

ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Баратова М.С., Атаева М.А.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В данном исследовании было изучено состояние видов и вариантов артериальной гипертензии у лиц призывного возраста. Установлено, что артериальные гипертензии у лиц призывного возраста различаются по клинико-патогенетическим характеристикам, что требует дифференцированного подхода к профилактике, терапии и диспансерному наблюдению за этими пациентами. У них гипертоническая болезнь I степени выявляется в 65% случаев. В группе лиц с систоло - диастолической артериальной гипертензией выявлена диастолическая дисфункция без признаков гипертрофии миокарда левого желудочка.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно - сосудистая система, призывной возраст, межжелудочковая перегородка, гипертрофия миокарда.

ЧАҚИРИҚ ЁШИДАГИ ШАХСЛАРДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХУСУСИЯТЛАРИ

Баратова М.С., Атаева М.А.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу тадқиқотда чақирув ёшидаги шахсларда артериал гипертензия хусусиятлари ўрганилди. Унда, чақирув ёшидаги шахсларда артериал гипертензия клиник-патогенетик хусусиятлари билан фарқланиши ва шунинг учун уларнинг профилактикаси, терапияси, диспансер назоратини белгилашда шуларни ҳисобга олиш зарурлиги, ҳамда бу ёшдагилар орасида I-даража гипертония касаллиги 65% ҳолатларда учраши аниқланди.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, юрак қон-томир касалликлари, чақирув ёши, миокард гипертрофияси

CHARACTERISTIC OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ENTITIES

Baratova M.S., Ataeva M.A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

In this study, the state of species and variants of arterial hypertension in people of military age was studied. It was established that arterial hypertension in people of military age differ in clinical and pathogenetic characteristics, which requires a differentiated approach to the prevention, treatment and follow-up of these patients. They have hypertension of the first degree detected in 65% of cases. In the group of persons with systolic - diastolic arterial hypertension, diastolic dysfunction was revealed without signs of left ventricular myocardial hypertrophy.

Key words: arterial hypertension, cardiovascular system, draft age, interventricular septum, myocardial hypertrophy.

Актуальность

Лица молодого возраста нередко мало осведомлены о наличии у них заболевания, и именно у них отмечается низкая степень контроля за уровнем артериального давления и его лечения. Артериальные гипертензии в молодом возрасте в 70% случаев выявляются случайно: во время профилактических осмотров, при проведении велоэргометрических проб, военной комиссии или при поступлении в учебные заведения [5,8,18,23].

В исследованиях, проведенных за рубежом и других странах основное внимание было сосредоточено на изучении артериальной гипертензии (АГ) у взрослых. Артериальным гипертензиям у подростков и лиц призывного возраста уделялось незаслуженно меньше внимания. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что истоки АГ у взрослого пациента лежат в детском и подростковом периоде [11, 12, 19, 21, 22]. За последние 40 лет структура сердечно - сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрастах претерпела изменения. Так, по данным попу-

ляционных исследований, в последние годы, АГ среди подростков и лиц призывного возраста наблюдается в зависимости от возраста и избранных критериев в 2,4-18% случаев.

Распространенность АГ у мальчиков в возрасте от 12 до 15 лет составляет 2,5-3%. После 15-летнего возраста распространенность АГ среди юношей увеличивается в геометрической прогрессии и к 19-20 годам достигает 18%, а к зрелому взрослому возрасту - 35% [7,13,19,20]. В настоящее время получены неоспоримые доказательства того, что заболеваемость АГ значительно увеличилась в возрастной группе от 20 до 29 лет, которое составляет 4,9%.

Однако своевременная диагностика начальных проявлений нарушений функции миокарда позволяет вовремя начать рациональную терапию и добиться не только существенного улучшения состояния пациентов на длительный промежуток времени, но и снизить показатель числа повторных госпитализаций и сердечно - сосудистой смертности мужчин в возрасте 20-29 лет. Начало АГ в молодом возрасте вызывает особый интерес, поскольку даже небольшое повыше-

ние систолического АД в это время увеличивает риск сердечно - сосудистых заболеваний в более позднем возрасте [5,6, 7,13, 17]. Рост смертности главным образом происходит за счет потерь в трудоспособном возрасте. Риск развития АГ во взрослой жизни у мальчиков-подростков с повышенным АД в 2,3 раза выше [16,17,22,23].

Своеобразная клиническая картина, изменения суточного профиля АД и конституционально-личностные особенности при артериальной гипертензии в молодом возрасте, где важную роль играют вегетативные расстройства, а повышение тонуса симпатической нервной системы считается пусковым моментом повышения АД у молодых пациентов, создающее определенные трудности [1-5,7,9,10,12,14,15,21].

Отмечали особенность течения АГ у молодых в виде неблагоприятной тенденции раннего формирования поражения органов-мишеней [2,5,13,17,19]. У мужчин молодого возраста с АГ отмечается раннее и частое вовлечение в патологический процесс таких органов-мишеней, как головной мозг, сердце, периферические сосуды, что определяет развитие осложнений и неблагоприятный прогноз заболевания. В последние годы обращает внимание рост смертности среди мужчин в возрасте 20-29 лет от осложнений АГ [2,5, 19,21].

Долгое время информацию о распространенности миокардитов получали только из аутопсийных исследований. В частности, используя результаты 40 тыс. аутопсий, установлено, что миокардит может быть причиной 3,5% смертей, связанных с инфекционными и токсическими заболеваниями [1]. Дальнейшие патологоанатомические исследования, проведенные в госпитале Bellevue (США), подтвердили, что воспалительное поражение миокарда при инфекционных заболеваниях может встречаться в 3,3-7,8% случаев [2]. Анализ данных патоморфологического исследования умерших от сердечно - сосудистых заболеваний, выявил неревматический миокардит в 4-9% случаев [5]. Воспалительные заболевания миокарда в 8,5% случаев являются причиной внезапной смерти, а в популяции до 35 лет эта цифра может достигать 15% [9,12]. Однако аутопсийные исследования не дают истинного представления о заболеваемости миокардитом. И только благодаря внедрению новых методов таких как эхо - исследования преживизненной диагностики удалось доказать, что недавно возникшее нарушение ритма сердца в 49,6% случаев имеет воспалительную природу [10].

Выявленные многими авторами недостатки охраны здоровья и медицинского обеспечения 15-17-летних юношей наглядно отражаются на основном критерии - показателе годности к военной службе. Каждый 5-й юноша из числа подлежащих призыву на военную службу направляется в учреждения здравоохранения для дополнительного обследования. Еще при неизмененных параметрах трансмитрального кровотока по данным скоростных параметров выявлены нарушения диастолической функции миокарда более выраженные при развитии ремоделирования ЛЖ. При АГ ремоделирование развивается не только в левом желудочке и предсердии, но и в правом желудочке. В основе вовлечения в патологический процесс правого желудочка (ПЖ) лежит механизм выравнивания нагрузки на межжелудочковую перегородку (МЖП), которая зависит от эластических свойств МЖП и меха-

нических характеристик свободной стенки правого и левого желудочков.

Среди причин непригодности служения в рядах Вооруженных Сил заболевания сердечно - сосудистыми нарушениями занимают 1-е место.

Анализируя данные литературы, приходится с сожалением констатировать, что выявление ранних стадий развития дисфункции миокарда проводится, как правило, несвоевременно.

Цель исследования: изучить особенности и варианты артериальной гипертензии у лиц призывного возраста.

Материал и методы

В 2018 году в консультативную поликлинику кардиологического диспансера было направлено 125 мужчин призывного возраста, результаты, обследования которых явились материалом для данной работы. Повышение артериального давления (АД) в качестве ведущего клинического синдрома выявлено у 38 человек (32,65%). В возрастном аспекте пациенты с АГ распределились следующим образом: 18-20 лет - 14 человек (39,6%); 21-23года - 19 человек (47,9%); 24-26 лет - 5 человек (12,5%). Кроме общеклинического лабораторного, обследование пациентов включало: ЭКГ, ЭхоКГ, пробу с физической нагрузкой на велоэргометре.

Проведено стандартное обследование для стратификации риска: анализировались ЭКГ в 12-ти отведениях, были определены следующие параметры: продолжительность зубца Р, высота зубца Р форма и вид зубца Р, внутри предсердная задержка импульса, нарушения ритма - предсердные и желудочковые экстрасистолы, интервал Р-Q, ширина зубца Q, глубина зубца Q, высота зубца R, глубина зубца S, локализация переходной зоны, ширина комплекса QRS, наличие нарушений проведения по ножкам пучка Гиса, период внутреннего отклонения (QR), признаки дисфункции синусового узла, ранняя реполяризация.

Стандартное ЭХОКГ исследование проводилось с определением индекса массы левого желудочка, а также относительной толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, что позволяет характеризовать геометрию желудочка (диффузные утолщения стенок миокарда - обусловленные интерстициальным отеком), размеры левого предсердия, объем левого предсердия, пиковые скорости раннего и позднего диастолических потоков. При оценке геометрического строения ЛЖ в В-режиме измерялась толщина передней, перегородочной, задней и боковой стенок ЛЖ в диастолу из парастерального доступа по короткой оси на уровне створок МК и папиллярных мышц. Передне-задний размер папиллярных мышц определялся из позиции короткой оси ЛЖ в парастеральной проекции. В М-режиме проводилось измерение толщины МЖП и задней стенки ЛЖ в диастолу, КДР и КСР ЛЖ, переднее - заднего размера ЛП, в 4-х проекции, 2-х проекциях.

Результат и обсуждение

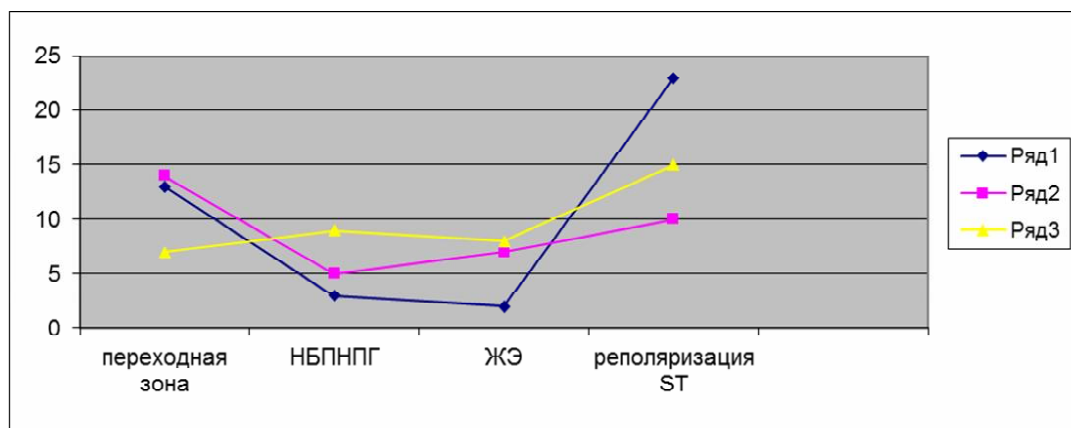
Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу выявлено у 18 человек (47,37%), высоко-нормальная артериальная гипертензия (связанное с воспалительным процессом в почках, миокарде) у 13

человек (34,21%) и гипертоническая болезнь (ГБ) 1 стадии определена у 7 человек (18,42%). Рис.1

У 1 группы диагностирована у 14 человек (39,5%), во 2 группе - у 19 человек (47,76%), в 3 группе - 5 человек (12,47%), распределение по риску: риск 1 - 55 человек (35,05%), риск 2 - 46 человек (28,6%), риск 3 - у 56 человек (33,18%), риск 4 - у 5 человек (4,07%). Всего изменения анализируемых ЭКГ параметров выявлено в 48,01% случаев. Наиболее часто выявлены

следующее: смещение переходной зоны - 13 человек (10,4%), V4-5 - 13 человек (10,4%), V2 - 14 человек (11,4%), V5 - 7 человек (5,6%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса - 19 человек (15,2%), нарушение внутрижелудочковой проводимости - 22 человек (17,6%), желудочковая экстрасистолия - 6 человек (4,8%), ранняя реполяризация ST сегмента - 17 человек (13,6%) (Рис.1)

Рис.1

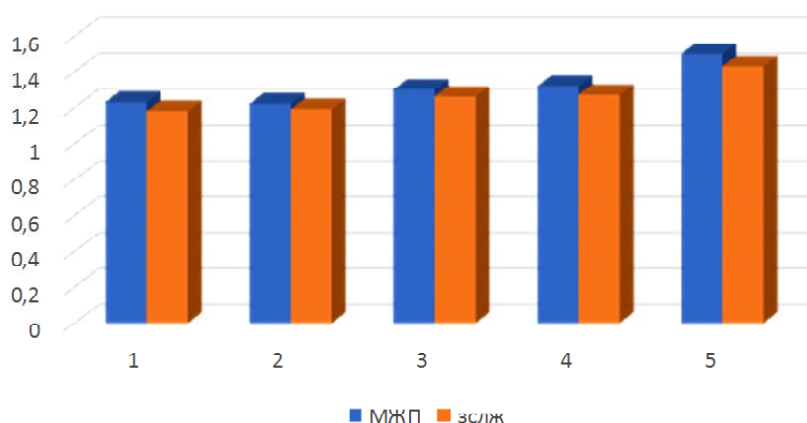


В исследовании получены данные где, у лиц призывного возраста в 35% случаев определялось превышение толщины МЖП более 11мм, также наблюдались незначительные изменения левого предсердия - 21%. У 45% обследуемых изменения наблюдались как по задней, так и по межжелудочковой перегородке - изменения объема левого предсердия носил умерен-

ный характер у 19%. В 20 % случаев МЖП и задняя стенка левого желудочка оставались неизменны. У больных с ГБ 1 степени в 42% случаев толщина МЖП превышала норму в 12%, где часто сопровождалась нарушения ритма сердца - объем левого предсердия превышал норму в 38% случаев. У 49% исследуемых изменения наблюдались по МЖП и по задней стенке ЛЖ (Рис.2).

Рис.2

Соотношения мжп и зслж



Для определения толерантности к физической нагрузке проводилась велоэргометрия со ступенчато возрастающей нагрузкой. Протоколом исследования предусмотрены 4 ступени нагрузки по 3 минуты каждая мощностью 50 Вт, 75 Вт, 100 Вт, 125 Вт, соответственно, и 5-минутный восстановительный период. Пробу прекращали в связи с достижением субмаксимальной ЧСС (80% и более максимальной ЧСС), предельного систолического АД (САД) (220 и более мм рт. ст.) и диастолического АД (ДАД) (120 и более мм рт. ст.).

Лица контрольной группы завершили ВЭП по причине достижения субмаксимальной ЧСС в 14 (63,6%) случаях на третьей ступени, в 8 (36,4%) случаях - на четвертой ступени. ВЭП была прекращена у лиц призывного возраста.

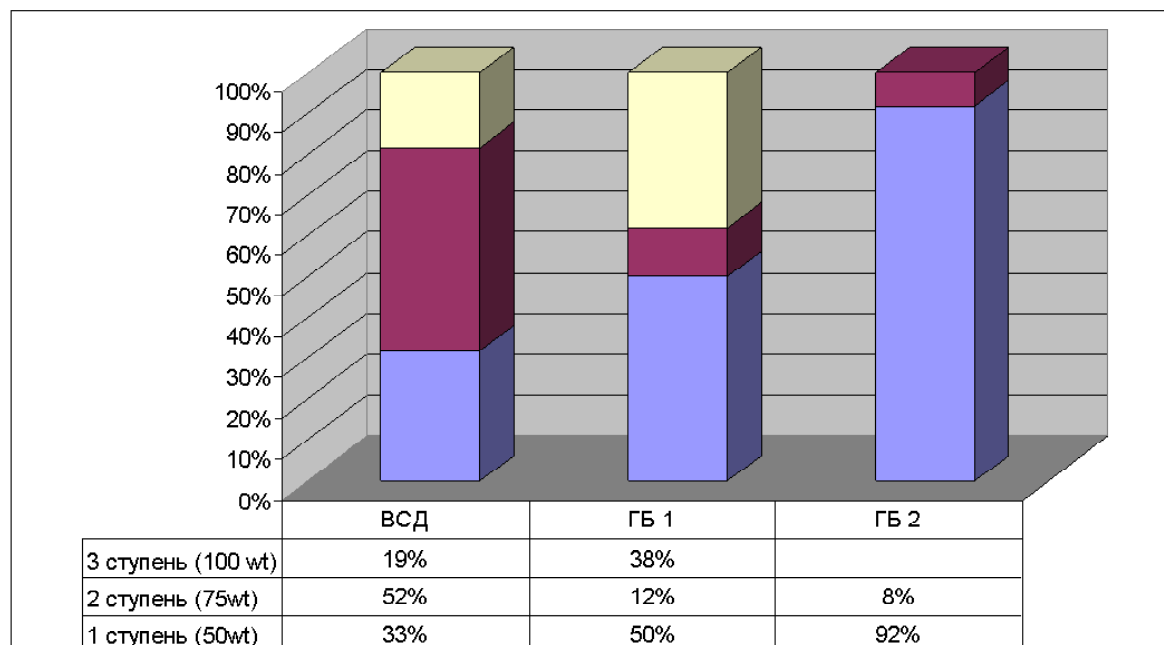
1-й группы в 9 (33%) случаях на второй ступени нагрузки (у 5 пациентов по причине до стижения субмаксимальной ЧСС, у 3 пациентов - достижения предельного АД, у 1 пациентов при одновременном достижении субмаксимальной ЧСС и предельного АД, в

13 случаях (52%) - на третьей ступени: (у 9 пациентов по причине достижения субмаксимальной ЧСС, у 3 пациентов - достижения предельного АД, у 1 пациента при одновременном достижении субмаксимальной ЧСС и предельного АД, в 5 случаях (15%) - на четвертой ступени ВЭП при достижении субмаксимальной ЧСС.

Пациенты 2-й группы завершили пробу в 5 (50%) случаях на первой ступени из-за предельного повышения АД, в 1 (12%) случае пациент при одновре-

менном достижении субмаксимальной ЧСС и предельного АД, в 3 (38%) случаях - на третьей ступени ВЭП: (у 1 пациентов - достижения предельного АД, у 2 пациентов при одновременном достижении субмаксимальной ЧСС и предельного АД). В 3-й группе 2 (92%) пациента прекратили пробу на первой ступени: (по причине достижения предельного АД). У пациентов с ГС выявлены особенности динамики САД при выполнении ВЭП (Рис.3).

Рис.3



Лица молодого возраста представляют собой интеллектуальное, экономическое, культурное богатство любого государства. Национальная безопасность обеспечивается самым активным слоем общества - мужчинами молодого возраста. Выявление АГ на начальных стадиях развития и проведение дифференциальной диагностики с рядом болезней, протекающих со сходной клинической симптоматикой, является чрезвычайно важной задачей в настоящее время.

Выводы

Артериальные гипертензии у лиц призывного возраста различаются по клинко-патогенетическим характеристикам, что требует дифференцированного подхода к профилактике, терапии и диспансерному наблюдению за этими пациентами. У лиц призывного возраста с повышенным артериальным давлением, гипертоническая болезнь I степени выявляется в 65% случаев. Только в группе лиц с систоло-диастолической АГ выявлена диастолическая дисфункция без признаков гипертрофии миокарда ЛЖ сердца. При велоэргометрической нагрузке у лиц призывного возраста исходно и на всех ступенях пробы уровень САД и абсолютные, относительные показатели прироста САД достоверно выше у пациентов с ГБ I-II степени, чем в группе контроля и пациентов с ВСД. А у пациентов с ВСД по сравнению с контролем выявлен достоверно больший уровень САД исходно и на 1-2 ступенях нагрузки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агеев Ф.Т., Фомин В.Ю., Мареев Ю.Н. Распространенность артериальной гипертензии в европейской части Российской Федерации: по данным исследования ЭПОХА. Кардиология. 2004; №11.50-4 с.
2. Александров А.А., Кисляк О.А., Леонтьева И.В., Розанов В.Б. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. № 4. 1-32 3. Александров А.А., Бубнова М.Г., Кисляк О.А. и др. Профилактика сердечно -сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российские рекомендации. Рос. кардиол. журн. 2012. № 6.1-39 с.
4. Шапошник И.И. и др. Артериальная гипертензия в молодом возрасте / И.И. Шапошник [и др]; под общ. ред. И.И. Шапошника. - М.: ИД "Медпрактика-М", 2011. - 140 с.
5. Баратова М.С., Атаева М.А., Худойдодова С.Г. Допплерграфия в диагностике нарушений функции миокарда левого желудочка после перенесенных инфекционных состояний // Tibbiyotda yangi kun.-Ташкент, 2017. №4.-С.84-87. http://bsmi.uz/images/material_2019/yanvar/jurnal/jurnal-4-2017.pdf
6. Баратова М.С. Анализ влияния нифедипина на гемодинамику и его сочетания с витамин Е на состояние перекисного окисления липидов и на некоторые показатели липидного обмена у больных в ранних стадиях гипертонической болезни: Автореф. дис. канд. мед. наук.- Ташкент, 1997.
7. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Российское исследование по оптимальному снижению артериального давления (РОСА 2): Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. № 6. 4-13 с.
8. Гогин Е.Е. Артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь. Терапевт. архив. 2010. №4.5-10с.
9. Заяц А.Н., Шишко В.И. Возможности велоэргометрической пробы в оценке толерантности к физической нагрузке у муж-

- чин молодого возраста с гипертензивным синдромом // Журнал Гродненского государственного медицинского университета 2013. № 1. 18-25 с.
10. Кумукова З.В. Суточный профиль АД и конституционально-личностные особенности при артериальной гипертензии в молодом возрасте: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Ставрополь, 2010.
 11. Кривенко В.И., Пахомова С.П., Гриненко Т.Ю. и др. Особенности артериальной гипертензии у мужчин призывного возраста // Медицина неотложных состояний. № 2 (49) - 2013.95-96 с.
 12. Калгудаева Л.М. Артериальная гипертензия у подростков и лиц молодого возраста: особенности клинического течения, нейровегетативная регуляция и психоэмоциональный статус. Автореф. дис. канд. мед. наук. Иваново, 2006.
 13. Каплиева О.В. Клинико-микроциркуляторная характеристика как прогностический фактор течения лабильной артериальной гипертензии у подростков. Автореф. дис. канд. мед. наук. Хабаровск, 2013.
 14. Кисляк О.А. Артериальная гипертензия в подростковом возрасте. М.: Миклош, 2007.
 15. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Кобзев Р.Ю. Фенотипы артериального давления у молодых мужчин. Кардиология. 2009. №12. 23-8 с.
 16. Национальные рекомендации. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии / А.Г. Мрочек [и др.] // Кардиология в Беларуси. - 2010. - Приложение.
 17. Оганов Р.Г., Комаров Ю.М., Масленникова Г.Я. Демографические проблемы как зеркало здоровья пациентов. Профилактическая медицина. 2009. № 2.3-8 с.
 18. Оганов Р.Г., Тимофеева Т.Н., Колтунов И.Е. и др. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003-2010 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. №1. 9-13 с.
 19. Тавровская, Т.В. Велоэргометрия / С.-Пб. : ИНКАРТ, 2007. 208 с.
 20. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Результаты реализации программы по борьбе с артериальной гипертензией в России в 2002-2012 гг. Терапевт. архив. 2013; №1. 4-9 с.
 21. Basso C., Carturan E., Corrado D., Thiene G. Myocarditis and dilated cardiomyopathy in athletes: diagnosis, management, and recommendations for sport activity // Cardiol.Clin. 2007. Vol. 25, N 3. P. 423-429.
 22. Zhu, R. Virus profile in children with acute respiratory infections with various severities in Beijing, China / R. Zhu, Q. Song, Y. Qian [et al.] // Chinese Medical Journal. - 2014. - Vol. 127, № 21. - P. 3706-3711.
 23. Chimenti C., Frustaci A. Histopathology of myocarditis // Diagn. Histopathol. 2008. Vol. 14, N 8. P. 401-407.

Поступила 09.02. 2020