



ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СОПУТСТВУЮЩИМИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1. Абдуллоева Мафтуна
Дилшодовна
2. Худойбердиев Асрор Аскарлович

Received 20th Nov 2023,
Accepted 28th Dec 2023,
Online 12th Jan 2024

¹ Самаркандский государственный
медицинский университет

² Самаркандский Филлиал
Республиканского Научного Центра
Экстренной Медицинской Помощи

Аннотация: Ежегодно регистрируется около 520 тыс. случаев острого коронарного синдрома (ОКС), который является наиболее тяжелой формой ишемической болезни сердца (ИБС) и представляет непосредственную угрозу жизни больных. Распространенность депрессивных расстройств среди населения так же достигает высокие показатели среди населения в коморбидности с ИБС. Важно отметить тесную взаимосвязь депрессивных и тревожных расстройств: депрессия почти всегда сопровождается тревожной симптоматикой. За последние 20 лет получены данные, показывающие, что депрессия примерно в три раза чаще встречается у кардиологических больных, чем среди населения в целом, кроме того, депрессия может быть фактором риска сердечно-сосудистой смертности у пациентов с ИБС. «Порочный круг», связывающий депрессию и сердечно-сосудистые заболевания, требует большего внимания со стороны современных клиницистов. Однако до настоящего времени механизмы, лежащие в основе взаимосвязи между этими заболеваниями, остаются недостаточно изученными. В последние десятилетия при помощи эхокардиографии (ЭхоКГ) активно изучаются процессы ремоделирования сердца, возникающие в результате осложненного течения ИБС (ОКС, острый инфаркт миокарда) и воздействия экстракардиальных факторов.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, эхокардиография, тревога, депрессия.

Цель исследования: оценить эхокардиографии у больных острым функциональные показатели сердечно- коронарным синдромом в сочетании с сосудистой системы по данным тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы: Обследовано 152 пациента (80 мужчин и 72 женщины) в первые 24 ч после развития ОКС. В исследование включали пациентов в возрасте от 35 до 75 лет, средний возраст – $(60,3 \pm 0,9)$ года), не принимавших до госпитализации антиагреганты и антикоагулянты и подписавших информированное согласие. Диагноз ОКС, а в дальнейшем нестабильной стенокардии или острого инфаркта миокарда устанавливался согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов. Критериями исключения из исследования являлись: сопутствующий сахарный диабет, возраст младше 35 и старше 75 лет, беременность, тяжелая сопутствующая патология (почечная недостаточность, последствия инсульта), сердечная недостаточность III стадии, кардиогенный шок при поступлении в стационар, отсутствие информированного согласия. Группу контроля составили 54 относительно здоровых добровольца (28 мужчин и 26 женщин, средний возраст – $(59,6 \pm 1,4)$ года). В первые 72 ч после перевода из реанимационной палаты пациенты были протестированы с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, опросника Бека, шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований США, теста Спилбергера–Ханина. При обследовании пациентов тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) были выявлены у 88 человек (57,9%). У 64 (42,1%) пациентов расстройств аффективного спектра не обнаружено. Были сформированы две группы: первая – больные ОКС с ТДР и вторая – больные ОКС без ТДР. По основным показателям между группами не обнаружено статистически значимых различий. Всем больным в первые 48 ч после госпитализации была выполнена трансторакальная ЭхоКГ на аппарате Vivid E9 (General Electric, США). Анализировались следующие эхокардиографические показатели: ударный объем (УО) левого желудочка (ЛЖ),

минутный объем сердца (МОС), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, определявшаяся по методу Teicholz, конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ, конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ, толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖП), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖ), переднезадний размер левого предсердия (ЛП). Локальную сократимость ЛЖ оценивали по наличию зон гипо- или акинезии, а также зон дискинезии. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась на доплерограммах трансмитрального кровотока, отмечалось наличие клапанной патологии сердца. В группе контроля проведено тестирование для выявления ТДР и эхокардиографическое обследование на аппарате Vivid E9 (General Electric, США). Статистический анализ осуществляли в пакете программ Statistica 7.0 for Windows (StatSoft Inc., 2004). Описательная статистика для качественных признаков представлена в виде абсолютных значений и процентных долей. Описание количественных признаков производили с помощью подсчета медианы Me и интерквартильного размаха в виде 25-го и 75-го перцентилей (C_{25} и C_{75}). Для определения характера распределения переменных использовали критерий Колмогорова–Смирнова, для исследования качественных признаков – Pearson & M-L Chi-square test. Статистическая значимость различий между показателями независимых выборок (сравнение с показателями контрольной группы) оценивалась по непараметрическому U-критерию Манна–Уитни, статистическая значимость различий между показателями зависимых выборок – по непараметрическому T-критерию Вилкоксона. Различия считали значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В результате исследования эхокардиографических показателей у пациентов с ОКС в сочетании с ТДР значение УО ЛЖ составило 68 (60,0–88,0) мл и не отличалось от значений этого

показателя как в группе контроля, так и у пациентов без аффективных нарушений, где УО ЛЖ был равен 70,0 (60,0–81,0) мл. МОС у больных ОКС был значительно ниже, чем в группе контроля: у пациентов с ТДР он составил 4,1 (3,8–5,3) л/мин, в группе без ТДР – 4,2 (3,6–4,9) л/мин ($p = 0,001$). Кроме того, МОС у пациентов с сопутствующими аффективными нарушениями был ниже показателей группы ОКС без ТДР ($p = 0,017$). В обеих группах больных ФВ ЛЖ была ниже контрольных значений, у пациентов без ТДР она составила 56,0 (48,0–64,0) % ($p = 0,001$), а у пациентов с сопутствующими ТДР была еще ниже – 53,0 (47,0–60,0) %, ($p = 0,001$ в сравнении с группой контроля и $p = 0,039$ с группой без ТДР). В настоящей работе мы считали нарушением глобальной сократимости ЛЖ значения ФВ ниже 55%, таким образом, у пациентов с ОКС без аффективных нарушений не выявлено значительного снижения ФВ левого желудочка. Объемные показатели в группе больных ОКС в сочетании с ТДР значительно превышают не только значения контроля, но и данные пациентов без сопутствующих ТДР: КСО и КДО левого желудочка у больных этой группы составили 60,0 (47,0–78,0) и 126,0 (108,0–157,0) мл соответственно ($p = 0,001$ в сравнении с группой контроля), тогда как у пациентов без сопутствующих ТДР – 53,0 (39,0–74,0) и 114,0 (93,0–148,0) мл (значимость различий с пациентами 1-й группы $p = 0,015$ и $p = 0,023$ соответственно). В обеих группах размер ЛП превышал значения контроля: у обследуемых с ТДР он составил 4,6 (4,1–4,9) см ($p = 0,001$) и 4,3 (4,0–4,7) см у пациентов без ТДР ($p = 0,001$). При этом у больных ОКС и аффективными расстройствами размер левого предсердия превышал значения пациентов без ТДР ($p = 0,037$).

В обеих группах больных ОКС, независимо от сопутствующих тревожно-депрессивных нарушений, обнаружена гипертрофия миокарда левого желудочка.

Эхокардиографические показатели у больных ОКС в зависимости от наличия или отсутствия ТДР (число больных, %) Показатель Больные ОКС с ТДР ($n = 88$) без ТДР ($n = 64$) Нарушение локальной сократимости ЛЖ 46 (52,3) 24 (37,5) $p1 = 0,001$ $p1 = 0,001$ $p2 = 0,045$ Участки дискинезии ЛЖ 9 (10,2) 2 (3,1) $p2 = 0,049$ Склероз аортального клапана 78 (88,6) 46 (71,9) $p1 = 0,001$ $p1 = 0,001$ $p2 = 0,007$ Склероз митрального клапана 40 (45,5) 20 (31,3) $p1 = 0,001$ $p1 = 0,001$ $p2 = 0,041$ Диастолическая дисфункция ЛЖ I тип 81 (92,0) 49 (76,5) $p1 = 0,001$ $p1 = 0,001$ $p2 = 0,003$.

Заключение: В результате проведенного исследования у больных ОКС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами выявлено значительное превышение объемных показателей левого желудочка в сравнении с пациентами без ТДР. Кроме того, в этой группе отмечалось увеличение размеров ЛП, МОС и гипертрофии миокарда ЛЖ по показателю ТМЖП по сравнению с группой без аффективных нарушений. По данным ЭхоКГ, у пациентов с ОКС и ТДР чаще визуализируются участки нарушения локальной сократимости ЛЖ, зоны дискинезии, а также склеротические поражения аортального и митрального клапанов и нарушения диастолической функции ЛЖ по типу «замедленной релаксации» в сравнении с больными ОКС без ТДР. Следовательно, у пациентов с ОКС наличие сопутствующих ТДР оказывает негативное влияние на функциональные показатели сердечно-сосудистой системы, что может быть одной из причин неблагоприятного прогноза у этой категории больных.

Литература:

1. Abdulloeva M., Pulatova K., Mirzaev R. ORTIQCHA VAZN VA ARTERIAL GIPERTONIYA BILAN OG'RIGAN YOSHLARDA YUZAGA KELADIGAN JINSIY ZAIFLIK //Евразийский журнал

- медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 4 Part 2. – С. 91-94.
2. Abdulloeva M., Nasyrova Z. RISK STRATIFICATION AND INTENSIVE CARE OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITHOUT ST SEGMENT ELEVATION IN CLINICAL PRACTICE //Collection of scientific papers «SCIENTIA». – 2023. – №. February 3, 2023; Chicago, USA. – С. 205-206.
3. Пулатова К. С. ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА //European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – Т. 15. – С. 72-75.
4. Dilshodovna A. M., Odylovna K. F., Samveilovna P. K. Peculiarities of Psychological Disorders in Patients with Acute Coronary Syndrome //International Journal of Health Systems and Medical Sciences. – 2022. – Т. 1. – №. 6. – С. 203-207.

