

Угурчиева Пятимат Омаровна

**5-летнее изучение динамики факторов риска
у больных стенокардией напряжения на фоне
коморбидного окружения
(по данным многоцентрового ингушского
исследования)**

3.1.18– внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Махачкала -2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ингушский государственный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Научный руководитель:

Дидигова Роза Тагировна, доктор медицинских наук

Официальные оппоненты:

Мартынов Анатолий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН заведующий кафедрой внутренних болезней №1 лечебного факультета ФГБУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова» Минздрава России.

Астахова Замира Татарбековна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России)

Защита состоится 19 декабря 2023 г. в 12 часов на заседании диссертационного совета 21.2.008.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. им. В.И. Ленина, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте www.dgmu.ru ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (367000, г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1).

Автореферат разослан « ____ » _____ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Магомедов М.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Одной из главных причин, которая ведет к утрате трудоспособности, к инвалидности и в конечном итоге заканчивается смертью, являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), среди них первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), причем во всех возрастных категориях населения (Оганов Р.Г., Р. Pуска 2017). Учитывая последние данные Росстата (2021г) и Всемирной организации здравоохранения при анализе структуры смертности населения на долю сердечно-сосудистых смертей приходится 40% у мужчин, а у женщин на 8% больше. Внедрение кардиоинвазивных вмешательств, современных методов диагностики и хирургических методов лечения позволило снизить в последние 20 лет смертность от ССЗ, в первую очередь, от острых форм ИБС, стабилизировать и лечить многие из них, особенно по сравнению с симптоматическим лечением ИБС, которое наблюдалось 50 лет назад (Российский статистический ежегодник, 2015г.) Однако, несмотря на имеющиеся успехи в лечении ССЗ, четверть пациентов, умирающих от сердечно-сосудистой патологии продолжает умирать от ИБС. Дальнейшее снижение смертности в этой когорте пациентов возможно только при комплексном лечении данных пациентов, адекватном медикаментозном подходе и, в первую очередь, профилактическом наблюдении, выявлении и воздействии на основные факторы риска ССЗ, их медикаментозной коррекции.

Прогноз пациентов с хронической ИБС зависит от многих составляющих - наличия и совокупности факторов риска, распространенности атеросклероза коронарных артерий и агрессивности нарушений липидного обмена, перенесенных ранее сосудистых катастроф, наличия сердечной недостаточности и количества коморбидной патологии. В последнее время число пациентов, имеющих высокий индекс коморбидности растет, что подтверждают и опубликованные данные национальных регистров, поэтому этот фактор является одним из ключевых для дальнейшего изучения.

Степень разработанности темы

Прогноз больных хронической ИБС при «естественном течении» хорошо изучен в 50-80-е годы прошлого века, когда лечение было симптоматическим. Несмотря на постепенное снижение уровня смертности от ССЗ в РФ, на долю ИБС приходится 25% всех случаев. Возможности дальнейшего снижения смертности при стабильной ИБС связаны с повышением эффективности лекарственной терапии за счет более широкого использования препаратов с доказанным влиянием на прогноз и в преимущественном проведении реваскуляризации у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Ранее было установлено, что прогноз пациентов со стабильной ИБС в основном определяется тяжестью коронарного атеросклероза, степенью нарушения сократительной функции миокарда, а также наличием таких факторов, как нестабильность течения, перенесенный ИМ, тяжесть ишемии, отягощенность соматическими заболеваниями. Последний фактор приобретает все большую актуальность.

Коморбидность характерна для большинства ХНИЗ и в значительной степени определяет течение основного заболевания, а также качество жизни пациентов.

В литературе опубликованы данные национальных регистров, которые свидетельствуют о влиянии сочетания соматических заболеваний на прогноз пациентов с ХНИЗ. С учетом высокой распространенности ИБС и ее осложнений актуальным является изучение роли коморбидности соматических заболеваний в развитии ее осложнений.

Данная работа посвящена динамике факторов риска у пациентов со стенокардией напряжения на фоне коморбидного окружения, что очень актуально на данный момент времени. Изучение данного вопроса реализовано в процессе клинического исследования.

Цель исследования

Целью исследования явился комплексный анализ динамики факторов риска у больных стенокардией напряжения в течение 5 лет наблюдения с учетом влияния коморбидной патологии на композитные конечные точки.

Задачи исследования

1. Оценить изменения социально-демографических параметров и клинического статуса за 5 лет у пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной патологией
2. Провести анализ поведенческих факторов риска в динамике у пациентов с хронической ИБС - стабильной стенокардией, имеющих коморбидную патологию
3. Изучить психосоматический статус и качество жизни у обследованных пациентов со стабильной стенокардией, имеющих коморбидное состояние
4. Отследить развитие конечных точек на протяжении 5 лет у лиц со стенокардией напряжения и коморбидным состоянием.

Научная новизна полученных результатов

Впервые проведен комплексный анализ динамики факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц со стенокардией напряжения и коморбидным состоянием. Проанализировано изменение психосоматического статуса и качества жизни пациентов со стенокардией напряжения и коморбидным состоянием. В течение 5 лет были отслежены инциденты развития композитных конечных точек у пациентов со стенокардией напряжения и коморбидным состоянием.

Реализация и внедрение результатов исследования в практику

Полученные результаты исследования используются в работе двух (республиканское и городское) муниципальных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения Республики Ингушетия.

На основании данных исследования составлены методические пособия для врачей и пациентов, а так же программы для школ здоровья, в которых обучаются пациенты с хроническими формами ИБС.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основании полученных данных оценена роль широкого спектра социально-поведенческих факторов риска и качество жизни у больных стенокардией напряжения и коморбидным состоянием. Это позволяет разработать алгоритм вторичной профилактики среди пациентов со стенокардией напряжения и соматическими заболеваниями.

Методология и методы диссертационного исследования

Методология и методы диссертационного исследования заключаются в том, что на основании полученных клинических данных произведена оптимизация методов профилактики хронических форм ишемической болезни сердца. При этом были соблюдены существующие стандарты диагностики и лечения, клинические рекомендации. В диссертации представлены данные лабораторных и инструментальных исследований. В соответствии с целью и задачами было проведено анкетирование, клинический осмотр, инструментальное и лабораторное исследования. Уровень хронического стресса определяли с помощью опросника Reeder. Уровень тревоги и депрессии был оценен с помощью госпитальной шкалы HADS.

Личный вклад соискателя в получение результатов научного исследования

Автором проанализированы литературные источники по теме диссертации, определены нерешенные вопросы. Совместно с научным руководителем определены цели и задачи диссертационного исследования. Автором проведена статистическая обработка данных, проанализированы полученные результаты, которые изложены в главах диссертации, написаны выводы и практические рекомендации. В соавторстве изданы работы, в которых отображены основные полученные результаты.

Положения, выносимые на защиту:

1. В проспективном наблюдении отмечается динамика клинического статуса больных стенокардией напряжения и соматическими заболеваниями в виде нарастания функционального класса стенокардии напряжения. Это ассоциируется с увеличением частоты ожирения, сахарного диабета и артериальной гипертонии.
2. За 5-летний интервал среди мужчин и женщин увеличились случаи снижения физической активности и нарушения питания средней степени. С другой стороны,

среди мужчин значительно снизились вредные привычки в виде достоверного снижения употребления алкоголя и табакокурения.

3. Целевые уровни артериального давления, общего холестерина и гликемии натощак достигаются до 30% случаев. При наличии нескольких соматических заболеваний только каждый третий пациент принимает 3 препарата с различными механизмами действия, тогда как четыре и более препаратов принимают не более 20% пациентов. В целом, приверженность женщин в обследованной когорте оказалась выше по сравнению с мужчинами.
4. За время проспективного исследования зарегистрирована отрицательная динамика некоторых показателей качества жизни. Пациенты отмечают ограничение в передвижении, повседневной активности и увеличение дискомфорта до 15%. Это подтверждается и изменением состояния здоровья.
5. У половины обследованных были выявлены психосоматические нарушения, проявляющиеся умеренным стрессом, тревогой или депрессией, которые усугубились за время наблюдения - уменьшилась доля пациентов, имеющих легкие психосоматических нарушения за счет увеличения доли пациентов с умеренными и клинически выраженными нарушениями.
6. В группе больных стенокардией напряжения и коморбидностью соматических заболеваний по сравнению с больными без коморбидности инфаркт миокарда регистрировался в 4 раза, а мозговой инсульт в 2 раза чаще. За 5-летний период наблюдения летальные исходы сосудистого генеза были отмечены в 9% случаев.

Смерть от других причин регистрировалась в 1,5 раза реже по сравнению с сосудистыми инцидентами.

Степень достоверности результатов исследования

О достоверности полученных данных свидетельствует достаточное количество наблюдений. Все научные положения и выводы диссертации аргументированы, достоверны и обоснованы достаточным количеством исследуемого материала, проведением тщательного анализа и статистической обработки полученных результатов. Фактические материалы, представленные в диссертации, полностью соответствуют первичной документации.

Апробация работы и публикации

Основные результаты диссертационной работы доложены на Международных и Всероссийских съездах, форумах, конгрессах, конференциях и школах: VIII Международный форум кардиологов и терапевтов (Москва 2018 г), Научно-образовательная конференция кардиологов и терапевтов Кавказа (Владикавказ, 2019), Европейская конференция по неотложной кардиологии (Вильнюс, 2018 г),

Международный конгресс кардиологов «Великая стена» (Пекин, Китай, 2019 г), III Зимняя школа клиницистов (Пятигорск, 2019 г).

Апробация диссертационной работы Угурчиевой Пятимат Омаровны проведена на заседании кафедры госпитальной терапии медицинского факультета Ингушского государственного университета 17 марта 2022 года, протокол №7.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа «5-летнее изучение динамики факторов риска у больных стенокардией напряжения на фоне коморбидного окружения (по данным многоцентрового ингушского исследования)» соответствует специальности 3.1.18 – Внутренние болезни (п. 4, п. 5): изучение механизмов действия, эффективности и безопасности лекарственных препаратов и немедикаментозных способов воздействия; совершенствование и оптимизация лечебных мероприятий и профилактики возникновения или обострения заболеваний внутренних органов.

По теме диссертации опубликовано десять печатных работ, из них четыре статьи в журналах, рецензируемых ВАК, две работы из которых входят в международную базу цитирования Scopus.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 104 страницах печатного текста, включает 17 таблиц и 12 рисунков, имеет стандартную структуру - введение, обзор литературы, глава, описывающая материалы и методы исследования, главы с собственными результатами, обсуждение полученных результатов исследования, заключение, выводы и практические рекомендации. Список литературы включает всего 121 источник, из которых - 80 зарубежных источников и 41 отечественный.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное проспективное исследование выполнено на кафедре госпитальной терапии медицинского факультета Ингушского государственного университета. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет» (протокол заседания от 27 февраля 2017 г.). Включение пациентов в исследование осуществлялось после подписания формы добровольного информированного согласия.

Данное исследование является фрагментом длительного исследования, которое проводилось в Республике Ингушетия с 2012 года. В соответствии с целью и задачами многоцентровое клиническое исследование был включен 321 пациент (143 мужчины и 178 женщин) в возрастном диапазоне от 45 до 74 лет с диагнозом ишемическая болезнь сердца

(ИБС), стенокардия напряжения, функциональный класс I-IV, прошедший обследование в 2012 году в трех медицинских центрах Республики Ингушетия. Средний возраст пациентов составил $58,15 \pm 6,87$ года.

Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе в 2012 году предварительно были проанализированы амбулаторные карты 800 мужчин и женщин в возрасте 45-70 лет в трех медицинских центрах Республики Ингушетия, из которых в соответствии с критериями включения была сформирована когорта мужчин и женщин (321 пациент) с ИБС, стенокардией напряжения I-IV ФК. В многоцентровое клиническое исследование был включен 321 пациент с ИБС, стенокардией напряжения ФК I-IV, подписавшие информированное согласие.

С целью выявления факторов риска, сопутствующих заболеваний и качества жизни всем включенным в исследование пациентам было проведено анкетирование, клинический осмотр, инструментальное и лабораторное исследования. На втором этапе (через 5 лет от момента первого осмотра) в 2017 году пациенты были приглашены на повторный осмотр. Всем пациентам проводилось повторное анкетирование, оценка социально - демографических, поведенческих и биологических факторов риска. Изучена медицинская документация (истории болезней, амбулаторные карты) на предмет развития осложнений. В случае смерти 41 пациента, выявлялась причина летального исхода по медицинским документам (ЗАГС и ФОМС) и устанавливались обстоятельства смерти (при контакте с родственниками). Проводилась оценка приверженности к терапии. Сопутствующие соматические заболевания регистрировались на основании анализа заключений специалистов, зафиксированных в историях болезней и амбулаторных картах. Для оценки композитных конечных точек в ходе 5-летнего наблюдения проводился сравнительный анализ между двумя группами пациентов: первая группа (n=196): мужчины (n=88) и женщины (n=108) со стенокардией напряжения и коморбидностью, а вторая группа пациентов со стенокардией напряжения без коморбидности n=124 (мужчины n=55, женщины n=69).

Критерии включения:

- Мужчины и женщины в возрасте 45-74 лет
- Стенокардия напряжения ФК I-IV.
- В сочетании или без инфаркта миокарда в анамнезе
- Наличие СД, заболеваний ЖКТ или ХОБЛ

Критерии исключения:

- Возраст до 45 лет и старше 74
- Нарушение ритма сердца высоких градаций по Lown

- Пороки сердца и сосудов
- Миокардиты, миокардиодистрофии
- Почечная, печеночная недостаточность
- Заболевания крови
- Легочная недостаточность
- Онкологические заболевания (3-4 ст.)
- Эндогенные психические заболевания

Стандартный опрос

В соответствии с целью и задачами было проведено анкетирование, клинический осмотр, инструментальное и лабораторное исследования.

Используя **метод опроса** выполняли анкетирование с помощью анкеты, предназначенной для проведения клинических и эпидемиологических исследований, разработанной экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с учетом конфиденциальности информации и сведений о респонденте.

С помощью метода опроса проводили оценку модифицируемых факторов риска, таких как курение, употребление алкоголя, физической активности, сбалансированности питания. Также оценивали наследственную предрасположенность по сердечно-сосудистым заболеваниям и сахарному диабету, анамнезу жизни пациентов по состоянию основных систем и органов, перенесенным заболеваниям и операциям, наличию хронических заболеваний, климактерического статуса для женщин.

К курящим относились лица, выкуривавшие хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки. Статус курения определялся следующим образом: никогда не курившие, курившие в прошлом, курящие в настоящее время.

Статус потребления алкоголя оценивался по следующим критериям: не употребляли алкоголь в течение последнего года, для мужчин: мало и умеренно - <168 г этанола в неделю, много - ≥ 168 г этанола в неделю; для женщин: мало и умеренно - <84 г этанола в неделю, много - ≥ 84 г этанола в неделю.

Физическую активность определяли по интенсивности и продолжительности физической активности. Относили пациентов к группе нормальной физической активности при сидении менее 5 часов в день и ходьбе пешком ежедневно не менее 30 минут и / или занятии физкультурой не менее 2 часов в неделю; группе с малоподвижным образом жизни при сидении более или равно 5 часов в день и ходьбу пешком ежедневно менее 30 минут и/ или занятие физкультурой менее 2 часов в неделю или ходьбе пешком ежедневно менее 30 минут и занятие физкультурой менее 2 часов в неделю.

Оценка нарушения питания проводилась по частоте приема пищевой соли,

углеводов, животных жиров и белков. Досаливание приготовленной пищи и/или ежедневный прием соленых продуктов принимали за нарушение приема пищевой соли. При ежедневном употреблении колбасных изделий и/или употреблении сливочного масла более 4 чайных ложек в день и/или более трех яиц в неделю регистрировали избыточный прием животных жиров. Ежедневное употребление мучных и кондитерских изделий принимали за нарушение употребления углеводов.

Расценивали питание пациента как здоровое в случае отсутствия вышеуказанных нарушений. Нарушение питания определялось как легкой степени, если присутствовал один из видов нарушения углеводного, жирового и минерального обменов, средней степени в случае двух видов нарушения питания, выраженной степени - при наличии трех нарушений.

Уровень хронического стресса определяли с помощью опросника Reeder (Reeder L. G. et al, 1969). Данный опросник позволяет разделить стресс на 3 градации: низкий при уровне баллов 3,01-4, средний – при 2,01-3 баллах, выраженный при 1-2 баллах.

Уровень тревоги и депрессии был оценен с помощью госпитальной шкалы HADS (Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983). В зависимости от суммы баллов разделяли пациентов на три категории:

- норма (0-7 баллов);
- субклинически выраженное (8-10 баллов);
- клинически выраженное нарушение (11 и выше –баллов).

С помощью опросника EQ-5D оценивали качество жизни пациентов.

Опросник включал 5 пунктов, среди которых:

- передвижение;
- самообслуживание;
- повседневная активность;
- боль, дискомфорт;
- тревога, депрессия.

В зависимости от степени выраженности изменений относили показатель к значению: нет нарушений, умеренные нарушения или выраженные нарушения.

Определялась самооценка динамики состояния здоровья за последний год.

Лабораторные методы исследования

Лабораторное исследование выполняли централизованно в лаборатории, которая прошла федеральную стандартизацию (Республиканская клиническая больница).

Забор крови проводился утром, после 12- часового голодания, из локтевой вены в вакутейнеры с минимальной венозной окклюзией общим объемом 20 мл. Далее для получения сыворотки кровь центрифугировали при температуре 4⁰ С в течение 10-15 минут при скорости центрифугирования 2500 об/мин.

Уровень общего холестерина (ХС) (ммоль/л) оценивали на автоанализаторе биохимическом автоматическом "Сапфир 400". Использовали определение в сыворотке крови фотоколориметрическим методом.

Уровень глюкозы (ммоль/л) определяли на биохимическом анализаторе «Сапфир 400». Использовали определение в плазме венозной крови глюкозооксидазным методом. В случае необходимости верификации сахарного диабета исследование проводили дважды, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией (или очевидными симптомами).

Инструментальные методы исследования

Оценивали массу тела в кг с помощью весов, рост в метрах с помощью ростомера. Вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле:

$$\text{ИМТ} = m/p^2, \text{ где } m - \text{масса тела (кг), } p - \text{рост (м).}$$

В соответствии с критериями ВОЗ определяли окружность талии (ОТ) в см.

Проводили измерение уровня артериального давления (АД) на левой руке пациента стандартным неинвазивным способом с помощью тонометра. Использовали положение сидя после 5 минут отдыха. Измерение проводили трижды с интервалом 2-3 минуты, фиксировали среднее значение из последних двух измерений. Одновременно производился подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) в течение одной минуты.

Регистрация ЭКГ выполнялась в 12 отведениях в состоянии покоя, использовали протокол расшифровки, разработанной Rose G., Blackburn H., 1968г.

Оценку приверженности к лечению выполняли для таких групп препаратов как антиагреганты, статины, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ/сартаны, мочегонные препараты, антагонисты кальция, нитропрепараты, метаболические препараты, сахароснижающие препараты, панангин, препараты для лечения заболеваний ЖКТ (гепатопротекторы, ферменты и противокислотные средства) с помощью теста Мориски.

Оценивали эффективности коррекции основных факторов риска ИБС.

Оценивали достижение целевых значений для таких факторов риска как уровень АД, холестерина, глюкозы крови.

Считали достижением целевого уровня при снижении АД 140/90 мм рт. ст, уровня общего ХС менее 4,5 ммоль/л, уровня глюкозы менее 6,1 ммоль/л натошак на фоне соответствующей специфической терапии.

С целью отслеживания развития возможных осложнений через 5 лет наблюдения были учтены следующие композитные конечные точки:

1. Ишемический мозговой инсульт
2. Верифицированный острый инфаркт миокарда
3. Сахарный диабет и его осложнения
4. Смерть от всех причин
5. Летальный исход от ССЗ

Статистический анализ данных

Ввод данных производился в региональном исследовательском центре с помощью системы ACCESS MS OFFICE. Статистический анализ данных осуществлялся при помощи программы SAS (Statistical Analysis System). Для исследуемых переменных вычисляли такие описательные характеристики как среднее значение, частоту, стандартное отклонение, стандартную ошибку.

Применяли методы: ХИ-квадрат с поправкой Бонферрони, t- тест Стьюдента (двухвыборочный) и критерий Фишера (F-тест), дисперсионный анализ.

Для расчета статистической достоверности использовали уровень значимости p менее 0,05.

Стенокардию напряжения диагностировали на основании данных анамнеза, физикального и инструментального обследования, включая стандартный опросник ВОЗ.

Сопутствующие соматические заболевания регистрировались на основании заключений специалистов, зафиксированных в историях болезней и амбулаторных картах.

С целью отслеживания развития возможных осложнений через 5 лет наблюдения учтены композитные конечные точки:

1. Верифицированный острый инфаркт миокарда
2. Ишемический мозговой инсульт
3. Сахарный диабет и его осложнения
4. Летальный исход от ССЗ

5. Смерть от всех причин.

Протокол исследования

Данное проспективное исследование явилось фрагментом длительного исследования, начавшегося еще в 2012 году в Республике Ингушетия.

В проспективное исследование были включены 321 больных (143 мужчин и 178 женщин в возрастном диапазоне 45-74 лет) стенокардией напряжения ФК I-IV, прошедшие обследование в 2012 году в трех медицинских центрах Республики Ингушетия.

В 2017 году пациенты были приглашены на повторное обследование.

Всем пациентам проводилось повторное анкетирование, оценка социально-демографических, поведенческих и биологических факторов риска. Также была изучена медицинская документация (истории болезней, амбулаторные карты) на предмет развития осложнений. В случае смерти пациента, пытались максимально уточнить причину летального исхода по медицинским документам (ЗАГС и ФОМС) и обстоятельства смерти (при контакте с родственниками).

Для оценки композитных конечных точек в ходе 5-летнего наблюдения проводился сравнительный анализ между двумя группами пациентов: первая группа (n=196): мужчины (n=88) и женщины (n=108) со стенокардией напряжения и коморбидностью, а вторая группа пациентов со стенокардией напряжения без коморбидности n=124 (мужчины n=55, женщины n=69).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно протоколу исследования пациенты во время первого визита в 2012 году и спустя 5 лет прошли анкетирование с целью анализа динамики социально-демографических показателей и поведенческих факторов риска. Число работающих мужчин сократилось на 13%, следовательно, неработающие составляют две трети мужчин со стенокардией напряжения. За 5-летний период среди женщин отмечается сокращение работающих на 10%, таким образом, в момент последнего визита 74% заявили о том, что не работают. Эти изменения носят статистически значимый характер в обеих группах и не имеют гендерных различий. Анализ семейного статуса продемонстрировал, что большинство мужчин и женщин состоят в браке, и этот статус за 5-летнюю динамику изменился незначительно (-8% и -9%, соответственно среди мужчин и женщин).

Проанализированы гендерные различия образовательного статуса. Каждый пятый мужчина и каждая четвертая женщина имеют высшее образование, частота специального образования 4-кратно выше среди мужчин по сравнению с женщинами. Каждый второй мужчина имеет среднее образование, при этом среди женщин 61% имеют среднее образование, и различие носит статистически значимый характер ($p < 0,05$). Каждый десятый мужчина и женщина имеет неоконченное среднее образование.

Одним из анализируемых вопросов является оценка клинического состояния и динамики основного заболевания в когорте мужчин и женщин. Около 60% мужчин на момент первого осмотра имели стенокардию напряжения ФК II, среди них ФК III выявлен в 36% случаев, а ФК IV установлен у 5% пациентов. За время наблюдения отмечается динамика клинического состояния пациентов. Так, частота стенокардии напряжения ФК II уменьшилась на 11%, тогда как ФК III увеличилась на 9%. Эти изменения носят статистически значимый характер. Среди женщин отмечается аналогичная тенденция.

Наряду с основным заболеванием нами также проанализирована динамика встречаемости сопутствующих заболеваний (Таблица 1). У больных стенокардией напряжения наиболее часто встречается АГ, среди мужчин и женщин ее частота составляет 74% и 71% соответственно. За время наблюдения отмечалось увеличение частоты АГ среди мужчин на 12%, а среди женщин на 13%. Частота сахарного диабета среди мужчин и женщин в среднем составляет около 10%.

Таблица 1. Динамика частоты сопутствующих заболеваний

	Мужчины n=143		Женщины n=178	
	2012 год	2017 год	2012 год	2017 год
Артериальная гипертония	106(74,1%)	123(86%)*	126(70,8%)	150(84,3%)**
Ожирение	23(16%)	42(29,4%)*	38(21,3%)	62(34%)**
СД, в том числе с осложнениями	13 (9%)	23 (16%)	20 (11,2%)	37 (20,8%)**
ХОБЛ	46 (32%)	52 (36,4%)	32(18%)	39 (22%)
Гастродуоденит	18(12,6%)	23(16%)	14(7,9%)	17(9,6%)
Язва желудка	23(16%)	27(18,8%)	12(6,7%)	15(8,4%)
Хронический пиелонефрит	11(7,7%)	13(9%)	8(4,5%)	12(6,7%)
Хронический холецистит	32 (22,4%)	38(26,6%)	62(34,8%)	69(38,8%)

Примечание: *p<0,05, **p<0,01 - достоверность различия в 5-летней динамике

Среди мужчин со стенокардией напряжения в 32% выявляется ХОБЛ, среди женщин показатель в 2 раза ниже. За 5-летний период, как среди мужчин, так и среди женщин ее частота увеличивается на 4%. Такая же тенденция выявляется по частоте гастродуоденита и

язвы желудка в обеих группах больных стенокардией напряжения. На момент первого визита у каждого пятого мужчины выявлен хронический холецистит, отмечается небольшая динамика.

Среди женщин частота хронического холецистита более выражена и составляет 35%, которая увеличилась на 4%. Частота хронического пиелонефрита в обеих группах составляет менее 10%.

Нами анализировано применение различных групп препаратов у больных стенокардией напряжения. Были учтены препараты не только для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, но и других соматических нарушений.

Был проанализирован режим сочетанной терапии различных препаратов в группах мужчин и женщин со стенокардией напряжения. Согласно данным, представленным в Таблице 2 каждая вторая женщина принимает три препарата, а среди мужчин три препарата принимают 33%. Различие между группами носит статистически значимый характер. Два препарата принимают каждый второй мужчина и женщина. Прием 4 препаратов наблюдается у 15% мужчин и 21% женщин. Частота приема 5 и более препаратов оказалась не более 8%.

Таблица 2. Анализ проведенной терапии на момент повторного обследования

	Мужчины n=143	Женщины n=178
2 препарата	30(21%)	32(18%)
3 препарата	47(32,9%)	90(50,5%)**
4 препарата	21 (14,7%)	38(21,3%)
5 и больше препаратов	9(6,3%)	14(7,8%)

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ - достоверность различия между мужчинами и женщинами

Изучение динамики поведенческих факторов риска среди лиц, страдающих стенокардией напряжения в сочетании с соматическими заболеваниями

В когорте женщин со стенокардией напряжения в Республике Ингушетия не зарегистрировано ни одного случая потребления алкоголя и курения. Анализ статуса курения мужчин со стенокардией напряжения демонстрирует, что на момент первого визита более 60% не курит, тогда как курящие мужчины составили 27% из общей когорты. За 5-летний срок наблюдения число курящих мужчин уменьшилось на 10% и составило 17%, что носит статистически значимый характер. Эти изменения носят достоверный характер.

Одной из задач исследования была оценка образа жизни и его изменения за 5-летний

срок наблюдения. Во время первого визита каждый второй мужчина имел умеренное нарушение питания, у каждого пятого были зафиксированы выраженные нарушения питания. Среди женщин частота умеренных и выраженных нарушений питания оказалась сопоставима (39% и 34%, соответственно), а легкое нарушение питания выявлено у каждой четвертой женщины со стенокардией напряжения. За время наблюдения частота легких нарушений уменьшилась на 7% и пропорционально увеличились выраженные нарушения питания. Эти изменения не носят достоверный характер. Среди мужчин частота малоподвижного образа жизни за 5-летний период наблюдения увеличилась на 19%.

Определение изменений качества жизни и психосоматического статуса пациентов со стенокардией напряжения в сочетании с соматическими заболеваниями

Среди поведенческих факторов риска психосоматические показатели занимают важное место. С этой целью нами анализированы следующие параметры: уровень хронического стресса, степень тревоги и депрессии.

На момент первого визита до 60% мужчин имели хронический стресс умеренной степени, у каждого пятого обнаружена его легкая или выраженная форма. За время наблюдения частота легкого хронического стресса у мужчин двукратно уменьшилась и составила 11%. Это изменение носит статистически значимый характер, следовательно, частота умеренного и выраженного стресса увеличилась на 5%. Исходные показатели хронического стресса среди женщин имеют схожую картину. Каждая четвертая женщина имела легкую степень хронического стресса, за 5-летний период наблюдения показатель снизился на 9%. Умеренный стресс увеличился на 6% и составил 66%. Выраженный стресс выявлен у каждой пятой женщины.

Исходно отсутствие депрессии было выявлено у 22% мужчин, при каждом втором случае была выявлена субклиническая депрессия, при этом клинически выраженная депрессия зафиксирована у каждого четвертого пациента. За время наблюдения число пациентов со стенокардией напряжения без тревожного состояния статистически значимо снизилось на 9% ($p < 0,05$) и составило 13%.

В рамках оценки качества жизни отслеживалась самооценка динамики состояния здоровья. Исходно больше половины мужчин и женщин отмечали ухудшение состояния здоровья, около 40% заявляли об отсутствии изменений. До 10% мужчин и женщин отмечали улучшение состояния здоровья. За время наблюдения среди мужчин существенных изменений динамики состояния здоровья не произошло. Ухудшение отметили 7% мужчин и 10% женщин. Улучшение состояния среди женщин в 2 раза уменьшилось (Рисунок 1).

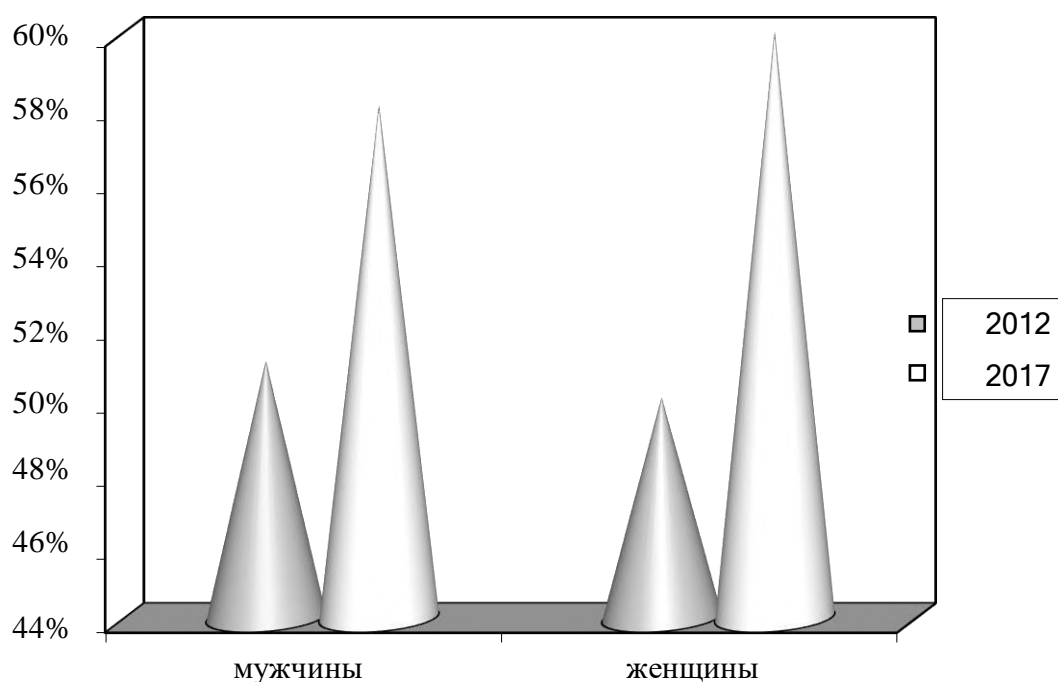


Рисунок 1. Отрицательная динамика состояния здоровья за 5-летний период наблюдения

Анализ композитных конечных точек на протяжении 5 лет

у лиц со стенокардией напряжения в сочетании с соматическими заболеваниями

Одной из главных задач исследования была оценка композитных конечных точек в ходе 5-летнего наблюдения среди мужчин и женщин со стенокардией напряжения и коморбидностью. С этой целью проводился сравнительный анализ между двумя группами пациентов: первая группа мужчин и женщин со стенокардией напряжения и коморбидностью, а вторая группа пациентов со стенокардией напряжения без коморбидности. В первую очередь мы проанализировали инциденты развития инфаркта миокарда и мозгового инсульта. Среди мужчин с коморбидностью трех и более соматических заболеваний инфаркт миокарда зарегистрирован в 4 раза чаще по сравнению с контрольной группой, что носит статистически значимый характер ($p < 0,05$). Среди женщин отмечается такая картина, по сравнению с контрольной группой у женщин со стенокардией напряжения и коморбидностью инфаркт миокарда зарегистрирован в 7 раз чаще и составил 14,8% ($p < 0,01$).

Одной из составляющих композитных конечных точек является оценка инцидентов развития сахарного диабета. Среди мужчин со стенокардией напряжения и сочетанием соматических заболеваний сахарный диабет зафиксирован в 16% случаев, что в несколько раз выше по сравнению с контрольной группой. Это различие носит статистически значимый характер ($p < 0,05$). Аналогичная, но более выраженная картина отмечается среди

женщин. На момент обследования каждая пятая женщина с коморбидностью имела СД. Различие по инцидентам СД между мужчинами и женщинами составило 5%.

ВЫВОДЫ

1. За 5-летний период наблюдения отслеживается изменение клинического статуса пациентов, обусловленного динамикой, как основного, так и сопутствующих соматических заболеваний. Доля больных со стенокардией напряжения ФК III увеличилась на 10% вне зависимости от пола. Наряду с этим отмечается достоверное увеличение ожирения, сахарного диабета и артериальной гипертонии.
2. Анализ поведенческих факторов риска продемонстрировал нарастание малоподвижного образа жизни и нарушения питания среди лиц со стенокардией напряжения и соматическими заболеваниями. За время наблюдения среди мужчин отмечается статистически значимое снижение употребления алкоголя и табакокурения. Около 80% во время повторного визита не имеют вредные привычки.
3. Приверженность женщин со стенокардией напряжения к лекарственной терапии выше по сравнению с мужчинами. Однако целевые уровни артериальной гипертонии, общего холестерина и гликемии натощак достигаются в 30% случаев. При наличии нескольких соматических заболеваний только каждый третий пациент принимает 3 препарата с различными механизмами действия, тогда как четыре и более препаратов принимают не более 20% пациентов.
4. За 5-летний период наблюдения отмечается ограничение в передвижении, повседневной активности и увеличение дискомфорта до 15%. Анализ динамики здоровья демонстрирует, что исходно до 40% пациентов не отмечали изменения состояния здоровья, тогда как каждый второй отмечал его ухудшение.
5. Каждый второй пациент заявлял о наличии умеренного хронического стресса, тревоги и депрессии. Выраженные изменения, также как и легкие нарушения психосоматического статуса отмечал каждый пятый пациент. Некоторые нарушения имеют гендерные особенности, но эти различия оказались несущественными. За время наблюдения отмечается уменьшение доли пациентов с легкими нарушениями психосоматического статуса в пользу умеренной и клинически выраженной степеней.
6. В группе больных стенокардией напряжения и коморбидностью соматических заболеваний инфаркт миокарда регистрировался в 4 раза чаще по сравнению с контрольной группой. В обследованной когорте мозговой инсульт был зарегистрирован в 2 раза реже по сравнению с инфарктом миокарда, но достоверно чаще по сравнению с контрольной группой. За 5-летний период наблюдения летальные исходы сосудистой генеза были отмечены в 9% случаев. Смерть от

других причин оказалась в 1,5 раза реже по сравнению с сосудистыми инцидентами и не носила достоверный характер по сравнению с контрольной группой.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Обследование пациентов со стенокардией напряжения должно проводиться с учетом возможного наличия других соматических заболеваний. Это позволяет суммарно оценивать прогноз жизни.
2. Для разработки эффективных профилактических мероприятий необходимо оценивать динамику социально-поведенческих факторов риска и качество жизни пациентов.
3. У больных с коморбидностью соматических заболеваний многофакторная терапия и вторичная профилактика должна разрабатываться с учетом приверженности и самоконтроля состояния здоровья.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Угурчиева П.О. Пятилетний прогноз пациентов с ишемической болезнью сердца и другими соматическими заболеваниями: данные многоцентрового ингушского исследования. / Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н., Угурчиева З.О. // Российский кардиологический журнал.- 2018.-№ 3 (155).-С. 17-22.
2. Угурчиева П.О. Анализ осложнений и летальности по результатам 5-летнего исследования у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с другими соматическими заболеваниями. / Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н. // Журнал «Профилактическая медицина».- 2018.-Том 21,-№2-2.- С.26.
3. Угурчиева П.О. Первичные конечные точки у больных ИБС в коморбидности с другими соматическими заболеваниями. / Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н.// Специальный выпуск журнала «Кардиоваскулярная терапия и профилактика».- 2018.-№17 (март).- С.308-309
4. Ugurchieva P. 5-year prognosis of patient with CHD in combination with other somatic disease / Mamedov M., Didigova R., Ugurchieva P. // Journal of the American College of Cardiology.-Т.72.- №S16. Elsevier Science Publishing Company. New York.-2018.- P 91-92.
5. Угурчиева П.О. Особенности факторов риска и коморбидности соматических заболеваний у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом./ Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н., Бузуртанова М.Б. // Журнал «Профилактическая медицина». -2018.-Том 21,- №2-2.- С.9.
6. Ugurchieva P. Determination of complications and lethality based on the results of a 5-year study in patients with CHD in combination with other somatic diseases / Mamedov M.,

- Didigova R., Ugurchieva Z., Ugurchieva P // Pedium 3-rd PRAGUE EUROPEAN DAYS OF INTERNAL MEDICINE PRAGUE. VIENNA HOUSE DIPLOMAT PRAGUE CZECH REPUBLIC. -2018. -MAY 31-JUNE 1. -P. 33.
7. Угурчиева П.О. Пациент с артериальной гипертонией, коморбидностью и высоким сердечно-сосудистым риском: обоснованность назначения многокомпонентной антигипертензивной терапии./ Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н. // Журнал «Лечебное дело».- 2019, -№3. -С.62-66.
 8. Угурчиева П.О. Пятилетняя динамика факторов риска и коморбидности соматических заболеваний у больных со стенокардией напряжения. / Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Мамедов М.Н., Худяков М.Б. // Российский кардиологический журнал. - 2020,- 25 (2). – С. 68-74.
 9. Угурчиева П.О. Определение изменений психосоматического статуса пациентов со стенокардией напряжения в сочетании с соматическими заболеваниями в Республике Ингушетия./ Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О. // Журнал «Национальная ассоциация ученых».-2021,-№63.-С. 28-30.
 10. Угурчиева П.О. Отслеживание динамики поведенческих факторов риска у пациентов со стенокардией напряжения и коморбидным состоянием./ Дидигова Р.Т., Угурчиева П.О., Евлоева Д.А., Угурчиева З.О., Мальсагова И.Я. // Журнал «Терапия». -2021,- №6 (48). -С 51-55.

Список сокращений

АГ – артериальная гипертония
 АД– артериальное давление
 ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 ИБС – ишемическая болезнь сердца
 ИМ – инфаркт миокарда
 ИМТ - индекс массы тела
 МИ- мозговой инсульт
 ОКС - острый коронарный синдром
 ОХС - холестерин общий
 ФА- физическая активность
 ФР - факторы риска
 ХБП- хроническая болезнь почек
 ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
 ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
 ХС – холестерин
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность
 ЧКВ – чрескожные вмешательства
 ЭКГ- электрокардиограмма
 ЭХОКГ – эхокардиография

Под авторской редакцией

Подписано в печать 17.10.23г.
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная
Усл.печ.л. 1,25
Тираж 100. Заказ 187

Типография ООО «КЕП»
г.Назрань, ул.Чеченская, 5