

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Данная статья посвящена актуальной проблеме кардиологии – цереброваскулярным осложнениям гипертонической болезни (ГБ) в виде транзиторных ишемических атак (ТИА). ТИА являются предикторами инсульта, необратимых нарушений головного мозга. С целью своевременного предотвращения необратимой патологии необходимо более детально анализировать возможные аспекты, вызывающие осложнения цереброваскулярного характера у больных ГБ.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, транзиторные ишемические атаки, коморбидность.

V.L. YUN, G.N. GOROKHOVSKAYA, MD, Prof., A.I. MARTYNOV, MD, Prof., academician of RAS, E.Yu. MAYCHUK, MD, Prof.
 Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, MoH RF

A RETROSPECTIVE STUDY OF PATIENTS WITH HYPERTENSION COMPLICATED BY TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

This article is devoted to actual problem of cardiology – cerebrovascular complications of hypertension in the form of transient ischemic attack (TIA). TIAs are predictors of stroke, irreversible brain disorders. In order to prevent irreversible pathology will require further analyze the possible aspects that cause complications cerebrovascular in nature in hypertensive patients.

Keywords: hypertention, transient ischemic attacks, comorbidity.

Гипертоническая болезнь (ГБ) – самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание во многих странах мира. Несмотря на современные возможности интенсивного лечения ГБ, отмечен рост ее осложнений, в т. ч. цереброваскулярной сосудистой патологии, одной из форм которой являются транзиторные ишемические атаки (ТИА) головного мозга.

Проблема ГБ и ТИА в настоящее время остается весьма актуальной. Неконтролируемое повышенное артериальное давление (АД) приводит к риску возникновения ТИА и другим сосудистым катастрофам. Контроль АД является необходимым звеном в профилактике всех сосудистых осложнений (инсультов, инфарктов), при этом ключевым моментом является своевременная диагностика патологических нарушений [1, 2]. На данный момент имеющиеся в арсенале практикующих врачей методы обследования больного, в т. ч. методы нейровизуализации и др., помогают определить данные патологические состояния, при этом необходимость понимания и верификации изменений в системе кровообращения, характерных как для ГБ с ТИА, так и для других заболеваний, приводящих к тяжелым и необратимым последствиям, только возрастает.

Цель исследования: ретроспективный анализ пациентов с ГБ, осложненной ТИА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовал 71 больной. Все обследованные больные были разделены на две группы: основную и группу сравнения. Основную группу (I) составили 37 больных ГБ с ТИА, группу сравнения (II) – 34 больных ГБ без ТИА.

Группы были сопоставимы по полу – основная группа состояла из 78% (n = 29) женщин и 22% (n = 8) мужчин, средний возраст которых составил $63,34 \pm 2,47$ и $58,75 \pm 5,27$ года соответственно. В группе сравнения из 34 больных было 73% (n = 25) женщин и 27% (n = 9) мужчин, средний возраст составил $67,76 \pm 2,37$ и $60,78 \pm 3,61$ года соответственно.

Различия по возрасту между группами оказались статистически незначимыми ($p > 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате ретроспективного анализа было выявлено наиболее длительное существование ГБ – 10 и более лет в I группе у 16 больных (43%), во II группе – у 15 больных (44%), что характеризует необходимость в стационарном лечении больных с более длительным существованием ГБ в анамнезе.

В I группе количество лиц молодого возраста было больше в 1,5 раза, чем во II группе, что указывает на встречаемость ТИА в более раннем возрастном периоде.

По средней длительности ГБ различия между группами были статистически незначимыми ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии связи возникновения случаев ТИА у пациентов с ГБ с ее длительностью существования у больного. ТИА могут возникать и в более молодом возрасте, без отягощенного анамнеза по ГБ.

У всех больных была проведена оценка коморбидного состояния больных ГБ с ТИА и без них.

Как известно, наличие коморбидности значительно изменяет течение основного заболевания и оказывает существенное влияние на диагностику и лечение [3, 4]. Коморбидность представляет собой обычное явление в

пожилом возрасте и имеет тенденцию к нарастанию с возрастом, однако в последнее время участились случаи встречаемости коморбидного состояния и у лиц моложе 60 лет [5].

Основными причинами смертности при коморбидной патологии в 90% случаев являются острые и хронические формы кардио- и цереброваскулярных заболеваний. При инсульте основными причинами коморбидности являются заболевания органов кровообращения, которые связаны со значительно более высокой частотой инвалидизации пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [6].

В исследовании Schmidt et al. (2014) тяжелая коморбидность в 2,5 раза увеличивала смертность при ишемическом инсульте и в 1,7 раза при геморрагическом инсульте как в остром, так и в отдаленном периоде.

Возраст и высокая степень коморбидности оцениваются как предикторы неблагоприятного исхода инсульта. К настоящему времени накоплен достаточно большой объем литературных данных об инсульте как осложнении ГБ, о ТИА таких данных совсем немного.

В нашем исследовании результаты относительно коморбидности были не менее значимыми, чем об инсультах. Проведенный анализ показал, что коморбидность у больных с ТИА характерна для 89% больных, и у 11% больных в возрасте 35–40 лет отмечалось некоморбидное состояние. Наиболее часто встречающаяся комбинация коморбидного состояния у больных ГБ с ТИА: ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия напряжения, сахарный диабет (СД) (46%, $n = 15$). Другие комбинации коморбидности были распределены по принципу убывания: ИБС, ожирение – 36%, $n = 12$; ИБС, СД, ожирение – 12%, $n = 4$; СД и ожирение – 6%, $n = 2$. Встречались случаи наличия у больных мерцательной аритмии, постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), перенесенного ранее ОНМК, ТИА в анамнезе, что также достоверно отягощало течение ГБ с ТИА.

Коморбидность больных ГБ с ТИА имела тенденцию к увеличению в зависимости от возраста больных – возрасту 85–95 лет соответствовал самый высокий индекс коморбидности Charlson – $7,83 \pm 0,48$.

В России распространенность СД у больных с инсультом составляет 12–21%. У пациентов с СД отмечается резкое повышение риска смертности от цереброваскулярных заболеваний по сравнению с общей популяцией

По данным Р.М. Rothwell [7], в половине случаев ТИА инсульт может развиваться в течение 7 дней. В нашем исследовании ишемический инсульт с последующим летальным исходом отмечен у 3-х пациентов в возрасте от 75 до 95 лет: у двух из них инсульт возник через 5 и 7 дней после поступления с диагнозом ГБ с ТИА, у одного пациента – через 12 дней. У данных больных выявлена наиболее выраженная коморбидность – в виде комбина-

ции из четырех заболеваний: ГБ, ИБС (атеросклеротический кардиосклероз и ПИКС, стенокардия напряжения III ФК, недостаточность кровообращения (НК) II А ст., постоянная мерцательная аритмия), СД, ожирение.

Возраст и высокая степень коморбидности оцениваются как предикторы неблагоприятного исхода инсульта. К настоящему времени накоплен достаточно большой объем литературных данных об инсульте как осложнении ГБ, о ТИА таких данных совсем немного

Основой сочетания данных заболеваний является атеросклероз, поэтому нередко, особенно в пожилом возрасте, наблюдается сочетанное поражение сосудов различных бассейнов. Установлена достоверная связь между атеросклеротическим поражением систем коронарных и церебральных артерий, проявляющаяся клинически, например, как сочетание ИБС, артериальной гипертензии и развитие инсульта у лиц с расстройствами сердечной деятельности [8]. Наблюдения в нашем исследовании показали, что и при преходящих нарушениях мозгового кровообращения возникают кардиальные дисфункции.

У пациентов с ишемическим инсультом также отмечались худшие исходы с сопутствующими осложнениями ИБС: НК, мерцательная аритмия с более выраженным нарушением функционирования и более высоким показателем смертности по сравнению с больными без данной патологии. В нашем исследовании также нашло подтверждение влияние сердечно-сосудистой коморбидности на прогноз и исход у больных ГБ с ТИА (в особенности развитые осложнения основного заболевания).

Одним из возможных механизмов ухудшения неблагоприятного исхода может быть нарушение коллатерального кровообращения у пациентов с сердечно-сосудистыми осложнениями. В исследовании О. Bang [9] показано, что качество коллатерального кровообращения позволяет прогнозировать исход у пациентов с окклюзией проксимальных внутричерепных сосудов, особенно если результаты визуализированных исследований демонстрируют значительный объем ишемизированного участка. В связи с тем, что ТИА у пациентов с мерцательной аритмией возникает в результате внезапной окклюзии церебральных артерий кардиоэмболом, времени для формирования коллатерального кровоснабжения может быть недостаточно. В итоге это может приводить к образованию необратимых изменений в виде обширных инфарктов головного мозга, что частично объясняет ухудшение исхода у больных с тяжелой коморбидностью [10].


Выявленные в анамнезе случаи инфарктов миокарда, как и инсульты, и повторные ТИА также приводят к дестабилизации церебральной перфузии. В исследовании В.В. Велькова [11] при остром инсульте ПИКС зарегистрирован у 36%. По данным С.А. Румянцевой [12], распространенность ПИКС у пациентов с инсультом в среднем

составляет 11–29%. По результатам нашего исследования встречаемость ПИКС у больных ГБ с ТИА равна 16%, перенесенных ОНМК – 19%, ТИА в анамнезе – 30% при сравнении со II группой: ПИКС – в 21% случае, ОНМК – в 3%, ТИА в данной группе не отмечались.

В последнее время появились данные о влиянии СД на микрососудистое русло головного мозга [13]. В России распространенность СД у больных с инсультом составляет 12–21%. У пациентов с СД отмечается резкое повышение риска смертности от цереброваскулярных заболеваний по сравнению с общей популяцией. В нашем исследовании СД встречался в 46% случаев в I группе – с достоверным влиянием на развитие ТИА у больных ГБ. ГБ с ТИА и нарушения углеводного обмена патогенетически взаи-

мосвязаны и являются следствием инсулинорезистентности и гиперинсулинемии [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ТИА у больных ГБ развивается на фоне коморбидного состояния, представленного наиболее часто встречающейся комбинацией ИБС, атеросклеротического кардиосклероза, стенокардии напряжения, СД и наиболее отягощающей течение в виде ИБС (атеросклеротический кардиосклероз и ПИКС, стенокардия напряжения III ФК, НК II А ст., постоянная мерцательная аритмия), СД, ожирения, с ОНМК и ТИА в анамнезе, что дополнительно повышает риск летального исхода. 

ЛИТЕРАТУРА

- Hata Y, Muratani H, Kimura Y et al. Offic ce BP variability as a predictor of acute myocardial infarction in elderly patients receiving antihypertensive therapy. *J. Hum. Hypertens.*, 2002, 16(2): 141–146.
- Kannel W. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am. J. Hyper.*, 2000, 13(Pt. 2): 3–10.
- Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность. *Лечащий врач*, 2013, 06: 66–68.
- Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность. *Лечащий врач*, 2013а, 08: 78–82.
- Болевич С.Б., Сохова О.А., Елисеев Е.В., Кабаева Е.В. Коррекция энергетического дефицита у пациентов с сосудистой коморбидностью. *Журнал неврологии Б.М. Маньковского*, 2013, 1(1): 55–60.
- Танашян М.М., Лагода О.В., Ключников С.А. Коморбидность в ангионеврологической практике. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*, 2012, 6(3): 47–52.
- Rothwell PM, Warlow CP. Timing of TIAs preceding stroke: time window for prevention is very short. *Neurology*, 2005, 64(5): 817–820.
- Скворцова В.И., Боцина А.Ю., Кольцова К.В. и др. Артериальная гипертензия и головной мозг. *Журн. неврол. и психиатр.*, 2006, 10: 68–78.
- Bang O, Saver J, Alger J. Determinants of the distribution and severity of hypoperfusion in patients with ischemic stroke. *Neurology*, 2008, 71: 1804–1811.
- Александров А.А. Мерцательная аритмия и сахарный диабет в борьбе за майку лидера. *Consilium medicum*, 2010, 12: 28–36.
- Вельков В.В. Предикторы: инфаркты и инсульты можно предотвратить, если вовремя оценить их риск. *Дальневосточный медицинский журнал*, 2008, 3: 122–126.
- Румянцев С.А., Силина Е.В., Свищева С.П., Комаров А.Н. Медицинские и организационные проблемы до- и постинсультной инвалидизации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт. Выпуск 2*, 2013, 111(9): 43–49.
- Волченкова Т.В., Колчу И.Г., Исакова Е.В. Эпидемиология церебрального инсульта у больных сахарным диабетом второго типа по данным регистра сахарного диабета Московской области. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*, 2010, 5–6: 33–36.
- Гераскина Л.А., Фонакин А.В. Транзиторные ишемические атаки: современный взгляд на актуальную проблему. *Трудный пациент*, 2011, 9(5): 28–32.

МИНПРОМТОРГ ПОДДЕРЖИТ РОССИЙСКИХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ

В Минпромторге 14 марта 2017 г. состоялось совещание по вопросу поддержки отечественных производителей коронарных стентов, которое провел глава ведомства Денис Мантуров.

На совещании обсуждались возможности увеличения присутствия российских производителей на рынке коронарных стентов и катетеров. Российские компании за последние три года показывают растущие объемы производства, а также рост инвестиционной активности в данной промышленной сфере, отмечают в министерстве.

Участники мероприятия согласились с необходимостью разработки и реализации комплексных мер поддержки российских производителей коронарных стентов и катетеров. Это позволит обеспечить конкурентный доступ к закупкам государственных бюджетных учреждений федерального и регионального уровня, что может послужить хорошим примером развития медицинской отрасли.

Доля российских коронарных стентов выросла с 3% в 2014 г. до 18% в 2016 г. Этому в том числе способствовали меры поддержки, предусмотренные Госпрограммой «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 гг. по направлениям субсидирования клинических испытаний имплантируемых медицинских изделий и организации производства медицинских изделий.

ИНГИБИТОРЫ ФДЭ-5 СНИЖАЮТ РИСК СМЕРТИ НА 30% У ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ПАЦИЕНТОВ

У мужчин, перенесших инфаркт миокарда и принимающих лекарственные препараты против эректильной дисфункции, риск госпитализации и смерти из-за сердечной недостаточности оказался ниже, чем у пациентов, не нуждающихся в терапии эректильной дисфункции. Об этом говорится в исследовании, результаты которого будут представлены на ежегодной научной сессии Американского кардиологического сообщества. Ученые из Каролинского института (Стокгольм) провели когортное исследование среди мужчин младше 80 лет, госпитализированных в связи с первичным инфарктом миокарда в 2007–2013 гг. У 7,1% из 43 145 участников исследования была диагностирована эректильная дисфункция в течение 6,2 лет наблюдения, им были назначены ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5).

Согласно собранным данным, на фоне применения ФДЭ-5 показатель смертности и госпитализации в результате сердечной недостаточности был соответственно на 30 и 36% ниже, чем в группе контроля. При этом не было зафиксировано связи между использованием аллпростадила в терапии эректильной дисфункции и снижением риска смерти и госпитализации из-за осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. 