

23. Deyo R.A., Cherkin D.C., Ciol M.A. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases // J. Clin. Epidemiol. 1992. Vol. 45. № 6. P. 613–9.

24. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // Journal Chronic Disease. 1970. Vol. 23. № 7. P. 455–468.

25. Feudjo-Tepie M.A., Le Roux G., Beach K.J., Bennett D., Robinson N.J. Comorbidities of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Population-Based Study // Advances in Hematology. 2009.

26. Fortin M., Bravo G., Hudon C. et al. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice // Ann. Fam. Med. 2005. № 3. P. 223–8.

27. Fortin M., Dionne J., Pinho G. et al. Randomized clinical trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? // Ann. Fam. Med. 2006. № 4. P. 104–8.

28. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A. Multimorbidity in medical literature: Is it commonly researched? // Can. Fam. Physician. 2005. № 51. P. 244–245.

29. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A. Multimorbidity in the medical literature: a bibliometric study // Can. Fam. Physician. 2004.

30. Fuchs Z., Blumstein T., Novikov I. Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community-dwelling oldest in Israel // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 1998. Vol. 53A. № 6. P. M447–M455.

31. Gijzen R., Hoeymans N., Schellevis F.G., Ruwaard D., Satariano W.A. Causes and consequences of comorbidity: a review // Journal of Clinical Epidemiology. 2001. Vol. 54. Iss. 7. P. 661–674.

32. Gill T., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality-of-life measurements // JAMA. 1994. № 272. P. 619–626.

33. Greenfield S., Apolone G. The importance of coexistent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement: Comorbidity and outcomes after hip replacement // Med. Care. 1993. № 31. P. 141–154.

34. Grimby A., Svanborg A. Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens // Aging. 1997. № 9. P. 356–364.

35. Grolla D.L., Tob T., Bombardier C., Wright J.G. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome // Journal of Clinical Epidemiology. 2005. Vol. 58. Iss. 6. P. 595–602.

36. Harboun M., Ankri J. Comorbidity indexes: review of the literature and application to the elderly population // Rev. Epidemiol. Sante Publique. 2001. Vol. 49. № 3. P. 287–98.

37. Hoffman C., Rice D., Sung H.Y. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs // JAMA. 1996. Vol. 13. № 276 (18). P. 1473–9.

38. Jensen I. Proceedings: Pathology and prognostic factors in temporal lobe epilepsy. Follow-up after temporal lobe resection // Acta Neurochir. 1975. Vol. 31. № 3–4. P. 261–2.

39. Kaplan M.H., Feinstein A.R. The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus // Journal Chronic Disease. 1974. № 27. P. 387–404.

40. Kaplan M.H., Feinstein A.R. Critique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus // Diabetes. 1973. Vol. 22. № 3. P. 160–174.

41. Kraemer H.C. Statistical issues in assessing comorbidity // Stat. Med. 1995. № 14. P. 721–723.

42. Lee S.J., Lindquist K., Segal M.R., Covinsky K.E. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults // JAMA. 2006. Vol. 15. № 295. P. 801–8.

43. Linn B.S., Linn M.W., Gurel L. Cumulative illness rating scale // J. Amer. Geriatr. Soc. 1968. № 16. P. 622–626.

44. Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age // Qual. Life Res. 2000. № 9. P. 1093–1104.

45. Miller M.D., Paradis C.F., Houck P.R. et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale // Psychiatry Res. 1992. № 41. P. 237–48.

46. Miller M.D., Towers A. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburg, Pa: University of Pittsburgh, 1991.

47. Munoz E., Rosner F., Friedman R. et al. Financial risk, hospital cost, complications and comorbidities in medical non-complications and comorbidity-stratified diagnosis-related groups // Am. J. Med. 1988. Vol. 84. № 5. P. 933–9.

48. Pincus T., Kallahan L.F. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously: Predictive markers, socioeconomic status and comorbidity // J. Rheumatol. 1996. Vol. 13. P. 841–845.

49. Robins L. How recognizing comorbidities in psychopathology may lead to an improved research nosology // Clinical Psychology: Science and Practice. 1994. № 1. P. 93–95.

50. Rozzini R., Frisoni G.B., Ferrucci L. et al. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity // Age Ageing. 2002. Vol. 31. № 4. P. 277–85.

51. Sanderson W.C., Beck A.T., Beck J. Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships // Am. J. Psychiatry. 1990. № 147. P. 1025–1028.

52. Schellevis F.G., Velden J. vd, Lisdonk E. vd. Comorbidity of chronic diseases in general practice // J. Clin. Epidemiol. 1993. № 46. P. 469–473.

53. Starfield B., Lemke K.W., Bernhardt T. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management // Ann. Fam. Med. 2003. Vol. 1. № 1. P. 8–14.

54. Stier D.M., Greenfield S., Lubeck D.P. et al. Quantifying comorbidity in a disease-specific cohort: adaptation of the total illness burden index to prostate cancer // Urology. 1999. Vol. 54. № 3. P. 424–9.

55. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases // J. Clin. Epidemiol. 1998. № 51. P. 367–375.

56. Van den Akker M., Buntinx F., Roos S., Knottnerus J.A. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature // Eur. J. Gen. Pract. 1996. № 2. P. 65–7.

57. Van Weel C., Schellevis F.G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests // Lancet. 2006. № 367. P. 550–551.

58. Walter L.C., Brand R.J., Counsell S.R. et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization // JAMA. 2001. Vol. 285. № 23. P. 2987–94.

59. Wang P.S., Avorn J., Brookhart M.A. Effects of noncardiovascular comorbidities on antihypertensive use in elderly hypertensives // Hypertension. 2005. Vol. 46. № 2. P. 273–279.

60. Wolff J.L., Starfield B., Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in elderly // Arch. Inter. Med. 2002. № 162. P. 2269–2276.

61. Zhang M., Holman C.D., Price S.D. et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study // BMJ. 2009. № 338. a2752.

62. Zhang Q., Safford M., Ottenweller J. et al. Performance status of health care facilities changes with risk adjustment of HbA1c // Diabetes Care. 2000. № 23. P. 919–27.

УДК 616.127-005.8-08(045)

О.Н. Курочкина^{1*}, А.Л. Хохлов², Д.А. Копылова³,
Н.А. Швайко⁴, А.Н. Богомолов⁵

¹ ГОУ ВПО Коми филиал Кировской государственной медицинской академии, кафедра внутренних болезней № 2, г. Сыктывкар

² ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, кафедра клинической фармакологии

³ ГУ Коми Республиканский врачебно-физкультурный диспансер, г. Сыктывкар

⁴ МУЗ Ухтинская городская больница № 1, приемный покой

⁵ Военно-медицинская академия им. Кирова, кафедра хирургии, Санкт-Петербург

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЮ

Резюме

Проведено исследование врачебных назначений больным с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), в частности рекомендаций при выписке из стационара и на амбулаторном этапе терапии. Методом опроса больных исследовалось выполнение ими врачебных назначений; выявлен средний уровень приверженности. Причинами невыполнения назначений были: забывчивость, отсутствие болевого синдрома, прием лекарств «по потребности», длительный срок после развития ИМ. Выявлены факторы приверженности лечению: женский пол, недавний срок после инфаркта, доверие к врачу, высокий уровень медико-социальной информированности, отсутствие вредных привычек.

Ключевые слова: постинфарктный кардиосклероз, фармакоэпидемиология, приверженность лечению.

Abstract

The investigation of prescribing to patients with myocardial infarction in the recommendations on discharge from hospital and outpatient was provided. Patients were studied by polling performance of medical prescriptions; found the average level of compliance. The reasons for low compliance were: forgetfulness, lack of pain, medication "on demand", long term after myocardial infarction. The factors of compliance to treatment: female, recent months after a heart attack, the credibility to the doctor, a high level of medical and social awareness, the absence of bad habits.

Key words: postinfarction cardiosclerosis, pharmacoepidemiology, compliance.

В России сердечно-сосудистые заболевания занимают 1-е место среди причин смертности населения, из них более 50% составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее осложнения — острый ИМ и внезапная остановка сердца [5]. В ходе раннее проведенных отечественных фармакоэпидемиологических исследований [2, 6, 7, 8] был определен ряд проблем, связанных с ведением пациентов с ИБС, в том числе недостаточное назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), кардиоселективных β-блокаторов, верошпирона, статинов, антиагрегантов; полипрагмазия; невыявление и отсутствие коррекции факторов риска. Большое значение для увеличения продолжительности и улучшения качества жизни имеет приверженность пациентов назначенному лечению [11]. Приверженность терапии зависит от пола, возраста больного, источника назначения лекарственных средств (ЛС) [7, 9] и снижается пропорционально времени, прошедшему после развития ИМ [7, 8, 12, 14]. Максимальна она у лиц с небольшим «стажем» заболевания [8, 13], большим числом сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе,

высоким функциональным классом стенокардии [9]. В то же время проведенные фармакоэпидемиологические исследования постинфарктного кардиосклероза отражают ситуацию 5–10-летней давности, что не всегда соответствует современной действительности.

Целью данного исследования явилась оптимизация фармакотерапии ИБС на основании фармакоэпидемиологической оценки применения препаратов различных клинико-фармакологических групп и выявление факторов приверженности врачей и больных с перенесенным ИМ назначенному лечению.

Материалы и методы

С помощью специально разработанной анкеты были опрошены пациенты, перенесшие ИМ в течение последних трех лет. Вопросы анкеты подразумевали предоставление следующей информации: паспортные данные, дата ИМ, наличие факторов риска, курение, физическая активность, контроль состояния,

* Контакты. E-mail: olga_kgma@mail.ru. Телефон: (8212) 20-08-57

назначенное лечение, вопросы приверженности назначенному лечению. Опрошены 68 (39 женщин и 29 мужчин) больных ИБС, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), средний возраст пациентов составил $63,7 \pm 12,5$ года. По критерию положительного ответа на вопрос, всегда ли больной соблюдает рекомендации врача, испытуемые были разделены на пациентов с высокой и низкой приверженностью терапии. Изучались амбулаторные карты опрошенных, рассматривались результаты электрокардиографии, эхокардиографии, измерения артериального давления (АД), результаты лабораторных исследований, рекомендации при выписке из стационара, отслеживалось выполнение рекомендаций врачами амбулаторного звена.

Создание базы данных и статистическая обработка полученных результатов проводились при помощи программ «Microsoft Excel» 2007 г. и «Biostat»; для оценки достоверности различий использовались критерии Стьюдента, Крускала–Уоллиса, Фишера и z-критерий. Значимыми считали результат при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Большинство опрошенных пациентов — женщины пенсионного возраста, страдающие артериальной гипертензией; у 29,4% опрошенных имеется ожирение, 16,2% пациентов продолжают курить после выписки из стационара. Общая характеристика опрошенных пациентов представлена в *табл. 1*.

Врачебные рекомендации при выписке из стационара включали в себя назначение всем больным нитратов, статинов, дезагрегантов, почти всем — иАПФ, β-блокаторов; по показаниям назначались диуретики, антагонисты кальция, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, сартаны. В среднем 1 пациенту было назначено 5,7 единиц лекарственных препаратов. Рекомендованное при выписке из стационара лечение и назначения терапевтов по группам препаратов представлено на *рис. 1*.

Выполнение данных рекомендаций врачами амбулаторного звена проводилось не в полном объеме.

Характеристика больных (n = 68)	Значения
Возраст, n (%)	$65,32 \pm 10,1$
Пол женский, n (%)	39 (57,4%)
Артериальная гипертензия, n (%)	53 (77,9%)
Ожирение, n (%)	20 (29,4%)
Курение, n (%)	11 (16,2%)
Индекс массы тела (кг/м²), n (%)	$29,08 \pm 3,2$
Систолическое АД (мм рт. ст.), n (%)	$129 \pm 15,8$
Диастолическое АД (мм рт. ст.), n (%)	$80,1 \pm 8,2$

Таблица 1. Общая характеристика пациентов ($M \pm m$)

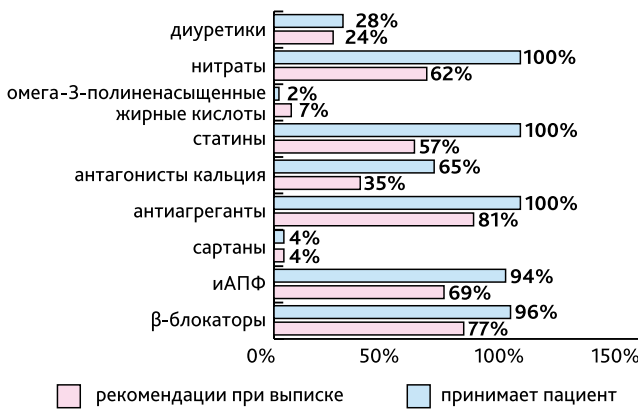


Рисунок 1. Рекомендации при выписке из стационара и назначения терапевтов по группам лекарственных средств

Наиболее часто амбулаторные врачи соблюдали рекомендации по назначению диуретиков (85,7% числа назначений), дезагрегантов (81%), β-блокаторов (80,2%), иАПФ (73,4%). Недостаточный уровень выполнения врачебных назначений отмечался в отношении нитратов (62%), статинов (57%), антагонистов кальция (53,8%). Очень небольшая группа пациентов принимала препараты омега-3-жирных кислот (самостоятельный прием в 71,5% случаев). В среднем 1 пациенту на амбулаторном этапе фактически назначались 4,2 наименования ЛС. В целом соблюдение амбулаторными врачами рекомендаций при выписке отмечалось в 73,5%. Наши наблюдения согласуются с ранее проведенными исследованиями [8], показавшими, что большинство больных, перенесших ИМ, получали терапию, направленную на улучшение прогноза. По сравнению с проведенными ранее российскими исследованиями [4, 2, 6, 8] отмечается улучшение приверженности врачей стационара и амбулаторного звена использованию ЛС, рекомендованных Российскими формулярами по лечению ИБС и хронической сердечной недостаточности.

Почти 70% женщин и большинство мужчин утверждали, что всегда выполняют врачебные рекомендации; «не всегда» выполняли 30% женщин и 24% мужчин; в невыполнении рекомендаций при-

№ п/п	Соблюдение рекомендаций	Женщины (n = 39)		Мужчины (n = 29)	
		n (%)	p	n (%)	p
1	Всегда	27 (69,2)	< 0,01*	19 (65,5)	< 0,01*****
2	Не всегда	12 (30,8)	< 0,001**	7 (24,1)	< 0,001*****
3	Редко	0	< 0,001***	2 (6,9)	< 0,001*****
4	Не следуют	0	< 0,001****	1 (3,5)	< 0,001*****

* сравнение с п. 2, женщины; ** сравнение с п. 3, женщины; *** сравнение с п. 4, женщины; **** сравнение с п. 1, женщины; ***** сравнение с п. 2, мужчины; ***** сравнение с п. 4, мужчины; ***** сравнение с п. 3, мужчины; ***** сравнение с п. 1, мужчины

Таблица 2. Соблюдение врачебных рекомендаций, со слов пациентов ($M \pm m$)

Причины	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)
Ничего не беспокоит	0	4 (18,2)
Лечусь, когда болит	4 (18,2)	0
Забычивость	6 (28,1)	0
Отсутствие средств	0	5 (22,7)
Другие причины	2 (9,1)	1 (4,5)

Таблица 3. Причины несоблюдения рекомендаций врача ($M \pm m$)

знались 10,4% мужчин. Соблюдение врачебных рекомендаций согласно высказываниям пациентов представлено в *табл. 2*. Причины несоблюдения рекомендаций указали 22 пациента (32,3%), которые отметили выполнение врачебных рекомендаций «не всегда», «редко» или «не следую» (*табл. 3*).

В качестве причин несоблюдения рекомендаций женщины указывают забывчивость и прием ЛС «по потребности». Высокая стоимость лечения и сложность режима назначений отмечались в качестве причин низкой приверженности и в ранее проведенных исследованиях [2]. Мужчины считают, что их ничего не беспокоит и рекомендации им не нужны, или отмечают отсутствие материальных возможностей. При этом имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение 64,7% опрошенных пациентов, в том числе среди пациентов, которые всегда выполняют врачебные рекомендации, эта доля составляет 57,8%, а среди не выполняющих — 77,3%.

Субъективное восприятие эффективности лечения способствует повышению приверженности лечению.

Эффективным и достаточно эффективным лечение считают 70,6% опрошенных, в числе которых преобладают женщины — 76,9%, среди мужчин этот

Характеристика больных	Приверженные терапии (n = 45)	Не приверженные терапии (n = 22)	p
Возраст	$65,8 \pm 10,1$	$65,3 \pm 8,8$	n/з
Женский пол, n (%)	27 (60%)	12 (54,5%)	n/з
Время после ИМ (годы)	$0,7 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,6$	< 0,05
Осведомлены о факторах риска ИБС, n (%)	33 (73,3%)	10 (45,5%)	< 0,05
Курение, n (%)	6 (13,3%)	4 (18,2%)	n/з
Соблюдение диеты, n (%)	34 (75,5%)	10 (45,5%)	< 0,05
Пользуются льготой, n (%)	26 (57,8%)	17 (77,3%)	n/з
Считают лечение эффективным, n (%)	24 (53,3%)	4 (18,2%)	< 0,01
Значимость рекомендаций врача (максимум 5 баллов)	$4,9 \pm 0,4$	$4,6 \pm 0,8$	n/з
Значимость рекламы (максимум 5 баллов)	$1,1 \pm 0,7$	$1,3 \pm 0,7$	n/з
Значимость советов родственников (максимум 5 баллов)	$1,1 \pm 0,6$	$1,3 \pm 0,7$	n/з

Таблица 5. Характеристика больных, приверженных и не (или недостаточно) приверженных назначенному лечению ($M \pm m$)

Оценка эффективности лечения	Всего		В том числе	
	Абсолютное число (n)	%	Женщин	Мужчин
Эффективное	28	41,2	19	9
Больше да, чем нет	20	29,4	11	9
Больше нет, чем да	17	25	9	8
Нет эффекта	3	4,4	0	3

Таблица 4. Оценка пациентами эффективности лечения ($M \pm m$)

показатель — 62%. Мужчины чаще считают назначенное лечение неэффективным и недостаточно эффективным — 38%, в том числе 10,3% мужчин ответили, что от лекарств эффекта нет совсем; среди женщин этот показатель составил 23,1%. Лечение считают эффективным 53,3% пациентов, всегда соблюдающих назначения врача, и только 18,2% не приверженных терапии пациентов. Оценка пациентами эффективности лечения представлена в *табл. 4*.

Субъективные приоритеты при выборе ЛС представлены на *рис. 2*. Большинство пациентов считают рекомендации врача наиболее весомым аргументом при выборе препаратов по сравнению с рекламой и советами знакомых ($p < 0,001$), с возрастом значимость данного фактора у мужчин несколько снижается. Выявлено, что пациенты пожилого возраста в большей степени прислушиваются к советам родственников и рекламе, а мужчины более доверчивы, чем женщины.

Характеристика больных, всегда и не всегда выполняющих рекомендации врача или не выполняющих их, представлена в *табл. 5*. Если составлять портрет пациентов с высоким и низким комплаенсом, то пациенты, всегда выполняющие

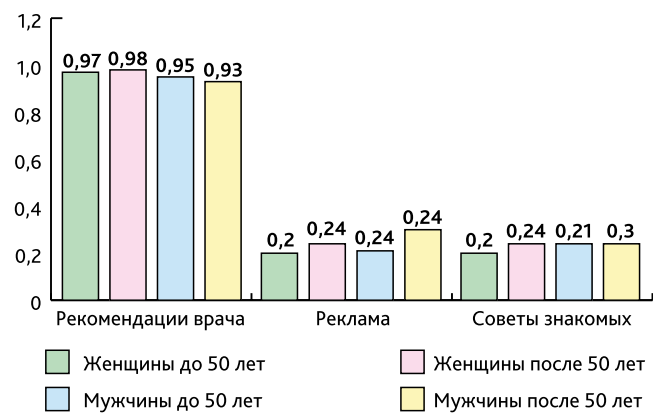


Рисунок 2. Субъективные приоритеты в отношении источника информации при выборе лекарственных препаратов

врачебные рекомендации, чаще женского пола, перенесшие ИМ относительно недавно (менее 1 года), осведомленные о факторах риска ИБС, не курящие, соблюдающие диету, считающие назначенное лечение эффективным, с более высоким уровнем доверия к врачу, меньшим доверием рекламе и советам родственников и знакомых. Низкой приверженности пациентов лечению способствовал недостаточный уровень медико-социальной информированности, отсутствие болевых ощущений, мужской пол, большая давность ИМ, неудовлетворенность эффективностью лечения. Полученные результаты согласуются с данными ранее проведенных исследований [3, 4, 10].

Выводы

1. Анализ медицинской документации позволяет оценить приверженность врачей назначению современных ЛС в соответствии с рекомендациями по лечению ИБС и их квалификацию в целом. Опрос больных позволяет установить степень вовлеченности пациентов в процесс лечения, комплаенс, адекватность и переносимость терапии.

2. Выявлены причины низкой приверженности рекомендованному лечению у наиболее уязвимой категории больных, перенесших ИМ, — мужской пол, отсутствие стенокардии или безболевого ишемия миокарда, длительный срок, прошедший после развития ИМ, низкий уровень медико-социальной информированности.

В связи с изложенным, авторы считают целесообразным создание эффективной реабилитационной помощи и службы психологической поддержки пациентов в ближайшем постинфарктном периоде, а также проведение широкой просветительской работы среди больных ПИКС. Особое внимание следует уделять больным мужского пола как менее приверженной лечению категории пациентов. ^А

Список литературы

1. *Архипова Д.Е.* Фармакоэпидемиология лекарственных средств, применяемых для лечения хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса по NYHA в условиях стационара. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
2. *Барабанщикова М.М.* Фармакоэпидемиологический анализ лекарственной терапии пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
3. *Бирюкова Л.А.* Приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца с болевой и безболевой формой // Сиб. мед. журн. 2008. № 4. С. 75–77.
4. *Давыдов С.В.* Артериальная гипертония: медико-демографическая ситуация, приверженность к лечению, качество жизни. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004.
5. *Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П.* Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография. Самара, 2010. С. 217–260.
6. *Раков А.А., Хохлов А.Л., Федоров В.Н., Данилова О.В., Осипова Н.Н., Лисенкова Л.А.* Фармакоэпидемиология хронической сердечной недостаточности у амбулаторных больных // Качественная Клиническая Практика. 2003. № 2. С. 40–3.
7. *Решетько О.В.* Оптимизация фармакотерапии больных с сердечно-сосудистой патологией на основании технологий фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2004. 349 с.: ил.
8. *Сапрыкин И.П.* Сравнительная фармакоэпидемиология лекарственных средств, предназначенных для лечения стабильной стенокардии. Дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007.
9. *Свет А.В.* Кардиореабилитация больных стабильной ИБС: Особенности качества жизни и приверженности к лечению. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009.
10. *Шумилин В.В.* Социально-гигиенические аспекты формирования заболеваемости и развития специализированной помощи больным ИБС. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
11. *Granger B.B., Swedberg K., Ekman I. et al.* for the CHARM investigators. Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomised, controlled clinical trial // The Lancet. 2005. № 366. P. 2005–2011.
12. *Gislason G.H., Rasmussen J.N., Abildstrøm S.Z. et al.* Long-term compliance with beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and statins after acute myocardial infarction // European Heart Journal. 2006. Vol. 27. № 10. P. 1153–1158.
13. *Newby K. et al.* The long-term commitment to drug therapy in coronary heart disease still leaves much to be desired // Fifth Scientific Forum on Quality of care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke; Washington, DC. May 15-17 2004.
14. *Shah N.D., Dunlay S.M., Ting H.H. et al.* Long-term Medication Adherence after Myocardial Infarction: Experience of a Community // The American Journal of Medicine. 2009. Vol. 122. № 10. 961.e7-961.e13.

Работа выполнена на базе кафедры внутренних болезней №2 ГОУ ВПО Коми филиал Кировской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России

Н.Ю. Боровкова^{1*}, Н.Н. Боровков¹, Ю.А. Хорькина¹,
Е.О. Обухова¹, Л.А. Бирюкова², А.И. Аршинова²

УДК [616.12-008.331.1:616.124.2](045)

¹ ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика

² ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, отделение функциональной диагностики

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Резюме

Изменение структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) сердца объективно характеризует его поражение при артериальной гипертензии (АГ). Однако особенности изменения ЛЖ у больных при ренопаренхиматозной АГ в настоящее время остаются неизученными. Цель нашего исследования состояла в изучении структурно-функциональных особенностей ЛЖ сердца у больных с ренопаренхиматозной АГ без признаков почечной недостаточности. Методом эходоплеркардиографии проведено исследование структурно-функциональных параметров ЛЖ сердца у 136 больных гипертонической формой хронического гломерулонефрита (ХГН). Проведенное исследование показало, что у больных с ренопаренхиматозной АГ без признаков почечной недостаточности начиная со 2-й степени (ст.) гипертензивного синдрома развивается гипертрофия ЛЖ. При этом у лиц со 2-й ст. АГ она формируется как концентрическая, а при 3-й ст. АГ — как дилатационная эксцентрическая. Одновременно с этим при 2-й и еще более при 3-й ст. АГ снижается систолическая функция ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ выявлена у всех больных с ренопаренхиматозной АГ.

Ключевые слова: ренопаренхиматозная артериальная гипертензия, хронический гломерулонефрит, левый желудочек сердца.

Abstract

Changing of the structural and functional state of the left ventricle (LV) heart objectively describes his defeat in arterial hypertension (AH). However, the features of changes of LV in patients with renal hypertension currently remain unstudied. The target of our work was to study the structural and functional features of the left ventricle of the heart in patients with renal hypertension without signs of kidney failure. Echodopplercardiography of structural and functional parameters of left ventricular heart disease was applied in 136 patients with hypertensive form of chronic glomerulonephritis. The study showed that patients with renal hypertension without signs of kidney failure, ranging from grade 2 hypertensive syndrome, LV hypertrophy develops. At the same time in individuals with grade 2 hypertension it is formed by concentric, while grade 3 hypertension, as dilated eccentric. At the same time, with grade 2 and moreover grade 3 items in hypertension systolic LV function was reduced. Diastolic LV dysfunction was diagnosed in all patients with renal hypertension.

Key words: renal hypertension, chronic glomerulonephritis, the left ventricle.

Большинство исследований по изучению структурно-функциональных изменений ЛЖ сердца при АГ посвящено ее эссенциальной форме (ЭГ). По мнению экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), именно состояние ЛЖ может объективно отражать поражение сердца как одного из органов-мишеней при АГ [3].

Наряду с этим в последние годы накапливаются данные о состоянии миокарда при симптоматической АГ у нефрологических больных. Однако они преимущественно касаются контингента больных с различными стадиями хронической почечной недостаточности (ХПН) [1, 2]. При этом основное внимание обращено на гипертрофию левого желудочка сердца (ГЛЖ), которая имеет большое прогностическое значение как важнейший фактор риска нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти [1, 4, 13].

Частота выявления ГЛЖ при ренопаренхиматозных заболеваниях с АГ сильно варьирует. Называется ее встречаемость от 4–45% до 76% в случаях додиализной ХПН, при терминальной же стадии она возрастает до 92% [1, 4]. При этом чаще указывается на наличие концентрической ГЛЖ [2, 8].

Бесспорно, АГ у больных ХПН является ведущим фактором формирования ГЛЖ вследствие влияния перегрузки давлением и объемом [1, 7]. Однако многие авторы полагают, что значительную роль в этом процессе играют также наличие и тяжесть уремии и анемии [1, 5, 7].

Состояние ЛЖ у больных ренопаренхиматозными заболеваниями, в частности ХГН с АГ, при сохранной функции почек практически не изучено. Имеющиеся данные о нем приводятся лишь в качестве сравнения в исследованиях, проведенных среди лиц с ХПН [2, 5, 7]. Только в работе Stefanski

* Контакты. E-mail: borovkov-nn@mail.ru. Телефон: (831) 438-93-27