

пневмонии (2), на третьем – врожденный порок развития (2) и асфиксия (1). 13 юных женщин отказались от своих детей в родильном доме.

Выводы. Соматическая патология юных матерей представлена высокой заболеваемостью щитовидной железы, хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей, заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Среди гинекологической патологии преобладают заболевания, передающиеся половым путем, это с учетом того, что в 9% случаев юные матери не были обследованы вообще и в 7,6% – недообследованы. У юных матерей достоверно чаще развивается гестоз, наблюдаются аномалии родовой деятельности, длительный безводный период, маловодие, высокая частота кровотечений, разрывы мягких тканей половых путей. Рождение недоношенных и маловесных детей у юных женщин в 3 раза выше аналогичных показателей у женщин зрелого возраста. Среди патологии детей, рожденных от юных матерей, преобладают задержка внутриутробного развития, морфофункциональная незрелость, развитие асфиксии и гипоксии в родах, конъюгационная желтуха.

Таким образом, проведенные исследования показали, что осложнения беременности, родов и патологические состояния новорожденных у юных матерей г. Якутска превышают анало-

гичные показатели у родильниц старшего возраста. Необходимо активно пропагандировать здоровый образ жизни у подрастающего поколения, проводить работу по предупреждению нежелательной беременности у несовершеннолетних, вести санитарно-просветительную работу по планированию семьи, оптимизировать методы диспансерного наблюдения за юными беременными в женской консультации, проводить первичную профилактическую работу с привлечением педагогов, психологов, участковых педиатров и гинекологов.

Литература

1. Баранов А.А. Особенности течения беременности и родов у подростков / А.А.Баранов // Акушерство и гинекология. - 1997. - №4. - С. 44-46.
2. Baranov A.A. Pregnancy and delivery in adolescents / A.A. Baranov // Obstetrics and Gynecology. - 1997. - № 4. - P. 44-46.
3. Медико-социальные проблемы состояния здоровья девушек-подростков и реабилитации юных матерей: автореф. дис. ...докт. мед. наук / Г.А. Сидоров. - Курск, 2000. - 30 с.
4. Medical and social problems of teenage girls health condition and rehabilitation of teenage mothers: author's abstract of dissertation ... Doctor of Medicine / G.A. Sidorov. - Kursk, 2000. - 30 p.
5. Синчихин С.П. Беременность и роды у несовершеннолетних / С.П. Синчихин, В.Ф. Коколина, О.Б. Мамиев // Педиатрия. - 2007. - № 3. - С. 93-96.
6. Sinichihin S.P. Pregnancy and delivery in teenagers / S.P. Sinichihin, V.F. Kokolina, O.B. Mamiev // Pediatrics. - 2007. - № 3. - P. 93-96.
7. Юные беременные как группа риска акушерской и перинатальной патологии: автореф. дис. ...канд. мед. наук / Э.Б. Яковлева. - Киев, 1992. - 31 с.
8. Teenage pregnancy: risk factors for adverse obstetrics and perinatal outcome: author's abstract of dissertation ... Candidate of Medicine (PhD) / E.B. Yakovleva. - Kiev, 1992. - 31 p.
9. Canbaz S. Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey / S. Canbaz, A.T. Sunter, C.E. Cetinoglu // Adv. Ther. - 2005. - №22(6). - P. 636-641.
10. Chan D.L. Teenage smoking in pregnancy and birthweight: a population study, 2001-2004 / D.L. Chan, E.A. Sullivan // Med J Aust. - 2008. - №188(7). - P. 392-396.
11. Garcia H. Neonatal and maternal morbidity among adolescent and adult women. A comparative study / H. Garcia, N.P. Avendaño-Becerra, M.T. Islas-Rodriguez // Rev Invest Clin. - 2008. - №60 (2). - P. 94-100.
12. Geist R.R. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients / R.R. Geist, Y. Beyth, D. Shashar // J. Pediatr Adolesc Gynecol. - 2006. - № 19 (3). - P. 189-193.
13. Keskinoglu P. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers / P. Keskinoglu, N. Bilgic, M. Picakciefe // J. Pediatr Adolesc Gynecol. - 2007. - № 20 (1). - P. 19-24.
14. Muthir J. T. Comparison of Pregnancy Outcome Between Teenage and Older Primigravidae in Jos University Teaching Hospital, Jos, North-Central Nigeria / J. T. Muthir, W. E. Maduka // Annals of African Medicine. - 2006. - № 5 (2). - P. 101-106.
15. Pittard W.B. Associations between maternal age and infant health outcomes among Medicaid-insured infants in South Carolina: mediating effects of socioeconomic factors / W.B. Pittard, J.N. Laditka, S.B. Laditka // Pediatrics. - 2008. - №122(1). - P. 100-106.
16. Usta I.M. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies / I.M. Usta, D. Zoorob, A. Abu-Musa // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2008. - № 87(2). - P. 178-183.

Т.А. Романова, М.И. Воевода, И.Р. Петрова, Л.В. Тарабукина, Т.Ю. Томская

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ

(по результатам 7-летнего наблюдения)

УДК 616.13-004.6 (571.56)

В данной работе с помощью комплексного клинко-функционального и ангиографического исследования определялось прогностическое значение факторов риска для неблагоприятного течения ИБС в отдаленный 7-летний период.

Ключевые слова: фатальные исходы ИБС, клинко-анамнестические факторы риска ИБС, структурно-функциональные показатели ЛЖ, степень атеросклеротического поражения коронарных артерий, выживаемость больных ИБС.

In our research we have tried by means of complex clinical-functional and angiographic inspections to ascertain factors of unfavorable CAD course in the remote 7-year period.

Keywords: CAD fatal outcomes, clinical-anamnestic risk factors of CAD, LV structural-functional indices, degree of atherosclerotic lesion of coronary arteries, survival rate of CAD patients.

РОМАНОВА Татьяна Анатольевна – к.м.н., зам. директора КДЦ РБ №1-НЦМ МЗ РС (Я); **ВОЕВОДА Михаил Иванович** – д.м.н., член-кор. РАМН, директор НИИ терапии СО РАМН; **ПЕТРОВА Ирина Родионовна** – к.м.н., директор КДЦ РБ №1-НЦМ; **ТАРАБУКИНА Любовь Васильевна** – к.м.н., с.н.с ЯНЦ КМП СО РАМН, зав. ОФД РБ №1-НЦМ; **ТОМСКАЯ Татьяна Юрьевна** – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, зав. отделением РБ №1-НЦМ.

В последнее десятилетие среди населения Якутии отмечается неуклонный рост заболеваемости ИБС (ишемическая болезнь сердца). Основными причинами смертности населения республики являются болезни системы кровообращения, более

половины из них составляет ИБС [1]. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований доказали значимость вклада факторов риска в сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность [2,3]. Однако в якутской популяции прогностическое значение

факторов риска на фатальный исход ИБС не изучалось. В нашей работе мы попытались с помощью комплексного клиничко-функционального и ангиографического исследования установить факторы неблагоприятного течения ИБС в отдалённый 7-летний период.

Цель исследования – определить связь клиничко-анамнестических данных, функциональных и ангиографических показателей тяжести атеросклеротического поражения КА сердца с развитием фатальных случаев течения ИБС у больных коренной и некоренной национальности Якутии за 7-летний период клинического наблюдения.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 126 пациентов с ИБС, у которых коронарный атеросклероз верифицирован ангиографически с 2000 года по 2001 год. При включении в исследование для оценки клинического состояния анализировались жалобы, анамнез, данные объективного исследования пациентов с целью оценки их клинического состояния. Учитывали перенесённый инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), наличие сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), отягощённой наследственности. Сведения получали при опросе, физикальном обследовании больных, а также на основании имеющихся медицинских документов, записей в клинической истории болезни и амбулаторной карте. Алгоритм исследования включал: биохимическое лабораторное исследование крови, электрокардиографию, ультразвуковое исследование сердца (ЭХОКГ), дуплексное ультразвуковое исследование каротидных сосудов и сосудов нижних конечностей, холтеровское мониторирование ЭКГ и селективную коронарную ангиографию (КАГ) с вентрикулографией. КАГ проводилась в условиях рентгеноперационной на установке «Angioscop-33D с DCA Digitron Card» фирмы Siemens (Германия). Исследование выполнялось по общепринятой методике путём пункции бедренной артерии по Селдингеру, трансфеморальным доступом. Для оценки состояния венечных артерий использовалась классификация, разработанная Ю.С. Петросьяном и Л.С. Зингерманом (1974 г.).

При ретроспективном анализе ка-тамнестических данных, в зависимости от исхода заболевания, больные были разделены на две группы: первую составили выжившие к 7-му году наблю-

дения пациенты – 110 (84%), вторую – умершие пациенты – 16 (12,7%). Из числа умерших пациентов с ИБС мужчины составили 87,5%, женщины – 12,5%.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета статистических программ SPSS for Windows (версия 17.0). Критерием достоверности считался уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Обе группы были сопоставимы по полу, индексу массы тела, факторам риска ИБС, стажу ишемического и гипертонического анамнеза, клиническим проявлениям ИБС: проникающему и непроникающему инфаркту миокарда в анамнезе, ФК стенокардии. Однако больные ИБС II группы по сравнению с выжившими пациентами значимо чаще исходно страдали сопутствующей патологией – сахарным диабетом II типа ($p = 0,023$). Это доказывает, что у больных ИБС наличие сахарного диабета оказало влияние на выживаемость за 7-летний период наблюдения (табл.1).

Причинами фатальных исходов ИБС в течение 7 лет явились: повторный инфаркт миокарда в 8 (50%) случаях,

ОНМК – в 4 (25) случаях и внезапная смерть – в 4 (25%) случаях.

Из общего числа не выживших больных 5 чел. (31,3%) – больные ИБС коренной национальности (якуты), 11 (68,7%) – некоренной (русские). При сопоставлении групп различной этнической принадлежности в нашем исследовании выявлено, что повторный инфаркт миокарда явился причиной смерти у 3 пациентов коренной и у 5 некоренной, ОНМК – у 2 пациентов коренной и у 2 – некоренной национальности. Внезапно умерли 4 пациента, все – представители некоренной национальности Якутии (рисунок). Статистически значимых различий по частоте выживания и невыживания среди пациентов коренной и некоренной национальности не выявлено ($p = 0,246$). За 7-летний период наблюдения выжило 110 больных ИБС, в том числе 51 (46,4%) – представитель коренной и 59 (53,6%) – некоренной национальности Якутии.

Сопоставление клиничко-анамнестических данных среди выживших пациентов с ИБС выявило значимые различия между коренными и некоренными по возрасту и наличию АГ. Так,

Таблица 1

Сравнительная исходная клиничко-анамнестическая характеристика групп пациентов, выживших и умерших за 7-летний период

Показатель	I группа – выжившие пациенты (n=110)	II группа – не выжившие пациенты (n=16)	p
Возраст, годы	56,75±0,64	51,38±1,61	0,328
Пол (м/ж), чел. (%)	102 (92,7)/8 (7,3)	14 (87,5)/2 (12,5)	0,470
Индекс массы тела, кг/м ²	27,21±3,7	27,19±0,75	0,990
Индекс массы тела более 25 кг/м ² , чел. (%)	79 (71,8)	12 (75)	0,791
Длительность ИБС, годы	4,60±0,31	5,13±0,68	0,544
Инфаркт миокарда проникающий (крупноочаговый), чел. (%)	73 (66,4)	12 (75)	0,449
Инфаркт миокарда непроникающий (мелкоочаговый), чел. (%)	49 (44,5)	10 (62,5)	0,179
Стенокардия, чел. (%)	108 (98,2)	16 (100)	0,910
ФК-I	5 (4,5)	1 (6,3)	
ФК-II	63 (57,3)	10 (62,5)	
ФК-III	40 (36,4)	5 (31,3)	
Длительность артериальной гипертензии, годы	6,96±0,72	10,44±2,53	0,104
Макс. САД, мм рт.ст.	169,95±2,72	165,94±7,87	0,605
Макс. ДАД, мм рт.ст.	100,50±1,35	97,50±3,10	0,424
Артериальная гипертензия, чел. (%)	93 (84,5)	11 (68,8)	0,484
I ст.	19 (17,3)	2 (12,5)	
II ст.	48 (43,6)	6 (37,5)	
III ст.	26 (23,6)	3 (18,8)	
Гиперлипидемия, чел. (%)	82 (74,5)	12 (75)	0,969
ОНМК в анамнезе, — « —	4 (3,6)	2 (12,5)	0,120
Табакокурение, — « —	83 (87,3)	13 (81,3)	0,611
Сахарный диабет, — « —	2 (1,8)	2 (12,5)	0,023
Отягощённый семейный анамнез, — « — (у двоих и более родственников)	81 (73,6)	15 (93,8)	0,078
Инфаркт миокарда	27 (24,5)	4 (25)	0,969
Мозговой инсульт, чел. (%)	30 (27,3)	3 (18,8)	0,469
Гипертония, — « —	72 (65,5)	11 (68,8)	0,795
Сахарный диабет, — « —	6 (5,5)	0 (0)	0,338

коренные пациенты, выжившие к 7-му году наблюдения, были моложе, чем некоренные, и чаще страдали сопутствующей АГ ($p=0,010$; $p=0,003$).

При сравнении клинико-анамнестических показателей у выживших и не выживших за период наблюдения было установлено, что 7-летняя выживаемость среди некоренных пациентов с ИБС без ОНМК в анамнезе и без отягощённой наследственности была лучше, чем у пациентов, имеющих данные анамнестические показатели ($p=0,001$; $p=0,041$).

В группе коренных пациентов с ИБС 7-летняя выживаемость у пациентов без сахарного диабета была лучше, чем у пациентов, исходно страдающих ИБС с сопутствующим сахарным диабетом II типа ($p=0,0001$).

По результатам ультразвукового исследования сердца выяснено, что исходные линейные показатели размеров ЛЖ сердца умерших пациентов статистически значимо отличались от аналогичных показателей выживших пациентов (табл.2).

Так, средние показатели толщины задней стенки левого желудочка в систолу (ТЗСЛЖС), фракции выброса (ФВ) за 7-летний период наблюдения были значимо выше, а показатели конечного диастолического размера (КДР) и конечного систолического размера (КСР) значимо ниже у выживших пациентов с ИБС по сравнению с показателями не выживших пациентов.

Показатель толщины межжелудочковой перегородки в систолу (ТМЖПС) исходно имел тенденцию к снижению в группе умерших пациентов ($p=0,065$) по сравнению с показателем в группе выживших пациентов. В группе умерших пациентов значимо ($p=0,0001$) отмечалась дилатация полости ЛЖ. Масса миокарда ЛЖ была значимо больше, а индекс массы миокарда ЛЖ достоверно выше в группе умерших пациентов по сравнению с группой выживших. Таким образом, для не выживших за 7-летний период наблюдения были характерны исходно максимальные изменения геометрии ЛЖ, приводящие к снижению насосной и сократительной функций миокарда.

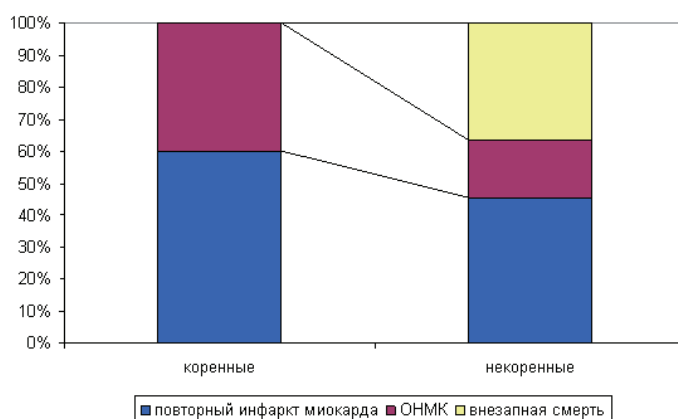
При сравнении структурно-функционального состояния ЛЖ у пациентов коренной и некоренной национальности, выживших и не выживших за годы наблюдения, статистически значимых различий не найдено.

По данным коронарной ангиографии, выполненной с 2000 по 2001 г., проведено исходное сравнение типов кровоснабжения сердца, тяжести атеросклеротического поражения коро-

нарных артерий между двумя группами пациентов и внутри групп между пациентами коренной и некоренной национальности. У пациентов с ИБС, выживших и умерших за 7-летний период наблюдения, сравнение не выявило значимых различий по типу кровоснабжения сердца. Выжившие пациенты в 40% случаев имели сбалансированный тип, в 33,6 – правый тип и в 26,4% случаев – левый тип кровоснабжения сердца. Среди умерших пациентов исходно в 50% случаев был обнаружен сбалансированный тип кровоснабжения, в 37,5 – правый тип и в 12,5% – левый тип кровоснабжения сердца.

Сравнение степени атеросклеротического поражения коронарных артерий показало, что у умерших пациентов значимо чаще отмечалось многососудистое атеросклеротическое поражение коронарного русла по сравнению с выжившими пациентами (табл.3).

Сравнение степени атеросклеротического поражения КА между выжившими и не выжившими пациентами некоренной национальности показало, что у выживших пациентов при исход-



Причины летальных исходов у пациентов коренной и некоренной национальности за 7-летний период наблюдения ($p=0,246$)

ной КАГ трёхсосудистое поражение КА встречалось значимо реже по сравнению с не выжившими ($p=0,041$). В группе коренных выживших и не выживших пациентов с ИБС статистически значимых различий по тяжести атеросклеротического поражения КА не отмечалось (табл.4).

При сравнении результатов вентрикулографии между пациентами I и II группы выявлены значимые различия. Среди II группы пациентов аневризмы ЛЖ исходно были выявлены у 7 (63,6%), а среди I – только у 23 (23,7%) пациентов ($p=0,005$). Таким образом, у пациентов с ИБС неблагоприятный прогноз был связан с наличием постинфарктных аневризм ЛЖ и, наоборот, у не имеющих аневризм ЛЖ 7-летняя выживаемость была значимо лучшей.

При изучении причин смерти у пациентов коренной и некоренной наци-

Таблица 2

Сравнение показателей размеров ЛЖ сердца у выживших и не выживших к 7-летнему периоду наблюдения пациентов с ИБС

Показатели	I группа (n=110)	II группа (n=16)	p
ТЗСЛЖД, см	1,05±0,02	1,05±0,04	0,934
ТЗСЛЖС, см	1,44±0,02	1,31±0,04	0,044
ТМЖПД, см	1,07±0,02	1,02±0,05	0,375
ТМЖПС, см	1,44±0,02	1,32±0,04	0,065
КДР ЛЖ, см	5,38±0,06	6,02±0,18	0,0001
КСР ЛЖ, см	3,56±0,07	4,06±0,13	0,007
ФВ, %	60,93±0,96	52,31±1,70	0,001
ММЛЖ, г	222,66±6,26	263,06±18,46	0,025
ИММЛЖ,	131,40±3,71	154,42±10,55	0,031

Таблица 3

Сравнение степени атеросклеротического поражения КА у выживших и не выживших больных с ИБС, чел. (%)

Тяжесть атеросклеротического поражения КА	Всего (n=126)	I группа (n=110)	II группа (n=16)	p
Отсутствие критических стенозов КА	34	32 (29,1)	2 (12,5)	0,165
Критические стенозы 1 КА (однососудистое)	51	46 (41,8)	5 (31,3)	0,423
Критические стенозы в 2 КА (двухсосудистое)	31	26 (23,6)	5 (31,3)	0,510
Критические стенозы в 3 КА (трёхсосудистое)	10	6 (5,5)	4 (25)	0,008

Таблица 4

Сравнение степени атеросклеротического поражения КА у пациентов с ИБС коренной и некоренной национальности, чел. (%)

Степень атеросклеротического поражения КА	I группа (n=110)		p	II группа (n=16)		p	p	p
	коренные (n=51)	некоренные (n=59)		коренные (n=5)	некоренные (n=11)			
Отсутствие критических стенозов КА	13 (25,5)	19 (32,2)	0,794	1 (20)	1 (9,1)			
Критические стенозы 1 КА	25 (49)	21 (35,6)	0,145	1 (20)	4 (36,3)			
Критические стенозы в 2 КА	11 (21,6)	15 (25,4)	0,924	2 (40)	3 (27,3)	0,659	0,356	0,898
Критические стенозы в 3 КА	2 (3,9)	4 (6,8)	0,778	1 (20)	3 (27,3)	0,505	0,133	0,041

Таблица 5

Длительность приёма статинов в группах выживших и не выживших пациентов к 7-му году наблюдения, чел. (%)

Приём статинов	Всего (n=126)	I группа (n=110)	II группа (n=16)	p
Постоянно, в течение года	36 (30,2)	37 (33,6)	1 (6,3)	0,028
Менее 6 мес. в году	79 (62,7)	68 (61,8)	11 (68,6)	0,590
Не принимали статины	9 (7,1)	5 (4,5)	4 (25)	0,004

ональности, имеющих различную тяжесть поражения коронарных артерий, выявлено следующее: среди пациентов, не имеющих критические стенозы в КА, умерло 2 больных. Причиной летального исхода явились ОНМК у коренного пациента и внезапная смерть у некоренного. В случае 1-сосудистого поражения КА умерло 5 пациентов, в том числе 4 некоренных (2 – повторный ИМ, 2 – внезапная смерть) и 1 коренной – от повторного ИМ. Среди пациентов с 2-х сосудистым поражением КА умерло 5 пациентов, в том числе 3 некоренных (1 – повторный ИМ, 1 – ОНМК, 1 – внезапная смерть) и 2 коренных (1 – повторный ИМ, 1 – ОНМК). Среди умерших пациентов, имеющих 3-х сосудистое поражение (n=4), 3 – представители некоренной и 1 – коренной национальности. У некоренных пациентов причиной смерти явились в 2 случаях повторный ИМ и в 1 случае – ОНМК, у коренного – повторный инфаркт миокарда.

Оперативное лечение ИБС (АКШ и МКШ) было выполнено 46 (36,5%) больным, остальным 80 (63,5%) пациентам назначалось только стандартное медикаментозное лечение. Из общего числа больных ИБС, перенёвших хирургическую реваскуляризацию миокарда, выжил 41 (89,1%) пациент, в том числе 18 коренных и 23 некоренных. После оперативного лечения в течение 7 лет не выжили 5 (10,9%) больных, все некоренной национальности. Четырём из них, при оперативном лечении были наложены по 2

аутовенозных шунта, 1 пациенту – 3 шунта. В результате сопоставления исходов оперативного и консервативного медикаментозного лечения не выявлено влияние выбора метода лечения на 7-летнюю выживаемость больных с ИБС.

Медикаментозное лечение получали все пациенты, включённые в наше исследование. При изучении влияния препаратов на 7-летнюю выживаемость пациентов с ИБС не выявлено значимой связи с развитием фатального исхода ИБС при выборе ингибиторов АПФ, β-блокаторов, антагонистов Са, вазодилататоров. При сравнении длительности применения гиполипидемических препаратов (пробукола, липостата, вазилипа) были выявлены значимые различия в группах выживших и не выживших пациентов к 7-му году наблюдения. Пациенты с фатальным течением ИБС, по сравнению с выжившими, чаще не принимали статины и, наоборот, выжившие за 7-летний период наблюдения постоянно, в течение года получали гиполипидемическую терапию (табл.5). Таким образом, по данным нашего исследования, гиполипидемическая терапия значимо влияла на выживаемость больных с ИБС.

Прогностическая ценность клинико-анамнестических показателей остаётся весьма значимой, несмотря на внедрение новых высокотехнологичных методов диагностики ИБС. По данным большинства исследований, возраст больных, наличие в анамнезе

АГ, перенесённого инфаркта миокарда, наличие сахарного диабета, нарушений ритма сердца, количество отведений по ЭКГ с подъёмом сегмента ST играют важную роль в прогнозе ИБС [5-7]. Наше исследование показало, что клиничко-анамнестические факторы, оказывающие влияние на прогноз ИБС в течение 7-летнего наблюдения у пациентов различной этнической принадлежности, различаются. В группе некоренных пациентов с ИБС неблагоприятными факторами являлись: наличие в анамнезе ОНМК и отягощённая наследственность. В группе коренных пациентов с ИБС – наличие сопутствующего заболевания – сахарного диабета II типа.

В группе выживших больных ИБС также были обнаружены значимые различия: коренные пациенты, выжившие к 7-му году наблюдения, были моложе, чем некоренные, и чаще страдали сопутствующей АГ.

По мнению ряда авторов, небольшое увеличение КДО и КСО в ЛЖ у больных после инфаркта миокарда в 4-5 раз увеличивает риск смерти. При наблюдении за пациентами с ИБС в течение 3 лет Udelson J.E. и соавторы установили, что на прогноз ИБС максимальное влияние оказывают увеличение КДР, КДО, КСО и снижение ФВ ЛЖ [4,6].

Изучение влияния структурно-функционального состояния ЛЖ на прогноз ИБС в нашем исследовании показало, что для пациентов, не выживших за 7-летний период наблюдения, были характерны исходно расширение полости ЛЖ в сочетании со снижением насосной и сократительной функций миокарда. Так, средние показатели ТЗСЛЖС, ФВ были значимо ниже, а показатели КДР, КСР, ММЛЖ, ИММЛЖ значимо выше у не выживших за 7-летний период наблюдения больных ИБС по сравнению с выжившими больными.

Сравнение структурно-функционального состояния ЛЖ между пациентами коренной и некоренной национальности среди выживших и не выживших за время наблюдения не выявило статистически значимых различий.

При изучении прогноза при ИБС в ряде исследований была выявлена ассоциация многососудистого поражения КА с неблагоприятным исходом [7]. Так, у пациентов, умерших в течение 7-летнего периода наблюдения, по результатам исходной КАГ значимо чаще отмечалось многососудистое атеросклеротическое поражение коронарных

ного русла по сравнению с выжившими пациентами. В группе некоренных больных с ИБС у выживших пациентов трёхсосудистое поражение КА встречалось значительно реже по сравнению с не выжившими, а в группе коренных пациентов различий по тяжести атеросклеротического поражения КА у выживших и не выживших больных ИБС не отмечалось. Таким образом, можно предположить, что у коренных жителей Якутии, страдающих ИБС, неблагоприятный исход заболевания не был ассоциирован с многососудистым поражением КА в отличие от некоренных больных ИБС.

В настоящее время, согласно данным большинства исследований, прогноз для пациентов с ИБС не определяется выбором различных методов лечения – инвазивного (АКШ) или оптимально медикаментозной терапии [10,12]. Мы также не выявили влияние выбора метода лечения на 7-летнюю выживаемость больных с ИБС. Однако при низкой приверженности к применению статинов в медикаментозной терапии ИБС прогноз был значимо хуже, чем у пациентов, длительно принимавших гиполипидемические препараты.

Существуют убедительные многочисленные доказательства необходимости применения гиполипидемической терапии у пациентов с ИБС [9,13]. Ещё в 1994 г. Скандинавское исследование 4S, в котором 4444 пациента с ИБС получали симvastatin, продемонстрировало снижение на 34% частоты тяжёлых коронарных осложнений, на 42 – коронарной смерти и на 30% – общей смерти [11]. Наше исследование также подтвердило, что длительность приёма статинов оказывало позитивное влияние на 7-летнюю выживаемость больных ИБС.

Заключая вышесказанное, хочется отметить, что у больных с ИБС прогноз в значительной мере определяется исходными клинико-анамнестическими факторами, структурно-функциональным состоянием ЛЖ, степенью тяжести атеросклеротического поражения

КА и приверженностью больных к гиполипидемической терапии. В нашем исследовании впервые определены различия в значимости прогностических факторов на 7-летнюю выживаемость больных с ИБС в группе коренных и некоренных жителей Крайнего Севера, что объясняется, вероятнее всего, генетическими особенностями и наследственной отягощённостью популяций Якутии и требует дальнейшего изучения ведущих факторов риска для каждой этнической группы больных с целью создания индивидуальных программ вторичной профилактики ИБС.

Литература

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2008 году/ Мин-во здравоохранения Республики Саха (Якутия); ГУ Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр. - Якутск: Компания «Дани Алмас», 2009.- 120 с.
2. The State report on a health state of the Republic Sakha (Yakutia) population in 2008 Ministry of Health Republic Sakha (Yakutia); Yakut republican medical information-analytical centre. - Yakutsk: Company «Dani Almas», 2009.-120 p.
3. Иванов К.И. Особенности эпидемиологии ИБС и её факторов риска в Якутии / К.И. Иванов, Т.М. Климова, В.П. Алексеев, В.Г. Кривошапкин. – Якутск, 2008. – 90 с.
4. Ivanov K.I. Features of CAD epidemiology and its risk factors in Yakutia / K.I. Ivanov, T.M. Klimova, V.P. Alekseev, V.G. Krivoschapkin. - Yakutsk, 2008. - 90 p.
5. Константинов В.В. Факторы риска, ИБС и атеросклероз среди мужчин коренной и некоренной национальности в городах некоторых регионов/В.В. Константинов, Г.С. Жуковский, В.С.Жданов// Кардиология. – 1997. - №6. - С. 19-23.
6. Konstantinov V.V. Risk factors, CAD and atherosclerosis among men of indigenous and non-indigenous nationality in cities of some regions/V.V.Konstantinov, G.S. Zhukovsky, V.S. Zhdanov//Kardiologija. - 1997. - №6. - P. 19-23.
7. Прогностическое значение показателей сократительной функции левого желудочка при проспективном одногодичном наблюдении за больными, перенёсшими передний инфаркт миокарда / Д.И. Чиквашвили [и др.] // Кардиология. - 1994. – Т.34, №1. – С.7-10.
8. Prognostic value of indexes of left ventricle contractile function at the prospective one-year

follow-up over the patients who had anterior myocardial infarction / Chikvashvili D.I. [et.al.] // Kardiologija. - 1994.- Vol. 34, №1. - P.7-10.

5. Сумароков А.Б. Риск стратификация больных ишемической болезнью сердца / А.Б. Сумароков // PMЖ. - 1998. - №6. - С. 896-907.

Sumarokov A.B. Risk stratification of ischemic heart disease patients / A.B. Sumarokov //RMZH. - 1998. - №6. - P. 896-907

6. Тетёркина Т.В. Динамика клинических и структурно-функциональных параметров сердца у больных, перенёсших инфаркт миокарда, по результатам 5-летнего наблюдения: автореф. ... канд. мед. наук / Т.В. Тетёркина. - Томск, 2009. - 30 с.

Tetyorkina T.V. Dynamics of clinical and structurally-functional parameters of heart in the patients who had myocardial infarction, by results of 5-year follow-up: abstract of a thesis on Ph degree/T.V.Tetyorkina. - Tomsk, 2009. - 30 p.

7. Чепурина Н.А. Оценка прогностической значимости суммарного сердечно-сосудистого риска и факторов, его определяющих, в когорте мужчин – гос. служащих (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. ... канд. мед. наук/ Н.А.Чепурина. - М., 2009. - 24 с.

Chepurina N.A. Assessment of prognostic significance of total cardiovascular risk and factors, its defining, in a cohort of men - state employees (clinic-epidemiological research): abstract of a thesis on Ph degree / N.A. Chepurina. – М., 2009. - 24 p.

8. Australia. New Zealand Heart Failure Research Collaborative Group. Randomized placebo-controlled trial of carvedilol in patients with congestive heart failure due to ischemic heart disease// Lancet. – 1997. - V. 349. – P. 375-380.

9. Lipid lowering and plaque regression: new insights into prevention of plaque disruption and clinical events in coronary disease / B.G. Brown [et al.] // Circulation. – 1993. - V. 87. – P.1781-1791.

10. Coronary angioplasty versus medical therapy for angina: the second Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA-2) trial// Lancet. - 1997.- V. 350 – P461-468.

11. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)// Lancet. – 1994. – V. 344 – P. 1383-1389.

12. The BARI 2D Study Group. A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease // N. Engl. J. Med. – 2009. - V. 360. - P2503-2515.

13. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels / F.M. Sacks [et al.] // N. Engl. J. Med. - 1996. - V. 335- P.1001- 1009.