

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТИ И ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ



Ризаев Жасур Алимджанович¹, Киличев Анвар Акрамович¹, Олимжонова Фарангиз Жасуровна²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЎЛИМ ВА НОГИРОНЛИК КЎРСАТЧИЛАРИ ВА КАРДИОХИРУРГИЯ ХИЗМАТИ ФАОЛИЯТИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ризаев Жасур Алимджанович¹, Киличев Анвар Акрамович¹, Олимжонова Фарангиз Жасуровна²

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ANALYSIS OF DEATH AND DISABILITY IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND ACTIVITIES OF THE CARDIAC SURGERY SERVICE

Rizaev Jasur Alimdzhanovich¹, Kilichev Anvar Akramovich¹, Olimjonova Farangiz Jasurovna²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотга 36-69 ёшдаги (ўртача ёши $57,7 \pm 7,8$ ёш) 354 нафар ЮИК (290 эркак (81,9%) ва 64 аёл (18,1%)) беморни қамраб олди, улардан 331 нафари 2020 йил январ-декабр ойларида бўлиб, режаслаштирилган АКШ амалга оширилди. Таққослаш учун биз турли сабабларга кўра жарроҳлик ревааскуляризация қилинмаган ва консерватив даво ўтказган (ЮИК гуруҳи) коронар артерия касаллиги бўлган 23 нафар беморни кўриб чиқдик. Юрак ишемик касаллигининг оғирлик даражаси ва касалликнинг кечми хусусиятларидан келиб чиқиб дастлаб консерватив даволаш муолажалари амалга оширилган. Айрим беморларга кардиоэжарроҳлик амалиётини қўллаш орқали ҳаёт сифати яхшиланди.

Калим сўзлар: юрак-қон томир касалликлари, аорта коронар шунтлаш, юрак ишемик касаллиги

Abstract. The study included 354 IHD patients (290 men (81.9%) and 64 women (18.1%)) aged 36-69 years (mean age 57.7 ± 7.8 years), 331 of which were between January and December 2020, scheduled CABG was performed. For comparison, we considered 23 patients with coronary artery disease who, for various reasons, did not undergo surgical revascularization and underwent conservative treatment (CHD group). Depending on the severity of coronary heart disease and the characteristics of the course of the disease, conservative therapeutic measures were initially carried out. The quality of life of some patients has been improved by the use of cardiac surgery in some patients.

Keywords: cardiovascular diseases, coronary artery bypass grafting, ischemic heart disease.

Актуальность. В Узбекистане, как и в других развитых странах мира, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной инвалидности (до 25 процентов) и общей смертности (до 59 процентов). За время независимости население Республики увеличилось с 20 до 33 миллионов человек, а средняя продолжительность жизни выросла с 66,4 до 73,8 лет. Необходимо отметить, что сердечно-сосудистые заболевания стали основной проблемой в связи с возрастанием населения, а решение этих проблем является ви-

зитной карточкой здравоохранения и социальной политики.

Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от ССЗ представляет собой прямую угрозу здоровью населения и приводит к значительному экономическому ущербу [14; 15]. Значительный экономический ущерб от ССЗ в условиях ограниченного финансирования здравоохранения определяет актуальность поиска эффективных и экономичных стратегий лечения [19; 21].

Однако потенциальные возможности АКШ в отношении улучшения качества жизни и прогноза больных реализуются в послеоперационном периоде [3]. По имеющимся данным, несмотря на рост числа выполненных операций АКШ и объективное улучшение состояния у большинства (85,6%) прооперированных больных, к трудовой деятельности без снижения предоперационного уровня трудоспособности и квалификации возвращаются лишь 40-48,6% из них, в связи с чем очевидна роль следующего за операцией периода реабилитации [2; 10; 12; 13].

Рост заболеваемости, высокая смертность и ежегодные экономические потери, связанные со снижением производительности труда и затратами на медицинскую помощь, требуют разработки новых направлений в профилактике, лечении и реабилитации больных ИБС [11].

Появление и развитие кардиореабилитации как отрасли медицины в кардиологии связано с развитием в начале шестидесятых годов двадцатого столетия системы восстановительного лечения больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). На примере реабилитации больных острым ИМ были научно обоснованы и апробированы методы восстановительного лечения больных кардиологического профиля, в том числе больных после операций реваскуляризации миокарда [9].

Коронарное шунтирование (КШ) впервые было применено в шестидесятых годах двадцатого столетия и быстро стало общепринятой операцией у пациентов с ИБС, резистентной к медикаментозной терапии. В Узбекистане за последние 10 лет количество операций КШ увеличилось более чем в 5 раз, как за счет роста числа учреждений (на 26% за последние 5 лет), так и за счет увеличения количества выполняемых в них операций [4]. Однако, оперативное вмешательство является лишь этапом в комплексном лечении ИБС, и его клиническая эффективность в значительной степени определяется реабилитационной программой, направленной на закрепление достигнутых результатов оперативного и консервативного лечения [6; 7].

Основными компонентами реабилитационного вмешательства являются: адекватная медикаментозная терапия, физическая и психологическая реабилитация, обучение и динамическое наблюдение больного. Высокая клиническая эффективность каждого из мероприятий реабилитационного вмешательства в отдельности может считаться абсолютно доказанной. В частности, участие в программах реабилитации, основанных на физических тренировках, способно снизить общую и кардиальную летальность на 20% и 26%, соответственно ($p < 0,005$), что сопоставимо с эффектом приема таких препаратов, как аспирин, БАБ, ИАПФ, статины. Коррекции психоэмоцио-

нальных нарушений в процессе психологической реабилитации достоверно улучшает психологический статус и качество жизни пациентов, хотя и не оказывает влияния на прогноз [16]. Данные о клинической результативности кардиореабилитации (КР), как длительного комплексного воздействия, единичны и противоречивы [17; 18]. Информация о затратности и экономической эффективности комплексной КР в Узбекистане отсутствует, несмотря на то, что в качестве ведущих причин недостаточно широкого использования КР во всем мире рассматриваются ее трудоемкость и высокая стоимость, и на сегодняшний день не известно, способно ли внедрение комплексной длительной КР, увеличивающее расходы на здравоохранение, привести к положительному социальному и экономическому эффекту [20; 22]

Материал и методы исследования. В исследование были включены 354 больных ИБС (290 мужчин (81,9%) и 64 женщины (18,1%)) в возрасте 36-69 лет (средний возраст $57,7 \pm 7,8$ года), 331 из которых в период с января по декабрь 2020 г. было выполнено плановое АКШ. Для сравнения были рассмотрены 23 пациента ИБС, которым по разным причинам не проводилась хирургическая реваскуляризация и проводилось консервативное лечение (группа ИБС).

В ходе этапа реабилитации проводится динамичное обследование:

- на госпитальном этапе - 354 больных, поступивших в кардиологические отделения реабилитационного центра, в период с 2018 по 2020 год;

- на санаторном этапе - 125 больных, проходивших реабилитацию в условиях санатория, из них 95 прошедших реабилитацию на позднем госпитальном этапе;

- на амбулаторно-поликлиническом этапе - 86 больных.

К моменту операции большинство больных (291 человек, или 82,2%) страдали стенокардией напряжения III и IV ФК. 36,2% больных (128 человек) регулярно наблюдались врачом. Средняя частота обращений к кардиологу составляет $4,1 \pm 1,7$ (от 1 до 8) раз в год. Большинство (55,1%) всех обращений к врачу происходили за 3-6 месяцев до госпитализации в стационар и были связаны с проведением предоперационного обследования и подготовкой необходимых документов.

У всех больных с начала ИБС до операции (включая период предоперационного обследования) был определен общий уровень ХС хотя бы один раз, а липидный спектр крови был определен у 245 пациентов (69,2%). Только у 58 (16,4%) больных общий ХС был ниже 4,5 ммоль/л; у 62 (17,5%) он был от 4,5 до 5,2 ммоль/л; у 126

(35,6%) он был от 5,2 до 6,5 ммоль/л; и у 108 (30,5%) он превысил 6,5 ммоль/л.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных при включении в исследование

Клиническая характеристика, n = 354	Значение показателя
Возраст больных: < 45 лет	18 (5,1%)
45 - 59 лет	195 (55,1%)
>60 лет	141 (39,8%)
Длительность ИБС к моменту операции, лет (M±s)	5,1±3,2
Стенокардия напряжения, чел.	347 (98,0%)
в том числе: II ФК	57 (16,1%)
III ФК	174 (49,2%)
IV ФК	117 (33,1%)
Безболевая ишемия миокарда, чел.	22 (6,2%)
Инфаркт миокарда в анамнезе, чел.	227 (64,1%)
Сердечная недостаточность, чел.	298 (84,2%)
в том числе: I ФК	46 (13,0%)
II ФК	213 (60,2%)
III ФК	39 (11,0%)
Реваскуляризация миокарда (ЧКВ) в анамнезе, чел.	43 (12,1%)
Артериальная гипертензия, чел.	326 (92,1%)
Инсульт в анамнезе, чел.	18 (5,1%)
Активное табакокурение, чел.	124 (35,0%)
Курили в прошлом, чел.	99 (28,0%)
Сахарный диабет, тип 2, чел.	92 (26,0%)
Избыточная масса тела (25 > ИМТ < 30 кг/м ²), чел.	156 (44,1%)
Ожирение (ИМТ > 30 кг/м ²), чел.	160 (45,2%)
Отягощенная наследственность по ССЗ, чел.	230 (65,0%)

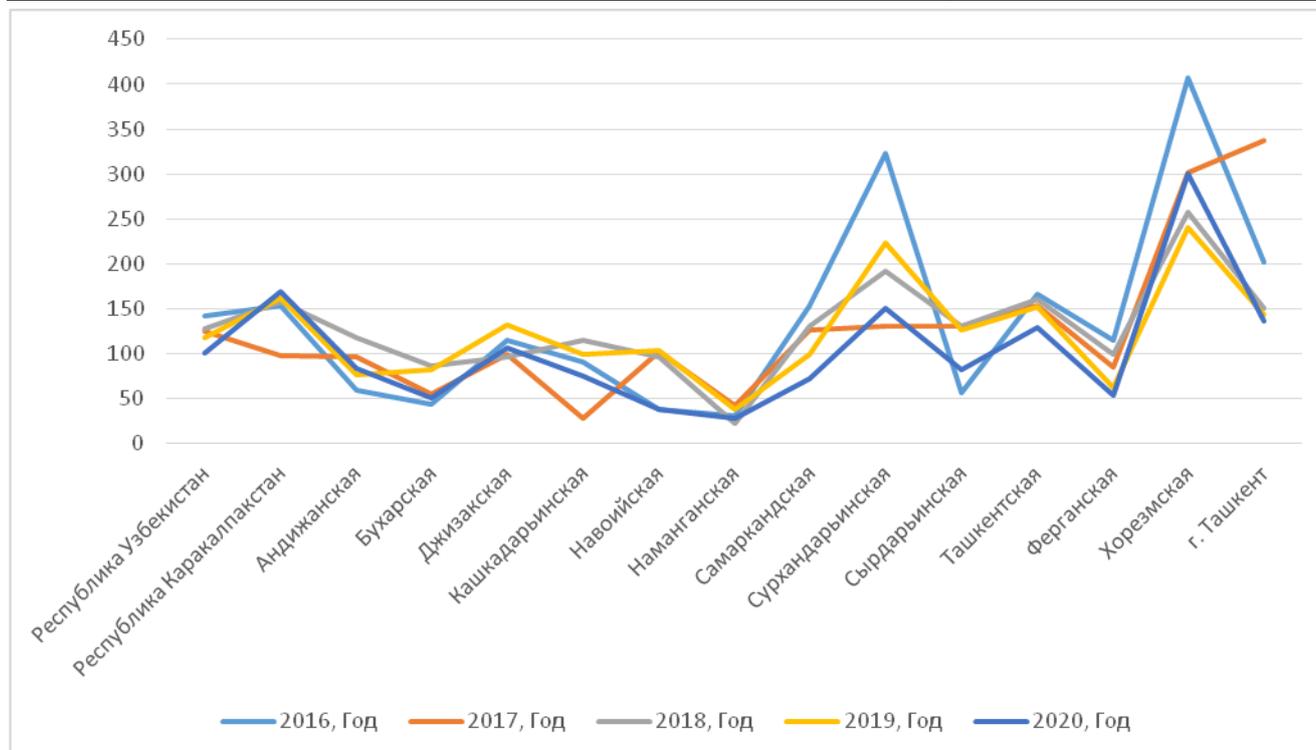


Рис. 1. Среднегодовая первичная заболеваемость ИБС на 100 000 жителей в регионах Узбекистана в 2016-2020 годах

У 53,7% (190 человек) и 64,7% (229 человек) было повышенное содержание ЛПНП (более 3,0 ммоль/л), а у 28,5% (101 человек) было содержание ЛПНП выше 4 ммоль/л и 13,0% (46 чело-

век) выше 5 ммоль/л. У 44,9% пациентов (159 человек) отмечается гипертриглицеридемия, превышающая 1,7 ммоль/л.

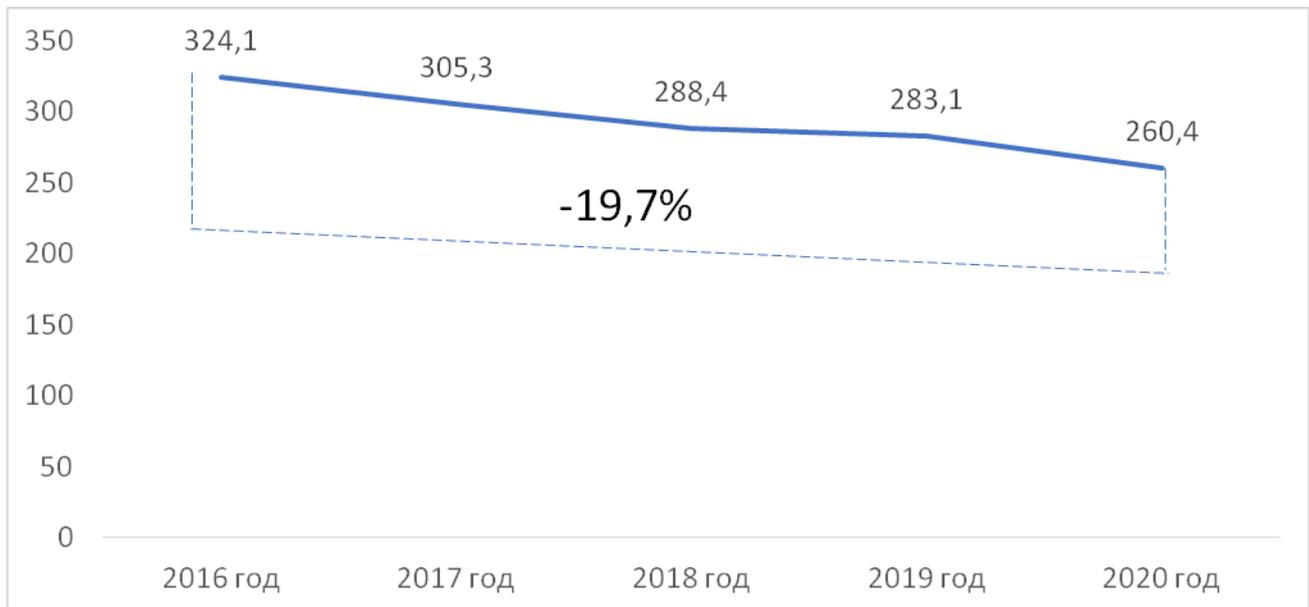


Рис. 2. Динамика смертности от ИБС на 100 тыс. населения

Система трехэтапного скрининга-верификации использовалась для определения наиболее распространенных синдромокомплексов и планирования реабилитационной программы на госпитальном этапе реабилитации.

На первом этапе проводился собственно скрининг, который включал опрос, осмотр, изучение медицинской документации, определение функции ФВД, общий анализ крови, мочи, ЭКГ и использование скринингового электрокардиограммного аппарата.

Больные, которые были включены в исследование, находились на стационарном этапе ре-

билитации после хирургической операции и прошли запланированный объем лечебно-диагностических мероприятий.

В течение двух лет запланировано проведение 39 обязательных мероприятий на амбулаторном этапе. Они состоят из пяти очных консультаций кардиолога Центра, четырех промежуточных телефонных контактов, четырнадцати мероприятий, связанных с лабораторным и инструментальным обследованием, и шестнадцати мероприятий, связанных с физической, психологической реабилитацией и программами обучения больных.

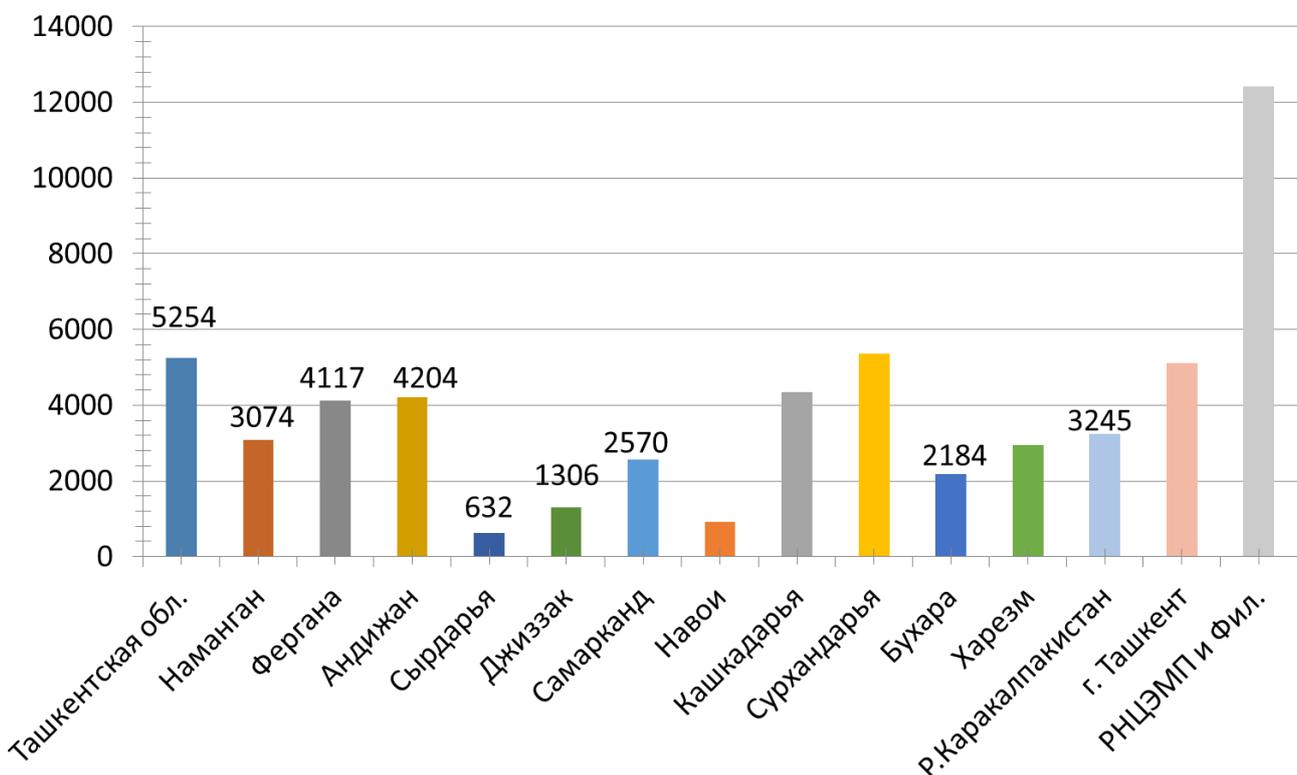


Рис. 3. Число больных с ИМ за 2021 г по регионам Узбекистана

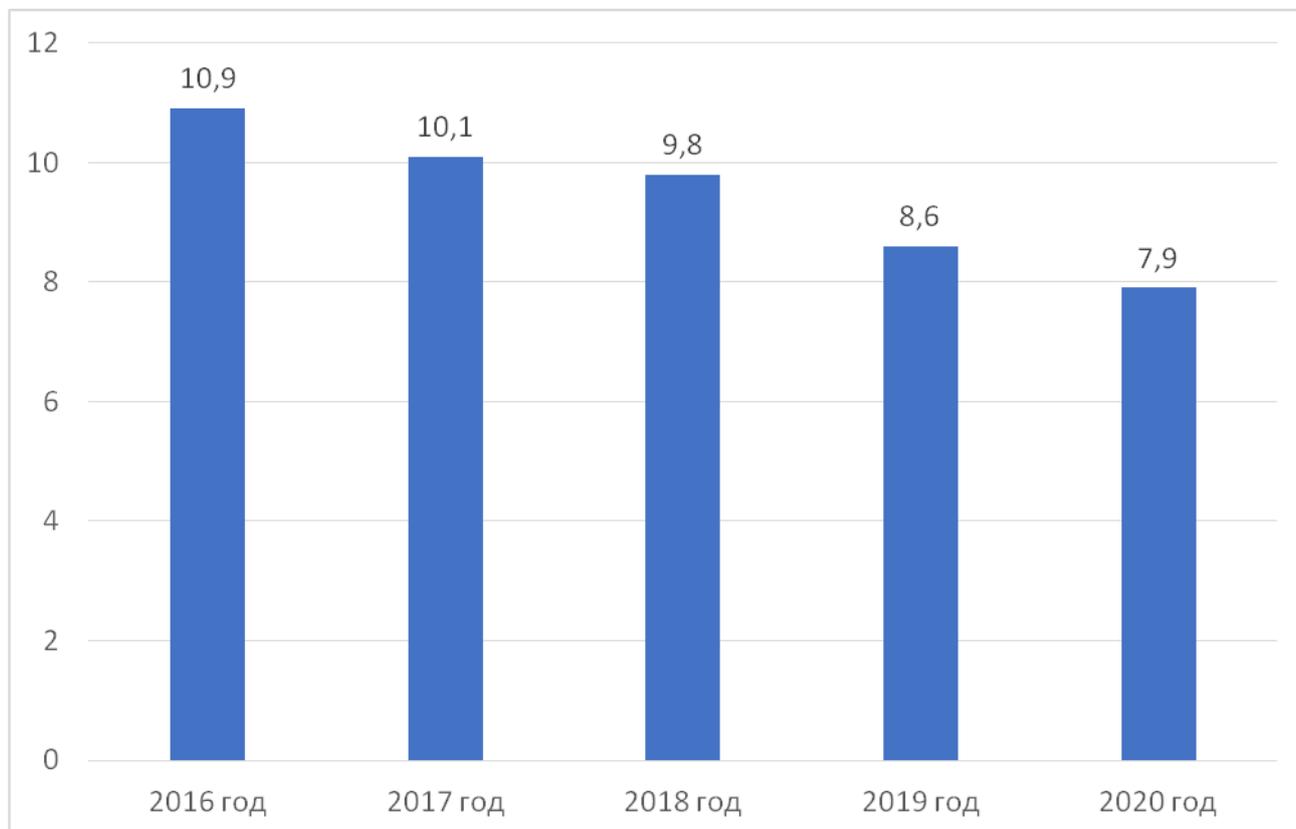


Рис. 4. Первичная инвалидность среди взрослого населения Узбекистана вследствие ИБС за 2016--2020 гг. (на 10 тысяч населения)

Результаты и их обсуждение. Данные обращаемости за медицинской помощью, представленные в соответствующих строках государственной статистической отчетности Минздрава Республики Узбекистан, являются основой для оценки заболеваемости ИБС и ее последствий в Республике Узбекистан.

Заболеваемость характеризует распространенность заболевания в популяции, а доступность медицинских услуг, включая профилактические (рис. 1).

Показатели заболеваемости продолжали расти в течение пяти лет, как показано на диаграмме. Сурхандарьинская и Хорезмская области показали самые высокие результаты.

В 2016 году эти цифры составляли 173 и 302 на 100 000 человек, но уже в 2018 году они почти в два раза увеличились. В Ташкенте наблюдается обратная ситуация. Так, в 2019 году первичная заболеваемость ИБС на 100 000 человек снизилась в 1,3 раза.

Количество случаев смерти от болезней по кодам I00-I99 МКБ 10 пересмотра за 12 месяцев было рассчитано в пересчете на 100 000 человек (рис. 2).

Диаграмма за пять лет показывает снижение смертности от ИБС на 19,7%. Благодаря внедрению приказов МЗ Рuz No 106 от 17.03.2014 г. «Об улучшении оказания диагностической и

лечебно-профилактической помощи больным с ОКС/ОИМ» и No 422 от 17.11.2014 г. «Об улучшении оказания диагностической и лечебно-профилактической помощи больным с Артериальной гипертензией» в 2016 году наблюдается снижение общей заболеваемости ИБС.

Поскольку повышенное кровяное давление является одной из причин ИБС, в приказах были предусмотрены меры по профилактике этих заболеваний.

Известно, что хроническое заболевание сердца (ИБС) может привести к инфаркту миокарда (ИМ). По данным Статистики Министерства здравоохранения США, число случаев ИМ за 2021 год составило 59 280 (рис. 3).

В областях Ташкента, Сурхандарьинской, Кашкадарьинской, Андижанской, Ферганской и Ташкенте самые высокие показатели. Из всех зарегистрированных случаев ИМ только 22,9% получают стационарное лечение в специализированных учреждениях, таких как РНЦЭМП и их филиалы.

По данным исследования, первичная инвалидность взрослых узбекистанцев в результате ИБС снизилась на 27,5% с 10,9 до 7,9 на 10 000 человек (рис. 4).

Большинство инвалидов были в третьей группе (39,5%), во второй группе (32,8%) и в первой группе (27,7%) (рис. 5).

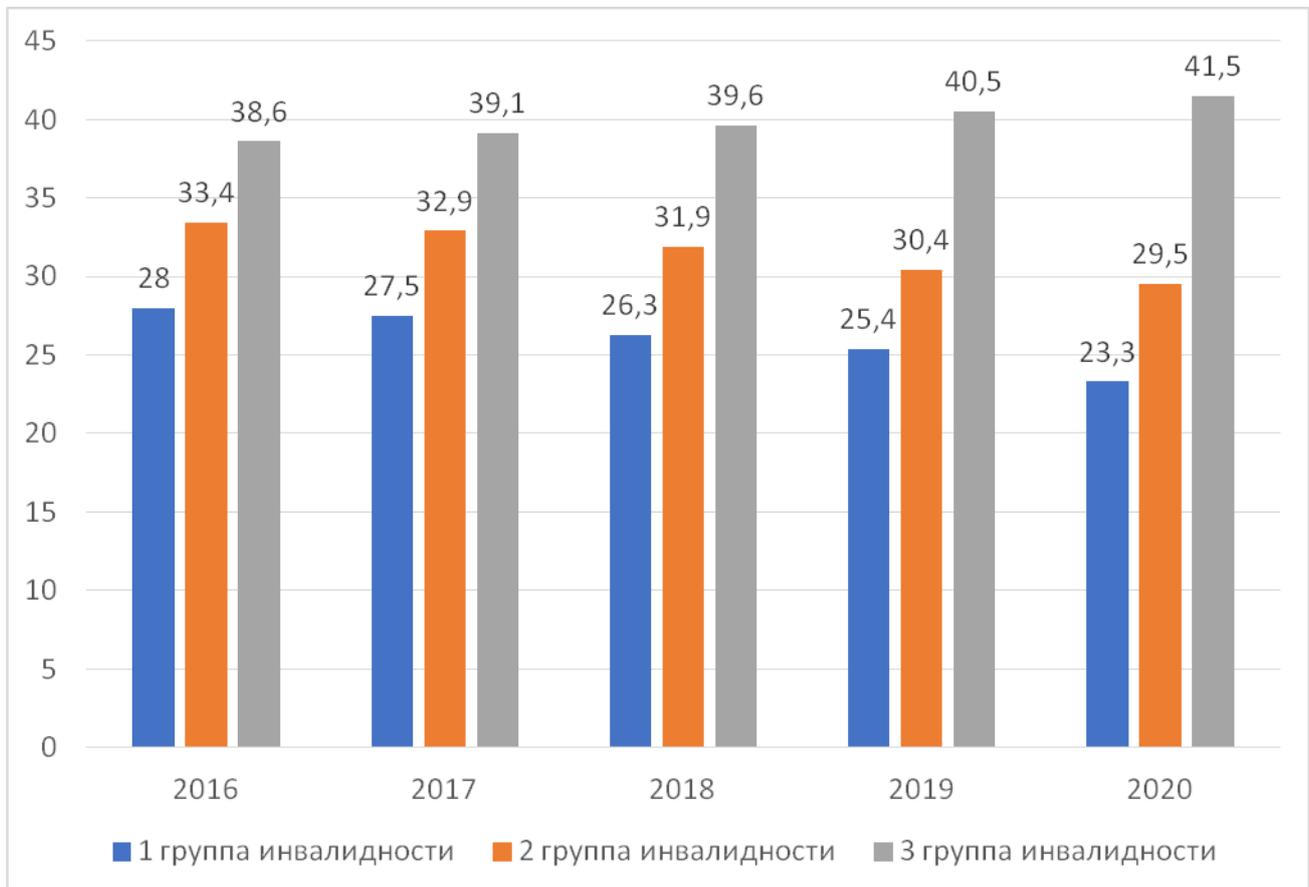


Рис. 5. Доля первичной инвалидности среди взрослого населения Узбекистана вследствие ИБС за 2016-2020 гг. в зависимости от группы (%)

Доля инвалидов первой и второй групп соответственно сократилась с 28,0 до 22,3 % и увеличилась с 33,4 до 29,5 % за пять лет, а доля инвалидов третьей группы увеличилась с 38,6 до 41,5 %. Это связано с новыми высокотехнологичными методами лечения и реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), значительно улучшающими функциональные исходы в кардиологических отделениях.

Таким образом, за указанный период в Узбекистане наблюдались как рост, так и снижение заболеваемости ИБС, а также разнонаправленные колебания показателя в отдельные годы.

Заключения. Из 169 больных, которые работали до АКШ, в течение первого года после операции 118 (69,8%) из них прошли МСЭ. 81 (47,9%) из них получили подтверждение группы инвалидности, 51,9% были признаны инвалидами II или III группы, и 27,5% прекратили работать.

Больные, впервые признанные инвалидами, были в возрасте 56,4–4,2 лет, и 35% из них перенесли какие-либо сердечно-сосудистые события в течение первого года после АКШ: 9 (5,3%) — ИМ, 13 (7,7%) — инсульт; у 26 (15,4%) развился рецидив стенокардии I–II ФК, а 12 (7,1%) были госпитализированы из-за дестабилизации течения АГ.

В течение первого года 11 (6,5%) пациентов (все из 1 группы) отказались от получения инва-

лидности, а у 2 (4,3%) пациентов (все из 1 группы) инвалидность была снята в течение второго года. К концу первого года количество больных с инвалидностью II или III группы после АКШ увеличилось до 79,5% (+40% по сравнению с данными до операции), тогда как количество больных с инвалидностью 2 группы увеличилось до 100% (+37%) ($p < 0,005$).

Литература:

1. Абидова Д.Э. и др. Особенности течения острого коронарного синдрома/острого инфаркта миокарда у женщин в одном из районов г. Ташкента (фрагмент регистра ОКС/ОИМ) перегородки после транскатетерной коррекции порока. Евразийский кардиологический журнал. - 2017. - № 1. - с. 10-14.;
2. Антонова, В.С. Медико-социальная экспертиза и реабилитация после аортокоронарного шунтирования // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. - 2019. - №2.-С. 17-20.;
3. Аронов, Д.М. Методические вопросы организации и выполнения реабилитационных программ физических тренировок на поликлиническом этапе у больных с разными формами ишемической болезни сердца // СагсНоСоматика. -2013. -№1 . - С.23-28.
4. Бабаджанов С.А. и др. Прогностическая оценка факторов риска развития осложнений у

больных ИБС после операций аорто-коронарного шунтирования «Кардиология Узбекистана», 2020, №1(55), с.23-27

5. Белов, Ю.В. Хирургическая техника сочетанных операций на коронарных артериях и артериях нижних конечностей // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2012. - № 5/6. - С. 18-22

6. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г., Зайченко Н.М. Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики // Здравоохранение. - 2005. - №5. - С.13-23.;

7. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г., Самородская И.В. Сердечнососудистая хирургия в России: методы оценки результатов и перспектив развития // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2012. - №3. - С. 4- 11.

8. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Сурункали юрак етишмовчилигига чалинган беморларда таркалган пародонтитни комплекс даволашни такомиллаштириш. - 2022.

9. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. - 2016. - Т. 1. - №. 1. - С. 6-10.

10. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. - Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. - №. 4. - С. 70-71.

11. Ризаев Ж. А., Саидов М. А. Современные тенденции распространенности и исхода сердечно-сосудистых заболеваний среди населения республики узбекистан //Журнал кардиореспираторных исследований. - 2023. - Т. 4. - №. 1.

12. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. - 2022. - №. 1 (81). - С. 75-79.

13. Филимонов, А.И. Оценка особенностей первичной инвалидности у больных ИБС после аортокоронарного шунтирования для формирования оптимальной модели реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2019. - № 1. - С. 22-24.].

14. Ades, Ph. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction // Cardiopulm. Rehabil. - 2017. - Vol. 17. - P. 222-231;

15. Ades, Ph.A. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease / Ph.A. Ades // New Engl. J. med. - 2011. - Vol. 345, № 12. - P. 892-902.

16. Berkman, L.F. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after

myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED) Randomized Trial / L.F. Berkman [et al.] // JAMA. - 2013.-Vol.289.-P.3106-3116

17. Clark, A.M. A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary 121 prevention programs for coronary artery disease / A.M. Clark, M. Haykowsky, J. Kryworuchko [et al.] // European Journal of Preventive Cardiology. - 2010. - Vol. 17, №3.-P. 261-270;

18. Davies, R.F. Asymptomatic Cardiac Ischemia Pilot (ACIP) study two-year follow-up: outcomes of patients randomized to initial strategies of medical therapy versus revascularization / R.F. Davies [et al.] // Circulation. - 2017. - Vol. 95, № 8. - P. 2037-2043.

19. Junsson, B. Measurement of health outcome and associated costs in cardiovascular disease / B. Junsson // European Heart Journal. - 2006. - Vol.17 (Suppl. A). - P. 2-7.;

20. Ritin, S.F. Improving Cardiac Rehabilitation Services — Challenges for Cardiac Rehabilitation Coordinators / S.F. Ritin, P. Davidson, R. Griffiths [et al.] // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. - 2021. - Vol. 10, №1. - P. 37-43;

21. Steinwachs, D.M. The future of cardiology: utilization and costs of care / D.M. Steinwachs [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. - 2016. - Vol. 35, № 4. - P. 1092-1099.

22. Zwisler, A.D. Can level of education, accreditation and use of databases in cardiac rehabilitation be improved? Results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey / A.D. Zwisler, B. Bjarnason-Wehrens, H. McGee [et al.] // Eur. J. Prevent. Cardiol.-2012.-Vol. 19, №2.-P. 143-150

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТИ И ИНВАЛИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Ризаев Ж.А., Киличев А.А., Олимжонова Ф.Ж.

Резюме. В исследование были включены 354 больных ИБС (290 мужчин (81,9%) и 64 женщины (18,1%)) в возрасте 36-69 лет (средний возраст $57,7 \pm 7,8$ года), 331 из которых в период с января по декабрь 2020 г. было выполнено плановое АКШ. Для сравнения были рассмотрены 23 пациента ИБС, которым по разным причинам не проводилась хирургическая реваскуляризация и проводилось консервативное лечение (группа ИБС). В зависимости от тяжести ишемической болезни сердца и особенностей течения заболевания первоначально проводились консервативные лечебные мероприятия. Качество жизни некоторых пациентов было улучшено путем применения кардиохирургии у некоторых пациентов.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, аортокоронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца.