

**ЛИПИДНЫЙ СОСТАВ КРОВИ , ЭХО-КГ И ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БЦА ПРИ
ОСТРЫХ ФОРМАХ ИБС**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10658787>

Маматқулова Наргиза Бозоровна

Срождинов Сардор Шамситдин ўғли

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский областной филиал. Ташкент.*

Резюме: Целью исследования было изучение влияния пола и статинов на уровень липидов в крови у больных с острыми формами ИБС, ЭХО-КГ показателей и данных дуплексного сканирования ОСА и ВСА этих больных в остром периоде заболевания, обследование пациентов на предмет мультифокального атеросклероза и изучение приверженности больных, перенёвших ранее операции АКШ и стентирование КА , к приёму статинов.

Материалы и методы: Были обследованы 50 больных , среднего **(45-59)** и пожилого возраста **(60-71)** , получавших лечение в реанимационном отделении интенсивной терапии РНЦЭМП ТОФ с диагнозами ОИМ, ОКС и нестабильная стенокардия. Основную группу (20) составили больные, которые регулярно принимали статины. Контрольную группу (30)составили больные не принимающие статины на регулярной основе. Больные женского пола составили 16, а мужского 34 (см.таб 1). Были исследованы анамнестические данные, влияние пола и статинов на уровень липидов в крови у этих больных. Были проанализированы анамнестические данные, биохимические показатели липидного спектра, ЭХО-КГ исследования сердца и дуплексного сканирования сонных артерий (9 пациентам) с целью выявления ремоделирования сонных артерий. Статистическая обработка проведена программой Excel.

Результаты: У женщин контрольной группы пожилого возраста чаще были повышены показатели ЛПНП , ЛПОНП, ОХ и ИА. По данным ультразвуковой визуализации ОСА и ВСА больных контрольной и основной группы были выявлены признаки атеросклеротических изменений сонных артерий. По данным ЭХО-КГ были выявлены увеличения толщины стенки ЛЖ, как признак гипертрофии ЛЖ, а также митральная регургитация 1 степени, снижение фракции выброса на фоне снижение общей сократимости ЛЖ.

Заключение:Полученные указывают что гиперлипидемия- это часто сопутствующее атеросклерозу , коморбидное состояние , которая требует коррекции. С целью лечение гиперлипидемии важную роль играют статины и комплаентность пациентов к приёму статинов. Необходимо тщательное обследование всех пациентов с острыми формами ИБС на предмет

мультифокального атеросклероза в бассейне сонных артерий и других крупных ветвей аорты с целью предупреждения дальнейшего прогрессирования атероматоза и острых форм болезней системы кровообращения (БСК).

Ключевые слова: коморбидность, атеросклероз, приверженность к приёму статинов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ИБС – ишемическая болезнь сердца

БЦА-брахиоцефальные артерии

ЭХО-КГ- эхокардиография

ОСА- общая сонная артерия

ОИМ-острый инфаркт миокарда

КА- коронарные артерии

АКШ-аортокоронарное шунтирование

БСК- болезни системы кровообращения

МФА- мультифокальный атеросклероз

АКТУАЛЬНОСТЬ

Своевременная диагностика атеросклероза, его профилактика и лечение могут существенно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, однако ранее выявление атеросклеротических поражений до настоящего времени не внедрено в широкую клиническую практику[1,2]. Наряду с проведением коронароангиографии (КАГ) [3,4] больным с мультифокальным атеросклерозом (МФА) дополнительным критерием наличия системного атероматоза можно считать гетерогенность клинической картины, указывающую на наличие коронарной ишемии в сочетании с симптомами, характерными для церебрального атеросклероза [2] и ишемического поражения нижних конечностей [5,6]. Также используют доступные методы ультразвуковой визуализации раннего развития ремоделирования магистральных сосудов и камер сердца.

В клинической практике основное внимание уделяется локальным проявлениям атеросклеротического процесса в манифестирующем артериальном бассейне, тогда как поражения сопутствующих сосудистых регионов остаются без должной диагностической оценки [1]. Раннее выявление гемодинамического ремоделирования сонных артерий и камер сердца ультразвуковым методом с учётом гетерогенной симптоматики МФА необходимо для своевременной оценки риска развития острых васкулярных событий и эффективного выбора соответствующих диагностических стратегий[7].

Материалы и методы. Под наблюдением было 50 больных поступивших в реанимационное отделение интенсивной терапии РНЦЭМП ТОФ с диагнозом ОИМ, ОКС или нестабильная стенокардия. Среди них было 16 пациентов женского пола и 34- мужского. Больные были среднего (45-59 лет) и пожилого возраста(60-71 лет)

см.таб 1. Групповое деление пациентов основывалось на регулярности приема статинов. Так, основную группу составили 20 пациентов регулярно принимающие статины, а контрольную 30, не принимающие статины или принимающие их нерегулярно.

Возрастные различия и половая принадлежность больных (таб.1)

	Возраст	Основная группа	Контрольная
Мужчины	Средний-17	6	11
	Пожилой-17	5	12
Итого	34	11	23
Женщины	Средний- 3	1	2
	Пожилой-13	6	7
Итого	16	7	9

Из анамнеза у 4-х больных ранее проведены операции АКШ, а у 7 - стентирования КА. Среди них 10 из основной группы, 1- контрольной группы.

Дуплексное сканирование и ЭХО-КГ проводились на аппарате Mindray Consona N9, в режимах В, М CW, PV и D. Изучались такие показатели как степень стеноза БЦА и ОСА, ПП (размер правого предсердия), ТМЖП (толщина межжелудочковой перегородки), ТЗСЛЖ (толщина задней стенки ЛЖ), ФВ (фракция выброса), КДР (конечно диастолический размер) и КСР (конечно систолический размер), размер аорты(Ао), признаки нарушения сократимости сердца и доплеровское ЭХО-КГ исследование внутрисердечной гемодинамики.

Были сравнены данные липидного состава крови женщин и мужчин, а также женщин среднего и пожилого возраста основной и контрольной группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

У женщин и мужчин среднего возраста **основной группы** показатели ЛПНП, ЛПОНП, ОХ и ИА не имели значимых различий. В обеих группах был повышенный уровень ИА и ЛПОНП. Различия в показателях липидограммы между женщинами среднего и пожилого возраста **основной группы** не было и были в пределах нормальных значений, за исключением ЛПОНП. Они были высокими в обеих группах. Показатели липидограммы среди мужчин и женщин среднего возраста значимо не различались. Однако показатели липидограммы пожилых женщин контрольной группы были сильно повышены в отличие от женщин и мужчин среднего возраста, пожилого возраста мужчин, а также пожилого возраста женщин основной группы. Вероятно это связано с низким уровнем эстрогенов в крови у женщин пожилого

возраста и не использованием гиполлипидемических препаратов на регулярной основе. У мужчин пожилого возраста в основной группы показатели липидограммы были ниже чем у пожилых мужчин контрольной группы (см. таблицу 2).

Таблица 2. Липидный состав крови(ммоль/л) пациентов основной и контрольной группы.

	Мужчины основной группы		Женщины основной группы		Мужчины контрольной группы		Женщины контрольной группы	
	Средний возраст	Пожилый возраст	Средний возраст	Пожилый возраст	Средний возраст	Пожилый возраст	Средний возраст	Пожилый возраст
Индекс атерогенности (3,0 -3,5 ммоль/л)	2,76	1,95	4,3	2,8	3,3	3,6	3,3	5,8
ЛПНП (0- 3,9 ммоль/л)	1,4	1,2	3,2	1,64	1,95	2,3	2,4	4,1
ЛПОНП (0,35- 0,55)	1,88	0,76	1,0	1,11	0,95	1,0	1,0	1,0
ОХ (3.1- 5,2 ммоль/л)	3,2	1,54	4,8	3,9	3,75	4,4	4,43	6,0
ЛПВП (более 1,0 ммоль)	0,92	1,0	0,9	1,04	1,1	1,0	1,14	0,88

По результатам исследования определено, что в крови у больных ИБС принимающих статины уровень ИА , ЛПНП, ЛПОНП и ОХ значительно ниже, чем у больных не принимающих статины регулярно. Значимых различий в уровне ИА , ЛПНП, ЛПОНП и ОХ в крови у больных женского и мужского пола контрольной группы, выявлено не было.

9 ти больным (2 из основной группы и 7 из контрольной группы) проведены дуплексное сканирование БЦА и ОСА. Были оценены степень поражения ОСА и ВСА атеросклерозом(см. Таблицу 3)

Таблица 3 . Степень стеноза ОСА и ВСА больных острыми формами ИБС по данным дуплексного сканирования БЦА.

		% стеноза ОСА		% стеноза ВСА	
		Справа	Слева	Справа	Слева
Основная группа	Пациент 1	-	-	60%	60%
	Пациент 2	-	-	60%	-
Контрольная	Пациент 3	45%	50%	-	-
	Пациент 4	45%	45%	45%	45%
	Пациент 5	55%	55%	40%	40%
	Пациент 6	55 %	55 %	55%	55%
	Пациент 7	25%	25%	-	50%
	Пациент 8	20%	20%	20%	20%
	Пациент 9	40%	55%	40%	40%

У всех обследованных больных было выявлено атеросклеротические изменения в ОСА и ВСА .

По данным ЭХО-КГ были получены достоверные различия по размерам толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) среди женщин среднего и пожилого возраста – 0,9 / 1,22 см, а также а диаметре ЛП- 3,75/ 4,15. (см.Таблицу 4). Остальные показатели УЗИ значимо не различались.

Было исследовано приверженность больных перенёвших операцию АКШ и стентирования КА к приёму статинов. Они по сравнению с контрольной группой принимали статины регулярно и длительно.

Таблица 4. ЭХО-КГ данные больных с острыми формами ИБС.

Нормальные значения	Мужчины пожилого возраста	Мужчины среднего возраста	Женщины пожилого возраста	Женщины среднего возраста
Аорта (2,5-4,0 см)	3,96	3,77	4,2	2,9
ЛП (до 4,0 см)	3,66	3,77	4,15	3,75
ТМЖП (до 1,0-1,1 см)	1,1	1,2	1,22	0,9
ТЗСЛЖ (до 1,0-1,1 см)	1,1	1,0	1,11	1,0
КДО(до 150 мл)	144,5	125	122	102
КДР(до 50 мл)	54	51	54	52,5
ФВ более 59%	55%	60%	53%	49%

ВЫВОДЫ:

1. Учитывая высокие показатели липидограммы у пожилых женщин контрольной группы по сравнению с женщинами и мужчинами среднего возраста, а также пожилого возраста женщин основной группы, а также значимо низкие показатели ИА, ЛПНП, ЛПОНП и ОХ в крови у больных основной группы по сравнению с контрольной, рекомендовано регулярный приём статинов гиполипидемической целью и профилактики прогрессирования атеросклероза.

2. Наличие атеросклеротических бляшек в БЦС и сонной артерии больных острыми формами ИБС, а также анамнестические данные об АКШ и стентирование КА указывает на мультифокальность поражения крупных артерий атеросклерозом.

3. Больные ранее перенесшие операции АКШ и стентирования КА комплаентны к приёму статинов и уровень общего холестерина и ЛПНП значительно ниже чем у больных не принимающих статины.

4. Необходимо тщательное обследование всех больных с острыми формами ИБС на предмет мультифокального атеросклероза с целью раннего выявления и профилактики последующих возможных острых форм БСК (ОИМ и ОИМ).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Значимость мультифокального атеросклероза для модификации шкалы риска отдаленной смертности GRACE у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST / М.В. Зыков [и др.] // Атеросклероз. – 2012. – Том 7(2). – С. 11-17.

2. Сорока, Н.Н. Диагностическая значимость выявления атеросклеротических поражений сонных артерий у лиц пожилого и старческого возраста по результатам ультразвукового исследования: автореф. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 27 с.

3. Lorenz M.W. et al. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: a systematic review and meta-analysis. *Circulation*, 2007, 459.467, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.628875>.

4. Bots M.L., Sutton-Tyrrell K. Intention of the intima-media thickness. *J. Am. Coll. Cardiol.* 60 (2012) 1599-1604, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2011.12.061>.

5. Pokrovsky, AV et al. *Clinical Angiology: A Manual for Physicians*. In 2 vol. Moscow, Medicine, 2004, vol. 1, 808 p.

6. Komarov AL, Panchenko E. L., Deyev AD. et al. The course of intermittent claudication and the prognosis of patients with atherosclerotic lesions of lower limb arteries. Analysis of the results of prospective observation. *Angiology and vascular chir.* 2000, vol. 6, No. 2, P. 9-18.

7. А.Х. Хасанов, Р.А. Давлетшин, И.М. Карамова, С. Кузьмина, Р.Г. Гуфранова, Д.И. Мехдиев, Л.Н. Какаулина Раннее ремоделирование сонных артерий и функциональные нарушения внутрисердечной гемодинамики при мультифокальном атеросклерозе *Медицинский Вестник Башкортостана*. Том 13, № 3