

А.Ю. РОДИОНОВА, В.В. СЕРГЕЕВА

УДК 616.12-008.331.1:616.379-008.64

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей — экспертов ФМБА России

Структура метаболического синдрома у пациентов с артериальной гипертензией, имеющих ограничения жизнедеятельности

Родионова Анна Юрьевна

ассистент кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации (специализации)

194044, г. Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский проспект, д.11, лит. А,

тел. 8-921-563-98-93, e-mail: rodionowa.aniuta@yandex.ru

Представлены результаты клинико-экспертного обследования больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. У пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в сочетании с перенесенными ОНМК и /или ОИМ с большей частотой выявлены низкий уровень ЛПВП и высокое содержание ТГЛ в отличие от больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом без ОНМК и ОИМ, у которых преобладает высокий уровень ЛПНП. Для пациентов с сосудистыми осложнениями в анамнезе характерна более высокая степень ограничения способности к самостоятельному передвижению и трудовой деятельности.

Ключевые слова: метаболический синдром, артериальная гипертензия, ограничения жизнедеятельности.

A.Y. RODIONOVA, V.V. SERGEEVA

Saint-Petersburg Institute for Postgraduated Education of doctors-experts FMBA of Russia

The structure of the metabolic syndrome in patients with hypertension and disability

The results of the clinic — an expert examination of patients with hypertension and metabolic syndrome are presented. In patients with hypertension and metabolic syndrome in conjunction with previous stroke and / or acute myocardial infarction with a greater frequency of identified low HDL and high levels of Tg, in contrast to patients with hypertension and metabolic syndrome without stroke and MI, which dominates the high level of LDL. For patients with a history of vascular complications have a higher degree of restriction of the ability of independent travel and work.

Keywords: metabolic syndrome, hypertension, Disability.

В настоящее время в структуре первичной инвалидности болезни системы кровообращения занимают первое ранговое место, составляя в среднем 48,5% [1, 2]. Ежегодно более 500 тыс. человек впервые признаются инвалидами по данному классу болезней [1]. Не вызывает сомнения, что инвалидность вследствие болезней системы кровообращения является геронтологической проблемой, однако в последние годы отмечается некоторое увеличение числа инвалидов молодого возраста [3, 4].

Одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире является метаболический синдром (МС), приводящий к значительным трудовым потерям, увеличению расходов на лечение и реабилитацию больных [5-8]. Сочета-

ние компонентов МС ускоряет развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), значительно чаще приводит к различным сердечно-сосудистым осложнениям (ССО) и увеличивает смертность пациентов [9, 10]. По мнению С.В. Чернавского (2012), в течение семи лет с момента выявления МС в 15% случаев развивается инфаркт миокарда, а в 13% — инфаркт головного мозга [11]. Практически все специалисты, работающие в области эпидемиологии ССЗ, считают, что в дальнейшем в мире доля смертей от ССЗ будет возрастать [5].

В нашей стране одним из доминирующих компонентов МС является артериальная гипертензия (АГ) [12-14]. В настоящее время АГ многими авторами рассматривается именно в рамках

проявления МС [15]. Установлено, что у лиц с АГ в 60% случаев обнаруживаются различные варианты МС [16].

АГ является одним из заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидности [17]. Однако некоторые авторы отмечают увеличение случаев необоснованного направления пациентов с ГБ на медико-социальную экспертизу (МСЭ) за последние годы [18]. Вероятно, одной из причин необоснованных направлений пациентов на МСЭ является недостаточный уровень знаний врачами лечебно-профилактических учреждений критериев признания гражданина инвалидом [18].

Необходимо четкое понимание того, что не все больные с ГБ являются инвалидами. Согласно постановлению Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95, условиями признания гражданина инвалидом являются: 1) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами; 2) ограничение жизнедеятельности (ОЖД); 3) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию [19, 20]. При этом только наличие всех трех вышеперечисленных пунктов служит основанием для признания лица инвалидом [19].

Как показывает опыт, пациенты с МС направляются в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в большинстве случаев с диагнозом «гипертоническая болезнь». Однако остается неясным значимость компонентов МС в ОЖД и социальной недостаточности больных с АГ, что и явилось основанием для проведения нашего научного исследования.

Материалы и методы исследования

В исследование включено 112 пациентов с АГ и различными компонентами МС, освидетельствованные в БМСЭ Санкт-Петербурга. Больные были разделены на две группы. Первую

Таблица 1.
Распределение пациентов по уровню артериальной гипертензии (%)

	Первая группа (n=69)	Вторая группа (n=43)	Уровень достоверности
АГ I степени	6,5	-	-
АГ II степени	27,8	27,3	н. д.
АГ III степени	65,7	72,7	н. д.

Таблица 2.
Наличие сосудистых осложнений в анамнезе у второй группы обследуемых (%)

ОНМК	ОИМ	ОНМК + ОИМ
46,5	48,8	4,7

Таблица 3.
Частота метаболического синдрома у пациентов с артериальной гипертензией (%)

Критерии МС	Первая группа	Вторая группа
ВНОК (2009)	73,8	57,1
NCEP/ATP III (2001)	75,6	64,7
IDF (2006)	71,7	54,5

Таблица 4.
Частота отдельных компонентов метаболического синдрома у пациентов с артериальной гипертензией (%)

Компоненты МС	Первая группа	Вторая группа
Гипергликемия натощак	83,9	84,2
Абдоминальное ожирение	82,1	78,9
Повышение уровня ЛПНП	35,7	15,8*
Повышение уровня ТГЛ	29,7	57,9*
Снижение уровня ЛПВП	9,1	31,6*

* — статистически значимые различия ($p < 0,01$) по сравнению с первой группой

Таблица 5.
Категории ограничений жизнедеятельности у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом (%)

Категории ОЖД	Первая группа	Вторая группа
Ограничение способности к трудовой деятельности		
I степени	48,9	45,5
II степени	17,0	50,0*
III степени	4,3	-
Ограничение способности к самостоятельному передвижению		
I степени	46,8	40,9
II степени	17,0	50,0*
Ограничение способности к самообслуживанию		
I степени	34,0	40,9
II степени	12,8	18,2
Ограничение способности к обучению		
I степени	4,3	4,5
II степени	2,1	-
Ограничение способности к общению		
I степени	-	4,5

* — статистически значимые различия ($p < 0,01$) по сравнению с первой группой

группу (основную) составили 69 пациентов с ГБ без ОНМК и острого инфаркта миокарда (ОИМ) в анамнезе. Вторая группа представлена 43 больными с ГБ и ОНМК и/или ОИМ в анамнезе. Средний возраст пациентов первой группы составил $61,4 \pm 1,3$ года, второй — $59,4 \pm 1,1$ года. Клиническая характеристика исследуемых групп представлена в табл. 1 и 2.

Критериями исключения из исследования были обострения хронических воспалительных заболеваний, острые воспалительные заболевания, онкологические заболевания, заболе-

вания системы крови, сахарный диабет 1-го типа, черепно-мозговые травмы в анамнезе, алкоголизм, наркомания, а также пациенты — инвалиды с детства.

У всех больных проводился анализ медицинской документации, включающей историю болезни, амбулаторные карты, формы 088-у (направления на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь), акты освидетельствования во МСЭ, индивидуальные программы реабилитации инвалидов. Степень АГ оценивали согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999). Степень ожирения устанавливали согласно рекомендациям ВОЗ (1997) с использованием индекса массы тела, который рассчитывали по формуле Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$).

Уровень глюкозы плазмы натощак и липидный спектр исследовали с помощью биохимического анализатора. За нормальный уровень глюкозы плазмы натощак принимали величину до 6,1 ммоль/л. При определении липидного спектра определяли общий холестерин (нормальные значения до 5,0 ммоль/л), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) (более 1,0 ммоль/л для мужчин, более 1,2 ммоль/л для женщин), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) (до 3,0 ммоль/л), триглицериды (ТГЛ) (до 1,77 ммоль/л). Вычисляли индекс атерогенности как соотношение (ОХС — ХСЛПНП)/ЛПВП (норма — 4).

Наличие МС устанавливали на основе критериев ВНОК (2009), NCEP/ATRII (2001) и IDF (2006). Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека и оценка ограничений категорий жизнедеятельности проводились согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 23 декабря 2009 года № 1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Практический материал был сведен в разработанную нами анкету. Статистическую обработку данных производили на персональном компьютере IBM PC/AT методами параметрического анализа с использованием пакета программ Excel. Вычисляли среднюю арифметическую величину (M), ошибку средней арифметической (m), коэффициент достоверности Стьюдента (t). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У больных с АГ без ОНМК и ОИМ в анамнезе различные компоненты МС выявлены в 73,7% случаев. В группе больных с АГ и перенесенными ССО отдельные компоненты МС выявлены у 58,8% пациентов. Более чем у половины исследуемых в обеих группах диагностирован МС (табл. 3). Структура различных вариантов МС у больных АГ в соответствии с критериями ВНОК (2009), NCEP/ATRII (2001) и IDF (2006) не отличалась ($p > 0,05$).

В обеих группах пациентов наиболее часто встречающимися компонентами МС оказались высокий уровень глюкозы плазмы натощак и абдоминальное ожирение (АО). В группе больных с АГ и ОНМК и /или ОИМ в анамнезе выявлено больше пациентов с низким содержанием ЛПВП и высоким содержанием ТГЛ по сравнению с больными с АГ без ОНМК и ОИМ ($p < 0,01$). В основной группе оказалось больше пациентов с повышенным содержанием ЛПНП ($p < 0,01$). Встречаемость компонентов МС у пациентов с АГ представлена в таблице 4.

Стойкие нарушения функций системы кровообращения в виде АГ в сочетании с АО, нарушением углеводного обмена и липидного спектра выявлены в первой группе у 68,1% больных, во второй группе — у 51,2%. Данные расстройства приводили в обеих группах к ОЖД. Оказалось, что для пациентов с АГ и МС и ССО в анамнезе характерна более высокая степень ограничения способности к самостоятельному передвижению и трудовой деятельности ($p < 0,01$) (табл. 5).

В группе пациентов с АГ и МС без ОНМК и ОИМ при освидетельствовании в БМСЭ инвалидами были признаны 68,1% человек. У больных с АГ и МС в сочетании с перенесенными ОНМК и/или ОИМ инвалидность была установлена в 51,2% случаев.

По данным нашей работы, большинство больных с АГ и различными компонентами МС имеют АО, что согласуется с данными других авторов [21]. Однако при проведении МСЭ таких пациентов более значимыми оказываются нарушения углеводного обмена и липидного спектра, обуславливающие развитие осложнений, приводящих к стойким нарушениям функций организма.

По мнению В.Б. Мычка и И.Е. Чазовой (2007), особенно важным для предотвращения прогрессирования МС и его исхода представляется выделение МС, не осложненного СД 2-го типа, поскольку именно при этом варианте адекватная патогенетическая терапия приводит к обратному развитию патологических процессов [22].

Заключение

Распространенность МС среди пациентов с АГ, освидетельствованных в БМСЭ, чрезвычайно высока. Наиболее значимыми для МСЭ больных с АГ и МС факторами являются осложнения АГ в виде ОНМК и ОИМ, а также нарушения углеводного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

- Гришина Л.П. Основные тенденции формирования первичной инвалидности взрослого населения в России за 10 лет (1994-2003) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2005. — № 3. — С. 21-24.
- Зверев К.В., Панков В.Е., Тананян Н.В. Структура и уровень первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней в Российской Федерации в 2003-2006 гг. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2008. — № 1. — С. 22-24.
- Кардаков Н.Л. Анализ возрастной структуры общей инвалидности по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы Российской Федерации и определение контингента инвалидов молодого возраста // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2006. — № 2. — С. 31-34.
- Пугиев Л.И. Сравнительный анализ структуры первичной и общей инвалидности по классам болезней у лиц молодого возраста в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2008. — № 4. — С. 5-7.
- Самородская И.В., Фуфаев Е.Н. Временная нетрудоспособность и инвалидность при сердечно-сосудистых заболеваниях // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2011. — № 2. — С. 45-46.
- Lemieux I., Poirier P., Bergeron J. et al. Hypertriglyceridemic waist: a useful screening phenotype in preventive cardiology? Can J Cardiol. 2007;23 (Suppl B):23-31.
- Pacholczyk M., Ferenc T., Kowalski J. Metabolic syndrome. Part III: its prevention and therapeutic management. Postepy Hig Med Dosw. 2008; 62:559-70.
- Kohro T., Furui Y., Mitsutake N. et al. The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. Int Heart J. 2008;49(2):193-203.

Полный список литературы на сайтах
www.mfv.ru, www.parchive.ru