

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/referat/192056>

Тип работы: Реферат

Предмет: Медицина

Содержание.

Введение.....	2
1. Эпидемиология и оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.....	3
2. Патогенез атерогенеза при табакокурении.....	7
3. Особенности ведения пациентов, перенесших коронарное шунтирование.....	13
4. Влияние табакокурения на исход коронарного шунтирования.....	18
Заключение.....	25
Список использованной литературы.....	26

Введение.

Курение в России – это распространенное явление и одна из важнейших проблем государства, в частности здравоохранения. Употребление табака оказывает негативное влияние на организм человека, больше всего в организме курильщика страдают легкие и сердце. Курение, неправильное питание и малоподвижный образ жизни – одни из важнейших факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее частым ССЗ является ишемическая болезнь сердца.

В настоящее время медицина шагнула далеко вперед, что позволяет вовремя диагностировать атеросклеротические изменения коронарных артерий, ведущие к ишемии. Также появилось немало препаратов и методов лечения данного недуга. Однако смертность от ишемии и инфаркта миокарда до сих пор остается высокой, и значительный процент среди умерших составляют курильщики. Следовательно, создается предположение о том, что курение влияет не только на риск развития ишемической болезни, но и на вероятность осложнений данного недуга.

Коронарное шунтирование в данный момент считается самым эффективным методом лечения ишемии, однако, это довольно сложная хирургическая процедура, которая требует долгого и крайне осторожного восстановления. Главным правилом при проведении шунтирования было и остается отказ от курения. Для того, чтобы проверить целесообразность такого правила, следует изучить и проанализировать особенности коронарного шунтирования при ишемической болезни сердца, а также установить взаимосвязь табакокурения и исхода операции на сердце.

Таким образом, в данной работе мы рассмотрим ишемическую болезнь сердца, коронарное шунтирование и последствия курения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

1. Эпидемиология и оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Сердечно-сосудистые заболевания, сокращенно ССЗ, являются одной из первых причин смертности населения РФ. По данным статистики количество смертей от данного недуга составляет 57% от общей смертности. Причем 40% смертей приходится на трудоспособное население в возрасте 25-64 лет. В России мужчины умирают от ишемической болезни сердца в 10 раз чаще, чем во Франции, а от инсульта – в 6 раз. Кроме того, ССЗ является одной из самых частых причин для госпитализации[5].

Тем не менее, статистические данные по России варьируются в зависимости от региона и местности проживания. Так в селах и деревнях смертность выше, чем в городе. Это объяснимо, так как в городе и в селе совершенно разные уровни экономического развития. Не менее важную роль играет и состояние организма пациента, в частности, его образ жизни. Основными факторами развития ССЗ являются курение, избыточный вес, алкоголь, а также отсутствие квалифицированной медицинской помощи. Средняя продолжительность жизни мужчин на 12,5 лет меньше, чем у женщин.

Важнейшим условием снижения смертности от ССЗ является кардиоваскулярная профилактика. Для этого важно соблюдать основные условия, которые заключаются в своевременной медицинской помощи, пропаганде здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, разработка новых и эффективных методов лечения ССЗ.

В Проекте Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятого в первом чтении Государственной Думой Российской Федерации (РФ), профилактика определяется как «комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, включающих формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление заболеваний, причин и условий их возникновения и развития, а также на устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях».[2]

Развитие ССЗ тесно ассоциировано с особенностями ОЖ и связанных с ним ФР, которые, взаимодействуя с генетическими особенностями, способны ускорять развитие заболеваний.

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения РФ вносят: АГ (35,5 %), гиперхолестеринемия (23 %), курение (17,1 %), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9 %), избыточная МТ (12,5 %), избыточное потребление алкоголя (11,9 %) и гиподинамия (9 %). Результаты крупномасштабных международных исследований (в частности, исследования INTERHEART) показали, что во всем мире, независимо от региона проживания, 9 факторов оказывают определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда (ИМ). Это 6 ФР (повышающих риск развития инфаркта миокарда – ИМ): дислипидемия, курение, АГ, абдоминальное ожирение (АО), психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия), сахарный диабет (СД), – и 3 фактора антириска (понижающих риск): употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярное употребление очень малых доз алкоголя и регулярная ФА. Распространенность основных ФР в России достаточно высока: курят 59,8 % взрослых мужчин и 9,1 % женщин, имеют АГ – 39,9 и 41,1 %, гиперхолестеринемия – 56,9 и 55,0 %, ожирение – 11,8 и 26,5 % (соответственно).[8]

К числу сердечно-сосудистых (кардиоваскулярных) заболеваний, тесно связанных и обусловленных атеросклерозом, относятся:

- АГ;
- ИБС и ее осложнения (острый коронарный синдром (ОКС), ИМ);
- ЦВБ и их осложнения мозговые инсульты (МИ);
- поражения аорты (аневризмы стенки аорты);
- поражения периферических артерий;
- сердечная недостаточность (СН). [4]

Эпидемиологические исследования показали, что нарушения спектра липидов плазмы крови, с повышением уровней ХС-ЛНП и ТГ (ХС-ЛОНП) и снижением ХС-ЛВП – дислипидемии или дислипидопропротеидемии (ДЛП), входят в число трех наиболее мощных ФР ССЗ. В то же время накопленные к настоящему времени результаты многоцентровых рандомизированных плацебо контролируемых исследований по немедикаментозной (оздоровление ОЖ) и медикаментозной (в основном с применением статинов) коррекции указанных выше ДЛП, проведенных в целях как первичной, так и вторичной профилактики ССЗ, показали возможность снижения частоты клинических осложнений ССЗ, смертности от них и общей смертности до 12–42 %.[10]

Среди основных факторов риска развития ССЗ обозначены артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, метаболический синдром, алкоголь, маркеры воспаления и гемостатические факторы, генетическая предрасположенность и устойчивые нарушения сердечного ритма.

Оценка общего (суммарного) кардиоваскулярного риска имеет ключевое значение для выбора профилактической стратегии и конкретных вмешательств у пациентов, которые, как правило, имеют сочетание нескольких ФР.

Суммарный кардиоваскулярный (сердечно-сосудистый) риск – это вероятность развития связанного с атеросклерозом кардиоваскулярного события в течение определенного периода времени. Его следует рассчитывать обязательно, так как легко ошибиться, если исходить из уровней отдельных ФР. Так, из таблицы видно, что у пациента с уровнем общего ХС 8 ммоль/л без других ФР суммарный риск может быть в 10 раз ниже, чем у курящего и имеющего повышенное АД пациента с уровнем ОХС 5 ммоль/л, и, напротив, суммарный риск может быть высоким при, казалось бы, незначительно повышенных уровнях нескольких ФР.[10]

Существуют категории пациентов, у которых оценка суммарного риска очень проста.

Пациенты, имеющие в анамнезе ССЗ атеросклеротического типа, СД II и I типа при наличии микроальбуминурии, очень высокие уровни отдельных факторов риска и ХБП, находятся в группе высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска и нуждаются в активной профилактике.

С 2003 года в Европе рекомендуется пользоваться системой оценки риска SCORE, разработанной на

основании результатов когортных исследований, проведенных в 12 европейских странах, включая Россию. В России следует пользоваться шкалой SCORE для стран с высоким риском ССЗ. Шкала SCORE является надежным инструментом скрининга для выявления лиц с повышенным риском развития ССО.[15] Шкала риска SCORE оценивает риск любых фатальных осложнений атеросклероза, будь то смерть от ИБС, МИ или разрыва аневризмы аорты, а не только риск смерти от ИБС, как многие другие калькуляторы риска. Шкала SCORE оценивает риск всех фатальных кардиоваскулярных осложнений.

Шкала риска SCORE оценивает риск именно смерти от ССЗ, а не риск любых осложнений (включая фатальные и нефатальные).

Анализ данных когортных исследований, послуживших основанием для создания шкалы SCORE, показывает, что риск фатальных и нефатальных событий у мужчин примерно в 3 раза выше, чем риск только фатальных событий. То есть 5 % риск фатальных событий по шкале SCORE соответствует 15 % риску фатальных+нефатальных событий. Этот коэффициент пересчета риска несколько выше у женщин (он равен 4) и ниже у пожилых лиц. [7]

Известно, что в молодом возрасте абсолютный риск смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет очень низок, даже при наличии множественных ФР, что может дезориентировать как врачей, так и пациентов. Таким образом, мы видим, что ССЗ представляет собой довольно серьезную проблему. Как уже отмечалось ранее, наиболее частой причиной смертей становится ишемическая болезнь сердца. Она возникает вследствие органического поражения миокарда по причине нарушения кровотока в коронарных артериях. Кровоток же, в свою очередь, может быть нарушен вследствие атеросклероза коронарной артерии, спазма и внутрисосудистого тромбоза. Ишемическая болезнь сердца может быть представлена как нестабильными или приходящими, так и стабильными или хроническим состояниями.

В РФ, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. По данным Росстата, с 2010 года наблюдается планомерное снижение смертности от сердечно-сосудистых причин, и в 2017-м она составила 862895 человек или 587,6 на 100000 населения против 1151917 человек или 806,4 на 100000 населения в 2010 году. Тем не менее сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему остаются главной причиной смерти россиян – почти половина (47%) всех случаев смерти. Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца. Ежегодная смертность от ИБС среди населения РФ – 27%. Немаловажно, что 42% от всех умерших в результате ИБС умирают в трудоспособном возрасте. Больные с установленным диагнозом стабильной стенокардии умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем лица без этого заболевания. При этом только 40-50% всех больных ИБС знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50-60% случаев заболевание остается нераспознанным. Почти у половины больных с ИБС инфаркт миокарда (ИМ) является первым проявлением (манифестацией) заболевания. Это обусловлено тем, что с одной стороны, выявление ИБС представляет собой ряд отработанных диагностических мероприятий, алгоритм которых достаточно хорошо известен, с другой – затруднено при атипичной клинике стенокардии, безболевой ишемии миокарда, редких формах ИБС, ИБС у старшей возрастной группы с различными сопутствующими заболеваниями и прочее.

Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции увеличивается с возрастом у лиц обоего пола: с 5-7% среди женщин в возрасте 45-64 лет до 10-12% среди женщин в возрасте 65-85 лет, и с 4-7% среди мужчин в возрасте 45-64 лет до 12-14% среди мужчин в возрасте 45-64 лет. [7]

По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2-2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно погибают 0,6-1,4% больных, нефатальные ИМ случаются с частотой 0,6-2,7% в год. Однако в субпопуляциях с различными дополнительными факторами риска (ФР) эти значения могут существенно различаться.

Список использованной литературы.

1. Айдамиров, Я.А. Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца у пациентов пожилого и старческого возраста: дисс. ... канд. мед. наук.: 14.01.26 // Яшар Аммидинович Айдамирович. — М., 2018. — 106 с.
2. Акчурин, Р.С., 50 лекций по хирургии. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца – история и современность. / Р.С. Акчурин // Mediamedica. —2017. — С. 28-35.
3. Бокерия, Л.А, Олофинская, И.Е, Никонов, С.Ф. и др. Отдаленные результаты после операций на открытом сердце у больных старше 65 лет. / Л.А. Бокерия // Грудная и серд-сосуд. хир. — 2018. — № 6. — С. 26-31.

4. Бокерия, Л.А. Отдаленные результаты аортокоронарного шунтирования у больных ИБС пожилого возраста. / Л.А. Бокерия // Анналы хирургии. — 2017. — № 2. — С. 15-21.
5. Бокерия, Л.А., Олофинская, И.Е., Скопин, И.И. Анализ госпитальной летальности пациентов пожилого возраста после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения. / Л.А. Бокерия // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2017. — 5: 8-10.
6. Бокерия, Л.А., Скопин, И.И., Никонов, С.Ф. и др. Анализ отдаленных результатов операций на открытом сердце у больных пожилого возраста. / Л.А. Бокерия // Бюл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. — 2017. — Т. 8. — № 4. — С. 36.
7. Галимов, Н.М., Мартиросян, А.К., Жбанов, И.В., Урюжников, В.В., Киладзе, И.З., Ревешвили, Г.А., Шабалкин, Б.В., Перевертов, В.А., Александрова, Е.Н. Ближайшие и отдаленные результаты бимаммарного коронарного шунтирования у пожилых пациентов. / Н.М. Галимов // Журнал «Креативная кардиология» 2020. Т.13, № 4. С.328-338. DOI: 10.24022/1997-31872019-13-4-328-338.
8. Гамбарян М. Г., Драпкина О. М. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. Профилактическая медицина. 2018;21(5):45-62. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105145>
9. Гамбарян М.Г., Калинина А.М. Оказание медицинской помощи по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. Москва, 2012. - 42с.
10. Глобальные факторы риска для здоровья. Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. - Женева : ВОЗ, 2015. - 62 с.
11. Глянцев, С.П. Феномен Демикова. Пересадка жизненно-важных органов в эксперименте (1960). / С.П. Глянцев // Реваскуляризация миокарда, экспериментальная физиология кровообращения. — Трансплантология. — 2018. — 10(1):57-67. DOI:org/10.23873/2074-0506-2018-10-1-57-67. 10.
12. Жбанов, И.В., Мартиросян, А.К., Урюжников, В.В., Киладзе, И.З. Галимов, Н.М. Ревешвили, Г.А. и др. Множественное коронарное шунтирование с использованием двух внутренних грудных артерий. Клин. и экспериментальная хирургия. / И.В. Жбанов // Журнал им. акад. Б.В. Петровского. — 2018. — Т. 6, — № 4. — С. 66–74
13. Казакевич Д.С., Смычек В.Б., Власова-Розанская Е.В., Титко С.А. Медикосоциальная экспертиза больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования. Мед. новости. – 2018. - № 11. - 46-50.
14. Коломоец Н.М., Бакшеев В.И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца: руководство для врачей, обучающихся пациентов в школе больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. – М.: Медицина, 2018. – 336 с. 24.
15. Коронарное шунтирование: рекомендации Американской Ассоциации Сердца, Американского кардиологического колледжа. – Красноярск, 2017. – 220 с.
16. Сердечно-сосудистые заболевания 2017г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
17. Тарасов Р. С., Иванов С. В., Казанцев А. Н., Волков А. Н., Шабаетов А. Р., Баковский К. В., Лидер Р. Ю., Грачев К. И. Отдаленные исходы коронарного шунтирования у пациентов молодого возраста. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. - 57-63.
18. Российский статистический ежегодник. 2018 (на русском и английском языках). / Russian statistical yearbook. 2018 (in Russian and English) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://gks.ru/bgd/regl/b18_13/Main.htm
19. Шнейдер, Ю.А., Цой, В.Г., Павлов, А.А., Шиленко, П.А., Фоменко, М.С. Использование двух внутренних грудных артерий в хирургическом лечении ишемической болезни сердца. / Ю.А. Шнейдер // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. — 2019. — № 20 (2). — Р. 119-126. DOI: 10.24022/1810-0694-2019-20-2-119-126.
20. Экстрем А.В., Туровец М.И., Мозговой П.В., Попов А.С., Лопушков А.В. Профилактика осложнений коронарного шунтирования у пожилых пациентов // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №11. – 46-50
21. Эфрос Л.А., Самородская И.В. Выживаемость и трудоспособность у мужчин после коронарного шунтирования (анализ данных регистра). Клиническая медицина. 2017; 5: 27–31.
22. Aboyans V., Labrousse L., Lacroix P. et al. Predictive factors of stroke in patient undergoing coronary bypass grafting: statins are protective. Eur J Cardiothorac Surg 2018; 30: 300-4.
23. Abu-Omar Y, Taggart DP. The present status of off-pump coronary artery bypass grafting. Eur J Cardiothorac Surg. 2019; 36: 312-21.
24. Adams J, Cline MJ, Hubbard M, et al. A new paradigm for post-cardiac event resistance exercise guidelines. Am J

Cardiol. 2016; 97(2): 281-6.

25. Ades PA, Huang D, Weaver SO. Cardiac rehabilitation participation predicts lower rehospitalization costs. Am Heart J. 1992; 123: 916-21

26. Al-Khatib SM, Hafley G, Harrington RA, et al. Patterns of management of atrial fibrillation complicating coronary artery bypass grafting: results from the PProject of Exvivo Vein graft ENgineering via Transfection IV (PREVENT-IV) Trial. Am Heart J. 2019; 158: 792- 8.

27. Al-Sarraf N, Thalib L, Hughes A, Tolan M, Young V, McGovern E. Effect of smoking on short-term outcome of patients undergoing coronary artery bypass surgery. Ann Thorac Surg. 2008; 86: 517-23.
doi:10.1016/j.athoracsur.2018.03.070.

28. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes Care. 2018; 35(suppl 1): S11-S63.

29. Andrew MJ, Baker RA, Bennetts J, et al. A comparison of neuropsychologic deficits after extracardiac and intracaradiac surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2001;15:9 -14.

30. Arora P, Rajagopalam S, Ranjan R, et al. Preoperative use of angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers is associated with increased risk for acute kidney injury after cardiovascular surgery. Clin J Am Soc Nephrol. 2018; 3:1266 - 73.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/referat/192056>