

**Е.А. Ханина¹, А.А. Немцева¹, И.С. Добрынина¹,
А.А. Зуйкова¹, О.Е. Большева²**
**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА**

¹ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, каф. поликлинической терапии

²Центр семейной медицины «Олимп Здоровья»

Резюме. Проведено изучение амбулаторных карт больных с различными нарушениями ритма и сопутствующей кардиологической патологией (артериальная гипертензия и ишемической болезнью сердца) при наличии хронической сердечной недостаточности IIa ФК (I,II,III,IV) и сопутствующего сахарного диабета 2 типа, осуществлялась оценка качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью, анализировались клинические проявления, данные полученных методов обследования и назначенная лекарственная терапия. Так же рассмотрены особенности течения и вид различных нарушений ритма сердца и проводимости у больных при наличии сахарного диабета 2 типа. В ходе работы было выяснено, что наличие сахарного диабета 2го типа утяжеляет течение хронической сердечной недостаточности и различные виды нарушения ритма сердца, повышает функциональный класс и ухудшает прогноз для жизни этих пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, качество жизни, нарушения ритма.

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) как насущная проблема современного здравоохранения, которая утяжеляет протекание основного заболевания, делая прогноз для трудоспособности и жизни больного неблагоприятным. В России количество больных с патологией сердечнососудистой системы неуклонно прогрессирует [5, 8].

Оценка качества жизни больных с различными заболеваниями является одним из важнейших инструментов эпидемиологического анализа. ИБС, артериальная гипертензия, ХСН являются одними из самых распространенных и значимых в социальном плане заболеваний, вносящих большой вклад в общую и сердечнососудистую смертность, тогда как их статистический учет в настоящее время не проводится должным образом и учитывается лишь в общей структуре сердечнососудистой заболеваемости. Это делает актуальным создание выборочных регистров пациентов с ИБС, артериальной гипертензией и ХСН, целью которых является оценка структуры больных с данной патологией в России, их половозрастном составе, распределении по тяжести и нозологическим формам, качество диагностики, полноту обследований, а также корректность проводимой терапии и направление пациентов на высокотехнологичные вмешательства. Ведение таких регистров позволит планировать потребность в высокотехнологичной помощи пациентам, делать прогноз на трудоспособность и дальнейшую инвалидность таких пациентов.

Цель работы – изучить половозрастной состав, наличие сопутствующей патологии пациентов с ХСН IIa ФК (I/II/III/IV), оценить качество проводимой диагностики, лечения в реальной клинической практике с помощью регистра больных

ХСН, а также оценить качество жизни при наличии ХСН на базе ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №1».

Материал и методы исследования. В данном исследовании приняли участие 50 человек с наличием зарегистрированного нарушения ритма сердца, находящихся на лечении в ГП №1 г. Липецка, а именно 26 мужчин и 24 женщины. Возраст больных составил в среднем у мужчин $58,8 \pm 9,6$ лет и $68,1 \pm 11,2$ лет у женщин. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Все исследуемые были разделены на две группы: в первой группе (в количестве 22 больных) диагностированы артериальная гипертензия, ИБС, нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии и ХСН; у второй группы (28 больных) — артериальная гипертензия, ИБС, сочетанные нарушения ритма (ЖЭС, НЖЭС, ФП), в сочетании с ХСН и СД 2 типа.

Выраженность симптомов больных оценивалась по шкале (ШОКС) Беленкова Ю.Н. и Мареева В.Ю.. В ходе работы проводился тест 6-минутной ходьбы (с целью оценки толерантности к физической нагрузке), эхокардиография, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ. Анализировалась получаемая больными терапия.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе анализа по гендерному признаку было отмечено, что в 1-ой группе встречалось незначительное преобладание мужчин (60,0%), во 2-й группе — женщин (53,8%).

У 31,3 % пациентов ИМТ в интервале от 18,6 до 23,9 кг / м², и у 5,5 % ниже 17,5 кг / м² (кахексия). Большинство пациентов около 60,1 % имели ИМТ свыше 25 кг / м², это объясняется задержкой жидкости в организме в связи с наличием хронической сердечной недостаточности. У 13 человек из обеих групп была прибавка в весе более 2,5 кг за последнюю неделю.

Курили 35 % обследуемых.

Если рассматривать этиологию хронической сердечной недостаточности, то сочетание артериальной гипертензии и ИБС можно считать ведущим в обеих группах (69% больных). Только артериальная гипертензия обнаруживалась у 18%, ИБС — в 13% случаев.

Были выявлены следующие факторы риска развития сердечно сосудистой патологии в исследуемых группах: отягощенная наследственность отмечалась у 22%, дислипидемия 38%, курение около 27%, избыточная масса тела наблюдалась у 61,1% обследованных, сахарный диабет 2 типа был поставлен у 56 % [5, 8].

Пациенты, включенные в регистр, а именно 72% (36 человек) страдали артериальной гипертензией (регулярно получали гипотензивную терапию только 24 %). Острый инфаркт миокарда в анамнезе имелся у 61% обследуемых пациентов. Сочетание артериальной гипертензии с перенесенным ОИМ отмечено у 58 % больных,

стенокардия различных ФК – в 75 % случаев. Фибрилляция предсердий встречалась у 23,1% исследуемых, в 10% случаев пароксизмальная форма.

Клинические проявления в 1й и 2й группе распределились следующим образом и представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Клинические симптомы

Симптомы	%
Одышка	97
Пароксизмальная ночная одышка	35
Тахипноэ (>16 дыханий/мин)	70
Общая слабость, утомляемость, увеличение времени для восстановления после нагрузки	97
Ночной кашель	40
Отеки рук и ног	20
Отеки ног	62
Отеки ног, гепатомегалия	67
Отеки ног, влажные хрипы в легких, гепатомегалия	66
Асцит	7
Истощение (кахексия)	5,5

При анализе стандартной ЭКГ в 12 отведениях обнаружено, что из аритмий у пациентов 1 группы чаще всего встречается желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) около 20,0 %, а во 2 группе имеют место как желудочковые, так и наджелудочковые экстрасистолы, сочетанные (42,3%) нарушения ритма, что утяжеляло состояние больных в плане протекания хронической сердечной недостаточности.

Анализируя частоту, вид аритмий сердца по результатам суточного мониторирования ЭКГ, были получены следующие данные: средняя ЧСС днем $60,0 \pm 2,1$ уд/мин у пациентов 1 группы и $67,7 \pm 1,7$ уд/мин, у пациентов 2 группы. В ночное время средняя ЧСС у пациентов 1 группы $55,2 \pm 1,1$ уд/мин и $57,1 \pm 2,4$ уд/мин у больных 2 группы.

При измерении артериального давления были зафиксированные следующие уровни САД: ≤ 115 мм. рт. ст. – у 19 %, 116–140 мм. рт. ст. – у 37 %, 141– 159 мм. рт. ст. – у 29 %, 160 мм. рт. ст. и более – у 15 %.

Среди больных ХСН IIa преобладали больные с I, II и III ФК (14%, 46% и 34% соответственно), IV ФК был поставлен 6% больных. Сумма баллов клинических признаков по шкале ШОКС составила $3,5 \pm 1,5$.

Всем обследуемым больным была проведена проба с физической нагрузкой. По результатам теста 6-минутной ходьбы можно сделать вывод: пройденный путь в среднем $262,2 \pm 97,1$ м. Пациенты с II ФК ($349,4 \pm 59,7$ м), III ФК ХСН IIa ($235,4 \pm 41,2$ м) и IV ФК (104 ± 13 м). Отмечена тенденция к уменьшению расстояния при повышении ФК хронической сердечной недостаточности. Средняя величина пройденного пути составила у больных артериальной гипертензией (290 ± 52 м). У больных ИБС, а также ИБС в сочетании с артериальной гипертензией дистанция была меньшей —

соответственно $265 \pm 21,5$ м и $261,3 \pm 87$ м (при $p < 0,05$). Средняя величина ЧСС больных ХСН IIa составила $90,6 \pm 22,4$ в минуту.

Анализ данных ЭХО-КГ пациентов с ХСН IIa независимо от функционального класса обнаружил превышение конечного систолического размера левого желудочка (КСР) при сопоставлении с референтными данными ($41,2 \pm 8,2$ и $36,2 \pm 9,0$ мм соответственно, при $p < 0,05$). Фракция выброса (ФВ) в среднем составила 41,5%. Фракция выброса у 38 пациентов $\geq 35\%$, у 26 пациентов была равна от 36% до 37%, у 36 – в диапазоне от 37 до 47%.

Больные первой группы, наряду с артериальной гипертензией, ИБС, имели нарушение сердечного ритма по типу желудочковой экстрасистолии (ЖЭС) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью наблюдалась у 45,1% пациентов. Среднее суточное количество ЖЭС составило около $314,2 \pm 17,3$, при этом редкие (менее 30 в час) ЖЭС были отмечены у 11,1% пациентов, частые – у 44,4%, полиморфные – у 22,3%, парные или групповые – у 22,2% обследуемых. Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) была выявлена у 30,0% (среднее количество $346,2 \pm 14,5$) пациентов.

Во 2-ой группе ЖЭС были выявлены у 46,1% больных. При этом наблюдалось увеличение суточного количества экстрасистол в сравнении с 1-ой группой – так, среднее суточное количество ЖЭС составило $458,5 \pm 13,2$, – и преобладание ЖЭС 3 и 4 градаций, а именно – у 8,3% пациентов ЖЭС – редкие, 25,0% – частые, 33,3% – полиморфные, 33,3% – парные или групповые. НЖЭС регистрировались у 57,7% больных, в среднем количестве $404,3 \pm 12,8$ в сутки.

При оценке зависимости ЖЭС от выраженности дисфункции миокарда, определяемой по фракции выброса левого желудочка, у пациентов 2-й группы фракция выброса левого желудочка определялась $51,8 \pm 0,75\%$ и оказалась несколько ниже, чем фракция выброса в 1-й группе ($58,8 \pm 0,81\%$, $p < 0,05$).

Получаемая медикаментозная терапия зачастую включала в себя следующие группы препаратов: ингибиторы АПФ применялись у 42 больных (91,3%), β -блокаторы – у 40 (86,9%), сердечные гликозиды – у 6 (13,0%), тиазидные диуретики – у 16 (34,7%), петлевые диуретики – у 18 (39,1%), антагонисты альдостерона – у 22 (47,8%).

Для лечения сахарного диабета применяли таблетированные гипогликемические препараты: производные сульфонилмочевины – 7 больных (26,9%), производные бигуанидов – 4 (15,4%), комбинацию препаратов производных бигуанида и сульфонилмочевины – 6 (23,1%), инсулинотерапию – 3 (11,5%). Контролировали углеводный обмен только с помощью диеты – 2 (7,7%) и 4 пациента (15,4%) имели впервые выявленный СД 2 типа, поэтому не принимали гипогликемических препаратов на момент участия в исследовании. Достоверность различий встречаемости качественных признаков анализировалась с помощью критерия хи-квадрат (χ^2). Использовался корреляционный анализ с помощью коэффициента

корреляции рангов Спирмена. Коэффициенты корреляции и достоверные различия при $p < 0,05$.

Выводы. В структуре хронической сердечной недостаточности Па ФК (I/II/III/IV), по половому составу в 1-ой группе отмечалось преобладание мужчин (60,0%), во 2-й группе — женщин (53,8%), а по возрасту в среднем составил $58,8 \pm 9,6$ лет у мужчин и $68,1 \pm 11,2$ лет у женщин.

По данным обследования 2х групп пациентов, можно заключить, что наиболее часто определяется сочетание хронической сердечной недостаточности с артериальной гипертензии и ИБС [1,3, 4 ,6].

Можно отметить, что у больных с ХСН Па ФК (I/II/III/IV) в сочетании с аритмией и сахарным диабетом 2 типа, более тяжело протекает основное заболевание и ухудшается прогноз для жизни [2, 7].

В ходе анализа получаемой медикаментозной терапии было выявлено, что на первом месте по частоте встречаемости стоят и-АПФ (91,3 %), на втором β - блокаторы (86,9%), далее антагонисты альдостерона (47,8%). В результате анализа гипогликемической терапии лидирующие позиции принадлежат комбинации препаратов производных бигуанидов и сульфонилмочевины — 6 (23,1%).

Литература.

1. Взаимосвязь особенностей течения заболевания и полипрагмазии с физическим и психологическим компонентами здоровья у больных артериальной гипертензией / Романова М.М [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. - №2 – С. 35
2. Какорин С.В. Хроническая сердечная недостаточность у больных сахарным диабетом 2 типа / С.В. Какорин, И.А. Аверкова, А.М. Мкртумян // Международный журнал интервенционной кардиологии.- 2015.- N40.- С. 52-60.
3. Клинико-инструментальный анализ желудочковых нарушений ритма при диастолической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2-го типа / И.П. Татарченко [и др.] // Проблемы эндокринологии.- 2015.- Том 61, № 2- С. 21-27.
4. Лычев В.Г. Аритмия у больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2-го типа / В.Г. Лычев, Е.Б. Клестер, Л.А. Плинокосова // Клиническая медицина. -2014- Т.94, №3- С. 38-42.
5. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Журнал Сердечная Недостаточность.- 2013. - Т.14. N7 (81).- С. 379-472.
6. Прогностическая оценка нарушения ритма при сочетании хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета 2 типа (по результатам суточного мониторирования ЭКГ) / Л.А. Плинокосова [и др.] // Фундаментальные исследования. - 2013. - N9.- С. 1106-1109.
7. Сочетанное мониторирование (ЭКГ-МТ и CGMS) в изучении аритмогенных факторов у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, страдающих хронической сердечной недостаточностью / Ю.В. Стручкова [и др.] // Современные технологии в медицине.- 2011.- N2.- С. 85-89.
8. Шапошник И.И. Диагностика, лечение и профилактика хронической сердечной недостаточности: что нового? // Медицинское обозрение. -2014-№18. - С. 1314.

Abstract.

E.A. Hanina, A.A. Nemtseva, I.S. Dobrynina, A.A. Zuykova , O.E. Bolysheva
ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY
IN THE OUTPATIENT RECEPTION

Voronezh State Medical University

Olympus of health

In this work, the study of outpatient charts of patients with various rhythm disturbances and concomitant cardiological pathology (hypertension and coronary heart disease) in the presence of chronic

heart failure IIA FC (I,II,III, IV) and concomitant type 2 diabetes was carried out, the quality of life of patients with chronic heart failure was assessed, clinical manifestations were analyzed, the data of the obtained methods of examination and prescribed drug therapy. Also, the features of the course and the type of various cardiac arrhythmias and conduction in patients with type 2 diabetes are considered. During the work it was found that the presence of type 2 diabetes mellitus aggravates the course of chronic heart failure and various types of heart rhythm disorders, increases the functional class and worsens the prognosis for the lives of these patients.

Keywords: chronic cardiac failure, hypertension, diabetes, dyslipidemia, quality of life, register, rhythm disturbances.

References.

1. The relationship between the features of the disease and polypragmasia with the physical and psychological components of health in patients with hypertension / Romanova M. M [et al.] // Modern problems of science and education. - 2018. - №2 – p. 35

2. Chronic heart failure in patients with type 2 diabetes mellitus / S.V. Kakorin, I.A. Averkova, A.M. Mkrtumyan / international journal of interventional Cardioangiology.- 2015.- N40.- P. 52-60.

3. Clinical and instrumental analysis of ventricular arrhythmias in diastolic heart failure in patients with type 2 diabetes mellitus / I.P. Tatarchenko [et al.] // problems of endocrinology.- 2015.- Volume 61, № 2-P. 21-27.

4. Lychev V.G. Arrhythmias in patients with chronic heart failure and diabetes mellitus of the 2nd type / V. G. Lychev, E. B. Clester, L. A. Planoconcave // Clinical medicine. - 2014-Vol. 94, №3-P. 38-42.

5. National recommendations PRAS cardiology and internal medicine on the diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision) // Journal of Heart Failure. - 2013. - Vol. 14. N7 (81). - C. 379-472.

6. Prognostic features of rhythm disturbance at a combination of chronic heart failure and diabetes mellitus type 2 (according to results of daily monitoring of ECG) / L. A. Planoconcave [et al.] // Fundamental research. - 2013. - N9. 1106-1109.

7. Combined monitoring (ECG-MT and CGMS) in the study of arrhythmogenic factors in patients with diabetes mellitus type 2, suffering from chronic heart failure / Yu.V. Struchkova [et al.] // Modern technologies in medicine.- 2011.- N2.- P. 85-89.

8. Shaposhnik I.I. Diagnostics, treatment and prevention of chronic cardiac failure: what's new? // Medicinskoe obozrenie. – 2014. – N 18. – P. 13-14.

Сведения об авторах: Ханина Елена Анатольевна - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ВГМУ; Немцева Александра Алексеевна - ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ВГМУ; Добрынина Ирина Сергеевна - к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ВГМУ; Зуйкова Анна Александровна - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, ВГМУ, Большева Ольга Евгеньевна -врач терапевт, к.м.н., центр семейной медицины «Олимп Здоровья».