

КАРДИОЛОГИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ

Митьковская Н.П.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра кардиологии и внутренних болезней,
г. Минск, Республика Беларусь*

Митьковская Наталья Павловна



Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии и внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет».

С августа 2008 года организовала и возглавляет 3-ю кафедру внутренних болезней БГМУ (с июля 2015 года кафедра кардиологии и внутренних болезней). Руководитель научно-педагогической школы БГМУ «Неотложная кардиология и профилактическая медицина в клинике внутренних болезней».

Высокая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы и их патофизиологическая ассоциация с различными коморбидными состояниями способствуют прогрессивному росту пациентов с сочетанием нескольких заболеваний и/или синдромов, включающих в качестве основной составляющей кардиальную патологию. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лечебно-диагностической и профилактической тактики. Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение болезней системы кровообращения (БСК) многогранно и взаимно. Наличие коморбидных заболеваний и высокого кардиоваскулярного риска способствует увеличению продолжительности госпитализации, наступлению инвалидности, препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме, увеличивает число осложнений.

В большинство проведенных рандомизированных клинических исследований включаются пациенты с изолированной кардиоваскулярной патологией, коморбидность при этом является критерием исключения, что не позволяет применять результаты этих исследований у пациентов с сочетанием нескольких взаимоотягощающих заболеваний. Многие заболевания имеют сходные клинические и лабораторные проявления, а выполнение дифференциально-диагностического поиска затруднено в связи с невозможностью выполнения нагрузочных тестов, применения контрастного вещества при исследовании и т.д.

Наличие коморбидных состояний сопровождается полипрагмазией, что усложняет контроль над эффективностью терапии, снижает приверженность к лечению, способствует увеличению вероятности развития местных и системных побочных эффектов лекарственных препаратов. Лечение коморбидных состояний требует тщательного соблюдения требований рациональной фармакотерапии, высокого профессионализма Доктора, умения выделить главное и не упустить прогрессирующее фоновых состояний, которые способны наносить сокрушительные удары по надежде на благополучный исход основного заболевания. Внедрение научно-практического подхода к диагностике, лечению, профилактике коморбидных состояний, во главе которых стоит сердечно-сосудистая проблема, формирует глубокое профессиональное мышление у молодого специалиста и увлекает многоопытного практикующего врача в потребность постоянного самосовершенствования в области **коморбидной кардиологии**

Коморбидность представляет серьезную проблему для практического врача, так как лечение нескольких заболеваний требует увеличения широкой эрудиции специалиста, в связи с этим разработка алгоритмов диагностики и лечения коморбидных состояний становится все более актуальной проблемой современной системы здравоохранения.

Первыми способами оценки коморбидности стали система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) и индекс Kaplan–Feinstein. Система CIRS позволяет оценивать количество и тяжесть хронических заболеваний у пациентов с коморбидной патологией. Вариант системы CIRS для пожилых пациентов известен под названием CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics). Индекс Kaplan–Feinstein создан на основе изучения воздействия сопутствующих заболеваний на 5-летнюю выживаемость больных сахарным диабетом 2-го типа и дает суммарную оценку состояния каждой из систем по сумме баллов, позволяет осуществлять независимый анализ злокачественных новообразований и их тяжести.

Среди существующих сегодня систем оценки коморбидности наиболее распространены шкала ICED и индекс Charlsona, который представляет собой балльную систему оценки наличия сопутствующих заболеваний и используется для прогноза летальности и смертности больных; также применяются Index of Co-Existent Disease, Geriatric Index of Comorbidity, 2002, индекс FCI (Functional Comorbidity Index, 2005), индекс TIBI (Total Illness Burden Index, 2009), ряд шкал, позволяющих пациентам самостоятельно оценивать свою коморбидность [22].

При оценке тяжести коморбидных состояний и взаимоотношения клинической картины у конкретного пациента в случае наличия в качестве ведущей патологии сердечно-сосудистой проблемы, либо высокого кардиоваскулярного риска, с нашей точки зрения, с учетом проведенных в коллективе исследований, представляется целесообразным рассмотреть двух патофизиологических ситуаций:

- 1) наличие патологии сердечно-сосудистой системы, течение и прогноз которой усугубляется коморбидными состояниями;
- 2) заболевания различных органов и систем, течение которых сопровождается прогрессивным нарастанием сердечно-сосудистых рисков.

При изучении первого варианта клинических состояний на доклинической стадии развития сердечно-сосудистой патологии нами установлена связь агрессивного нарастающего кальциноза коронарных артерий с индексами инсулинорезистентности и секреторной дисфункцией жировой ткани: у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и метаболическим синдромом (МС) доказана ассоциация с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений [1,3,10,11,14].

Течение инфаркта миокарда (ИМ) на фоне МС характеризовалось высокой распространенностью осложнений острого периода заболевания, имеющих доказанное влияние в отношении краткосрочного и долгосрочного прогнозов: острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока, ранней постинфарктной стенокардии и нарушений сердечного ритма с неблагоприятным прогностическим влиянием (фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии, фибрилляции и трепетания предсердий), острой почечной недостаточности [4,15,16,21]; большей распространенностью и степенью выраженности депрессивных и тревожных расстройств [4,8,20].

У пациентов с ИМ, осложненным инфарктом мозга, установлено исходно более тяжелое течение хронической цереброваскулярной недостаточности, чем у пациентов с изолированным инфарктом мозга: структурно-морфологические изменения ликворосодержащих систем головного мозга различной степени тяжести, характеризующиеся увеличением в объеме вентрикулярных структур с нарушением их физиологического соотношения преимущественно в боковых желудочках, а так же патологическое

расширение субарахноидальных пространств на всех исследуемых уровнях головного мозга тяжелой степени, что формировало морфологическую основу смешанной формы церебральной атрофии [2].

Течение постинфарктного кардиосклероза на фоне абдоминального ожирения у 80% пациентов осложнялось развитием ранних, имеющих доказанное влияние в отношении краткосрочного и долгосрочного прогнозов, осложнений острого периода заболевания. Наличие абдоминального ожирения сопровождалось в течение 12 месяцев постинфарктного периода ремоделированием левого желудочка по дезадаптивному типу, отсутствием динамики массы мышечной ткани. Через 36 месяцев постинфарктного наблюдения у пациентов с абдоминальным ожирением доля лиц, умерших от сердечно-сосудистых причин составила 15%, у лиц без сопутствующего ожирения эпизодов смерти зарегистрировано не было при сопоставимых показателях сердечно-сосудистой системы на этапе проведения реперфузионной терапии [13].

Постинфарктный период у пациентов с развившимся в течение года неблагоприятным исходом (повторный ИМ, смертельный исход) характеризовался большей распространенностью и степенью выраженности тревожно-депрессивных нарушений, в сравнении с пациентами без повторного ИМ. Высокая частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений среди пациентов с повторным ИМ и смертельным исходом характеризовалась большим числом лиц, имеющих дистрессорный тип личности Д, что в сочетании с более тяжелыми соматическими нарушениями выражалось в более низких значениях связанного со здоровьем качества жизни по обоим итоговым шкалам, отражающим «физический» и «психологический» компоненты качества жизни [12].

Наличие у беременных МС характеризовалось большей частотой встречаемости и степенью выраженности эндотелиальной дисфункции, что подтверждалось более высокими значениями лабораторных показателей (эндотелина-1, гомоцистеина), большим удельным весом женщин со сниженной и парадоксальной эндотелийзависимой вазодилатацией, что увеличивало вероятность осложненного течения и неблагоприятных исходов беременности [6].

При анализе сердечно-сосудистых рисков пациентов с различной патологией органов и систем (**вариант коморбидности с высоким кардиоваскулярным риском**) нами получены результаты, которые подтверждают вклад системного воспаления в развитие и прогрессирование атеросклеротического процесса.

Комплексное инструментальное обследование пациентов с умеренной активностью ревматоидного артрита (РА) выявило повышение содержания матриксной металлопротеиназы-9, уровней высокочувствительного С-реактивного белка и мозгового натрийуретического пептида, что сочеталось с активацией системного воспаления, выраженностью коронарного кальциноза и стресс-индуцированными нарушениями локальной сократимости левого желудочка [7].

Важность коморбидности как неблагоприятного прогностического фактора подчеркнута включением этого понятия в определение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ (GOLD, 2011). Finkelstein J. et al., 2009 установили, что популяция лиц с ХОБЛ имеет распространенность БСК в 2 раза выше по сравнению с лицами без ХОБЛ. В значительной степени эти особенности обусловлены снижением давления и содержания O_2 в артериальной крови, а также повышением шунтирования крови в малом круге [18].

Наличие кардиоваскулярных факторов риска в общей популяции и у больных, нуждающихся в трансплантации органов и тканей, может оказывать различное по интенсивности влияние на отдаленный прогноз. У пациентов после трансплантации печени и почек выявлены признаки повреждения и дисфункции эндотелия, повышения

протромбогенного потенциала, непосредственно связанных с активностью системного воспаления. В связи с этим актуальной является оценка глобального риска у реципиентов донорских органов, изучение динамики их состояния и кардиоваскулярного риска после трансплантации [9,17,19].

Наличие острой хирургической патологии значительно повышает кардиоваскулярные риски. В 2014 году были опубликованы рекомендации по оценке сердечно-сосудистого риска при проведении некардиологических оперативных вмешательств и подходам в снижении сердечно-сосудистого риска при операциях [2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery, 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management]; приведены данные о большой распространенности БСК в структуре послеоперационных причин летальности (до 42% по данным ESC/ESA, 2014), что обусловило актуальность изучения послеоперационных сердечно-сосудистых событий и мер профилактики по борьбе с ними во всем мире и явилось основанием для выполнения инновационного проекта на кафедре кардиологии и внутренних болезней БГМУ [5].

Riihimäki M. et al., 2012 продемонстрировали, что в половине случаев пациенты со злокачественными новообразованиями молочной железы и простаты умирают от БСК. Современные методы диагностики рака молочной железы (РМЖ) способствуют выявлению заболевания на начальных стадиях, что в сочетании с усовершенствованием методов лечения приводит к увеличению выживаемости и увеличивает число пациентов с риском развития кардиотоксических эффектов. В связи с увеличением выживаемости пациентов с РМЖ, актуальной становится проблема улучшения качества жизни, которое снижается из-за преждевременного развития коронарной патологии сердца, поражения перикарда и клапанного аппарата, кардиомиопатии, возникновения нарушений ритма и проводимости, прогрессирования хронической сердечной недостаточности, рефрактерной к стандартной терапии [23].

Рациональная медикаментозная тактика состояний, которые можно объединить термином «коморбидная кардиология», заключается в назначении препаратов, не способствующих полипрагмазии, применении низкодозовых комбинаций, индивидуальном подходе к каждому пациенту с учетом полиморбидности.

Таким образом, разработка и внедрение технологии выбора диагностической и лечебно-профилактической тактики у пациентов с коморбидной патологией и умеренным, высоким и очень высоким риском кардиоваскулярных осложнений, создание программ оценки риска сердечно-сосудистых катастроф на этапе хронического течения коморбидных состояний и их обострений является актуальной медико-социальной проблемой практического здравоохранения, решение которой позволит осуществлять эффективную индивидуализированную профилактическую терапию.

Литература:

1. Безболевая ишемия миокарда у пациентов с метаболическим синдромом: стратификация кардиоваскулярного риска / Н.П. Митьковская, И.В. Патеюк, Т.В. Статкевич, В.И. Терехов, Э.И. Шкробнева // Новости медико-биологических наук. – 2015. – Вып. № 3. – С. 39-42.
2. Герасименко, Д.С. Некоторые показатели стресс-реализующей эндокринной системы у больных с острым коронарным синдромом и острым ишемическим повреждением головного мозга / Д.С. Герасименко // Мед. журн. – 2008. – № 3. – С. 89–90.
3. Григоренко, Е.А. Современные концепции стратификации кардиоваскулярного риска / Е.А. Григоренко, Н.П. Митьковская, Е.А. Лазарь // Мед. журн. – 2013. – № 2. – С. 16–19.

4. Инфаркт миокарда на фоне метаболического синдрома / Т.В. Статкевич, Н.П. Митьковская, Д.Б. Гончарик, И.В. Головач, Е.Г. Оганова, Л.Л. Авдей // Медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 139-141.
5. Кардиоваскулярный риск у пациентов с патологией гепатобилиарной системы / Н.П. Митьковская, С.И. Третьяк, Е.А. Григоренко, Д.С. Герасименко // Весці НАН Беларусі. Сер. мед. навук. – 2015. – № 1. – С. 90–94.
6. Метаболический синдром и беременность / А.Ю. Захарко [и др.] // Весці НАН Беларусі. Сер. мед. навук. – 2015. – №1. – С. 118-123.
7. Митьковская Н.П. Атеросклероз у пациентов с ревматоидным артритом: роль некоторых показателей воспаления и эндотелиальной дисфункции / Н.П. Митьковская, Л.Л. Авдей, Е.Г. Оганова, Т.А. Курак, и др. // Лечебное дело. – 2011. - №3 (19). – с. 34-39.
8. Митьковская Н.П. Острые кардиоваскулярные катастрофы и психологические расстройства у лиц с метаболическим синдромом / О.А. Скугаревский, Т.В. Статкевич, Л.Л. Авдей, и др. // Лечебное дело. – 2011-№5.-с.43-53.
9. Митьковская, Н.П. Проспективный мониторинг кардиоваскулярных факторов риска у реципиентов трансплантатов печени и почек / Н.П. Митьковская, О.О. Руммо, Е.А. Григоренко // Сердечная недостаточность. – 2014. – № 3. – С. 31–35.
10. Митьковская, Н.П. Сердце и метаболический риск: монография / Н.П. Митьковская, Е.А. Григоренко, Л.И. Данилова. – Минск: Белорус. наука, 2008. – 277 с.
11. Морфометрия эпикардальной жировой ткани в оценке риска коронарного атеросклероза / Н. П. Митьковская, Т.В. Ильина, Л.Л. Авдей, Т.В. Статкевич // Кардиология в Беларуси. – 2014. – № 1 (32) – С.139-147.
12. Пинчук, А.Ф. Течение острого инфаркта миокарда у пациентов с депрессивными расстройствами, прогностическая роль провоспалительных цитокинов / А.Ф. Пинчук // Медицинский журнал. – 2015. – Вып. №1. – С. 109-111.
13. Постинфарктный кардиосклероз на фоне висцерального типа ожирения / Е.Б. Петрова, Н.П. Митьковская, Т.В. Статкевич, Л.В. Картун // Кардиология в Беларуси. – 2015. – № 3(40). – С. 46–66.
14. Прогностическая значимость раннего выявления мультифокального атеросклероза у лиц с метаболическим синдромом / Н.П. Митьковская, Е.А. Григоренко, Е.В. Моклая, Л.Л. Авдей, Т.В. Ильина // Экстренная медицина. – 2014. – № 1. – С. 97–102.
15. Сахарный диабет и метаболический синдром как фактор риска развития осложнений инфаркта миокарда / Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Жук А.В., Смирнова Е.С., Галицкая С.С., Балыш Е.М. // Мед. журнал. – 2012. – № 4. – С.–83-86.
16. Смирнова, Е.С. Интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли- α у пациентов с гипергликемией на фоне инфаркта миокарда / Е.С. Смирнова, Н.П. Митьковская, Л.В. Картун // Кардиология в Беларуси. – 2015. – № 3. – С. 27–37.
17. Смолякова, М.В. Кардиоваскулярные нарушения у реципиентов трансплантата почки / М.В. Смолякова, Н.П. Митьковская, О.В. Калачик // Медицинский журнал. – 2015. - №1. – С. 139-143.
18. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у лиц с хронической обструктивной болезнью легких / Лапицкий Д.В.[и др.] // Весці НАН Беларусі. Сер. мед. навук. – 2014. – № 4. – С. 32–43.
19. Tong B. Comorbidity of cardiovascular disease, diabetes and chronic kidney disease in Australian / B.Tong, C.Stevenson / Institute of Health and Welfare Canberra. – 2007. – 69p.
20. Cardiorenal syndrome / C.Ronco [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2008. – Vol. 52, № 19. – P. 1527–1539.
21. Current myocardial infarction markers of unfavourable prognosis in metabolic syndrome / N.P. Mitkovskaya [et al.] // Кардиология в Беларуси. – 2011, Special issue. – С. 61–72.
22. How to measure comorbidity: a critical review of available methods /De Groot V. [et al.] // J Clin Epidemiol. – 2003. – 56 (3). – P. 221–229.
23. Yusuf, S.W. Radiation-Induced Heart Disease: A Clinical Update / S.W. Yusuf, S. Sami, I.N.Daher // Cardiol. Res. Pract. – 2011. - Vol. 2011. – P. 1-9.