

УДК 616.12-008.331.1

КРИВЕНКО В.И., ПАХОМОВА С.П., ГРИНЕНКО Т.Ю., ФЕДОРОВА Е.П., НЕПРЯДКИНА И.В., НИКИТЮК О.В.
Запорожский государственный медицинский университет
Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время гипертоническая болезнь (ГБ) начинается все чаще «весной» или «летом» жизни человека и не дает ему дожить до «осени». Среди пациентов с инсультом больные в возрасте до 44 лет составляют 11 % (исследование STERS, 2007). Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 2–14 % детей, у 8 % юношей 18–19 лет и у 20–40 % взрослых. До 15 лет у 80–90 % АГ носит вторичный характер, у подростков доля ГБ увеличивается до 35 %, а с 18 лет ГБ уже составляет 80 % [5]. Исследователями доказано, что АГ пубертатного периода в большинстве случаев переходит во взрослую жизнь [6]. Одной из основных причин эссенциальной гипертензии у молодых является наследственная предрасположенность, так как целый ряд генов влияет на уровень артериального давления (АД): ген эндотелиального синтеза окиси азота, ген ангиотензинпревращающего фермента, ген ангиотензина и др. Причиной формирования АГ у подростков часто является поражение центральной нервной системы при перинатальном развитии вследствие внутриутробной и родовой гипоксии. В молодом возрасте в возникновении АГ наибольшую роль играет вегетативная дисфункция. Реакция на стресс или другая стимуляция проявляется чрезмерным приростом частоты сердечных сокращений и АД. АГ в молодом возрасте ассоциируется с изменениями психологического статуса по типу усиления личностной и ситуативной тревожности, а также с частотой тревожно-депрессивных расстройств [3]. Кроме обычных факторов риска АГ (курение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание), у подростков и молодых пациентов имеются дополнительные факторы риска: употребление оральных контрацептивов, энерготоников, кокаина, амфетамина, прием анаболиков для наращивания массы тела, прием препаратов для снижения массы тела [4], ранняя и беспорядочная сексуальная жизнь, социальные проблемы — отсутствие работы, работа не по специальности и т.д.

Однако случайное измерение АД не всегда отражает характер АГ у конкретного пациента. Только измерение АД на протяжении суток является наиболее информативным показателем и дает возможность определять прогноз и эффективность лечебных мероприятий [1]. Установлено, что разные варианты суточного колебания АД у подростков с АГ имеют разное прогностическое влияние на формирование поражения органов-мишеней, дезадаптивное ремо-

делирование сердца, почек и развитие дислипидемии [2]. В то же время вопросы диагностики, особенностей клиники и ведения молодых пациентов призывного возраста, у которых зарегистрировано повышение АД, в литературе освещены недостаточно.

Цель исследования: определить особенности АГ у мужчин призывного возраста на основании клинического течения и суточного мониторирования АД (СМАД).

Методы исследования: у всех пациентов были собраны клинико-anamnestические данные, проведено физикальное обследование, зарегистрирована электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях. Также была проведена эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате MyLab 50 XVision (Esaote, Италия), велоэргометрия (ВЭМ) с помощью компьютерной системы анализа CardioLab (ХАИ Медика, Украина), СМАД на аппарате CardioTens-01 (Венгрия).

Результаты исследования

Нами изучены особенности АГ у лиц мужского пола призывного возраста (35 человек), которые были направлены в кардиологическое отделение УНМЦ «Университетская клиника» по поводу повышения АД. АГ была у всех пациентов, так как повышение АД более 140/90 мм рт.ст. регистрировалось у них неоднократно. В возрастном аспекте молодые люди распределились следующим образом: 18–21 год — 25 человек, 22–25 лет — 10 пациентов. Диагностика была направлена на выявление поражения органов-мишеней в связи с АГ или его отсутствия, а также на установление причины АГ и ее особенностей. Обследование проводилось согласно нормативным документам МЗ Украины и рекомендациям Европейского общества кардиологов 2007 года.

В процессе исследования у 5 пациентов была выявлена вторичная АГ: синдром Иценко — Кушинга — 1, феохромоцитомы — 1, аномалии развития почек — 3, в дальнейшем из анализа эти пациенты были исключены. Длительность АГ на момент наблюдения составила: до 1 года — 6 человек, 2–3 года — 17, более 5 лет — 7. 1-я степень тяжести АГ выявлена у 10 пациентов, 2-я

© Кривенко В.И., Пахомова С.П., Гриненко Т.Ю., Федорова Е.П., Непрядкина И.В., Никитюк О.В., 2013
© «Медицина неотложных состояний», 2013
© Заславский А.Ю., 2013

степень — у 15, 3-я степень — у 5. Факторы риска распределены следующим образом: курение — у 75 %, наследственность по линии матери — 52 %, по линии отца — 15 %, обоих родителей — 10 %, ожирение — 10 %. Группы дополнительного кардиоваскулярного риска по АГ составили: очень высокий — 5, умеренный — 20, низкий — 5. Даже у пациентов с 1-й степенью АГ, как правило, присутствовали 1–2 фактора риска. В большинстве случаев молодые люди жалоб не предъявляли, только у 34 % выявлены головные боли, плохое самочувствие, особенно при эмоциональных и физических нагрузках. Для выявления поражения органов-мишеней проводились: ЭКГ, ЭхоКГ, определение креатинина крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации, тест на протеинурию. По данным ЭКГ у большинства (60 %) регистрировалась синусовая тахикардия, у 3 пациентов — предсердная экстрасистолия, у 7 — синусовая аритмия. По ЭхоКГ у 18 пациентов отмечены следующие изменения: гипертрофия левого желудочка — 2, гиперкинез сокращений — 2, снижение диастолического резерва — 2, пролапс митрального клапана I степени — 7, дополнительные трабекулы, хорды — 5. У 2 пациентов с гипертрофией левого желудочка диагностирована II стадия ГБ.

У 28 пациентов проводилась дифференциальная диагностика ГБ I ст. и вегетосудистой дистонии (ВСД) по гипертоническому типу. При проведении ВЭМ учитывался тип реакции АД на нагрузку: систолический, диастолический, систолодиастолический. У большинства пациентов (18) в ответ на нагрузку выявлено повышение систолического АД (САД), у 10 — повышение САД и диастолического АД (ДАД). Кроме особенностей клиники, типа реакции АД на нагрузку при проведении ВЭМ, учитывались показатели СМАД, что позволило выявить у 13 пациентов ГБ I стадии, у 15 — ВСД. Критериями в пользу ГБ I стадии были: повышение средних значений САД или ДАД в любой период измерений (за сутки, активный, пассивный), соответственно это составило 3/5/5 человек. По данным СМАД у 85 % пациентов с ГБ отмечено повышение САД, увеличение времени нагрузки давлением более 25 % в любой из периодов заболевания наблюдалось у всех пациентов, у 7 были повышены показатели вариабельности АД, у 3 отсутствовало достаточное снижение АД в ночное время. У пациентов, которым выставлен диагноз ВСД, средние значения АД во все периоды измерений были в норме, достаточное снижение АД в ночное время зарегистрировано у 12, значительное снижение — у 3, вариабельность АД была в пределах нормы. Клинический опыт по СМАД свидетельствует, что поражение органов-мишеней более выражено при увеличении суточной вариабельности АД, а частота развития сердечно-сосудистых осложнений повышается при увеличении пульсового АД (ПАД). В указанных подгруппах особенно отличались показатели ПАД и среднего гемодинамического АД (ДАД + 1/3 ПАД), которое в норме составляет 80–90 мм рт.ст. У пациентов с диагнозом ГБ I ст. ПАД за сутки составило $66,7 \pm 5,2$ мм рт.ст., а при ВСД — $52,5 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), среднее АД за сутки при

ГБ I ст. — $105,4 \pm 2,4$ мм рт.ст., ВСД — $83,2 \pm 2,6$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), в активный и пассивный периоды эта направленность сохранялась. В обеих подгруппах обращает на себя внимание раннее наступление сдвига в липидном спектре крови: повышение общего холестерина более 5,0 ммоль/л отмечено у 10 пациентов, снижение липопротеинов высокой плотности менее 1,0 ммоль/л — у 15 пациентов. Эти изменения липидного спектра являются неблагоприятными признаками формирования атеросклероза или метаболического синдрома в молодом возрасте.

Таким образом, констатация АГ у призывника не должна ограничиваться документацией для военного комиссариата, а информация должна быть передана в поликлинику по месту жительства, учебы для наблюдения за пациентами, модификации образа жизни и, при необходимости, назначения медикаментозного лечения.

Выводы

1. Среди мужчин призывного возраста в структуре артериальной гипертензии пациенты распределены следующим образом: ВСД по гипертоническому типу — 43 %, гипертоническая болезнь — 43 %, вторичные АГ — 14 %.

2. У пациентов с АГ I-й степени были 1–2 фактора дополнительного кардиоваскулярного риска, наблюдались изменения липидного спектра крови в виде повышения общего холестерина и снижения липопротеинов высокой плотности. Выявленные нарушения являются неблагоприятными признаками формирования атеросклероза или метаболического синдрома в молодом возрасте.

3. Суточное мониторирование АД является достоверным методом в дифференциальной диагностике гипертонической болезни и ВСД и по информативности превосходит велоэргометрию. При этом имеют значение следующие признаки: повышение средних показателей АД в любой период заболевания, увеличение времени нагрузки давлением, недостаточное снижение АД в ночное время, а также величина пульсового и среднего АД.

Список литературы

1. Дзяк Г.В. Суточное мониторирование артериального давления / Г.В. Дзяк, Т.В. Колесник, Ю.Н. Позорецкий. — Днепрпетровск, 2005. — 200 с.
2. Коренев М.М. Артериальна гіпертензія у підлітків: фактори прогнозу перебігу / М.М. Коренев, Л.Ф. Богмат, О.М. Носова, В.В. Ніконова // Артеріальна гіпертензія. — 2011. — № 1. — С. 100–105.
3. Кумукова З.В. Суточный профиль АД и конституционально-личностные особенности при артериальной гипертензии в молодом возрасте: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2010.
4. Мищенко Л.А. Артериальна гіпертензія у дітей і підлітків / Л.А. Мищенко // Здоров'я України. — 2006. — № 22. — С. 20.
5. Рекомендації по діагностиці, ліченню і профілактиці артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків. Рекомендації Всеукраїнського наукового товариства кардіологів. — 2010.
6. Сіренко Ю.М. Динаміка статистико-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики й лікування артеріальної гіпертензії в Україні / Ю.М. Сіренко, І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. — 2003. — № 1. — С. 3.

Получено 16.01.13 □