

УДК 616.12-005.4

Каландаров Д.М.

*Факультет кафедры повышения квалификации и переподготовки
врачей 2-внутренних болезней, функциональной диагностики,
эндокринологии, фтизиатрии, управления здравоохранением и
общественного здравоохранения*

Андижанский государственный медицинский институт

**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТРЕСС ЭХОКАРДИОГРАФИИ
В ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Аннотация: Согласно современным рекомендациям, основная задача эхокардиографии (ЭхоКГ) при обследовании пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) – исключить альтернативные, некоронарогенные заболевания, которые могут являться причиной стенокардии. Таким образом, несмотря на то что ЭхоКГ покоя является важным инструментом для оценки функциональных показателей и анатомии сердца, в большинстве случаев она не дает диагностической ценности в плане наличия самого заболевания – ИБС.

Ключевые слова: стресс-эхокардиография, ишемическая болезни сердца, обследования, пациент.

Kalandarov D.M.

*Faculty of the department of advanced training and retraining of doctors
of 2 internal diseases, functional diagnostics, endocrinology, phthisiology,
health management and public health*

Andijan State Medical Institute

**MODERN POSSIBILITIES OF STRESS ECHOCARDIOGRAPHY
IN EXAMINATION OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART
DISEASE**

Abstract: According to current recommendations, the main task of echocardiography (EchoCG) when examining patients with coronary heart disease (IHD) is to exclude alternative, non-coronary diseases that can cause angina pectoris. Thus, despite the fact that resting echocardiography is an important tool for assessing the functional parameters and anatomy of the heart, in most cases it does not provide diagnostic value in terms of the presence of the disease itself - ischemic heart disease.

Key words: stress echocardiography, coronary heart disease, examinations, patient.

Актуальность. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в профилактике и лечении атеросклероза, что привело к улучшению качества жизни и прогноза у больных со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС)[2,4].

В связи с широким распространением чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и увеличением числа пациентов, которым планируется проведение реваскуляризации миокарда, возникает потребность в контроле за результатами эндоваскулярного лечения и своевременном предотвращении осложнений[1,3,5].

Цель исследования. Изучение возможностей стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) в оценке клинического состояния больных после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы. В исследование были включены 80 больных со стабильным течением ИБС, которым проведено ЧКВ. Через 6 и 12 мес после ЧКВ проводилась стресс-ЭхоКГ.

Результаты исследования. Все пациенты получали медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями до и после реваскуляризации, в том числе двойную антиагрегантную (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75–100 мг и клопидогрел 75 мг/сут)

и гиполипидемическую терапию. Прекратили прием клопидогрела через 6 мес после ЧКВ 3 (4%) больных, через 12 мес его продолжили лишь 60% больных.

Приверженность к лечению АСК и статинами была высокой в течение всего периода наблюдения (97 и 91% соответственно). Более 67% больных на момент включения в исследование получали иАПФ, прием препаратов к годовому визиту продолжили 64%. β -Адреноблокаторы были назначены 90% больных, к концу периода наблюдения 86% продолжили их прием.

Антагонисты кальция и нитраты длительного действия были рекомендованы к приему 24 и 20% больным соответственно. Через 12 мес потребность в приеме нитратов сохранялась у 6%, а прием антагонистов Ca^{2+} продолжили 22%. Около 20% больных были назначены диуретики, за период наблюдения потребность в их приеме снизилась до 15%.

Через 6 мес после ЧКВ у 89% (69) пациентов отмечалось клиническое улучшение – приступы стенокардии отсутствовали. У 11% (9) стенокардия сохранялась, из них у 6 – более низкого ФК, чем до стентирования. Из 9 больных, имевших стенокардию, ишемия миокарда ЛЖ была зарегистрирована у 5, 3 из них была проведена КГ. Рестенозы у этих больных выявлены не были, однако отмечалось прогрессирование атеросклероза КА в участках, не подвергавшихся ЧКВ.

Отрицательный результат стресс-ЭхоКГ имели 75% (58) больных, в 16% (12) случаев результат был положительный, а у 9% (7) пациентов проба не была доведена до диагностических критериев по объективным причинам (подъем АД, усталость больного). Из 12 больных с положительным результатом стресс-ЭхоКГ 5 была проведена контрольная КГ, при которой выявлено прогрессирование атеросклероза в артериях, ранее не подвергшихся ЧКВ. Через 12 мес после ЧКВ на контрольном визите у 90% (71) больных отсутствовала клиническая

симптоматика, в 10% (8) случаев сохранялись или возобновились клинические проявления стенокардии.

Из 8 больных со стенокардией 6 была проведена КГ, включая 4 больных с положительным результатом стресс-ЭхоКГ. При обследовании через год отрицательный результат пробы был зарегистрирован у 62% (48) больных, положительный у 14% (11), а у 24% (19) проба была не доведена до диагностических критериев (подъем АД, усталость больного).

В течение первого года наблюдения после выполненного чрескожного коронарного вмешательства у большинства пациентов отмечалось как благоприятное клиническое течение заболевания (отсутствие приступов стенокардии), так и улучшение показателей функционального состояния ЛЖ (повышение толерантности к физической нагрузке, увеличение двойного произведения на пике нагрузки, увеличение продолжительности нагрузочной пробы).

Вывод. Стресс-ЭхоКГ обладает большей чувствительностью, чем нагрузочная электрокардиография в выявлении ишемии миокарда у больных после чрескожного коронарного вмешательства (78% против 66%) в первые 12 мес после реваскуляризации.

Больным после реваскуляризации предпочтительнее проведение стресс-ЭхоКГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев А.С., Зимина В.Ю. Эхокардиография у детей и взрослых: руководство для врачей. М.: СпецЛит, 2015. 560 с.

2. Шальнова С.А., Деев А.Д. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) // Терапевтический архив. 2011. №. 1. С. 7-12.

3. Beresten N.F., Pavochkina E.S., Ozerskaya I.A., Medvedev M.V., Kitaev V.M. Remodeling of Arteries in Arterial Hypertension. New Diagnostic

Approaches to Assess the Remodeling of Elastic Arteries. Biosciences Biotechnology Research Asia. 2016. vol. 13. no. 4. P. 2007-2013.

4.Oberoi S., Schoepf U.J., Meyer M., Henzler T., Rowe G.W., Costello P., Nance, J.W. Progression of arterial stiffness and coronary atherosclerosis: longitudinal evaluation by cardiac CT. American journal of roentgenology. 2013. vol. 200. no. 4. P. 798-804.

5.Zanoli L., Lentini P., Briet M., Castellino P., House A. A., London G. M. Arterial Stiffness in the Heart Disease of CKD. Journal of the American Society of Nephrology. 2019. vol. 30. no. 6. P. 918-928