

РАССЧЕТ СУММАРНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Нилова О.В., Колбасников С.В.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) в России одна из самых высоких в Европе и в настоящее время составляет более 35% среди мужского населения и более 40% среди женского [1, 2, 3]. Мониторинг эпидемиологической ситуации по АГ, проводимый в рамках целевой федеральной программы «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии в России», показал, что за последние 10-15 лет распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения сохраняется высокой, одной из причин которой является недостаточная эффективность первичной профилактики. Многочисленные исследования убедительно показали, что у большинства пациентов АГ помимо повышенного АД, имеются дополнительные факторы риска ССЗ (абдоминальное ожирение, нарушенная толерантность к глюкозе, гиперурикемия и ряд других метаболических нарушений). Сочетание факторов риска и поражение органов-мишеней [4, 5], которые вносят существенный вклад в развитие заболевания, ведет к увеличению сердечно-сосудистого риска и способствуют раннему возникновению осложнений, что следует учитывать при построении индивидуальных планов ведения больных АГ.

Материалы и методы: обследовано 130 больных артериальной гипертонией (АГ) I-III стадии (женщины – 66; мужчины – 64; возраст 50,4 лет). В зависимости от уровня общего холестерина (ОХ) плазмы крови пациенты были разделены на 3 группы [6]: 1-ю составили 46 больных с оптимальным ($\leq 5,0$; $4,5 \pm 0,7$ ммоль/л) уровнем ОХ (контрольная); 2-ю – 40 человек с умеренно повышенным (от 5,0 до 5,9; $5,9 \pm 0,2$ ммоль/л); 3-ю – 44 пациента с высоким ($\geq 6,0$; $7,2 \pm 0,8$ ммоль/л). Оценку суммарного сердечно-сосудистого риска проводили по таблице SCORE. Оценивали показатели биохимического анализа крови (уровень глюкозы, общего холестерина, мочевины, креатинина, мочевой кислоты), рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ по формуле СКД-EPI), измеряли массу тела с оценкой индекса Кетле. При выявлении у больных АГ целого ряда метаболических нарушений проводили дополнительные методы с целью выявления ранних поражений органов-мишеней (ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эхокардиографию). **Результаты исследования:** при оценке суммарного сердечно-сосудистого риска оказалось, что среди всех больных АГ низкий риск не выявлялся, средний

дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений регистрировался у 15 (11,5%), высокий – у 47 (36,2%), очень высокий – у 68 (52,3%) больных АГ. Причем среди мужчин средний риск был у 10 (15,2%), высокий – у 26 (39,4%), очень высокий – у 30 (45,5%); среди женщин соответственно у 5 (7,8%), у 21 (32,8%), у 38 (59,4%). При I стадии АГ средний, высокий и очень высокий риск встречался у 5 (13,2%), у 16 (42,1%), у 17 (44,7%) больных; при II стадии соответственно у 6 (9,6%), у 18 (29,2%), у 38 (61,2%) обследованных; при III стадии АГ соответственно у 4 (3,4%), у 13 (43,3%), у 13 (43,3%) больных. Среди мужчин 1 группы чаще выявлялся высокий, затем очень высокий и реже средний риск; во 2 группе преобладал очень высокий, затем высокий и реже средний риск; в 3 группе в большинстве случаев выявлялся очень высокий и высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Среди женщин во всех группах наблюдения, в отличие от мужчин, преобладал очень высокий, затем высокий и средний риск, причем от 1 к 3 группе особенно увеличивалась частота очень высокого развития сердечно-сосудистых осложнений. При анализе связи между наследственной отягощенностью и суммарным риском выявлена прямая средней силы статистически значимая взаимосвязь (логистическая регрессия, стандартизированный $b=0,329$, $p=0,042$). При этом существенный вклад в суммарный риск вносят такие метаболические нарушения, не учтенные по таблице SCORE, как уровень глюкозы плазмы крови (у 14%), наличие абдоминального ожирения (у 86%), высокий уровень триглицеридов (у 32%) и липопротеидов низкой плотности (у 73%), низкий уровень липидов высокой плотности (у 31%), снижение СКФ (у 29%). **Заключение:** из представленных данных видно, что у больных АГ трудоспособного возраста с увеличением уровня общего холестерина плазмы крови от оптимального к высокому нарастает высокая и очень высокая степень риска сердечно-сосудистых осложнений. Лишь у части больных с АГ имеется только повышение АД, у большинства имеются и другие сердечно-сосудистые факторы риска. Одновременное наличие АГ и сочетание ее с другими факторами риска взаимоусиливает друг друга и в совокупности дает более высокий общий сердечно-сосудистый риск, чем сумма его компонентов в отдельности. Соответственно полученные данные свидетельствуют о том, что у данной категории больных должна проводиться более интенсивная медикаментозная терапия, а также немедикаментозные меры воздействия с целью снижения риска. Для получения максимальной эффективности лечения АГ подходы к лечению должны учитывать не только уровни АД, но и общий сердечно-сосудистый риск.

Литература:

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine

- societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // Eur Heart J (2012) doi: 10.1093/eurheartj/ehs092 First published online: May 3, 2012
2. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2013;309:71–82.
 3. Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), 2013 г.
 4. Колбасников С.В., Белова Н.О., Кононова А.Г., Нилова О.В., Авакова В.Э. «Углубленное профилактическое консультирование пациентов с артериальной гипертензией на сельском врачебном участке» (Методические рекомендации) Тверь, 2016 г, 33С.
 5. Нилова О.В., Колбасников С.В. Геометрия левого желудочка у больных артериальной гипертензией с избыточной массой тела [Текст] / О.В. Нилова, С.В. Колбасников // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. - №15. - С. 137-138.
 6. Руководство ЕКО/ЕОА по лечению дислипидемий (перевод на русский последних Европейских рекомендаций). // в журналах: Атеросклероз и дислипидемии 2011, №4; «Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии» 8(1) 2012.