

СКРИННИНГ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СРОЧНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Герасименко Д.С.¹, Григоренко Е.А.¹, Третьяк С.И.¹,
Демидова С.И.², Митьковская Н.П.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра кардиологии и внутренних болезней,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Герасименко Дмитрий Станиславович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии и внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Научные интересы: кардиология, неврология, реология крови.

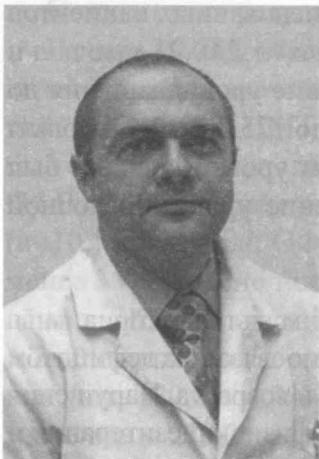
Тема диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и год защиты: «Острый крупноочаговый инфаркт миокарда, осложненный развитием инфаркта мозга: клиничко-инструментальная диагностика и патогенетическая терапия вазocereбральных ишемических осложнений», 2013 г.

Научный руководитель д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кардиологии и внутренних болезней Митьковская Наталья Павловна.

Работа выполняется в рамках инновационного проекта «Разработать и внедрить метод профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы»

Сердечно-сосудистые заболевания вызывают 42% всех смертей у женщин стран Европы и 38% всех случаев смерти у мужчин в возрасте до 75 лет. Ещё в 1969 году ВОЗ предупреждала о грядущей опасности: «Величайшая эпидемия человечества – ИБС достигла огромных масштабов, поражая все больше и больше молодых пациентов. Это приведет в ближайшие годы к тому, что человечество столкнется с самой крупной эпидемией, если мы не сможем переломить тенденцию, сконцентрировавшись на исследовании причин возникновения и профилактики ИБС». Несмотря на большие достижения в профилактике, диагностике и лечении ИБС спустя 40 лет в послании мировому сообществу ВОЗ читается призыв продолжить активное изучение возможностей влияния на сердечно-сосудистую заболеваемость (ССЗ) среди населения: «ИБС в настоящее время является ведущей причиной смерти во всем мире, ее уровень постоянно растет и в настоящее время достиг размеров пандемии, не знающей границ». Для изучения путей снижения ССЗ и смертности в настоящее время активно внедряется мультидисциплинарный подход. Коморбидность рассматривается как важный фактор риска усугубления течения ИБС и манифестации сердечно-сосудистых осложнений. Актуальность этого подхода подтверждается высокой публицистической активностью отечественных и зарубежных авторов по ряду фоновых нозологий [1,3].

Точная оценка состояния риска послеоперационных кардиальных осложнений (например, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, желудочковой тахикардии, отека легких и смерти) у пациентов подвергающихся экстренной абдоминальной хирургии может видоизменить использование клинических и терапевтических подходов в периоперационном периоде, и определить новые приоритетные темы для будущих научных исследований.



Современная хирургическая практика все больше сталкивается с понятием коморбидности и не может игнорировать данное обстоятельство ввиду необходимости обеспечения наилучшего результата проводимого лечения. Планирование лечебной программы у пациентов с патологией гепатобилиарной системы в предоперационном периоде и после проведенного хирургического вмешательства должно включать оценку коморбидности. В связи с сохраняющимся первенством сердечно-сосудистой патологии в структуре летальности во всем мире, учет коморбидности в первую очередь направлен на профилактику сердечно-сосудистых осложнений у пациентов подвергающихся некардиологической хирургии.

Цель исследования: разработать и внедрить технологию оценки риска и выбора диагностической и лечебно-профилактической тактики у пациентов с острой патологией гепатобилиарной системы и умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты с умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений согласно рекомендациям European Society of Cardiology [5]. В исследовании пациенты с высоким и очень высоким риском объединены в группу пациентов высокого кардиоваскулярного риска. Основную группу составляли пациенты с острой патологией гепатобилиарной системы (острый холецистит), имеющие умеренный или высокий риск кардиоваскулярных осложнений, у которых применялась кардиопротективная терапия (16 человек). Первая группа сравнения сформирована из пациентов имеющих умеренный или высокий риск неблагоприятных кардиоваскулярных событий (11 человек) после выполнения срочной холецистэктомии. Вторая группа сравнения сформирована из пациентов, имеющих умеренный или высокий риск неблагоприятных кардиоваскулярных событий (9 человек), у которых применялась кардиопротективная терапия, но не выполнялась холецистэктомия (табл. 1). В каждой группе выделены подгруппы с высоким (подгруппа 1) и умеренным (подгруппа 2) риском.

Таблица 1 – Распределение признаков среди исследуемых лиц

Признак	Основная группа	Группа сравнения №1	Группа сравнения №2
Срочная холецистэктомия	+	+	-
Кардиопротективная терапия	+	-	+
Высокий сердечно-сосудистый риск (подгруппа 1)	+	+	+
Умеренный сердечно-сосудистый риск (подгруппа 2)	+	+	+

В дополнение к основной терапии с целью профилактики дисфункции миокарда левого желудочка, а так же манифестации коронарных осложнений пациентам основной группы назначались следующие лекарственные средства: аспирин, аторвастатин.

Результаты и обсуждение

Общее количество участников исследования на настоящий момент составило 36 человек. У всех пациентов получено информированное согласие, проведено анкетирование, выполнены заборы крови, ЭхоКГ и серия ЭКГ, а так же мониторинг АД. Пациенты информированы о необходимости вести дневник ежедневных событий, регистрации АД и пульса в течение месяца после выписки из стационара с последующим визитом для проведения анализа амбулаторного этапа и выполнения, повторных лабораторно-инструментальных исследований.

Средний возраст участников составил $55 \pm 1,3$ года. Среди пациентов курящих было 15%, страдающих сахарным диабетом 4%, с отягощенным семейным анамнезом, так же 4%. Количество пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском составило 78,5%, 60% пациентов было без ожирения, 67,5% с ожирением 1 степени и 32,5% с ожирением 2 степени (рисунок 1).

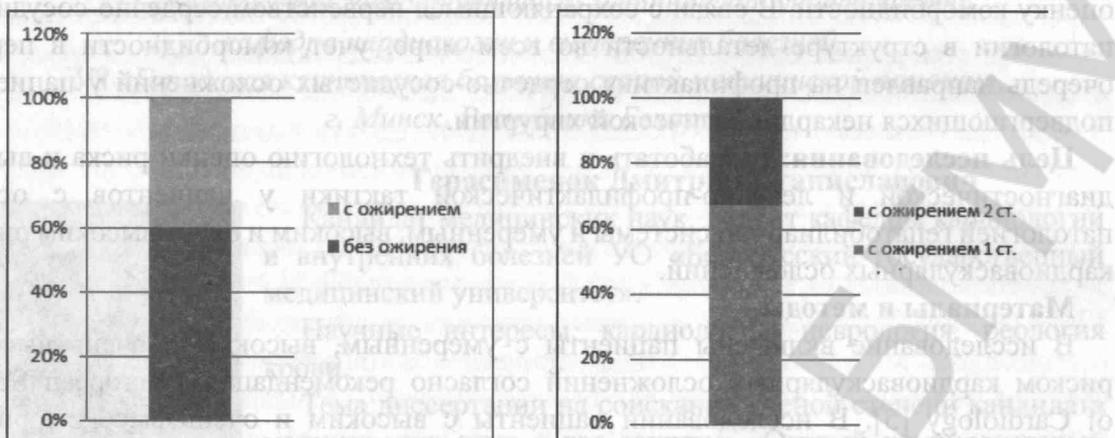


Рисунок 1 – Встречаемость ожирения в выборке

50% пациентов имели АГ 3 степени, 37,5% – АГ 2 степени, 12,5% с АГ 1 степени. 31,5% пациентов имели СКФ менее 60 мл/мин. Класс хронической сердечной недостаточности NYHA 1 имело 62,5% пациентов, остальные пациенты соответствовали классу NYHA 2. Гиперхолестеролемиа анамнестически была выявлена у 8% пациентов. Динамика трансаминаз в крови за время наблюдения в стационаре представлена на рисунке 2.

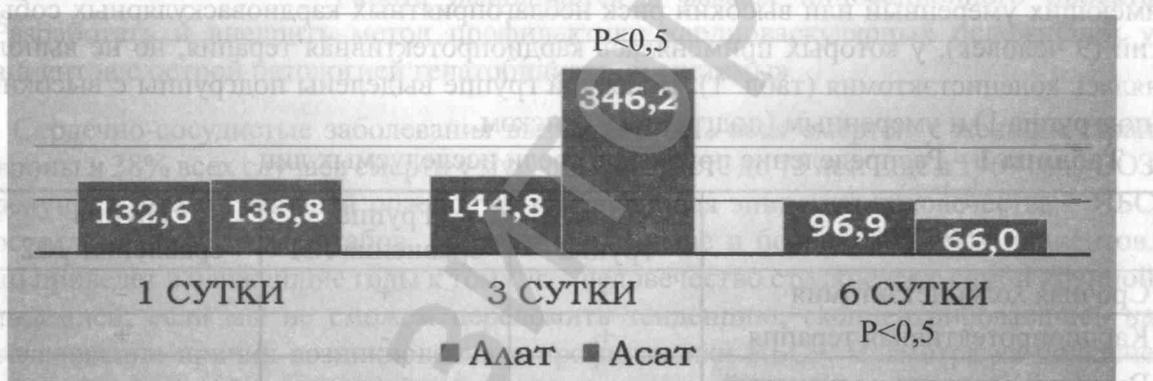


Рисунок 2 – Динамика трансаминаз в группе с кардиопротективной терапией (Ед)

Показатель гликемии был повышен у большинства пациентов при первичном заборе крови и составил $7,3 \pm 0,3$ ммоль/л. Уровень фибриногена превышал референтные значения к 6-м суткам наблюдения (рис. 3).

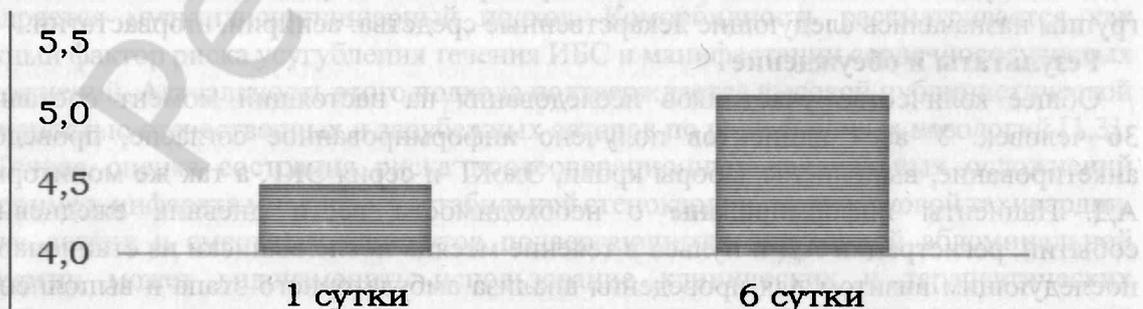


Рисунок 3 – Уровень фибриногена в крови (г/л)

Всем пациентам было выполнено ЭхоКГ в течение первых трех суток пребывания в стационаре. Результаты эхокардиографии представлены в табл. 2.

Таблица 2 – Структурно-функциональные показатели сердца у пациентов, включенных в исследование

Показатель	Значение (M±m)
ЛП	35,6±1,1
Е/А МК	0,9±0,1
Е/EmМК	6,2±0,5
ВИР	112,3±4,4
DT	186,7±13,9
КДО	105,8±9,6
КСО	43,7±6,7
УО	62,1±3,7
ФВ ЛЖ	62,4±1,6
МЖП	11,0±0,4
ЗСЛЖ	9,3±0,28
ИММЛЖ	93,1±6,0
ПЗРПЖ	23,6±1,3

Заключение

Самым распространенным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний было наличие ожирения, самым редким наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе.

Большинство пациентов имели транзиторную гипергликемию на момент госпитализации.

Назначение аторвастатина у пациентов при острой гепатобилиарной патологии при исходно повышенном уровне трансаминаз не сопровождалось нарастанием их уровня к 6-м суткам наблюдения. К концу стационарного этапа наблюдения была выявлена тенденция к повышению уровня фибриногена в крови у исследуемых пациентов. При выполнении эхокардиографии у обследуемого контингента выявлены признаки диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по типу замедленного расслабления.

Литература:

1. Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств. Национальные рекомендации ВНОК / Ю.В. Щукин [и др.]. – М., 2011. – 28 С.
2. Шиллер, Нелсон Б. Клиническая эхокардиография / Б. Нелсон Шиллер, М. А. Осипов. – М.: Практика, 2005. – 344 с.
3. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Executive Summary / Lee A. Fleisher [et al.] // Circulation. – 2014. – Vol. 130. – P. 2215–2245.
4. Perioperative cardiovascular mortality in noncardiac surgery: validation of the Lee cardiac risk index / E. Boersma [et al.] // Am J Med. – 2005. – Vol. 118. – P. 1134–1141.
5. Bauer, S.M. New developments in the pre-operative evaluation and peri-operative management of coronary artery disease in patients undergoing vascular surgery / S.M. Bauer, N.S. Cayne, F.J. Veith // J Vasc Surg. – 2010. – Vol. 51. – P. 242–251.
6. 2013 ESC GUIDELINES ON THE MANAGEMENT OF STABLE CORONARY ARTERY DISEASE / Gilles Montalescot [et al.] // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34 – P. 2949–3003.