

УДК 616-036

© 2012 Е.Г. Зарубина, И.О. Прохоренко, С.Е. Крюков, П.Ф. Панин

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

В статье рассмотрено влияние респираторной патологии на течение артериальной гипертонии.

Ключевые слова: респираторная патология, артериальная гипертония, хроническая обструктивная болезнь легких.

Введение. Ухудшение социально-экономической ситуации в России в конце XX века сопровождалось негативными изменениями в состоянии здоровья населения, в том числе и ростом заболеваемости артериальной гипертонией (АГ). В настоящее время в России насчитывается 57 600 000 больных АГ, что составляет около 30 % населения. Помимо этого, рост числа курящих на фоне практически неограниченной рекламы табачных изделий и отсутствия федеральной программы борьбы с табакокурением, ухудшение экологической обстановки приводят к возрастанию числа больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). В России уже сегодня, по официальным данным докладов Министерства здравоохранения страны, ХОБЛ занимает 4-5-е место среди всех причин смертности (после сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, травм). Основной контингент больных ХОБЛ – это люди старше 45 лет, что приводит к частому сочетанию ХОБЛ с сердечной патологией, и, в частности, с таким заболеванием, как АГ. Сочетание АГ и ХОБЛ сопровождается развитием синдрома взаимногоотягощения и патоморфозом клинической картины заболевания.

В связи с этим целью данной работы стало изучение особенностей течения АГ на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследования были обследованы 312 человек в возрасте от 35 до 69 лет (205 мужчин и 107 женщин), страдающие АГ. В группу наблюдавшихся больных не были включены больные с вторичными (симптоматическими) формами АГ. Их наличие исключалось по результатам поэтапной схемы обследования в условиях кардиологического отделения. Среди пациентов с АГ 159 человек имели в качестве сопутствующей патологии ХОБЛ. Все больные с изолированной АГ были включены в I группу (153 человека), остальные 159 обследованных составили II клиническую группу. Характеристика групп наблюдения по уровню артериального давления (АД) и рискам сердечно-сосудистых осложнений представлена в таблице 1.

Среди факторов риска у пациентов с АГ чаще всего встречались следующие: у мужчин – курение (86,0 %), повышение общего холестерина выше 6,5 г/л (87,9 %), семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний в семье (88,8 %); у женщин – абдоминальное ожирение (52,8 %), повышение общего холестерина выше 6,5 г/л (62,3 %), диетические привычки (100,0 %), которые встречались в различных сочетаниях или изолированно (2-3 фактора риска у одного пациента).

Характеристика больных с артериальной гипертонией

Характеристика АГ	I группа, n=153		II группа, n=159	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
АГ I ст., низкий риск	20	13,1	22	13,8
АГ II ст.:				
-средний риск,	21	13,7	21	13,2
-высокий риск,	25	16,3	26	16,4
-очень высокий риск	20	13,1	22	13,8
АГ III ст.:				
-средний риск,	19	12,4	19	11,9
-высокий риск,	25	16,3	24	15,1
-очень высокий риск	23	15,1	25	15,8
Итого:	153	100	159	100

Поражение органов-мишеней характеризовалось наличием у пациентов гипертрофии левого желудочка (которая подтверждалась результатами ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки или данными эхокардиографии), ультразвуковых или рентгенологических признаков атеросклеротической бляшки, генерализованным или очаговым сужением артерий сетчатки. Среди ассоциированных клинических состояний у наблюдавшихся больных с АГ выявлялись: острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторные ишемические атаки в анамнезе, патология сердца (инфаркт миокарда, стенокардия), поражение периферических артерий (облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей) или гипертоническая ретинопатия. Верификация диагноза ХОБЛ осуществлялась на основании клинических, лабораторных и инструментальных критериев, принятых в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ – GOLD (2003).

У всех больных помимо общеклинических исследований было проведено суточное мониторирование АД, проанализированы особенности клинического течения заболевания на протяжении 5 лет наблюдения для выявления степени влияния респираторной патологии на течение и прогноз АГ.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием приложения Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistic for Windows 6.0. Результаты считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение. Было установлено, что у больных I группы по мере утяжеления степени заболевания отмечался рост числа пациентов с патологическими профилями АД (non-dippers, night-peakers) и уменьшалось число больных с кривой АД типа «Dippers» (табл. 2). У пациентов II группы, как видно из таблицы 2, характер суточного профиля АД зависел не только от степени его повышения, но и от тяжести сопутствующей бронхообструктивной патологии. При этом количество больных с патологическими профилями АД закономерно увеличивалось по мере утяжеления ХОБЛ в ряду легкое, среднетяжелое и тяжелое течение в среднем, в зависимости от степени АГ, еще на 12,6 %, 22,4 % и 35,7 % ($p < 0,001$, по сравнению с пациентами с изолированной кардиальной патологией), что свидетельствует о значительном влиянии респираторной патологии на течение основного заболевания.

**Сравнительная характеристика профилей АД у пациентов с изолированной кардиальной
и сочетанной легочно-сердечной патологиями**

Группы на- блюдения	Нозологические формы	Количество больных с различными профилями АД, %			
		Dippers	Non- dippers	Over- dippers	Night- peakers
I группа, n= 153	АГ				
	- I ст.;	78,6*	12,3*	5,8*	3,3*
	- II ст.;	72,4*	14,1*	6,2*	7,3*
	- III ст.	66,9*	19,2*	6,2*	7,7*
II группа, n= 159	АГ I ст. на фоне:	65,3	17,5	3,1	14,1
	-ХОБЛ легкого течения;				
	-ХОБЛ среднетяж. тече- ния;	52,8	18,1	3,7	25,4
	-ХОБЛ тяжелого течения.	38,9	22,4	3,5	35,2
	АГ II ст. на фоне:	65,0	17,5	2,9	14,6
	-ХОБЛ легкого течения;				
	-ХОБЛ среднетяж. тече- ния;	52,8	18,0	3,5	25,7
	-ХОБЛ тяжелого течения.	37,9	24,1	3,0	35,0
	АГ III ст. на фоне:	62,9	18,0	3,0	16,1
	-ХОБЛ легкого течения;				
	-ХОБЛ среднетяж. тече- ния;	50,4	22,2	2,9	24,5
	-ХОБЛ тяжелого течения	37,1	23,2	3,5	36,2

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с аналогичными показателями пациентов с кардиореспираторной патологией

Подобное резкое возрастание числа пациентов с повышением или недостаточным снижением АД в ночное время при присоединении бронхообструктивной патологии может быть обусловлено, на наш взгляд, наличием у них дисбаланса в работе симпатической и парасимпатической нервных систем, а также преимущественным появлением приступов удушья у данной категории больных в ночное время.

Возможно, именно с этим фактом было связано то, что у больных с АГ на фоне респираторной патологии достоверно чаще развивались гипертонические кризы (число кризов в год при сочетанной патологии было в среднем $11,3 \pm 1,1$, при изолированной патологии - $7,1 \pm 1,4$, $p < 0,05$). При этом нормализация АД (во время кризов) происходила медленнее в среднем на $2,2 \pm 0,5$ дня ($p < 0,001$), чем у пациентов с изолированной АГ, что приводило к увеличению сроков нетрудоспособности на 7-15 % в зависимости от степени АГ. Кроме этого, как показали наши исследования, у пациентов I клинической группы на фоне адекватной гипотензивной терапии за пять лет наблюдения удалось снизить САД в среднем на 18,2 мм.рт.ст. и ДАД на 9,4 мм.рт.ст., в то время как на фоне аналогичного гипотензивного лечения у больных II группы это снижение не превышало 6,6 мм.рт.ст. и 5,1 мм.рт.ст. соответственно и для нормализации АД требовалось назначение дополнительной гипотензивной терапии.

Было установлено также, что наличие ХОБЛ у пациентов с АГ приводило к более быстрому прогрессированию недостаточности мозгового кровообращения (из-за развития атеросклеротического поражения сосудов головного мозга и дисциркуляторной энцефалопатии) и обусловлено, по нашему мнению, наряду с изменением локальной гемодинамики наличием у этих больных хронической гипоксии респираторной этиологии. При одинаковой длительности «гипертонического» анамнеза у пациентов II группы чаще встречалась дисциркуляторная энцефалопатия II и III стадий (таблица 3).

Таблица 3

Распространенность цереброваскулярной недостаточности среди пациентов с кардиальной и кардиореспираторной патологиями

Нозологические формы	Распространенность дисциркуляторной энцефалопатии, %			Итого, %
	I стадии	II стадии	III стадии	
I группа, n= 153	6,0	5,0	1,1	12,1
II группа, n= 159	2,6*	8,2*	3,8*	14,6

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения

У больных с АГ на фоне респираторной патологии достоверно чаще, чем у больных I группы развивались также динамические (на 18,2 %, $p < 0,05$) и острые нарушения мозгового кровообращения (на 12,3 %, $p < 0,05$), а также инфаркты миокарда (на 17,8 %%, $p < 0,05$) и нестабильная стенокардия (на 16,7 %, $p < 0,05$).

Ретроспективный анализ медицинской документации обследованных больных позволил выявить взаимосвязи между частотой обострений кардиальной и легочной патологий. Так, было установлено, что в повышении дозы гипотензивных препаратов при легком обострении ХОБЛ нуждались 20,4 % больных, а при тяжелом обострении – 79,9 % наблюдавшихся. В свою очередь утяжеление течения АГ приводило к обострениям ХОБЛ более чем в 40 % случаев. Таким образом, формировался «порочный» круг, приводящий к постоянным обострениям основного и сопутствующего заболеваний. В связи с этим общее количество дней нетрудоспособности за год было достоверно ($p < 0,05$) выше в группах пациентов с сочетанной кардиореспираторной патологией ($64,1 \pm 3,8$ и $76,9 \pm 4,2$ дней/год соответственно).

В свою очередь увеличение числа дней нетрудоспособности и количества осложнений приводило у пациентов II группы к значительному удорожанию стоимости болезни больных с кардиореспираторной патологией. Этот анализ основывался на учете затрат, понесенных медицинским учреждением при проведении диагностики и лечения конкретного заболевания. Расчет производился по формуле:

$$COI = DC + IC,$$

где COI - показатель стоимости болезни, DC - прямые затраты, IC - косвенные затраты.

Для расчета прямых затрат использовались полученные в ходе исследования усредненные данные о длительности лечения данной группы больных в год и стоимости медицинских услуг за период наблюдения. Непрямые затраты - величина относительная, которую измерять и оценивать особенно трудно. Однако непрямые затраты на лечение кардиологических

больных составляют, по мнению ряда авторов, в среднем не менее 50 % от прямых затрат для амбулаторного пациента и не менее 70 % для стационарного больного. В соответствии с этим было установлено, что стоимость болезни одного пациента первой группы составляет в среднем $48227,7 \pm 1103,4$ руб/год, в то время как для пациентов II группы она увеличивается до $55452,1 \pm 1215,5$ руб/год.

Выводы

1. Хроническая обструктивная болезнь легких оказывает существенное влияние на течение АГ, приводя к формированию более резистентных к терапии форм заболевания и увеличению числа сердечно-сосудистых осложнений.

2. Формирование синдрома взаимного утяжеления у пациентов с кардиореспираторной патологией (АГ на фоне ХОБЛ) приводит к увеличению периодов нетрудоспособности, связанных с обострениями основного и сопутствующего заболеваний и возрастанию стоимости болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Оценка качества жизни больных гипертонической болезнью // Кардиология. 1989. Т.29. № 9. С. 43-46.
2. Андреева Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Тер. архив. 2002. Т.74. № 1. С. 8-16.
3. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Максимова М.Ю. Артериальная гипертония и цереброваскулярная патология: современный взгляд на проблему // Кардиология. 2004. Т.44. № 3. С. 4-8.
4. Бобров В.А., Фуштейн И.М., Боброва В.И. Системная артериальная гипертензия при хроническом обструктивном бронхите: современные взгляды и новые понимания // Клин. медицина. 1995. № 3. С. 24.
5. Бриттов А.Н. Вопросы профилактики и лечения гипертонии // Клин. медицина. 1994. № 10. С. 14-17.
6. Гогин Е.Е. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертензии // Диагностика и лечение внутренних болезней: руководство для врачей. В 3 томах / Под. общ. ред. Ф.И.Комарова. М.: Медицина, 1998. Т.1. С. 21-110.
7. Cohen, H.W. History of treatment for depression: risk factor for myocardial infarction in hypertensive patients / H.W. Cohen, S. Madhavan, M.H. Alderman // Psychosom. Med. 2001. Vol.63. №2. P.203-209.