

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.12-008.331.1-07-036.1-053.7:611.018.2-007.17
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2016.11063>
ISSN – 2073-8137

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (18–27 ЛЕТ) С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

М. И. Шупина, Г. И. Нечаева, Е. Н. Логинова

Омский государственный медицинский университет, Россия

ARTERIAL HYPERTENSION AMONG YOUNG PEOPLE (18–27 YEARS) WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: PREVALENCE OF BEHAVIORAL FACTORS CARDIOVASCULAR RISK

Shupina M. I., Nechaeva G. I., Loginova E. N.

Omsk State Medical University, Russia

Представлена негативная динамика поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции учащейся молодежи (18–27 лет) в условиях крупного промышленного центра, обоснована необходимость внедрения мониторинга этих факторов и артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, дисплазия соединительной ткани, поведенческие факторы риска, молодой возраст

The article presents negative dynamics of behavioral cardiovascular risk factors in young adults aged 18–27 years with the connective tissue dysplasia justifying the implementation of risk factors and hypertension monitoring in the above population of a large industrial center.

Key words: arterial hypertension, connective tissue dysplasia, behavioral risk factors, young age

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте – ключевой фактор в сохранении здоровья взрослых и увеличении продолжительности их жизни. Необходимость коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье, чрезвычайно актуальна. Особенно это важно в отношении артериальной гипертензии (АГ), распространенность которой высока, а эффективность контроля ее недостаточна. Этим обусловлен рост таких ее осложнений, как мозговой инсульт, инфаркт миокарда, определяющих высокую смертность и инвалидизированность населения.

Диагностика АГ на ранних стадиях, особенно у лиц молодого возраста, весьма затруднительна. Официальная статистика при оценке распространенности заболевания опирается именно на анализ обращаемости, когда факт заболевания уже случился, а профилактические меры не столь эффективны. Показатели зарегистрированной заболеваемости у взрослого населения в 2,3 раза ниже, чем фактическая распространенность данной патологии [9]. Очевидно, что анализ обращаемости не позволяет оценить весь объем проблемы, стоящей перед практическим здравоохранением. Наиболее полное представление о распространенности заболевания, его структуре, тяжести могут дать эпидемиологические исследования, а разработка новых профилактических технологий, подходящих для кон-

кретной возрастной группы, может быть реализована лишь на анализе реально существующей эпидемиологической ситуации. В частности, при разработке программ профилактики АГ у лиц молодого возраста и принятии конкретных решений на региональном уровне необходимо опираться на результаты оценки распространенности АГ и других поведенческих факторов риска в молодежной среде.

Вопрос о распространенности АГ и сердечно-сосудистых факторов риска среди лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) стоит достаточно остро. Опубликованные к настоящему времени данные весьма разноречивы (14–48 %), не всегда убедительны, поскольку или получены на незначительных выборках, или ограничены определенным фенотипом или синдромом ДСТ [2–4, 7]. Разумеется, не способствуют объективизации и различные классификационные и диагностические подходы к оценке проявлений самой ДСТ, которыми пользуются исследователи.

Цель исследования: оценка распространенности АГ и поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста с ДСТ для разработки научно обоснованных подходов к их мониторингу.

Материал и методы. Объектом изучения явилось население в возрасте 18–27 лет, проживающее на территории Омска, крупного административно-промышленного центра Западной Сибири.

Проведено одномоментное исследование организованной популяции мужчин и женщин – студентов и учащихся учебных заведений разного профиля (медицинского, педагогического, технологического, технического, экономического), выполненное сплошным методом на основании поименного списка учащихся учебных заведений ($n=12783$ человека, из них 4451 юношей (возраст $V_{0,5}=19,0$ лет; $V_{0,25}=18,0$; $V_{0,75}=20,0$) и 8332 девушек (медиана возраста $V_{0,5}=19,0$ лет; $V_{0,25}=18,0$; $V_{0,75}=21,0$), отклик на исследование составил 84,7 %). С помощью приложения StatCalc программы EpiInfo была предварительно рассчитана минимально необходимая численность выборки для получения репрезентативных данных в наблюдательном кросс-секционном исследовании. С учетом численности генеральной совокупности, 80 % мощности исследования, 95 % надежности и ожидаемого уровня распространенности АГ (15,0 %) минимально необходимое число обследованных должно было составить 2624 человек.

Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании. Программа исследования включала уточнение паспортных данных, анамнестических сведений, оценку объема физической активности, курительного поведения и иных факторов образа жизни (анкетные, опросные методы); стандартизованное измерение уровня артериального давления (АД) [1]; забор крови для определения уровня липидов крови в утренние часы, натощак.

Диагноз генетически детерминированных (несиндромных) форм ДСТ выставлялся согласно Национальным рекомендациям 2012 года, с учетом признаков системной вовлеченности соединительной ткани (Гентские критерии, 2010) [5]. Диагностика синдромных форм основывалась на международных согласованных диагностических критериях: Гентских критериях при диагностике синдрома Марфана (2010), Вильфраншских критериях при диагностике синдрома Элерса – Данло (1998).

Диагностика АГ осуществлялась в соответствии с рекомендациями Российского общества кардиологов (РКО) [1]. Выделяли диастолическую АГ при повышении диастолического АД ≥ 90 и выше мм рт. ст., независимо от уровня систолического АД, и изолированную систолическую АГ – при систолическом АД ≥ 140 и выше и диастолическом АД < 90 мм рт. ст. Определяли категории оптимального, нормального и высокого нормального АД. Дополнительно оценивали частоту пониженного АД, критериями которого был выбран уровень ниже 100/60 мм рт. ст.

Оценивалась взаимосвязь АД с факторами риска (семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), курение, дислипидемия, ожирение), а также факторами образа жизни (низкая физическая активность, НФА).

К активно курящим относили лиц, выкуривших за свою жизнь более 100 сигарет и курящих на настоящий момент каждый день или иногда, а также лица, курящие на настоящий момент реже 1 раза в неделю. Оценка мотивации к отказу от курения и степени никотиновой зависимости проводилась на основе тестов, рекомендованных Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины. Пассивное курение фиксировалось при наличии курящих родственников, проживающих совместно с респондентами. Избыточная масса тела регистрировалась при индексе массы тела (ИМТ) $\geq 25,0$ кг/м², в том числе ожирение – при ИМТ $\geq 30,0$ кг/м². Низкая физическая активность фиксировалась в случае, если молодые люди занимались физическим воспитанием

только в рамках занятий в учебном заведении не более 2 часов в неделю.

Методы статистической обработки данных. Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакета STATISTICA-6. Проверка нормальности распределения производилась с использованием критериев Колмогорова – Смирнова и Шапиро – Уилки. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm SD$, где M – среднее выборочное. SD – стандартное отклонение. В случае ненормального распределения значений в ряду указывалась медиана ($V_{0,5}$), 25-й процентиль ($V_{0,25}$) и 75-й процентиль ($V_{0,75}$). Описательно-оценочные эпидемиологические исследования проводились с учетом традиционного алгоритма эпидемиологического анализа [6].

Результаты и обсуждение. По результатам исследования репрезентативной выборки 2829 студентов ДСТ была диагностирована в 632 случаях (21,6 %): у 378 девушек (18,7 % от числа всех обследованных девушек) и у 254 юношей (28,1 % от числа всех обследованных юношей).

Распространенность АГ среди лиц с ДСТ 18–27 лет составила 8,1 % (мужчины – 11,8 %, женщины – 5,6 %). Отмечена статистически значимая выраженная тенденция к росту распространенности АГ при ДСТ с возрастом (рис. 1).

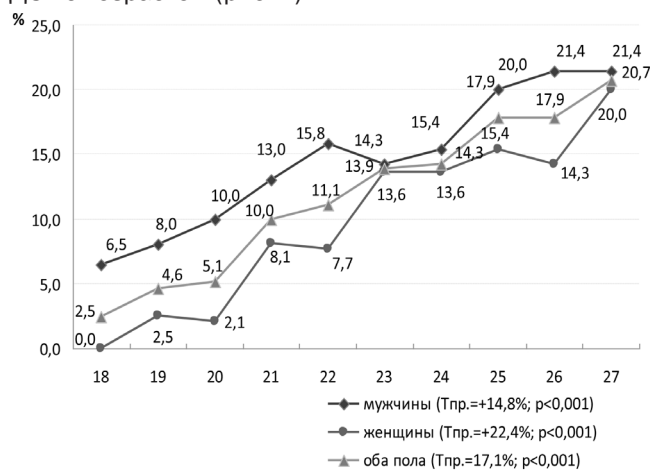


Рис. 1. Распространенность АГ в отдельных возрастных группах лиц с дисплазией соединительной ткани (%)

В структуре АГ преобладала АГ 1-й степени – 66,7 %, реже встречалась АГ 2-й степени (21,6 %). Причем у мужчин с ДСТ частота повышения АД 2-й степени была статистически значимо меньше, чем у женщин (16,7 % против 28,6 % соответственно, $p=0,006$). Темп прироста (Тпр.) частоты АГ 2-й степени с возрастом у мужчин составил +7,3 % ($p=0,022$), у женщин соответственно +15,8 % ($p=0,002$). АГ 3-й степени среди лиц с ДСТ данной возрастной когорты выявлено не было.

В среднем медиана длительности АГ составляла $V_{0,5}=2,0$ года ($V_{0,25}=1,0$; $V_{0,75}=4,0$). У большинства молодых людей длительность АГ составила от 2 до 4 лет (54,8 %), а в 27,4 % случаев превышала 5-летний рубеж. Гипотензивная терапия проводилась в 10,4 % случаев.

С возрастом в когорте молодых людей с ДСТ наблюдалось снижение удельного веса лиц с оптимальным и нормальным уровнем АД, но существенно увеличилась доля с высоким нормальным АД (рис. 2) без существенных гендерных различий. Доля лиц с уровнем АД ниже 100/60 мм рт. ст. с возрастом не изменилась.

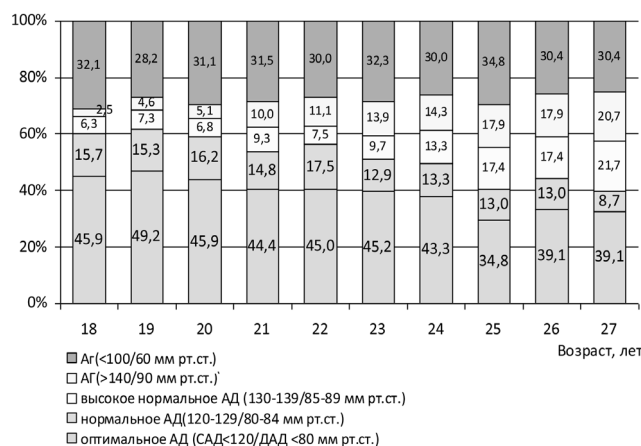


Рис. 2. Структура обследованных лиц с ДСТ в возрастных группах по уровню АД (%)

При сопоставлении данных с результатами исследования встречаемости и структуры АГ у лиц этой же возрастной когорты, но без признаков ДСТ, опубликованными нами ранее [8], обнаружены некоторые особенности. Так, среди лиц с ДСТ на фоне меньшей частоты АГ (8,1 % против 10,5 %) имеют место более выраженные темпы прироста распространенности АГ с возрастом (17,1 % против 14,8 %). При этом у мужчин с ДСТ темпы прироста распространенности АГ от 18 к 27 годам значимо ниже, чем среди мужчин без признаков ДСТ (+7,3 % против +20,2 %; $p < 0,001$). У женщин с ДСТ, наоборот, наблюдаются высокие темпы прироста распространенности АГ с возрастом по сравнению с женщинами без ДСТ (15,8 % против 10,6 %; $p < 0,001$).

Наряду с тем, что в структуре АГ у лиц с ДСТ по сравнению с гипертониками без таковой существенно чаще встречается АГ 2-й степени (21,3 % против 12,5 %; $p < 0,05$), весьма характерным является большая частота АГ 2-й степени у женщин вне зависимости от того, отмечаются признаки ДСТ или нет (28,6 % против 15,5 % соответственно; $p < 0,001$).

Различия касаются и осведомленности о наличии АГ. Так, среди гипертоников без признаков ДСТ о наличии заболевания знали лишь 19,3 % обследованных, при этом повышение уровня АД у них впервые было выявлено при прохождении военно-врачебной комиссии или на профосмотрах при поступлении в учебное заведение. Среди лиц с ДСТ о наличии АГ знали 64,2 %, причем у большинства из них (33,6 %) повышенное АД было выявлено по обращаемости в связи с плохим самочувствием или наличием субъективной симптоматики.

Распространенность курения в когорте лиц с ДСТ в целом составила 40,5 %. При этом наблюдалась довольно высокая частота курения среди мужчин с АГ (53,3 % от числа всех мужчин с АГ) по сравнению с женщинами (28,5 % от числа всех женщин с АГ).

Доля регулярно (не менее 1 сигареты в день) курящих мужчин с АГ оставалась также высокой – 26,6 %. Численность регулярно курящих женщин с АГ была существенно меньше – 14,3 % ($p = 0,004$). При этом доля молодых лиц с ДСТ, курящих «иногда» (более 1 сигареты в неделю, но не каждый день), составила у мужчин – 46,8 % ($p < 0,001$), у женщин – 29,2 % ($p < 0,001$).

Мужчин и женщин с избыточной массой тела или ожирением в когорте лиц с ДСТ данной возрастной группы выявлено не было, что свидетельствует о низком вкладе такого значимого фактора риска как избыточная масса тела и ожирение в суммарный сердечно-сосудистый риск у молодых лиц с АГ при ДСТ.

Доля лиц с дислипидемией среди лиц с АГ составила 5,9 % за счет мужской части выборки. Важно, что во всех возрастных группах наблюдалось снижение только уровня холестерина липопротеинов высокой плотности.

Распространенность низкой физической активности (НФА) по итогам исследования среди лиц с ДСТ была чрезвычайно высокой, в том числе в когорте с АГ. Наряду с этим отмечалось очевидное увеличение доли лиц с НФА с возрастом ($Tpr = +10,1$ %; $p = 0,006$), причем – за счет мужчин ($Tpr = +16,5$ %; $p < 0,001$). В когорте ДСТ в целом обнаружена существенная доля лиц, освобожденных от занятий физической культурой по медицинским показаниям: 16,6 % среди мужчин ($p = 0,006$) и 28,8 % – среди женщин ($p = 0,002$). Численность молодых гипертоников с ДСТ, освобожденных от занятий физкультурой в связи с повышением АД, составила соответственно 33,3 и 38,1 % ($p < 0,001$), что указывает на крайне низкую осведомленность врачей о профилактической пользе физической культуры в аспекте управления как АГ, так и ДСТ.

Численность молодых людей с АГ и низким сердечно-сосудистым риском (ССР) в когорте лиц с ДСТ составила 41,1 %, высоким ССР – 5,8 %, без существенных отличий по полу. На долю лиц со средним ССР пришлось 52,9 % ($p < 0,001$). Важно, что численность лиц со средним суммарным ССР в когорте ДСТ без АГ в целом была также существенной (36,6 %).

Заключение. Таким образом, в одномоментном эпидемиологическом исследовании когорты молодых людей 18–27 лет (учащаяся молодежь) показана довольно высокая распространенность как ДСТ, так и АГ, протекающей на ее фоне, определены факторы сердечно-сосудистого риска среди молодых.

Разумеется, в статье имеется ряд ограничений. По крайней мере, в ней не представлены данные, касающиеся частоты, структуры АГ и факторов ССР в зависимости от выраженности клинических проявлений ДСТ. Однако полученные данные уже позволяют констатировать чрезвычайно высокую актуальность проблемы АГ при ДСТ, обуславливают настоятельную необходимость в профилактике и её потенциальную эффективность, дают возможность совершенствования системы управления проблемой АГ в целом.

По мнению ВОЗ, основой успешной профилактики и управления здоровьем населения являются информационно-аналитические системы [3], следовательно, эффективная первичная профилактика невозможна без реализации мониторинга АГ и ФР ССЗ как в целом в конкретной возрастной когорте, так и среди лиц с ДСТ. Информационная подсистема мониторинга должна включать информацию о патогенных факторах (факторах риска), о популяции молодых (численность, структура, группы риска, восприимчивость и др.), о факторах природной и социальной среды, о качестве и эффективности лечебной и профилактической помощи населению, о проявлениях заболевания, смертности, инвалидизации населения от АГ, ДСТ и других характеристиках здоровья. Все предлагаемые показатели отвечают необходимым требованиям, а отсутствие любого из них в системе мониторинга делает ее работу недостаточно диагностически эффективной. Аналитическая подсистема включает проведение эпидемиологической диагностики.

Материалы, полученные в исследовании, позволяют разработать мероприятия по управлению факторами риска, включая их мониторинг (первичная профилактика), и определяют необходимость детального изучения особенностей клинических проявлений АГ у молодых людей с ДСТ в целях ее ранней диагностики (вторичный уровень профилактики).

Литература

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7–6. – 32 с.
2. Гладких, Н. Н. «Гипертония белого халата» при недифференцированной дисплазии соединительной ткани: конституциональная характеристика и эндотелиально-тромбоцитарная дисфункция / Н. Н. Гладких, А. В. Ягода // Росс. кардиол. журн. – 2007. – № 2. – С. 61–65.
3. Каргаполова, М. П. Структурно-функциональные особенности резистивных сосудов в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани при различных уровнях артериального давления / М. П. Каргаполова, А. В. Сорокин // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2012. – № 2. – С. 28–36.
4. Мартынов, А. И. Клиническая эффективность орота магния у пациентов с нарушениями ритма и артериальной гипертензией при пролапсе митрального клапана / А. И. Мартынов, О. П. Николин, Е. В. Акатова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 8. – С. 9–12.

References

1. Russian clinical guidelines diagnosis and treatment of hypertension. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. – Cardiovascular therapy and prevention. 2008;7-6:32.
2. Gladkikh N. N., Yagoda A. V. *Rossysky kardiologicheskyy zhurnal*. – Ross. kardiolog. zhurn. 2007;2:61-65.
3. Kargaplova M. P., Sorokin A. V. *Regionarnoye krovoobrashcheniye i mikrotsirkulyatsiya*. – Regional circulation and microcirculation. 2012;2:28-36.
4. Martynov A. I., Nikolin O. P., Akatova Ye. V. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. – Cardiovascular therapy and prevention. 2009; 8:9-12.
5. Russian clinical guidelines. *Nasledstvennye narusheniya soedinitelnoy tkani*. 2012. 49 p.

5. Российские рекомендации. Наследственные нарушения соединительной ткани. – 2012 – 49 с.
6. Применение методов математической статистики при проведении эпидемиологического анализа / В. В. Далматов, Р. Н. Готвальд, В. Л. Стасенко. – Омск, 2002. – 68 с.
7. Мартынов, А. И. Результаты суточного мониторирования артериального давления у лиц с пролабированием митрального клапана и аномально расположенными хордами / А. И. Мартынов, О. Б. Степура, О. Д. Остроумова // Терапевт. арх. – 2000. – № 4. – С. 34–40.
8. Шупина, М. И. Распространенность артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых факторов риска у лиц молодого возраста / М. И. Шупина, Д. В. Турчанинов // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 3–2. – С. 152–156.
9. Эпидемиологический подход к оценке здоровья сельского населения / Ю. В. Ерофеев, А. И. Новиков, Д. В. Турчанинов, П. А. Уско. – М.: Медицинская книга, 2005. – 334 с.

6. Dalmatov V. V., Gotvald R. N., Stasenko V. L. *Primeneniye metodov matematicheskoy statistiki pri provedenii epidemiologicheskogo analiza*. Omsk; 2002. 68 p.
7. Martynov A. I., Stepura O. B., Ostroumova O. D. *Shmyrev V. I., Andreyeva N. Ya., Kurilchenko D. S. Terapevt. arkh.* – Therapeutic archives. 2000;4:34-40.
8. Shupina M. I., Turchaninov D. V. *Sibirsky meditsinsky zhurnal*. – Siberian Medical Journal. 2011;26(3-2):152-156.
9. Yerofeyev Yu. V., Novikov A. I., Turchaninov D. V., Usko P. A. *Epidemiologicheskyy podkhod k otsenke zdorovya selskogo naseleniya*. M.: «Meditsinskaya kniga»; 2005. 334 p.

Сведения об авторах:

Шупина Марина Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ПДО; тел.: (3812)236700, 89069900907; e-mail: mshupina@mail.ru

Нечаева Галина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой; тел.: (3812)236700, 89139788383; e-mail: profnechaeva@yandex.ru

Логинова Екатерина Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент; тел.: (3812)492085, 89139733087; e-mail: log-ekaterina@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.72-007.281-009.7-071-53-053.7

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2016.11064>

ISSN – 2073-8137

СИНДРОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. А. Викторова, Д. С. Иванова, Н. В. Коншу

Омский государственный медицинский университет, Россия

JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF RHEUMATIC DISEASES

Viktorova I. A., Ivanova D. S., Konshu N. V.

Omsk State Medical University, Russia

Представлены два клинических наблюдения пациентов с гипермобильностью суставов. В первом показано развитие остеоартроза как ассоциированного заболевания на фоне синдрома гипермобильности суставов. Второе клиническое наблюдение демонстрирует схожесть дебюта ревматоидного артрита и гипермобильного синдрома. Представлены особенности развития ревматологического заболевания на фоне гипермобильности суставов и сложности дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: синдром гипермобильности суставов, ревматоидный артрит, остеоартроз, диагностика