числа обследованных, у 10 мужчин (6,8% от общего количества мужчин, включенных в исследование) и у 5 женщин (13,5% соответственно). В группе контингента этот показатель составил 13,3% (2 больных). У больных с ОНМК в анамнезе чаще, чем в целом по группе, встречались ФП - 37,5% (в целом в группе -21%), стентирование коронарных сосудов - 43,8% (25,9%), ПИКС - 62,5% (59,8%). Приверженность к терапии

отмечена только у 37,5% больных, перенесших ОНМК.

Артериальная гипертония была в анамнезе у подавляющего большинства больных (144 - 88,9%), у 110 мужчин (88%) и 34 женщин (92 %). В группе контингента - у 12 (80%), неконтингента - у 132 (89%) обследованных.

АГ I степени выявлена у 22 (15,28%) пациентов, II степени - у 36 (25%), III степени - у 85 (59,7%) из числа всех обследованных. В целом, распределение по полу и возрасту в группах с различной степенью АГ было равномерным (рисунок 5).

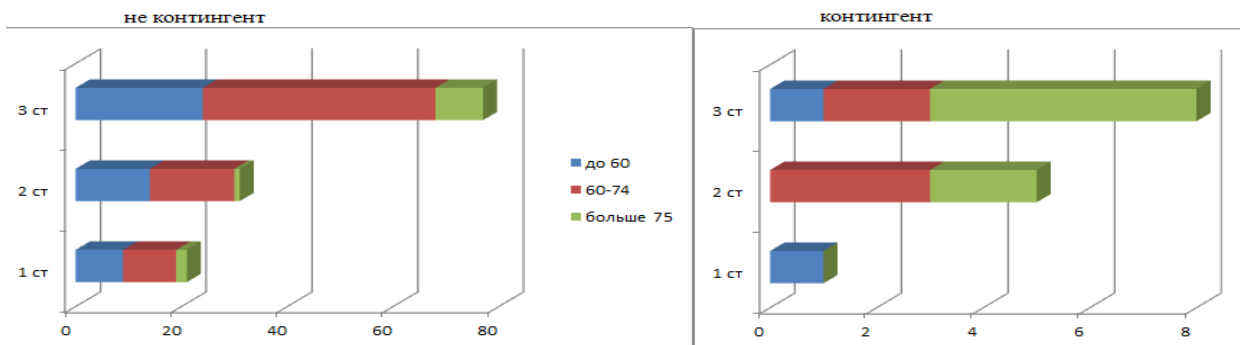


Рисунок 5 - Распределение больных артериальной гипертензией по возрасту

Нами был проведен анализ коморбидности в изучаемых группах: сочетание АГ с перенесенным ОНМК, ПИКС, СД, стентированием коронарных сосудов в анамнезе, а также наличия наследственной предрасположенности к заболеваниям ССС, курением в зависимости от степени АГ.

В результате проведенного анализа выявлено, что у пациентов с более высокой степенью АГ в анамнезе

чаще встречалось ОНМК, проводилось стентирование коронарных сосудов. Однако, уже при первой степени АГ относительная частота ПИКС была довольно высокой, что подтверждает опасность «мягкой» АГ и необходимость ее тщательной коррекции и диспансерного наблюдения (рисунок 6).

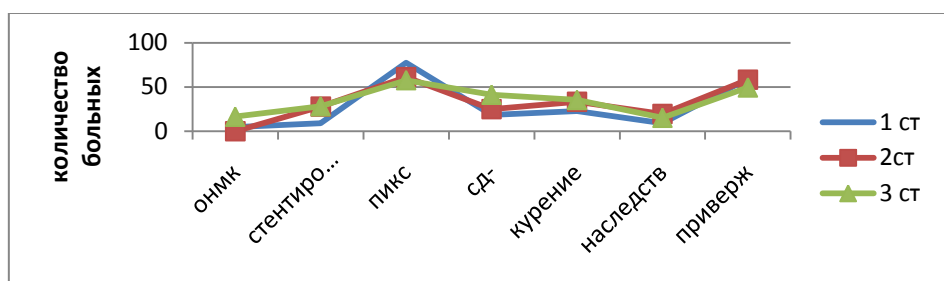


Рисунок 6 - Частота осложнений и наличие факторов риска у больных артериальной гипертензией

Наличие таких факторов риска, как СД и курение были несколько выше при II и III степени АГ. Однако, коэффициент корреляции был не достоверным (слабая корреляционная связь, коэффициент корреляции = 0,12).

Высокая распространенность АГ у пожилых людей подчеркивает важность данной проблемы и указывает на необходимость адекватного лечения, что является приоритетной задачей для практического врача [13]. При изучении приверженности пациентов к терапии были получены данные, подтверждающие результаты исследований многих клиницистов о низкой комплаентности пациентов к лечению [14,15]. В нашем исследовании она не превышала 60%, а у больных АГ III степени составила 49,4%.

Сахарный диабет 2-й степени компенсации был установлен в анамнезе у 56 человек - 34,5% из числа

всех исследуемых, среди них 41 мужчина (32,8%) и 15 женщин (40,5%), 7 человек (46,7%) в группе контингента и 49 (33,3%) в группе неконтингента. Указание на ОНМК в анамнезе у больных с СД было у 8 пациентов (14,2%), ПИКСу 35 (62,5%), стентирование коронарных артерий перенесли 16 пациентов (28,6%), что оказалось выше соответствующих показателей в целом по группе (9,2% - ОНМК, 59,9% - ПИКС и 25,9% - стентирование).

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) была зарегистрирована у 42 (25,9%) обследованных: 5 - контингент (33,3%) и 37 - неконтингент (22,8%). В целом по группе этот диагноз чаще отмечался у лиц пожилого возраста (в 64%), примерно одинаково у лиц мужского (26,4%) и женского (24,2%) пола (рисунок 7).

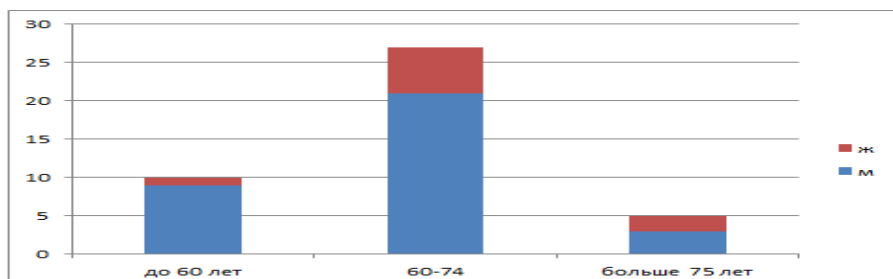


Рисунок 7 - Распределение ХОБЛ в группе обследованных по полу и возрасту

курения в анамнезе при валидной выборке выявлено у 17 (45,9%) из 37 больных с ХОБЛ. Из них только один больной был из числа контингента. У 30

(76,2%) больных ХОБЛ имелись анамнестические указания на ПИКС, что в целом по группе составило 59,9%.

При анализе приверженности к приему медикаментозных препаратов были получены следующие результаты: приверженность к приему препаратов показали 86 опрошенных (56,2%). Это 11 человек группы контингента (73,3%) и 75 - неконтингента (51%). Регулярность приема

препаратов у женщин была выше, чем у мужчин. Этот показатель у женщин составил от 57,1 до 66,7%, у мужчин наметилась тенденция к снижению регулярности приема препаратов с возрастом от 59 до 45,5% (рисунок 8).

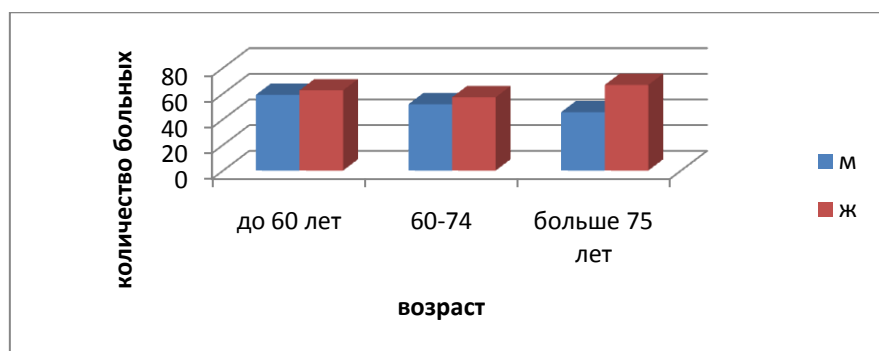


Рисунок 8 - Процентное соотношение приверженности к приему препаратов в исследуемых группах

При проведении валидной оценки приверженности к употреблению определенных групп препаратов выяснилось, что чаще других исследуемые принимают антиагреганты- 63,6% , из них регулярный прием осуществляют только 45,7%. Бета-блокаторы используют 50,3% респондентов, регулярно только 36,7% больных. Препараты группы ингибиторов ангиотензин превращающего фермента

(ИАПФ) принимали 43,2% опрошенных, регулярно - 28,4%. Вероятно этот показатель оказался несколько заниженным вследствие того, что часть больных получала блокаторы рецепторов ангиотензина. Регулярный прием статинов осуществляли только 27,2% опрошенных, представители контингента в 50% случаев, не контингента - 24,8% (таблица 4).

Таблица 4 -Показатели приверженности приема препаратов

Группа препаратов	Регулярность приема	Количество больных, принимающих препараты	Контингент	Неконтингент
Антиагреганты n=151 пк=15	не регулярно	96 (63,6%)	10 (66,7%)	86(63,2)
	регулярно	69 (45,7%)	9 (60%)	60 (44,7%)
Бета- блокаторы n=147 пк =13	не регулярно	74 (50,3%)	10 (76,9%)	64 (47,8)
	регулярно	54 (36,7%)	8 (61,5%)	46 (34,3%)
ИАПФ n=148 пк =13	не регулярно	64 (43,2%)	7 (53,8%)	57 (42,2%)
	регулярно	42 (28,4%)	4 (30,7%)	38 (28,1%)
Статины n=143 пк =14	не регулярно	44 (30,8%)	8(57,1%)	36 (27,9%)
	регулярно	39 (27,2%)	7(50%)	32 (24,8%)

Примечание: n- количество опрошенных в группе неконтингента, пк - количество опрошенных в группе контингента

Таким образом, в группе контингента приверженность к приему препаратов в целом была выше, чем у неконтингента: 73,3% против 51%. Такая же ситуация, в частности, отмечалась и в отношении приема статинов (50% против 24,8%).

При анализе роста-весовых показателей в группе обследованных выявлен повышенный индекс массы тела (ИМТ), в среднем он составил $28,8 \pm 0,36$ кг/м². Данный показатель оказался одинаковым как в выборке в целом, так и в группах мужчин и женщин, у представителей контингента и неконтингента. Но была выявлена тенденция к снижению ИМТ по мере увеличения возраста больных: в группе среднего возраста - $30 \pm 0,8$ кг/м², у пожилых - $29, 2 \pm 0,2$ кг/м², в группе старческого возраста - $25,6 \pm 1,2$ кг/м².

Оценка поражения коронарных сосудов проводилась по данным инвазивной контрастной коронарной ангиографии (КАГ). Большинство больных (98,8%) было госпитализировано для проведения инвазивной реваскуляризации коронарных артерий в связи с многососудистым поражением коронарного русла. У 2 пациентов из группы контингента патологии коронарного русла не выявлено, причиной их госпитализации явилась коррекция нарушения ритма. Частота поражения левой коронарной артерии (ЛКА) визуализирована в 28,8% случаев, передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) в 79,5%, огибающей ветви (ОВ) - в 57,1% и правой коронарной артерии (ПКА) в 81,4% случаев в целом по группе (таблица 6).

Таблица 5 - Показатели коронарографии в исследуемой группе

группы	n	ЛКА	ПМЖВ	ОВ	ПКА
В целом группа	156	45 (28,8%)	124 (79,5%)	89 (57,1%)	127 (81,4%)
Мужчины	121	37 (30,6%)	101 (83,5%)	65 (53,7%)	99 (81,8%)
Женщины	35	8 (22,9%)	23 (65,7%)	24 (68,6%)	28 (80%)
Контингент	15	4 (26,7%)	9 (60%)	5 (33,3%)	6 (40%)
Не контингент	141	41 (29,1%)	115 (81,6%)	84 (59,6%)	121 (85,8%)
До 60 лет	60	18 (30%)	49 (81,7%)	32 (53,3%)	48 (80%)
60-74 лет	77	19 (24,7%)	58 (75,3%)	46 (59,7%)	64 (83,1%)
Старше 75 лет	19	8 (42,1%)	17 (89,5%)	11 (57,8%)	15 (78,9%)

Примечание: ЛКА- левая коронарная артерия, ПМЖВ - , передняя межжелудочковая ветвь, ОВ - огибающая ветвь, ПКА- правая коронарная артерия

В группе неконтингента частота поражения отдельных сосудов была выше, чем у прикрепленного контингента, так, например, превалировала частота патологического процесса в ПКА (85,8% против 40%) и в ПМЖВ (81,6% против 60%) в сравнении с группой контингента.

При анализе комбинирования патологических изменений в сосудах выявлено, что в целом по

группе наиболее часто отмечалось сочетание стенозирования ПМЖВ и ПКА – 67,3%. У женщин чаще, чем у мужчин, встречалось поражение передней межжелудочковой, огибающей ветви и правой коронарной артерии- 34,3% относительно 23,1% (таблица 7).

Таблица 6 - Комбинация поражения коронарных артерий у обследуемых

Группы	Количество обследованных	ЛКА+ ПМЖВ+ ОВ+ ПКА	ПМЖВ+ ОВ+ ПКА	ОВ+ПКА	ПМЖВ+ ПКА
В целом группа	156	19 (12,2%)	40 (25,6%)	11 (7,1%)	105 (67,3%)
Мужчины	121	17 (14,1%)	28 (23,1%)	6 (4,9%)	86 (71,1%)
Женщины	35	2 (5,7%)	12 (34,3%)	5 (14,3%)	19 (54,3%)
Контингент	15	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	9 (60%)
Неконтингент	141	18 (12,8%)	38 (26,9%)	9 (6,4%)	96 (68,1%)
До 60 лет	60	8 (13,3%)	12 (20%)	4 (6,7%)	40 (67%)
60-74 лет	77	7 (9,1%)	23 (29,9%)	6 (7,8%)	51 (66,2%)
Старше 75 лет	19	4 (21%)	5 (26,3%)	1 (5,3%)	14 (73,7%)

Примечание: ЛКА- левая коронарная артерия, ПМЖВ - , передняя межжелудочковая ветвь, ОВ - огибающая ветвь, ПКА- правая коронарная артерия

При сравнении показателей КАГ в зависимости от профиля медицинского обслуживания, в группе неконтингента чаще диагностировались более серьезные, в прогностическом плане, многососудистые патологические комбинации ЛКА и ПМЖВ.

Помимо патологии коронарного русла при ультразвуковом исследовании у 75 (67,6%) пациентов выявлено атеросклеротическое поражение брахиоцефальных сосудов (БЦС) и у 68 (62,3%) сосудов нижних конечностей (НК). Патология БЦС диагностирована чаще у мужчин (88%), чем у женщин (53,8%) и у представителей неконтингента (68%) чаще, чем у контингента (62,5%), равномерно по возрастным группам. Атеросклеротическое поражение сосудов НК также чаще регистрировалось у мужчин (65,5%), чем у женщин (52%) и у представителей неконтингента (67,96%) чаще, чем у контингента (62,5%), преимущественно у пациентов старческого возраста (75%).

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

Коморбидность имела место практически у всех пациентов, получивших инвазивную реваскуляризацию в условиях отделения кардиохирургии. У одного пациента в среднем выявлено по 4-5 патологических состояний.

Многососудистое поражение коронарного русла выявлено практически у всех обследованных больных (98,8%), которым требовалось проведение инвазивной реваскуляризации.

88,9% пациентов страдали артериальной гипертензией, в группе контингента - 80%, неконтингента – 89% обследованных.

Сахарный диабет присутствовал у 34,5% всех исследуемых, среди них 46,7% пациенты из группы контингента и 33,3% - неконтингента.

Сахарный диабет сочетался с перенесенными ОНМК в 14,2% случаев, ПИКС – в 62,5%, стентированием коронарных артерий в 28,6%.

ХОБЛ была зарегистрирована у 25,9% обследованных, 33,3% - контингента и 22,8% - неконтингента. Диагноз чаще отмечался у лиц пожилого возраста (64%), примерно одинаково у лиц мужского (26,4%) и женского (24,2%) пола.

Из общего количества больных, перенесших инвазивную реваскуляризацию коронарных артерий в условиях ЦКБ за исследуемый период, только 2,8% составили лица, прикрепленные к обслуживанию в МЦ УДП РК.

В группе пациентов, не получающих динамического наблюдения и лечения в условиях ЦКБ МЦ УДП РК (неконтингент) чаще диагностировались более серьезные, в прогностическом плане, многососудистые поражения коронарных артерий. В данной группе необходимость оперативного лечения наступала в более раннем возрасте (61,4 ± 0,7 лет), по сравнению с группой контингента (71,3 ± 2,6 лет).

У больных группы неконтингента приверженность к базисной терапии была ниже (51%), чем в группе контингента (73,3%), что приводило к более частому развитию осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, метаболическим нарушениям.

Анализ коморбидности у больных, перенесших инвазивную реваскуляризацию коронарных артерий, показал некоторые особенности клинического течения заболевания, в частности коронарной болезни сердца, в зависимости от вида медицинского обслуживания. Выявлено, что при отсутствии планомерного и тщательного наблюдения у пациентов отмечается развитие тяжелых вариантов поражения коронарных артерий, требующих проведения инвазивной реваскуляризации в более раннем возрасте. Полученные данные указывают на необходимость улучшения медицинского контроля,

что будет способствовать своевременной коррекции сочетанных заболеваний, замедлит прогрессирование заболеваний сердечно-сосудистой системы, в рамках естественного старения, в результате чего отдалится срок наступления многососудистого поражения коронарного русла, по нашим данным, в среднем на 10 лет. Это указывает на взаимосвязь медицинского обслуживания с продолжительностью и качеством жизни, способностью к труду, и может лежать в основе активного долголетия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 И.В.Архипов. Качество жизни пожилых. // Материалы Первой научно-практической конференции «Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы». – СПб.: 2016. – 58 с.
- 2 Ф.И.Белялов. Проблема коморбидности при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3. – С. 88-94.
- 3 Л.Б.Лазебник, А.Л.Вёрткин, Ю.В.Конов, Е.Д.Ли, А.С. Скотников. Старение: профессиональный врачебный подход. – М.: Эксмо, 2014. – 320 с.
- 4 ВОЗ: Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень.- 2015 г.- №317 (январь): <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>
- 5 А.Н.Федорев Психосоциальные, клиничко-функциональные изменения у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста с поведенческим типом А. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2011. - № 4(99). – Вып. 13/1. – С. 45- 53.
- 6 В.Н. Анисимов. Молекулярные и физиологические механизмы старения. - СПб.: Наука, 2008. - Т.1. - 481 с.
- 7 Д.С.Михайлова, И.А. Иловайская Маркеры преждевременного старения у женщин репродуктивного возраста с гипопитуитаризмом // Альманах клинической медицины.- 2014. - № 3. – С. 25-28.
- 8 В.А. Винокур Психофизиологические факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний и вегетативная дисфункция // Материалы II Международного конгресса «Психосоматическая медицина. – СПб.: 2007. - С. 14 -16.
- 9 Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Журнал Сердечная Недостаточность.- 2013. - Том 14. - № 7 (81). - С. 379-472.
- 10 Ю.О. Булуктаев Процесс старения населения в Казахстане: вызовы и риски. Казахстанский институт стратегических исследований при Президенте Республики Казахстан. – 2015. - 45 с.
- 11 <http://kisi.kz/ru/categories/politicheskaya-modernizaciya/posts/process-stareniya-naseleniya-v-kazahstane-vyzovy-i-risk>
- 12 Hamilton-Craig I., Colquhoun D., Kostner K., et al. Lipid-modifying therapy in the elderly // Vasc. Health. Risk. Manag. – 2015. - №11. – P. 251-263.
- 13 А.Б. Сугралиев, Ш.С. Актаева, Г.З. Танбаева, Ж.М.Кусымжанова Новые возможности профилактики инсультов при неклапанной фибрилляции предсердий, согласно результатам международных исследований // Медицина. - 2014. - №8(146). - С. 14-24.
- 14 А.Б. Сугралиев Особенности артериальной гипертензии у пожилых. Можно ли улучшить лечение? // Медицина. – 2015. - №11. - С. 5-16.

**В.В. БЕНБЕРИН¹, В.Ю. ДУДНИК¹, Г.З. ТАНБАЕВА¹, А.Б. СУГРАЛИЕВ¹, Ф.К. СМАИЛОВА²,
Г.Т. АЙМАХАНОВА², Г.К. НУРГАЛИЕВА², Д.А. АХМЕНТАЕВА²**

¹Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы
²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ БЕЙІНІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИЯЛАРДЫҢ ИНВАЗИВТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫН БАСЫНАН ӨТКЕРГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ КОМОРБИДТІК ЖАҒДАЙЛАРЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Мақалада ҚР ПІБ МО ОКА базасында жүргізілген өзіндік зерттеу нәтижелері көрсетілген. Медициналық қызмет көрсету бейініне байланысты коронарлық артериялардың инвазивті реваскуляризациясын басынан өткерген науқастардың коморбидті жағдайларына салыстырмалы талдау жүргізілді. Турақты динамикалық медициналық қызмет көрсетілмеген емделушілерде 3 және одан да көп аурулардың бары анықталды. Оларда коронарлық артериялардың көп тамырлық зақымдануы ерте басталатыны анықталды.

Түйінді сөздер: коморбидтілік, коронарлық арнаның көп тамырлық зақымдалуы, инвазивті реваскуляризация, егде жас.

¹V. BENBERIN, ¹V. DUDNIC, ¹G. TANBAYEVA, ¹A. SUGRALIYEV, ²F. SMAILOVA, ²G. AIMAKHANOVA,
²G. NURGALIYEVA, ²D. AKHMENTAYEVA

¹Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Administration, Almaty

²Asfendiyarov Kazakh National medical university

EVALUATION OF COMORBIDITY AMONG OF PATIENTS WHO ARE UNDERGOING TO INVASIVE REVASCULARIZATION OF CORONARY ARTERIES DEPENDING ON TYPE OF MEDICAL HEALTH CARE SYSTEM

Resume: The article describes the results achieved from personal research on the basis the Central Clinical Hospital of Medical Center of President's Administration. The comparative analysis was conducted on comorbid conditions among people who underwent invasive revascularization of Coronary artery depending on specialisation of medical healthcare. As a result, it was discovered that patients that don't have continuous dynamic heal care tend to suffer from 3 and more diseases. Additionally, those patients have shown that Multi-vessel coronary artery disease started earlier.

Keywords: Comorbidity, multi-vessel coronary artery disease, invasive revascularization, senior citizens.

Н.Е. АЙДАРГАЛИЕВА, А.К. МАХМУДОВА, М.Б. КУРАЛОВА, А.Т. АМАНОВ, Ж.С. ШЕРИЯЗДАН

Кафедра внутренних болезней №3 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова,

Городская Клиническая Больница №7, г.Алматы

ГИПЕРКАЛИЕМИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

УДК 616 – 08 – 039.35

Гиперкалиемия – наиболее часто встречающееся состояние, вызывающее смертельные сердечные аритмии. Электрокардиографические проявления гиперкалиемии изменчивы от синусоидальной кривой, встречающейся при тяжелой гиперкалиемии, до неспецифических нарушений реполяризации при умеренной степени повышения уровня калия. Обзор гиперкалиемии рассматривает электрокардиографические и электрофизиологические изменения при повышении уровня калия. Обсуждается лечение с акцентом на механизмы действия каждого вмешательства для снижения уровня калия. Обзор литературы включает современные источники причин и лечение гиперкалиемии.

Ключевые слова: Гиперкалиемия, электрокардиография, электрофизиология, сальбутамол, глюкоза, инсулин, кальций, катионные обменные смолы, гемодиализ

Введение.

Приблизительно у 1-10 % всех пациентов, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), диагностируется гиперкалиемия [1]. Лечение требует быстрого и быстрого диагноза и, как можно раньше, принятия различных фармакотерапевтических мер. Чрезвычайный уровень настороженности со стороны врачей должны вызывать предельные значения гиперкалиемии. Действия препаратов должно постоянно оцениваться с большой внимательностью с использованием мониторинга по ЭКГ ритма сердца и частоты ритма. Другие клинические параметры, такие как частая биохимия крови, отмечают относительное снижение значений калия в сыворотке крови. Связанные сопутствующие патологии также должны оцениваться. Цели должны всегда вращаться вокруг главных проблем, таких как:

- надлежащее и полное клиническое исследование пациентов в целом в ОРИТ;
- применение наиболее адекватных фармакотерапевтических оценок;
- положительная реакция пациента на лечение;
- учет коморбидных или других факторов, основанных на клиническом представлении (история болезни и физикальный осмотр).

Удивительно, но большинство пациентов имеют очень мягкие симптомы, хотя начало является внезапным и резким. Симптомы включают боль в груди, имитирующую инфаркт миокарда, наряду с потоотделением, тошнотой, рвотой, выраженной сонливостью, слабостью и головокружением. "Боль в

груди", или загрудинная боль в ОРИТ, является иногда очень впечатляющим симптомом. Большинство пациентов прибывают в отделение кардиореанимации в течение часа или двух из начала симптомов. Большинство пациентов демонстрирует тяжелую брадиаритмию, хотя также отмечается паралич мышц. Значительная доля пациентов остается полностью бессимптомной до развития острых симптомов. Следующие диагностические инструменты должны использоваться для непосредственной оценки:

- ✓ЭКГ в 12 отведениях
- ✓Электролиты в сыворотке крови (натрий, калий, магний, кальций)
- ✓Биохимические показатели функции почек (креатинин, мочевины, мочевого кислота)
- ✓Допплер ЭХОКГ
- ✓Тропонины крови
- ✓КФК
- ✓Газоанализ артериальной крови

Вероятность гиперкалиемии увеличивается из-за назначения ИАПФ или БРА фактически у всех больных с СД, недавно диагностированных или с имеющимся заболеванием, для ренопротективного эффекта этих лекарственных классов препаратов. Эти средства жизненно важны и у больных с ХСН для баланса преднагрузки и снижения постнагрузки, также часто используются для лечения АГ. К сожалению, часто замечалось, что большое количество клиницистов не руководят надлежащим образом пациентами, например, предлагая, чтобы они определяли периодически уровень калия в