

Безусловно, трудности дифференциальной диагностики ВД, особенно на фоне органических заболеваний, порой определяются рядом объективных причин: недостаточный клинический опыт УВТ, острый дефицит времени при осмотре пациента, тенденция к узкой специализации, «технизация» медицины, приводящая к игнорированию тщательного опроса и физикального осмотра и др.

Все это является основанием для разработки современных подходов к оказанию медицинской помощи пациентам, страдающим ВД, в условиях ПМСП. В основу этих подходов должны лечь методы системного анализа, позволяющие целостно оценивать объекты и явления с использованием современных информационных технологий.

Системный подход к проблеме оказания помощи пациентам с ВД в условиях ПМСП должен предусматривать:

1. Выработку клинической настороженности УВТ в отношении ВД,
2. Обучение УВТ методам экспресс-диагностики ВД в условиях ПМСП.
3. Организацию тесного контакта УВТ со специалистами параклинических служб, психиатрами, психотерапевтами, реабилитологами, службами «скорой медицинской помощи», социальной помощи населению, медико-социальной экспертизы.

Организация этой работы должна строиться на создании реестра пациентов с ВД, который позволит выделять их в отдельный поток и осуществлять оказание всех последующих видов медицинской помощи с использованием принципов медицинской логистики. Можно полагать, что такой подход к оказанию ПМСП при ВД позволит не только повысить качество жизни пациентов, но и рационально использовать ресурсы первичного звена здравоохранения.

ОЖИРЕНИЕ – КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кривчикова А.П.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Бажук Т.Н.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, кафедра патологии

Актуальность: Заболеваемость инфарктом миокарда составляет около 500 на 100 000 мужчин и 100 на 100 000 женщин [В.А. Люсов, 2001]. В то же время известно, что у женщин до наступления менопаузы ИБС встречается значительно реже, чем у мужчин того же возраста. Принято считать, что инфаркт миокарда развивается у женщин на 10-15 лет позднее, чем у мужчин [Сыркин А.Л., 2003]. Тем не менее, эпидемиологические данные последних лет свидетельствуют об увеличении частоты ИМ у женщин и мужчин

молодого возраста, что делает изучение ИБС у этого контингента больных важным и актуальным [Покровский Б.В., 1995; Сыркин А.Л., 2003]. Одним из значимых факторов риска ИБС и ИМ является ожирение. Однако последнее также считается ассоциированным с гормональной перестройкой, как у женщин, так и у мужчин. Данных о влиянии ожирения в молодом возрасте на течение и исходы ИМ в литературе недостаточно.

Цель исследования: оценка роли избыточной массы тела и ожирения на риск развития, тяжесть течения и прогноз острого инфаркта миокарда у мужчин и женщин молодого возраста.

Материал и методы. Проведен анализ отчетов кардиологических отделений стационаров г.Белгорода за 10 лет. ОИМ начинает регистрироваться с 34 лет. У лиц молодого возраста до 40 лет ОИМ диагностируется достаточно редко и превалирует у мужчин, что соответствует данным мировой статистики. С диагнозом ОИМ в возрасте до 40 лет было госпитализировано всего 535 мужчин и 123 женщины. Учитывая, критерии исключения (злокачественные новообразования; тяжелая почечная и печеночная недостаточность, СД 1 типа, врожденные пороки сердца; нарушение мозгового кровообращения за последние 6 месяцев, отсутствие в анамнезе удаления матки и придатков у женщин), нами была выделена группа больных молодого возраста в количестве 113 человек, из них мужчин было 82, женщин 31 без какой-либо выраженной сопутствующей патологии, что позволило нам в дальнейшем оценить изолированно роль повышенного веса в развитии и течении данной патологии. Мы разделили пациентов по ИМТ на 4 группы. В I группу вошли 62 мужчины с избыточной массой тела и ожирением, во 2-ю группу 20 женщин с избыточной массой тела и ожирением, во 3 группу – 20 мужчин с нормальной массой тела, в 4-ю группу 11 женщин с нормальной массой тела. Таким образом, большинство пациентов обоего пола, поступивших с диагнозом ОИМ, имели избыточную массу тела и ожирение (71,2%). Средний возраст как мужчин, так и женщин с избыточной массой тела и ожирением был ниже чем с нормальной массой тела, хотя различия были недостоверными: $36,4 \pm 5,3$ против $38,6 \pm 4,55$, $p=0,09$ у мужчин и $35,5 \pm 3,9$ против $37,9 \pm 5,2$, $p=0,08$ у женщин. При этом не отмечено достоверной разницы в возрасте между мужчинами и женщинами с избыточной и нормальной массой тела. Для диагностики ожирения применялась классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1998). Избыточная масса тела определялась как ИМТ от 25 до $29,9 \text{ кг/м}^2$, ожирение - как $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$.

Оценивались следующие лабораторные показатели липидного спектра в сыворотки крови: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ) в ммоль/л. По данным ультразвукового исследования оценивались размеры левого предсердия (ЛП), правого желудочка (ПЖ), аорты (Ао), конечного диастолического размера (КДР) и конечного систолического размера (КСР) левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и толщина задней стенки левого

желудочка (ЗС) в диастолу в сантиметрах, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в граммах, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в г/м². Соответственно гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ) диагностировалась у женщин при ИММЛЖ ≥ 110 г/м², согласно критериям ВНОК по АГ (2008). Относительную толщину стенок (ОТС) ЛЖ рассчитывали по формуле: $ОТС = (МЖП + ЗС) / КДР$. Повышенными считались значения ОТС 0,45 и более. Для диагностики типа ремоделирования ЛЖ использовалась классификация А. Ganau (1990). Для определения диастолической функции ЛЖ оценивалось E/A – соотношение скоростей пиков E и A в трансмитральном диастолическом потоке. Анализ ЭКГ осуществлялся по двум модифицированным грудным отведениям. Оценивались основной ритм, средняя, максимальная и минимальная частота сердечных сокращений (ЧСС), динамика сегмента ST, желудочковая и наджелудочковая эктопическая активность, и другие нарушения ритма и проводимости.

Результаты. При анализе других факторов риска, таких как курение, наследственность получены следующие результаты. Так в 1-ой группе из 62 пациентов курили 19 (30,7%), в 3-ей – 17 из 20 (85%) пациентов, $P < 0,05$; во 2-ой группе курили 5 из 20 (25%) женщин, в 4-ой группе 8 из 11 (72,8%) женщин, $P < 0,05$. Наследственная предрасположенность – ОИМ в молодом возрасте у ближайших родственников отмечена в 1-ой группе у 15 из 62 (24,5%), в 3-ей у 11 (55%) пациентов, $P < 0,05$; в 3-ей группе – у 3 из 20 (15%) больных, в 4-ой у 7 из 11 (63,3%) больных, $P < 0,05$. Стрессовые ситуации с одинаковой частотой отмечались во всех группах исследования: в 1-ой у 41 из 62 больных (66,1%), в 3-й – у 12 из 20 больных (60%), $P > 0,05$; во 2-ой – у 11 из 20 больных (55%), в 4-ой – у 7 из 11 больных (63,3%), $P > 0,05$. Таким образом, у пациентов мужского и женского пола с нормальным весом тела конкурирующих факторов риска было больше, чем у пациентов с избыточным весом обоего пола.

При изучении анамнеза выяснилось, что ИМ, в отличие от мужчин, сопровождался типичными загрудинными болями лишь у 13 (41,9%) из 31 женщин. Слабо выраженные боли в сердце беспокоили 8 (25,8%) из 31 женщин; 5 (16,2%) женщин жаловались на одышку, 2 (6,1%) - на слабость, 1 (3,1%) - на перебои в работе сердца. У 2 (6,1%) женщин, у которых не было жалоб, ИМ был выявлен при плановом обращении в поликлинику. Оказалось, что только 12 (38,7%) женщин поступили в стационар в первые 12 часов после начала болевого синдрома, что ограничивало возможности для проведения соответствующего лечения. Характер и частота встречаемости отдельных жалоб у женщин по группам исследования достоверно не отличалась.

При изучении результатов клинического обследования в группах с избыточной массой тела АГ в анамнезе имели 100% мужчин и 100% женщин, в группах с нормальной массой тела – 5 (25%) мужчин и 4 (32,7%) женщин, т.е. у женщин с нормальной массой тела АГ отмечалась чаще. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) имело место только в группах с избыточной

массой тела и ожирением: у 20(32,3%) из 62 мужчин и у 5(25%) из 20 женщин. В целом, у пациентов обеих групп с избыточной массой тела, по сравнению с пациентами обеих групп с нормальной массой тела, уровень глюкозы в крови был достоверно выше ($6,40 \pm 0,93$ против $5,44 \pm 0,88$, $p=0,03$) и достоверно не отличался у мужчин и женщин. Гиперхолестеринемия имела место у 50 (80,6%) мужчин с избыточной массой тела и 15 (75%) женщин, и у 12 (60%) мужчин и 7 (63,3%) женщин с нормальной массой тела. Различия при сравнении обеих групп мужчин и женщин достоверны ($p>0,05$).

При этом также отмечены достоверные различия средних величин холестеринемии в обеих группах мужчин и женщин. Так средние значения содержания холестерина в крови у мужчин с избыточным весом составили $7,1 \pm 1,1$ ммоль\л, с нормальной массой тела - $6,2 \pm 1,0$ ммоль\л, $p<0,05$; у женщин - $6,6 \pm 1,0$ ммоль\л и $5,9 \pm 1,2$ ммоль\л, $p<0,05$, соответственно. Таким образом, показано, что в 1-ой и во 2-ой группах больных избыточная масса тела и ожирение являлись основным фактором риска развития ОИМ, хотя являлась причиной гипертензии у подавляющего числа больных и вела к нарушению толерантности к глюкозе в молодом возрасте.

При анализе липидного обмена в остром периоде ИМ пациенты с избыточной массой тела и ожирением имели достоверно более высокие уровни ТГ и ЛПОНП, по сравнению с пациентами с нормальной массой тела без достоверных различий у мужчин и женщин.

При этом дислипидемия в группах с избыточным и нормальным весом проявлялась повышением уровня общего холестерина: у 75 (91,4%) из 82 больных с избыточной массой тела против 19 (61,9%) из 31 больных с нормальной массой тела, $p<0,05$; ЛПНП: 66 (80,4%) из 82 больных против 27 (87,%) из 31 больных, $p>0,05$; ТГ: 67(81,7%) из 82 больных против 7 (22,6%) из 31 больных, $p<0,05$; снижение уровня ЛПВП определялось у 68 (82,9%) из 82 больных против 15 (48,4%) из 31 больных, $p<0,05$.

Q- образующий ИМ был диагностирован у 23 из 62 (37,1%) мужчин с избыточной массой тела и у 9 из 20 (45%) женщин с избыточной массой тела, $p>0,05$, т.е. у женщин с избыточным весом он встречался чаще. В группах с нормальной массой тела Q- образующий ИМ также чаще диагностировался у женщин: у 5 из 20 (25%) мужчин и у 5 из 11(43,6%) женщин $p<0,05$. При сравнении двух групп мужчин с избыточной и нормальной массой тела Q-образующий ИМ чаще встречался в первой: 37,1% против 25% ($p=0,065$). Такая же зависимость отмечена у женщин: у 45% при избыточной массе тела против 43,6% при нормальном весе, ($p=0,09$), хотя различия оказались недостоверными. Таким образом, Q- образующего ИМ диагностируется чаще у женщин при наличии у них повышенной массы тела.

Основные структурные параметры сердца при проведении ЭХОКГ в остром периоде ИМ были достоверно выше в группах с повышенной массой тела: диаметр левого предсердия, толщина задней стенки левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки, относительная толщина стенок миокарда, масса миокарда левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка.

Гипертрофия ЛЖ обнаружилась у 59 (95,1 %) из 62 больных мужского пола 1 группы, и у 10 (50%) из 20 больных 3 группы; 16 (80%) из 20 больных женского пола 2 группы и 4 (36,3%) из 11 больных женского пола 4 группы (рис.). Концентрическая гипертрофия ЛЖ, как наиболее неблагоприятная в отношении прогноза, встречалась чаще в 1 группе, по сравнению с 3 группой: 40 (63,3%) против 2 (10%); и во 2 группе, по сравнению с 4 группой: 11(55%) против 1(9,1%).

В 1,2 группах, по сравнению с 3,4 группами фракция выброса ЛЖ достоверно не различалась. У пациенток с Q ИМ достоверно ниже ФВ ($49,4 \pm 13,8$ против $59,1 \pm 9,8$, $p=0,01$), выше ИММЛЖ ($167,3 \pm 33,8$ против $157,4 \pm 46,1$, $p=0,04$) по сравнению с пациентами без Q-ИМ. Нарушения диастолической функции сердца, уменьшение отношения Е/А менее 1, выявлено у большинства пациентов из всех групп.

При изучении частоты ранних осложнений в группах с избыточным и нормальным весом были выявлены отек легких (8,6% против 3,1%), острая аневризма ЛЖ (7,4 % против 0%), пароксизм МА (8,6% против 6,4%), рецидив ИМ (6,1% против 5%), НК 2А-Б по NYHA (24,4% против 19,3%), перикардит (1,2% против 0). Летальность составила в группе с избыточным весом 7(8,6%) из 82 больных и 2(6,4%) из 31 больных из группы с нормальным весом. Группы достоверно не различались между собой, хотя процент осложнений и летальность были выше в группах с избыточным весом.

Выводы:

1. Среди лиц молодого возраста от 30 до 40 лет с ОИМ преобладают пациенты с избыточной массой тела и ожирением (72,6%). Чаще ОИМ развивается у мужчин – 72,6%. Для женщин с ОИМ характерно позднее обращение за медицинской помощью, и атипичная симптоматика (59,4%). Каких-либо других особенностей в течении данной патологии у лиц мужского и женского пола не выявлено.

2. У всех пациентов молодого возраста без другой сопутствующей патологии и нарушения гормонального фона избыточная масса тела и ожирение являлись причиной гипертензии и у подавляющего числа больных вели к нарушению толерантности к глюкозе и нарушениям липидного обмена. Для пациентов с избыточной массой тела и ожирением и ОИМ по сравнению с пациентами с нормальной массой тела характерно наличие многокомпонентных нарушений липидного обмена.

3. У больных с избыточной массой тела и ожирением ОИМ протекает тяжелее. У них чаще, особенно у женщин, регистрируется Q-образующий ИМ. Наличие избыточной массы тела и ожирения у пациентов с ОИМ оказывает существенное влияние на показатели ЭХОКГ, что выражается в достоверно большем диаметре ЛП, большей толщины стенок ЛЖ и наличии гипертрофии ЛЖ, преимущественно концентрического типа, в сравнении с пациентами с нормальной массой тела (96% против 50%).

4. Осложнения острого периода ИМ (отек легких, острая аневризма ЛЖ, рецидивы ИМ) возникают чаще в группе пациентов с избыточной

массой тела и ожирением. Также в этой группе больных выше летальность: 8,6% против 6,4% в группе с нормальным весом.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Мануйленко М.А.

Научный руководитель: Хамнагадаев И.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский
университет

Актуальность. АГ в 70% случаев является причиной инсультов. Фремингамское исследование продемонстрировало, что стандартизованный по возрасту риск инсульта среди больных с АГ составил 3,1 для мужчин и 2,9 для женщин [Robinson. В., 1967]. Обнаружено двукратное увеличение риска развития ИБС для каждого приращения 20/10 мм, начиная с 115/75 мм рт.ст. [Murphy N.J. et al., 1997].

Цель. Изучить литературные данные о региональных и этнических особенностях распространенности артериальной гипертензии (АГ) в РФ.

Результаты. По данным эпидемиологического мониторинга, распространенность АГ в Российской Федерации (РФ) у лиц 15 лет и старше составила 39,5%. Наиболее высокая распространенность АГ отмечалась в Южном и Приволжском федеральных округах (45,9% и 43,2% соответственно), за ним следовали Сибирский федеральный округ (42,5%), Северо-Западный округ (41,2%), Центральный округ (36,5%), Уральский округ (36,2%) и Дальневосточный федеральный округ (32,3%) [Шальнова С.А. с соавт, 2006].

Обнаружены региональные различия распространенности АГ. В Сибирском федеральном округе, среди мужчин, жителей Томска в возрасте 25-64 лет выявлена стабильно высокая распространенность АГ (в 1981-1982 г. 46,1% и в 1994-1995 г. 45,1%) [Карпов Р.С. с соавт., 1989, 2005]. Более высокие показатели установлены в Новосибирске. Распространенность артериальной гипертензии в г. Новосибирске в период 1985-95 гг. составила 48% у лиц обоего пола, 49% — у мужчин и 47% — у женщин ($p < 0,05$), Максимальная распространенность АГ выявлена в старшей возрастной группе 55-64 лет и составила 71%, минимальная — в возрастной группе 25-34 лет — 24,3% [Симонова Г.И. с соавт.], что выше, чем в Европейской части России [Шальнова С.А. с соавт, 2006]. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания в среднем по РФ составила 77,9%. [Шальнова С.А. с соавт, 2006].

Имеются данные свидетельствующие, что показатели распространенности артериальной гипертензии зависят от этнической принадлежности. Среди коренного населения Сибири наиболее низкие