

ОБ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

К.Н. Грищенко, В.В. Воинова, И.Г. Колесникова

Белорусский государственный медицинский университет

В последние годы достигнут значительный прогресс в выявлении и лечении сердечно-сосудистой патологии, в том числе различных форм артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (ИБС). Однако, не смотря на предпринимаемые учеными усилия, частные вопросы их этиологии и патогенеза остаются не раскрытыми. В литературе имеются ссылки на возможность сочетания сердечнососудистой патологии с заболеваниями почек, желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей. [1, 3, 5, 6, 7]

Основную роль в возникновении язв при ИБС играют следующие факторы: нарушение микроциркуляции СОЖ, снижение скорости кровотока в сосудах стенки желудка, повышение показателей свертывающей системы крови, дислипидемия. Хорошо известно, что при артериальной гипертензии и эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны выявляются общие патогенетические и этиологические факторы, отражающие синтропию данного сочетания. В патогенезе данной синтропии имеют значение системные сосудистые нарушения на уровне артериол, снижение гипотензивной функции непарных органов брюшной полости (желудка и кишечника). У больных с ИБС в сочетании с гастродуоденальными язвами часто выявляется атипичное течение язв, что позволяет предположить их симптоматический характер [4].

Ведущими факторами в патогенезе АГ при заболеваниях почек являются [2]:

1) нарушение водно-электролитного баланса (задержка натрия и воды), что обусловлено дисфункцией противоточно-множительной системы почечных канальцев и снижением фильтрационной способности почек при развитии гломерулосклероза;

2) активация прессорных гормональных систем (ренин-ангиотензиновой, симпатoadреналовой, констрикторных гормонов эндотелия — эндотелинов);

3) угнетение депрессорных гормональных систем (почечных простагландинов, калликреин-кининовой системы и гормона эндотелия — оксида азота).

В то же время, не определена роль коморбидных состояний в патогенезе артериальной гипертензии и ИБС.

Цель исследования: изучить особенности формирования популяции больных ИБС и АГ, ее характерные и, возможно, отличительные особенности.

Материалы и методы. Начальным этапом было сравнение коморбидных состояний у больных артериальной гипертензией (АГ) и ИБС по сравнению с пациентами отделения нефрологии. Исходным материалом служили истории болезни двух отделений клинической больницы № 1 г. Минска: второго инфарктного (исследовано 88 человек: 44 мужчин и 44 женщины) и отделения нефрологии (исследовано 50 человек: 18 мужчин и 32 женщины).

Во второй части исследования мы поставили задачу определить наиболее характерные черты людей в популяции больных инфарктом миокарда, для чего проводили оценку различных социокультурных и бытовых факторов среди больных инфарктом миокарда по сравнению с больными со стабильной стенокардией. Для достижения поставленной цели были поставлены следующие задачи: изучить возраст, пол и принадлежность к различным социальным группам пациентов; определить наличие связи между значением индекса массы тела и полом, образованием, наличием сахарного диабета, профессией, работой на вредном производстве, регулярностью питания; исследовать зависимость времени и обстоятельств, при которых произошел приступ ишемии; изучить связь между регулярностью питания и возникновением сахарного диабета; установить гендерные различия в фактах наличия семьи, дачного участка, хобби, анамнестических данных работы на вредном производстве, нарушений сна, приверженности занятиям спортом в молодом возрасте, курения. Работа была выполнена на базе 2-го инфарктного отделения 1-й городской клинической больницы города Минска. Проводилось анкетирование больных с мелкоочаговым, крупноочаговым, трансмуральным и повторным инфарктами миокарда.

Результаты их обсуждение. При рассмотрении возрастного состава пациентов инфарктного отделения обнаружено, что самый молодой возраст у пациентов с АГ (выявлено 2 случая до 30 лет). Возраст пациентов с сочетанием ИБС и АГ более разнообразен: от 30 лет до 88, однако наибольшая

доля заболевших наблюдалась в возрастной группе от 50 до 80 лет (67% мужчин и 78% женщин). Аналогичная картина наблюдается и среди пациентов с ИБС.

При анализе сопутствующих заболеваний пациентов инфарктного отделения выявлено, что возраст мужчин, заболевших язвой желудка, колеблется от 30 до 80 лет, а женщин — старше 50 лет. Пациенты с язвой двенадцатиперстной кишки и заболеваниями мочевыделительной системы наблюдались в возрасте от 50 лет и старше. При заболевании ЖКБ замечено следующее: возраст заболевших мужчин — от 40 до 60 лет, женщин — старше 60 лет. Среди болеющих сахарным диабетом число женщин в 2 раза превышает число мужчин. Возрастной диапазон больных СД широк — от 30 до 80 лет.

При анализе структуры заболеваний пациентов инфарктного отделения выявлено, что у женщин в большей степени, чем у мужчин, наблюдаются метаболические нарушения: сахарный диабет (45,5% у женщин против 22,7% у мужчин); ЖКБ (22,7% у женщин против 6,8% у мужчин), а также заболевания мочевыделительной системы (15,9% против 6,8%). У мужчин выявлена большая склонность к язве двенадцатиперстной кишки (18,2% у мужчин против 9,1% у женщин) и язве желудка (9,1% у мужчин против 6,8% у женщин).

Среди всех исследованных заболеваний пациентов нефрологии первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы: данные заболевания выявлены у 78,1% женщин и у 61,1% мужчин. У этих пациентов выявлена схожая с инфарктным отделением тенденция по заболеванию язвой двенадцатиперстной кишки и ЖКБ: по первому заболеванию доля мужчин больше на 7,4 процентных пункта, по второму — 15,6% пациенток отделения нефрологии, среди исследованных мужчин данное заболевание не выявлено. По заболеванию сахарным диабетом в нефрологическом отделении наблюдается обратная тенденция: выше удельный вес мужчин на 4,9 процентных пункта.

Для пациентов инфарктного отделения характерна следующая структура заболеваний сердечно-сосудистой патологией: 68,2% пациентов болеют одновременно ИБС и АГ, 25% - только ИБС, 6,8% — АГ. Женщины в большей степени, чем мужчины, склонны к сочетанию ИБС и АГ: 81,8% женщин, а мужчин — 54,5% от их общего числа. Мужчины более склонны к изолированным формам ИБС (36,4%) или АГ (9,1%).

У пациентов нефрологии наблюдается иная структура сочетанной заболеваемости. АГ по частоте встречаемости занимает первое место: у мужчин доля - 33,3%, у женщин - 40,6%. На втором месте — сочетание ИБС и АГ (у женщин — 31,2%, у мужчин — 22,2%), наименьшая доля принадлежит ИБС (соответственно 6,3% и 5,6%). Оказалось, что у мужчин в меньшей степени, чем у женщин, появляются заболевания сердечно-сосудистой системы: мужчины без них составляют 38,9%, а женщины — 21,9%.

Артериальная гипертензия может быть причиной поражения почек и развития нефроангиосклероза (первично сморщенной почки), а АГ, развившаяся на фоне уже имеющейся почечной патологии, усугубляет поражение почек и ускоряет развитие почечной недостаточности. Это происходит за счет нарушений внутривисцеральной гемодинамики — внутриклубочковой гипертензии и развития гиперfiltrации, основных факторов неиммунного прогрессирования хронической почечной недостаточности. Для гипертензии при заболеваниях почек также характерна хорошая субъективная переносимость АГ, отсутствие кризов, повышение преимущественно диастолического АД, молодой возраст больных, отсутствие наследственной предрасположенности, предшествующий почечный анамнез [2].

Далее нами были проанализирована распространенность некоторых социокультурных факторов в популяции больных ИБС. Средний возраст пациентов составил $66,61 \pm 14,49$ лет (у мужчин — $63,67 \pm 14,15$ лет, а среди женщин — $71,90 \pm 14,17$ лет). Выявлены достоверные различия по индексу массы тела (ИМТ). Так, для женщин ИМТ составил в среднем $30,53 \pm 5,68$ кг/м², а для мужчин $26,10 \pm 4,58$ кг/м² ($p \leq 0,05$). ИМТ в контрольной группе пациентов со стабильной стенокардией без инфаркта миокарда в анамнезе оказался $31,41 \pm 4,76$ кг/м². Из всех обследованных пациентов 21% страдали сахарным диабетом, однако ИМТ выявлялся без особенных различий в группах с наличием либо отсутствием сахарного диабета. Жалобы на сон предъявляли 28% мужчин с инфарктом миокарда и лишь 20% женщин. Обратные числа обнаружены при сравнении гендерных различий в привязанности к занятиям физкультурой и спортом в молодости. Активно занимались спортом 90% больных мужчин и 12% женщин (50% и мужчин и женщин, страдающих стабильной стенокардией). Служили в армии 83% мужчин, больных инфарктом миокарда. По критерию наличия семьи также зафиксированы достоверные различия: семейными себя признали 50% женщин и 94% мужчин, больных инфарктом миокарда. В этой группе не было достоверных половых различий

по факту содержания домашнего животного (45% в среднем). В группе со стабильной стенокардией положительно на этот вопрос ответили 67% больных. Почти в 2 раза больше мужчин (78%), перенесших инфаркт миокарда, имеют садовый участок, в то время как активными дачницами себя признали только 40% больных женщин. В контроле со стабильной стенокардией факт наличия дачи признали около 90% респондентов. Не обнаружено различий между группами в приверженности к достаточному ночному отдыху (8–10 часов): в среднем этот показатель колебался от 75 до 80%. Средний возраст курящих пациентов составил $56,91 \pm 10,82$ года. Согласно стандартным тестам Айзенка оценивали тип темперамента. Большая часть больных инфарктом миокарда оказались холериками (45%), среди больных стабильной стенокардией обнаружено 50% меланхоликов.

Выводы.

1. Выявлены различия коморбидности больных в кардиологическом и нефрологическом отделениях: в кардиологии преобладают сахарный диабет и другие нарушения обмена веществ, а в нефрологии — патология сердечнососудистой системы.

2. Мужчины в большей мере, чем женщины, склонны к изолированному течению ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

3. Большая часть больных инфарктом миокарда оказались холериками.

4. Выявлены достоверные различия между мужчинами и женщинами, перенесшими инфаркт миокарда, в показателе индекса массы тела.

Литература.

1) Поражение сердечно-сосудистой системы при хронической почечной недостаточности: опыт 15-летнего проспективного наблюдения / Дядык, А.И. [и др.] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rql.kiev.ua/cardio_j/2002/4/dyadyk.htm.

2) Корякова, Н.Н., Рождественская, Е.Д. Артериальная гипертензия при заболеваниях почек: механизмы формирования и особенности лечения // Вестник первой областной клинической больницы, выпуск второй, № 1, 2000. Екатеринбург. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.okb1.mplik.ru/1/008.html>

3) Подзолков В.И., Булатов В.А. Миокард. Нефрон. Взгляд через призму эволюции артериальной гипертензии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_5957.htm

4) Фадеев Г.Д., Фролова-Романюк Э.Ю. Вторичные поражения желудка в практике врача-терапевта. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://m-l.com.ua/?aid=885>

5) Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца / Шилов, А.М. [и др.] // Русский медицинский журнал от 03 ноября 2008г., том 16, № 25. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/numbers_432.htm.

6) Медведева, В.Н. Атеросклероз брюшной аорты и сонных артерий и его коррекция с содержанием липидов в сыроворотке крови при желчнокаменной болезни / В.Н. Медведева, С.И. Курицина, В.Н. Медведев // Кардиология. – 2003. – Т.37. – №8. – С.40–45.

7) Konnel W. Hipertension and other risk factors in coronary heart disease//Amer. Heart J. – 1987. – Vol.114. – N4. – P.918–925.

THE DISTINCTIVE FEATURES OF A POPULATION OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND HYPERTENSION

K.N. Grischenko, V.V. Voinova, I.G. Kolesnikova

Some of the commonest chronic diseases experienced by older people in the general population are cardiovascular diseases, diabetes mellitus, and kidney's diseases. These conditions also commonly co-occur. Yet, there have been few studies investigating specific a priori hypotheses in testing the comorbid interaction between chronic diseases and related health and healthcare outcomes. It is also unknown whether the stage or severity of the chronic disease influences the comorbidity impact. The overall plan is to investigate the interaction between cardiovascular severity groups (hypertension, ischaemic heart disease and heart failure) diabetes mellitus, and kidney's diseases comorbidity. We also separate the heart diseases cohort and study its social features and prevalence (occupations, hobby, army duty, smoking, sport skills).