

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК616.1.

А.Г. Обрезан', О.Б. Крысюк', И.В. Сеницын<sup>2</sup>, В.И. Щукин<sup>1</sup><sup>1</sup> С.-Петербургский государственный университет, медицинский факультет<sup>2</sup> С.-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, реабилитации и протезирования инвалидов им. Г.А. Альбрехта Международная клиника MEDEM

## ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Высокая заболеваемость, смертность и инвалидизация обуславливают чрезвычайную актуальность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) для современной практической медицины. Гипертоническая болезнь (ГБ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляют наибольший интерес для терапевтической практики, так как ГБ наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, а ИБС одна из ведущих причин инвалидности и смертности населения [1]. Рост заболеваемости ГБ и ИБС в последние десятилетия отмечен во всем мире.

Одна из основных причин роста заболеваемости и смертности населения от ССЗ заключается в поздней диагностике этой патологии. Причина поздней диагностики ССЗ часто обусловлена атипичным или скрытым течением заболевания. По мнению ряда авторов, в современной структуре ССЗ возрастает количество субъективно неманифестированных вариантов течения патологии [2, 3].

Известно, что ГБ, особенно с почечным компонентом, может протекать без субъективной манифестации в течение ряда лет. Ее выявляют при случайном измерении АД или после изменений в анализах мочи [4]. Поэтому знание нормальных значений показателей и измерение АД, а также своевременное обращение к врачу — основа ранней диагностики скрыто протекающей ГБ.

Безболевая ишемия миокарда (БИМ) представляет собой более сложную проблему для диагностики, чем субъективно неманифестированная ГБ. Установлено, что у больных БИМ повышены пороги болевой и некоторых других видов чувствительности [5]. По этой причине исследование у кардиологических пациентов порогов болевой и вибрационной чувствительности рассматривают как перспективный метод ранней диагностики субъективно неманифестированной ишемии миокарда. Это особо актуально в современных условиях, когда чаще всего БИМ оказывается диагностической находкой при углубленном обследовании больного. Причина состоит в отсутствии субъективных признаков заболевания и единых методологических подходов к диагностике «немой» ишемии миокарда [6].

Целью нашего исследования было изучение современной структуры наиболее распространенных терапевтических форм ССЗ при различных методологических подходах к диагностике субъективно неманифестированных вариантов ГБ и ИБС.

Методы исследования. Исследование структуры ССЗ проводили в трех группах. Пациенты 1-й группы были обследованы в звене оказания первичной медицинской / квалифицированной терапевтической помощи — в центре общей врачебной практики (семейной медицины) при многопрофильной клинике. Пациенты 2-й и 3-й групп проходили обследование в условиях оказания квалифицированной терапевтической / специализированной кардиологической помощи.

Пациентам всех групп выполняли: клиническое обследование по стандартной методике; общеклинические анализы крови и мочи, а также исследование биохимических лабораторных показателей; ЭКГ; УЗИ органов брюшной полости и почек. Пациентам 1-й группы выборочно, в случаях жалоб кардиологического характера и/или симптомов патологии сердечно-сосудистой системы, выявляемых по результатам клинического обследования, проводили эхокардиографию, сонографию крупных артерий, велоэргометрию (ВЭМ), суточное мониторирование АД (СМАД) и холтеровское кардиомониторирование (ХМ). Пациентам 2-й группы эхокардиографию, сонографию крупных артерий, ВЭМ, СМАД и ХМ проводили при наличии хотя бы одного из следующих признаков: жалобы кардиологического характера; патология сердечно-сосудистой системы по результатам стандартного клинического обследования; семейный кардиологический анамнез; гиперхолестеринемия. Пациентам 3-й группы дополнительные инструментальные исследования проводили по тем же показаниям, что и больным 2-й группы, а также при повышении порогов болевой и/или вибрационной чувствительности. Для этого у всех пациентов 3-й группы с помощью оригинальной методики исследовали вибрационную и болевую чувствительность.

Критериями АГ считали уровни АД более 140 мм рт. ст. для систолического и более 90 мм рт. ст. для диастолического [7]. Тяжесть стенокардитического синдрома определяли по степени выраженности, длительности, иррадиации болей, частоте рецидивирования болевого синдрома и по проводимому медикаментозному лечению. Функциональный класс стенокардии у больных ИБС оценивали по классификации Канадской ассоциации кардиологов [8]. При анализе полученных данных использовали методы описательной статистики

**Результаты исследования.** Кардиологическую патологию в варианте ГБ и/или ИБС из 538 пациентов 1-й группы выявили у 120 человек (22%). Средний возраст кардиологических больных 1-й группы составил 51,5±1,5 лет, средняя продолжительность заболевания — 6,5±1,5 лет. Из 572 пациентов 2-й группы ГБ и/или ИБС диагностировали у 548 человек (96%). Средний возраст больных 2-й группы составил 50,3±0,4 лет, средняя продолжительность заболевания — 7,1±0,6 лет. В 3-й группе ГБ и/или ИБС были диагностированы у всех 263 пациентов (100%). Средний возраст больных третьей группы составил 52,3±1,3 лет, средняя продолжительность заболевания — 7,7±0,5 лет.

Были выделены наиболее распространенные формы основной и сочетанной патологии, а также субъективно неманифестированные формы ГБ (ГБ<sub>сиф</sub>) и субъективно неманифестированные формы ИБС (ИБС<sub>сиф</sub>) при различных вариантах обследования больных (таблица).

Как следует из приведенных данных, в 1-й группе больных наиболее часто — у 50 из 120 чел. (42%), как основное заболевание выявляли ГБ без сочетания с ИБС — изолированную форму ГБ (ГБ<sub>иф</sub>). Основное заболевание в варианте изолированной формы ИБС (ИБС<sub>иф</sub>) — без сочетания с ГБ, а также сочетание ГБ + ИБС были диагностированы с одинаковой частотой — у 35 чел. (29%). В 1-й группе ГБ<sub>сиф</sub> была верифицирована у 23 чел., что составило 19% общего количества кардиологических больных в группе и 27% количества больных ГБ. В этой же группе ИБС<sub>сиф</sub> была выявлена у трех человек,

| Патология          | 1-я группа (n = 120) | 2-я группа (n = 548) | 3-я группа (n = 263) |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| ГБ (всего)         | 85 (71%)             | 414(75%)             | 217(82%)             |
| ИБС (всего)        | 70 (58%)             | 317(58%)             | 175(67%)             |
| ГБ <sub>иф</sub>   | 50 (42%)             | 231 (42%)            | 88 (33%)             |
| ИБС <sub>иф</sub>  | 35 (29%)             | 134 (24%)            | 46(17%)              |
| ГБ + ИБС           | 35(29%)              | 183 (33%)            | 129 (49%)            |
| Г <sup>а</sup> СНФ | 23 (19%)             | 101 (18%)            | 52 (20%)             |
| ИБС <sub>спф</sub> | 3(2%)                | 36 (7%)              | 76 (29%)             |
| ХСН                | 53 (44%)             | 156(28%)             | 101(38%)             |
| НМ                 | 48 (40%)             | 244 ^45хо^           | 115(44%)             |
| Ожирение           | 32(27%)              | 193 (35%)            | 69 (26%)             |
| МС                 | 25 (20%)             | 124 (22%)            | 60 (23%)             |
| СД                 | 12(10%)              | 45 (8%)              | 29(11%)              |
| Подагра            | 6(5%)                | 21 (4%)              | 8(3%)                |

Примечание. ГБ<sub>иф</sub> — изолированная форма ГБ; ИБС<sub>иф</sub> — изолированная форма ИБС; Г<sub>а</sub>1ф-субъективно неманифестированная форма ГБ; ИБС<sub>С1</sub>ф — субъективно неманифестированная форма ИБС; ХСН — хроническая сердечная недостаточность; НМ — нарушения метаболизма; МС — метаболический синдром; СД — сахарный диабет.

что составило 2% общего количества больных ССЗ в группе и 4% количества больных ИБС. В структуре сочетанной патологии количество пациентов с нарушениями метаболизма (НМ) — 48 чел. (40%) незначительно уступало количеству пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) — 53 чел. (44%). Метаболические нарушения были представлены ожирением — 32 чел. (27%), метаболическим синдромом (МС) — 25 чел. (20%), сахарным диабетом (СД) — 12 чел. (10%), подагрой — шесть человек (5%).

Во 2-й группе также наиболее часто диагностировали ГБ<sub>иф</sub> — у 231 из 548 чел. (42%). Сочетание ГБ и ИБС было выявлено чаще — у 183 чел. (33%), чем ИБС<sub>иф</sub> — у 134 чел. (24%). Были установлены клинические формы без субъективных проявлений: ГБ<sub>С1</sub>ф — у 101 чел., что составило 18% общего количества больных в группе и 24% количества пациентов с ГБ; ИБС<sub>спф</sub> — у 36 чел., что составило 7% общего количества больных 2-й группы и 11% количества пациентов с ИБС. В структуре сочетанной патологии количество пациентов с НМ — 244 чел. (45%) — превышало количество больных с ХСН — 156 чел. (28%). Метаболические нарушения были представлены ожирением — 193 чел. (35%), МС - 124 чел. (22%), СД - 45 чел. (8%), подагрой - 21 чел. (4%).

В 3-й группе сочетание ГБ и ИБС, выявленное у 129 чел. (49%), было диагностировано значительно чаще, чем ГБ<sub>иф</sub>, обнаруженная у 88 чел. (33%), и ИБС<sub>иф</sub>, обнаруженная у 46 чел. (17%). Установленный у 76 чел. вариант ИБС<sub>спф</sub>, составивший 29% всех заболеваний в этой группе и 43% всех случаев ИБС в 3-й группе, значительно превышал вариант ГБ<sub>спф</sub>, выявленный у 52 чел., что составило 20% общего количества больных этой группы и 24% общего количества больных ГБ. В структуре сочетанной патологии количество пациентов с НМ — 115 чел. (44%) — незначительно превышало количество пациентов с ХСН — 101 чел. (38%). Структура метаболических нарушений была следующей: ожирение — 69 чел. (26%), МС — 60 чел. (23%), СД — 29 чел. (11%), подагра — 8 чел. (3%).

**Обсуждение результатов.** При сравнительной оценке структуры кардиологической и сочетанной патологии в группах следует отметить сходные значения следующих показателей: общего количества больных ГБ (71% в 1-й группе, 75% во 2-й и 82% в 3-й группе); количества больных ГБ<sub>спф</sub> в структуре ГБ (27%, 24%, 24%); общего количества больных ИБС (58%, 58%, 67%); количества больных с метаболическими нарушениями (40%, 45%, 44%); количества пациентов с СД (10%, 8%, 11%), с МС (20%, 22%, 23%) и с подагрой (5%, 4%, 3%, соответственно). Пациенты 2-й группы характеризовались более легким течением сердечно-сосудистой патологии, о чем свидетельствовало количество больных с ХСН-II ст. (28% во 2-й группе против 44% в 1-й и 38% в 3-й группе), а также чаще встречавшимся в этой группе ожирением (35% во 2-й группе против 27% в 1-й и 26% в 3-й группе).

При сравнительной оценке структуры патологии в группах особого внимания заслуживает различие в выявляемости ИБС<sub>спф</sub>, а также вариантов ССЗ в виде ГБ<sub>иф</sub> и ИБС<sub>иф</sub>. В частности, выявляемость ИБС<sub>спф</sub> у 11% больных ИБС 2-й группы превышала выявляемость в 1-й группе — 4% количества больных ИБС. Это было обусловлено назначением пациентам 2-й группы дополнительных инструментальных исследований не только в случае патологии сердечно-сосудистой системы, выявляемой по результатам стандартного клинического обследования (как в 1-й группе), но и при наличии семейного кардиологического анамнеза, а также такого фактора риска ИБС, как гиперхолестеринемия. Назначение пациентам 3-й группы ВЭМ и ХМ при

повышении порогов болевой и вибрационной чувствительности позволило еще больше увеличить выявляемость ИБС<sub>спф</sub> — 43% общего количества больных ИБС в 3-й группе против 11% во 2-й группе.

Увеличение выявляемости в 3-й группе ИБС<sub>спф</sub> в сочетании с ГБ (54 из 76 случаев диагностированной ИБС<sub>спф</sub>) обусловлено как уменьшением диагностированной ИБС<sub>иф</sub> (17% общего количества кардиологических больных в 3-й группе против 29% в 1-й и 24% во 2-й группе), так и ГБ<sub>иф</sub> (33% общего количества кардиологических больных в 3-й группе против 42% в 1-й и во 2 группах). По этой же причине встречаемость сочетанной патологии в варианте ГБ + ИБС, диагностированной в 3-й группе (49%), превышала таковую в 1-й (29%) и во 2-й группе (33%).

Анализ современной структуры наиболее распространенных терапевтических форм ССЗ указывает на значительную долю сочетанной патологии в варианте ГБ + ИБС — от 29% до 49%, а также ХСН - от 28% до 44% и НМ - от 40% до 45%. В структуре НМ превалируют: ожирение — от 26% до 35%; МС — от 20% до 23%; СД — от 8% до 11%.

Выявляемость сочетанной патологии в варианте ГБ + ИБС существенно возрастает за счет диагностики ИБС<sub>смф</sub>.

Еще одна особенность современной структуры ССЗ состоит в высокой выявляемости вариантов клинического течения без субъективных проявлений. При этом ГБ<sub>смф</sub> была диагностирована в группах со сравнимой частотой — 24-27% общего количества больных ГБ, а верификация ИБС<sub>смф</sub> диагностированной в 4 — 43% всех случаев ИБС, зависела от методологического подхода к диагностике БИМ.

Таким образом, исследование современной структуры ССЗ указывает на взаимосвязь выявляемости БИМ и сочетанных форм кардиологической патологии с техническим и методологическим уровнем оснащенности диагностического процесса. Методологический подход, нацеленный на раннее выявление БИМ с помощью исследования болевой и вибрационной чувствительности, позволяет значительно чаще диагностировать эту форму ИБС и сочетанную кардиологическую патологию, что обуславливает перспективность его внедрения в клиническую практику.

#### Summary

*Obrezan A.G., Krysyuk O.B., Sinitsyn I.V., Schukin V.J. The distinctions of contemporary structure of cardiovascular diseases.*

The methodological principles of diagnostic of typical and not typical variants of cardiovascular diseases are discussed. The distinctions of contemporary structure of arterial hypertension and ischemic heart disease are analyzed. The original methodological approach to diagnostic of silent myocardial ischemia is presented.

*Keywords:* cardiovascular diseases, arterial hypertension, ischemic heart disease, silent myocardial ischemia.

#### Литература

1. *Оганов Р.Г., Аронов Д.М. Актуальные вопросы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Физиотер., бальнеол. и реабил. 2002. № 1. С. 10-15.*
2. *Шулутко Б.И. Артериальная гипертензия 2000. СПб., 2001. 382 с.*
3. *Anand D.V., Lim E., Raval U. et al. Prevalence of silent myocardial ischemia in asymptomatic individuals with subclinical atherosclerosis detected by electron beam tomography // J. Nucl. Cardiol. 2004. Vol. 11. Suppl. 4. P. 450-457.*
4. *Рябов С.И. Нефрология: Руководство для врачей. СПб., 2000. 672 с.*
5. *Cohn P.F. Silent myocardial ischemia: recent developments // Cur. Atheroscl. Rep. 2005. Vol. 7. Suppl. 2. R 155-163.*
6. *Шуленин С.Н., Обрезан А.Г., Баллюзек М.Ф. и др. Особенности клинического течения и диагностики ишемической болезни сердца // Лабор. диагност. 2004. №1 (6). С. 9-15.*
7. *Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // Hypertension. 2003. Vol. 42. R 1206-1294.*
8. *Campeau L. Grading of angina pectoris // Circulation. 1976. Vol. 54. № 3. R 522-523.*

Статья поступила в редакцию 13 июля 2006 г.

