

Мацукевич А.Д.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ИНДЕКСОМ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЯ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.

Кафедра кардиологии и внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности во всем мире. Большинство форм сердечно-сосудистых заболеваний возникает по причине атеросклероза, который начинается еще в раннем возрасте и медленно прогрессирует в течение десятилетий, в конечном итоге проявляясь в виде фатальных сердечно-сосудистых событий. Атеросклероз поражает не только коронарное русло, но и иные сосудистые бассейны, что свидетельствует о системности процесса. Признание атеросклероза «системным заболеванием» предполагает актуальность поиска простых и малоинвазивных методов для его раннего выявления.

Цель: используя индекс коронарного кальция (ИКК) в качестве критерия тяжести атеросклероза оценить потенциальный вклад различных лабораторных данных и факторов образа жизни в прогрессирование атеросклероза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов (n=61) с установленным индексом коронарного кальция, проходивших лечение в ГУ РНПЦ «Кардиология» в период с 01.01.2016 по 01.05.2016 г. Медиана возраста – 61,0 (56,0-67,0) лет, удельный вес мужчин составил – 54% (n=33), женщин – 46% (n=28). Были проанализированы результаты КТ, общего анализа крови, биохимического анализа крови. С целью уточнения отдаленных последствий был произведен телефонный опрос. Обработка полученных результатов выполнялась с использованием статистических пакетов Excel, STATISTICA (версия 10.0).

Результаты и их обсуждение. Удельный вес пациентов с очень низким кардиоваскулярным риском (ИКК=0) по шкале Агатстона составил 11,5% (n=7). Медиана нейтрофильно-лейкоцитарного соотношения (NLR) в этой группе составила 1,72 (1,5-2,3), тромбоцитарно-лейкоцитарного (PLR) – 110 (108,85-168,3). В группе пациентов с низким кардиоваскулярным риском (ИКК=1-10 по шкале Агатстона) – 23% (n=14) от выборки – медианы NLR и PLR равны 2,05 (1,6-2,6) и 128 (116,67-148,24) соответственно. Группа умеренного риска по шкале Агатстона с ИКК=11-100 составила 26,2% (n=16), уровень NLR в ней – 1,88 (1,374-2,64), а PLR – 117,6 (93,5-137,14). Группа умеренно-высокого риска по шкале Агатстона (ИКК=101-400) – 23% (n=14) от выборки. В ней медианы NLR и PLR равны соответственно 1,365 (1,12-2,58) и 90,7 (80,625-146,36). В группе высокого кардиоваскулярного риска с ИКК более 400 по шкале Агатстона медиана NLR составила 1,73 (1,445-2,66), а медиана PLR 117,17 (89-163,21) соответственно.

Удельный вес умерших по данным телефонного опроса в марте 2023 года составил 21,3% (n=13). В группе выживших 78,7% (n=48), 73% (n=35) сообщили, что спят с перебоями, 10% (n=5) – курят, 50% (n=24) – регулярно сталкиваются со стрессом, 10% (n=5) – пропускают завтраки.

Выводы: наиболее высокое соотношение нейтрофилов к лейкоцитам и тромбоцитам к лейкоцитам пришлось на группу низкого кардиоваскулярного риска по шкале Агатстона (ИКК=1-10), что может свидетельствовать о том, что процесс активного воспаления в сосудистой стенке предшествует развитию распространенной кальцификации стенки коронарных артерий. Соответственно, есть потенциальная вероятность эффективного применения NLR и PLR в качестве малоинвазивных методов диагностики прогрессирования коронарного атеросклероза и кальцификации коронарных артерий.