

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ СИНДРОМОМ

Заяц А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) на протяжении последних десятилетий занимают лидирующие позиции в структуре неинфекционных заболеваний по показателям заболеваемости, инвалидности и смертности. Для определения тактики немедикаментозного и медикаментозного курирования пациентов, а также прогноза исходов принято ориентироваться на сердечно-сосудистый риск (ССР). Основными компонентами ССР являются уровень артериального давления (АД), факторы ССР, субклиническое поражение органов-мишеней, сопутствующие заболевания. В исследовании INTERHEART было продемонстрировано, что оптимизация потенциально модифицируемых факторов может привести к снижению риска инфаркта миокарда до 90% от первоначального [3].

Согласно эпидемиологическому исследованию STEPs, проведенному на территории Республики Беларусь, у мужчин молодого возраста отсутствие факторов риска наблюдается в 4,1% случаев, 1-2 фактора риска – в 58,8% случаев, 3 и более факторов риска – в 37,2% случаев [2]. При переходе в более старшую возрастную группу доля лиц с множественными факторами риска увеличивается до 61,9%, меняется также соотношение факторов ССР в разных возрастных группах. Доля лиц с повышенным уровнем АД увеличивается в 4,7 раза. Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором риска развития БСК, однако, не единственным; распространенность ее приближается к 45%, среди пациентов в возрасте 18-29 лет – 10%. В то же время кумулятивный ССР может оказаться выше при наличии дополнительных клинико-метаболических факторов [2]. Исследование распространенности факторов ССР в разных возрастных группах, как составляющей его стратификации, представляется важным аспектом – как лечебно-профилактическим, так и экспертным.

Цель. Изучение количественной и качественной характеристики факторов ССР у мужчин призывного возраста с гипертензивным синдромом (ГС).

Методы исследования. На базе кардиологического отделения УЗ «ГКБ № 2 г. Гродно» обследован 171 мужчина призывного возраста с ГС согласно общепринятым рекомендациям [1], средний возраст обследуемых составил $22,6 \pm 2,1$ лет. Оценивались данные клинического осмотра – характер жалоб, наличие семейного анамнеза ранних БСК (у мужчин до 55 лет, у женщин до 65 лет), курения, гиподинамии, ожирения (индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ)), частота сердечных сокращений (ЧСС), АД, лабораторных

исследований – общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением общего холестерина, глюкозы, креатинина с определением скорости клубочковой фильтрации (СКФ-ЕРІ). Дополнительно определяли порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ВЧПС по методике Henkin [4]).

На основании комплексного клинического и лабораторно-инструментального обследования 91 пациенту выставлен диагноз нейроциркуляторная астенія с синдромом гиперкинезии (НЦА) (F45.3), 67 пациентам – АГ I степени, 13 пациентам – АГ II степени (I10.0).

Статистический анализ выполнен методами непараметрической статистики. Сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками оценивали с использованием теста Манна–Уитни (Mann–Whitney U test). Для анализа частоты встречаемости фактора ССР в группах исследования использовали отношение шансов (ОШ). Данные в работе представлены в виде медианы и 25-го и 75-го перцентилей (Me(25%; 75%)).

Результаты и их обсуждение. Анализ факторов ССР у мужчин призывного возраста с ГС в анамнезе проводился в зависимости от нозологической принадлежности. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Клинические и лабораторные показатели ССР

Показатель	НЦА n=91	АГ I степени n=67	АГ II степени n=13
САД, мм рт ст	135(129;140)	145(138;150)	150(145;160)
ДАД, мм рт ст	83(77;87)	87(83;92)	95(90;102)
ЧСС, уд/мин	78(72;88)	79(73;88)	88(82;97)
ИМТ, кг/м ²	24,1(22,2;26,5)	26,8 (22,2;28,7)	24,5 (23,5;27,6)
ОТ, см	84(79;93)	90 (80;98)	92 (90;101)
Холестерин, ммоль/л	4,7(4,3;5,2)	4,7 (4,4; 5,3)	4,8 (4,2;5,1)
Глюкоза, ммоль/л	4,7 (4,2; 5,3)	4,9 (4,2; 5,2)	5,0 (4,3;5,2)
Креатинин, ммоль/л	77 (66;91)	79 (67;88)	68 (62;92)
СКФ (СКД-ЕРІ)	127(104;134)	124(109;133)	129(103;135)
Порог ВЧПС, р-р %	0,32(0,16;0,32)	0,32(0,16;0,32)	0,32(0,32;0,64)

Среди пациентов с НЦА наиболее распространены такие факторы ССР, как семейный анамнез ранних БСК (52%), ЧСС покоя более 80 уд/мин (48%), курение (42%), гиперхолестеринемия (38%), общий и абдоминальный тип ожирения встречаются с одинаковой частотой (8% и 5%, соответственно). Низкая физическая активность выявлена у 18% пациентов, чувствительность к поваренной соли, как показатель, коррелирующий с потреблением поваренной соли, снижена у 1/2 пациентов с НЦА.

У пациентов с АГ I и II степени наиболее распространены семейный анамнез

ранних БСК (76% и 92%, соответственно), ЧСС покоя более 80 уд/мин (54% и 62%, соответственно), ожирение по абдоминальному типу (48% и 54%, соответственно), хотя общее ожирение встречается реже (18% и 15%, соответственно), курение (36% и 46%, соответственно), гиперхолестеринемия (38% и 23%, соответственно). Наиболее худшие результаты по распространенности низкой физической активности и высокого порога ВЧПС получены у пациентов с АГ II степени (85% против 20%, 91% против 50%).

Сравнительный анализ групп пациентов с НЦА и АГ I-II степени выявил больший ИМТ ($U=2716$, $p<0,01$), ОТ ($U=2680$, $p<0,01$) у пациентов с АГ I-II степени, а также большую частоту встречаемости абдоминального ожирения (ОШ=15,7, 95%ДИ 5,7-43,7, $p<0,05$, ОШ=20, 95%ДИ 4,9-82,6, $p<0,05$), семейного анамнеза ранних БСК (ОШ=3,0, 95%ДИ 1,5-6,0, $p<0,05$, ОШ=11,2, 95%ДИ 1,4-90,0, $p<0,05$). У пациентов с АГ II степени низкая физическая активность (ОШ=25,8, 95% ДИ 5,2-127,8, $p<0,05$, ОШ=22,9, 95%ДИ 4,5-115,9, $p<0,05$) и высокий порог ВЧПС (ОШ=9,4, 95%ДИ 1,2-77,8, $p<0,05$, ОШ=9,6, 95%ДИ 1,1-80,8, $p<0,05$) выявлялись чаще, чем у пациентов с НЦА и АГ I степени. Высокие уровни глюкозы и креатинина у пациентов с ГС не были выявлены, статистически значимых различий по данным показателям не было.

Выводы. К наиболее важным факторам ССР у пациентов с НЦА следует отнести такие факторы ССР, как семейный анамнез ранних БСК, курение, гиперхолестеринемия. При АГ в дополнение к выше указанным факторам весомый вклад вносит ожирение центрального типа. По мере прогрессирования ГС в структуре ССР возрастает вклад абдоминального ожирения, семейного анамнеза ранних БСК. Такие факторы, как низкая физическая активность и высокий порог ВЧПС, занимают значимые позиции в структуре ССР у пациентов с АГ II степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением. Приложение № 1 к Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30 декабря 2014 г. № 117.

2. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 (2017) [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>. – Дата доступа: 17.09.2018.

3. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S Yusuf [et al.] // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 937–952.

4. Henkin, R. J. Studies on taste threshold in normal man and in patients with adrenal cortical insufficiency: the role of adrenal cortical steroids and of serum sodium concentration / R. J. Henkin, L. P. Gill, F. C. J. Bartter // Clin. Invest. – 1963. – N 42. – P. 727–735.