

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В. Ю. СМАЗНОВ¹, Е. В. АКимова¹, М. М. КАЮМОВА¹,
В. В. ГАФАРОВ², В. А. КУЗНЕЦОВ¹

¹ Филиал Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН), Новосибирск, Россия

Цель. Изучение распространенности высоких уровней личностной тревожности и жизненного истощения и их ассоциаций с ишемической болезнью сердца (ИБС) в открытой мужской популяции Тюмени 25–64 лет.

Материалы и методы. Методом случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан среди лиц мужского пола городского населения Тюмени в количестве 1 тыс. человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Изучение психосоциальных факторов (ПСФ) – личностной тревожности (ЛТ) и жизненного истощения (ЖИ) проводилось в рамках кардиологического скрининга путем самозаполнения жестко стандартизированной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определенную» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Ассоциация высоких уровней ПСФ с ИБС оценивалась с помощью расчета отношений шансов (ОШ) и их 95 % доверительных интервалов (ДИ). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников.

Результаты и обсуждение. Распространенность высоких уровней неконвенционных (психосоциальных) факторов риска ИБС у мужчин 25–64 лет неорганизованной популяции составила (стандартизованные по возрасту показатели): ЛТ – 36,6 %, ЖИ – 15,9 %. Распространенность ИБС у мужчин 25–64 лет составила 12,4 %. При оценке влияния ЛТ на развитие ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям было получено ОШ 4,07 (95 %ДИ: 1,40±11,83, p<0,05), такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС. ОШ при наличии или отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и ЖИ оказалось равным 6,02 (95 %ДИ: 3,55±10,20, p<0,05). При оценке влияния ЖИ на развитие ОИБС было получено ОШ 14,11 (95 %ДИ: 6,29±31,67, p<0,05), то есть показатель более чем вдвое превышал таковой в группе с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям. У мужчин 25–64 лет с ВИБС и наличием высокого уровня ЖИ ОШ не достигало статистической значимости.

Таким образом, у мужчин 25–64 лет с высокими градациями психосоциальных факторов установлено увеличение шансов развития определенной ИБС, ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

А. Н. СУМИН, А. В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, Е. А. ЖУЧКОВА, О. Л. БАРБАРАШ, Л. С. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия

Введение. Под мультифокальным атеросклерозом (МФА) понимают поражение двух и более артериальных бассейнов. Однако остается неясным вопрос о распространенности МФА в зависимости от использованных критериев его определения. Это и послужило основанием для данного исследования, целью которого было из-

учение распространенности МФА в зависимости от использованных критериев его диагностики, а также анализ факторов, ассоциированных с наличием МФА.

Материалы и методы. В исследование включены 732 последовательных пациента (586 мужчин и 146 женщин, возраст – 33–81 год), под-

вергшихся операции КШ в кардиохирургической клинике НИИ КПССЗ. Пациентов разделили на группы в зависимости от количества пораженных артериальных бассейнов. Использовано два варианта разделения: при первом учитывали стенозы артерий любой локализации 30 % и более, при втором – стенозы 50 % и более. Бассейн считался пораженным, если на нем ранее была проведена реваскуляризирующая процедура. Таким образом, выделены следующие группы: I вариант: группа 1 (n=385) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=243) – поражения двух сосудистых бассейнов, группа 3 (n=104) – поражения трех бассейнов; II вариант: группа 1 (n=531) – поражения одного сосудистого бассейна; группа 2 (n=159) – поражения двух и группа 3 (n=42) – поражения трех сосудистых бассейнов. Группы сопоставлены по клинико-анамнестическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.

Результаты. При первом варианте дефиниции мультифокального атеросклероза (стеноз 30 % и более) поражение только одного артериального бассейна выявлено у 385 (52,6 %) пациентов, поражение двух и более – у 347 (47,4 %) больных. Для обоих вариантов МФА были характерны сходные тенденции. Так, при возрастании числа пораженных бассейнов отмечалось увеличение возраста обследованных больных ($p < 0,001$). Распространенность артериальной гипертензии и курения была выше среди пациентов, имею-

щих поражение нескольких артериальных регионов. Индекс массы тела, напротив, снижался по мере увеличения числа пораженных артериальных бассейнов ($p = 0,008$). В группах 2 и 3 выявлялась большая толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерий ($p < 0,001$). Наличие инфаркта миокарда в анамнезе более характерно было для больных группы 1, чем для пациентов из групп 2 и 3 ($p = 0,016$). Вероятность выявления МФА оценивалась в модели логистической регрессии. При варианте I определения МФА ($\geq 30\%$) вероятность выявить МФА возрастала при увеличении возраста ($p < 0,001$), уровня креатинина сыворотки ($p = 0,002$) и ТКИМ ($p < 0,001$), наличии в анамнезе артериальной гипертензии (АГ) ($p < 0,001$) и курения ($p = 0,005$). В многофакторном анализе с вероятностью выявления МФА сохранили связь возраст ($p < 0,001$), курение ($p < 0,001$), АГ ($p < 0,001$) и ТКИМ ($p < 0,001$). При варианте II (стенозы $\geq 50\%$) в однофакторном анализе вероятность выявить МФА была выше с увеличением возраста ($p = 0,001$), уровня креатинина ($p = 0,041$), курением ($p = 0,001$) и АГ ($p = 0,001$). В многофакторном анализе значимое влияние сохранили возраст ($p = 0,001$), а также ТКИМ ($p < 0,001$), наличие в анамнезе курения ($p = 0,002$) и АГ ($p = 0,008$).

Выводы. Перед плановым КШ проявления МФА выявлены у 27,5 % больных при учете стенозов $\geq 50\%$ и у 47,4 % больных при учете стенозов $\geq 30\%$. Факторами риска, ассоциированными с распространенностью МФА, являются возраст, курение, наличие АГ и ТКИМ (независимо от критериев мультифокального атеросклероза).

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

А. Н. СУМИН, А. В. БЕЗДЕНЕЖНЫХ, С. В. ИВАНОВ, О. Л. БАРБАРАШ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

*«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»
Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Кемерово, Россия*

Введение. Ожирение является существенной проблемой современного общества, сопровождается повышением заболеваемости. Влияние ожирения на непосредственные и отдаленные результаты операции коронарного шунтирования (КШ) остается противоречивым.

Целью исследования стало изучение взаимосвязи индекса массы тела (ИМТ) и непосредственных результатов КШ.

Материалы и методы. Обследован 1 571 пациент, подвергшийся КШ в кардиохирургической клинике (1 213 мужчин и 304 женщины в возра-

сте 31–78 лет). Пациенты были разделены в зависимости от ИМТ на четыре группы: с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м², n=351), с избыточной массой тела (ИМТ 25–29,9 кг/м², n=658), ожирением 1-й степени (ИМТ 30–34,9 кг/м², n=409), ожирением 2-й степени (ИМТ 35–39,9 кг/м², n=72). Группы были сопоставлены по клинико-анамнестическим характеристикам, данным лабораторного и инструментального обследования, распространенности послеоперационных осложнений и периоперационной летальности.