

УДК 616.12-008.331.1

К.Е. АБУБАКИРОВА

Городская поликлиника №6, г. Тараз

## КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Определены клинико-функциональные особенности больных изолированной систолической артериальной гипертензией. Выявление впервые изолированной систолической артериальной гипертензии в среднем соответствует пятому десятилетию жизни. У больных чаще встречается выраженная гиперхолестеринемия, изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки при практически неизменной задней стенке левого желудочка.

**Ключевые слова:** изолированная систолическая артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипертрофия.

**П**од изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ) понимают стойкое повышение систолического артериального давления (САД) до 140 мм рт. ст. и выше при диастолическом артериальном давлении (ДАД) менее 90 мм рт. ст. [1]. Распространенность ИСАГ быстро нарастает с увеличением возраста обследуемых [2]. Согласно регрессионной модели, разработанной на основании результатов ряда эпидемиологических исследований, ожидаемая распространенность ИСАГ для 30-летнего возраста равна 0,028%, для 40 лет – 0,1%, для 50 – 0,8%, 60 – 5%, 70 – 12,6%, 80 – 25,6% [3].

Отношение к ИСАГ изменили результаты исследований EWPHE и SHEP, доказавших неблагоприятное прогностическое значение ИСАГ и возможность улучшения прогноза при ее медикаментозном лечении [4]. Аналогичные результаты получены в ряде других крупномасштабных исследований, таких как SYST-EUR и SYST-CHINA, исследование коррекции множественных факторов риска MRFIT и Фремингемское исследование [5]. Необходимость адекватной медикаментозной терапии ИСАГ в настоящее время не вызывает сомнения, однако результаты ее лечения оставляют желать лучшего. Достаточно сказать, что среди случаев леченной, но неконтролируемой АГ, доля больных ИСАГ составляет от 65 до 80% [6]. Одной из возможных причин низкой эффективности лечения ИСАГ может быть недостаточная изученность ее патогенетических особенностей, что исключает возможность проведения патогенетически обоснованной терапии и вынуждает проводить эмпирический подбор оптимальной схемы лечения. В связи с этим представляется актуальным изучение особенностей ИСАГ, потенциально способных повлиять на эффективность ее лечения.

Цель исследования – изучить клинико-функциональные особенности больных изолированной систолической артериальной гипертензией.

### Материал и методы

В исследование включались все больные с верифицированным диагнозом артериальной гипертензии (АГ), которые дали согласие на участие в нем и не имели критериев исключения. Критерии исключения: острый или перенесенный инфаркт миокарда и парализующий мозговой инсульт, заболевания легких, приведшие к легочной гипертензии, пороки сердца, нарушения сердечного ритма, острая или хроническая сердечная недостаточность с признаками застоя крови в малом или большом круге кровообращения, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания, почечная или печеночная недостаточность.

Обследовано 76 пациентов (33 мужчины и 43 женщины), которые были разделены на две группы в зависимости от особенностей АГ: 1-я группа – больные с

систолидиастолической АГ (СДАГ) – включались лица, у которых САД превышало 139, а ДАД – 89 мм рт.ст.; 2-я группа – больные с ИСАГ – лица, у которых САД было выше 139, а ДАД – ниже 90 мм рт.ст. Всем обследованным проводилось обычное клиническое обследование: измерение АД, ультразвуковое исследование сердца, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). При ультразвуковом исследовании сердца измерялись диастолическая толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ), а также конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ). Рассчитывался индекс асимметрии, равный отношению ТМЖП/ТЗСЛЖ и масса миокарда ДЭ (ММЛЖ) по формуле:

$$\text{ММЛЖ} = 1,05 \times ((\text{ТМЖП} + \text{ТЗСЛЖ} + \text{КДРЛЖ})^3 - \text{КДРЛЖ}^3).$$

Конечный диастолический и конечный систолический объемы левого желудочка (КДО и КСО) определялись по модифицированной формуле Симпсона, фракция выброса рассчитывалась как процентное отношение ударного объема к КДО:  $\text{ФВ} (\%) = 100 \times (\text{КДО} - \text{КСО}) / \text{КДО}$ .

Для оценки статистической значимости разности средних в двух группах при нормальном распределении признака использовался t-критерий Стьюдента для независимых вариантов. Взаимосвязь между количественными признаками с нормальным распределением оценивалась с помощью корреляционного и линейного регрессионного анализа, при распределении, отличающемся от нормального.

### Результаты и обсуждение

В группе обследованных больных СДАГ мужчин и женщин оказалось примерно поровну, в то время как среди больных ИСАГ женщины составляли подавляющее большинство. Распространенность ожирения ( $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ ) среди больных СДАГ оказалась на 34,6 (10,4–58,8)% выше, чем среди больных ИСАГ. Гиперхолестеринемия (общий холестерин  $\geq 5 \text{ ммоль/л}$ ) отмечалась у большинства больных как в группе СДАГ, так и в группе ИСАГ. Однако уровень холестерина крови у больных ИСАГ был в среднем на 0,54 (0,10–0,98) ммоль/л выше, чем у больных СДАГ.

Переход систолидиастолической АГ в изолированную систолическую сопровождается изменением нагрузки на левый желудочек, что ведет к изменению его структуры и функционального состояния. При эхокардиографическом исследовании ГЛЖ выявлена у всех обследованных больных, однако ММЛЖ у больных СДАГ в среднем была на 48,3 (23,2–73,4) г больше, чем у больных ИСАГ. Это различие обусловлено тем, что при сопоставимых средних значениях ТМЖП, ТЗСЛЖ у больных СДАГ была на 0,30 (0,21–0,38) см больше, чем у больных ИСАГ. Вследствие этого индекс асимметрии (отношение ТМЖП/ТЗСЛЖ) у больных СДАГ оказался близок к единице, а у больных ИСАГ приближался к 1,5. Асимметричная ГЛЖ (ТМЖП/

ТЗСЛЖ >1,3) выявлена у 3,8 (1,1–13,0)% больных СДАГ и у 79,2 (59,5–90,8)% больных ИСАГ. Следовательно, для больных СДАГ оказалась характерна симметричная, а для больных ИСАГ – асимметричная ГЛЖ. Более того, у больных ИСАГ в 91,7 (74,2–97,7)% случаев ТЗСЛЖ не превышала 1,2 см, то есть ЗСЛЖ не была гипертрофирована. Это позволяет считать, что для больных ИСАГ характерна не просто асимметричная ГЛЖ, а изолированная гипертрофия МЖП.

Также выявлено, что ТМЖП зависит от уровня САД, а ТЗСЛЖ от уровня ДАД. Это подтверждают результаты корреляционного анализа, показавшего, что между ТЗСЛЖ и уровнем САД существует умеренно сильная и высокодостоверная связь ( $r_{xy} = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ).

Таким образом, больные ИСАГ в среднем на 10–15 лет старше больных СДАГ, однако возраст, в котором у них впервые было выявлено стойкое повышение АД, не различается и в среднем соответствует пятому десятилетию жизни. У больных ИСАГ реже встречаются избыточная масса тела и ожирение, но чаще – выраженная гиперхолестеринемия. Для больных СДАГ характерна симметричная гипертрофия левого желудочка, при которой увеличена толщина как межжелудочковой перегородки, так и задней стенки левого желудочка. У подавляющего большинства больных ИСАГ отмечается изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки при практически неизменной задней стенке левого желудочка.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Драпкина О.М. Изолированная систолическая гипертония // Проблемы женского здоровья. – 2007. – Т.2, №2. – С. 26-32

2 Кипшидзе Н.Н., Зубиашвили Т.Г. Изолированная систолическая артериальная гипертония у больных пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии, 2006. – № 18. – С. 66-70

3 Протасов К.В., Федоришина О.В. Резистентная изолированная систолическая артериальная гипертония: распространенность, гемодинамические и клинические особенности // Артериальная гипертония. – 2012. – Т. 18, № 6. – С. 497-504

4 Мазур Е.С., Мазур В.В., Платонов Д.Ю., Килейников Д.В., Тимешова Т.Ю. Клинико-функциональные особенности больных изолированной систолической артери-

альной гипертонией // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 51-56

5 Duprez D. Treatment of isolated systolic hypertension in the elderly // Expert Rev Cardiovasc Ther. 2012 Nov;10(11):1367-73

6 Ma Y, Yabluchanskiy A, Lindsey ML, Chilton RJ. Is isolated systolic hypertension worse than combined systolic/diastolic hypertension? // J Clin Hypertens (Greenwich). 2012 Nov;14(11):808-9

#### Т Ж Ы Р Ы М

К.Е. АБУБАКИРОВА

№6 қалалық емханасы, Тараз қ.

#### ОҚШАУЛАНҒАН СИСТОЛА АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫМЕН КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ СИПАТТАМА

Оқшауланған систола артериялық гипертониясының науқастарын клинико-функционалды қерекшеліктер зерттеп білу. Артериялық гипертонияның систолидиастолының науқастары орташа 10-15 жылда оқшауланған систола артериялық гипертониясының науқастары үлкен, алайда, оларда қанқысымының табанды жоғарылауы алғаш анықтайтын жас, танып білінбейді және орташа өмірдің бесінші он жылдығына сәйкескеледі. Оқшауланған систола артериялық гипертониясының науқастарында сол қарыншаның іс жүзінде өзгертілінбеген артқы қабырғасының жанында асқазан аралық арақабырғаны гипертрофия оқшауланған бейнеленген гиперхолестеринемияның жиірек ұшырасады.

#### S U M M A R Y

K.E. ABUBAKIROVA

City out-patient department No.6, Taraz c.

#### CLINICAL-FUNCTIONAL THE CHARACTERISTIC THE ISOLATED SYSTOLIC ARTERIAL HYPERTENSION

Clinic-functional features of patients are studied by the isolated systolic arterial hypertension. Patients with the isolated systolic arterial hypertension on the average are 10-15 years more senior than patients of sistolicodiastolic arterial hypertension, however, the age at which at them permanent rising of arterial pressure for the first time was taped, doesn't differ and on the average corresponds to the fifth decade of life. At patients with the isolated systolic arterial hypertension the expressed hypercholesterinemia, the isolated hypertrophy of an interventricular septum more often meets at almost not changed back wall of a left ventricle.

УДК 616.12-036.88:613.1(574)

Н.К. НУРГАЛИЕВА<sup>1</sup>, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ<sup>1</sup>, А.Ж. ШАРБАКОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>АО «Медицинский университет Астана»,

<sup>2</sup>Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, г. Уральск

## СЕЗОННО-КЛИМАТИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В Г. АСТАНА

В статье изложены результаты оригинального исследования малоизученной проблемы сезонно-климатических вариаций смертности от ишемической болезни сердца (ИБС). Использована база данных о ежедневных случаях смертельных исходов по причине ИБС и показатели ежедневной среднесуточной температуры воздуха за 7 лет в г. Астана.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, сезонность смертности, связь между температурой воздуха и смертностью от ИБС.

**С**ердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной около 20% всех смертей в мире и главной причиной смерти во всех развитых странах, где на их долю приходится 50% всех смертельных исходов [1]. Вариации в ежегодных показателях

смертности на душу населения в разных странах хорошо документированы. Менее известными являются сезонные изменения в показателях смертности, в частности, высокий уровень в холодные зимние месяцы, которые трактуются как избыточная зимняя смертность (ИЗС).