

Артериальная гипертензия у лиц молодого возраста

По данным мировой статистики, лидирующее место в структуре смертности населения экономически развитых стран занимают болезни системы кровообращения. Наиболее частым заболеванием сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия (АГ), распространенность которой среди взрослого населения, в частности Украины, составляет 31,5% по данным официальной статистики и 33-36% – по данным эпидемиологических исследований.

Заболеваемость АГ увеличивается с возрастом, особенно среди лиц старше 40 лет. Так, среди жителей Украины в возрасте 55-64 лет распространенность АГ превышает 70% (И.М. Горбась, 2010). В детской и подростковой популяциях этот показатель значительно ниже и колеблется от 1 до 18%. В последние годы отмечается увеличение заболеваемости АГ во всех возрастных категориях. Следует отметить, что у детей преобладает вторичная АГ, на долю которой, по данным различных исследований, приходится 65-90% всех случаев патологии, причем чаще она встречается у детей в возрасте до 10 лет. Так, доля вторичной АГ (J. Hanna, 1991) у детей младше 10 лет достигает 90%; у подростков – 65% (М.У. Агар с соавт., 1994). С увеличением возраста частота симптоматических (вторичных) АГ уменьшается до 5-10% (по некоторым данным, до 15%) у взрослых лиц. У детей младшего и среднего возраста к повышению артериального давления (АД) часто приводят заболевания почек, врожденные заболевания сердца и сосудов, эндокринные заболевания, заболевания нервной системы, а также длительный прием некоторых медикаментов. Среди причин повышения АД также выделяют отравление тяжелыми металлами (свинцом, ртутью), курение, злоупотребление алкоголем, ожоги.

По данным В.А. Люсова и соавт. (2007), более половины случаев патологии, выявленной у молодых мужчин (16-26 лет), направленных на обследование по поводу АГ военкоматом, составляли врожденные аномалии развития и приобретенные заболевания почек. О значительной распространенности среди детей и подростков вторичной АГ необходимо помнить при случайном выявлении у них повышенного АД.

Важную роль в развитии АГ играет наследственность. Так, около половины пациентов из общей популяции, страдающих этим заболеванием, указывают на наличие АГ у двух и более родственников первой линии родства. Известно, что у детей и подростков, у которых близкие родственники (родители, прадеды, другие члены семьи) страдали АГ, повышение АД наблюдается в три раза чаще, чем у их сверстников с неотягощенной по АГ наследственностью. По данным Б.А. Намаканова (2003), распространенность АГ среди подростков и молодых людей с отягощенной наследственностью составляет 25-65%. Подобные данные были получены также Г.И. Нечаевой и соавт. при обследовании 250 пациентов в возрасте 18-35 лет, родители которых страдали АГ. Так, АГ выявили у 58,4% обследованных, повышенное АД – у 13,6%, у 24% участников исследования уровень АД был в норме. Авторы подчеркивают, что никто

из обследованных не обратился в медицинское учреждение самостоятельно.

! При обследовании молодых людей следует учитывать высокий риск развития АГ у пациентов с отягощенной по АГ наследственностью.

В отличие от взрослых значение АД у детей зависит от их пола, возраста и роста. В настоящее время разработаны таблицы, на основании которых можно классифицировать выявленные при обследовании детей значения АД как нормальные, высокие нормальные или повышенные. Такие таблицы используются в педиатрической практике (табл.). У детей нормальными принято считать значения, при которых уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) составляет менее 90 перцентилей (для данного возраста, роста или пола); высоким нормальным АД (или предгипертензией) – значения САД/ДАД, равные или превышающие 90 перцентилей, но менее 95 перцентилей; АГ – уровень САД/ДАД, превышающий 95 перцентилей. Следует учитывать результаты измерения АД во время трех посещений врача с интервалом 10-14 дней. По уровню АД у детей выделяют две степени АГ: первая степень (мягкая АГ) диагностируется при значениях САД/ДАД, равных или превышающих 95 перцентилей менее чем на 10 мм рт. ст.; вторая степень (умеренная АГ) – при уровне САД/ДАД, превышающем 95 перцентилей на 10 мм рт. ст. или более. Довольно часто у детей, подростков и молодых людей во время психоэмоциональных нагрузок наблюдается гиперреактивность симпатического отдела вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистой системы, которая приводит к временному, иногда существенному повышению АД. В обычных ситуациях у таких пациентов АД находится в пределах возрастной нормы. У лиц более старших возрастных групп гиперреактивность встречается реже и, как правило, менее выражена. Посещение врача для таких лиц является своего рода стрессовой ситуацией и сопровождается повышением АД. Отсюда и термин «гипертензия белого халата». Такая реакция не является собственно АГ (как заболеванием), но, несомненно, это серьезный фактор риска ее развития и ухудшения дальнейшего прогноза пациента (И.В. Леонтьева, 2000, 2003). У пациентов с лабильным АД и «гипертензией белого халата» рекомендуется проводить амбулаторный суточный мониторинг АД. Этот метод позволит прежде всего уменьшить влияние психоэмоционального статуса пациента



Е.Г. Купчинская

на результаты измерения АД, максимально нивелировать «гипертензию белого халата», выбрать оптимальную тактику лечения. При этом следует обращать внимание не только на среднесуточные значения САД/ДАД, но и на индекс времени и суточный индекс, характеризующие время, в течение которого отмечается повышенное значение АД и степень снижения САД/ДАД в ночное время по сравнению с периодом бодрствования, вариабельность САД и ДАД и скорость их утреннего повышения. О наличии АГ свидетельствует индекс времени, превышающий 25% от суммарного времени мониторинга АД. Индекс времени более 50% указывает на наличие стабильной АГ. Важное значение имеет характер изменения АД при выполнении физических нагрузок. Для анализа характера реакции АД при физической нагрузке используют велоэргометрию. Для подростков гипертензивной реакцией гемодинамики в ответ на физическую нагрузку считается повышение АД до значений, превышающих 170/95 мм рт. ст. По данным И.В. Леонтьевой (2003), гипертензивная реакция АД наблюдается у 80% пациентов со стабильной АГ и у 42% – с лабильной АГ. Причем, у подростков со стабильной АГ при велоэргометрии выявляют чрезмерное увеличение не только САД, но и ДАД, периферического сосудистого сопротивления (что характерно для гипертензивной реакции АД в ответ на физическую нагрузку у взрослых пациентов с АГ). Выполнение физических нагрузок у больных стабильной гипертензией подросткового возраста, как и у взрослых пациентов с АГ, сопровождается увеличением потребности миокарда в кислороде (о чем свидетельствуют большие значения и больший прирост при нагрузке двойного произведения) и требует больших энергозатрат.

Течение ювенильной АГ зависит от многих причин. Считается, что у большинства подростков с АГ в дальнейшем возможна нормализация АД. Многолетняя динамика АД у лиц молодого возраста с исходно повышенным АД изучена в ряде исследований. В статье J. Widimsky и R. Jandova (1987) были представлены данные о 33-летнем естественном течении ювенильной АГ. Результаты этих исследований продемонстрировали, что у 25% обследованных за период наблюдения произошла нормализация АД. В другом исследовании (Ю.И. Ровда, 2005) стабилизация повышенного АД в течение трех-семи лет наблюдения была обнаружена у 46,5% подростков. Г.П. Филиппов и соавт. (2005) проанализировали трехлетнее течение различных вариантов АГ («гипертензии белого халата», лабильной и стабильной) у подростков на фоне немедикаментозной терапии. Нормализация АД за этот период произошла только у одной трети пациентов с исходной «гипертензией белого халата», у 22,2% участников группы она трансформировалась в лабильную гипертензию. У трети пациентов с исходно лабильной АГ отмечена стабилизация повышенного АД. Наиболее неблагоприятное течение заболевания отмечено у пациентов с исходно стабильной АГ – почти у 15% из них были выявлены признаки прогрессирования заболевания, характеризующиеся поражением органов-мишеней, при этом у пациентов данной группы в процессе наблюдения не была отмечена нормализация АД.

! Таким образом, наличие повышенного АД в подростковом возрасте можно рассматривать как важный фактор риска АГ у взрослых.

Кроме того, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности выделения у детей и подростков с АГ ее форм – «гипертензии белого халата», лабильной и стабильной гипертензии как имеющих разное прогностическое значение, а значит, и особенности наблюдения и лечения. Важность выделения этих форм АГ отмечают и другие авторы, занимающиеся проблемой гипертензии у детей и подростков (И.В. Леонтьева, 2000, 2003).

По данным разных авторов, к факторам риска стабилизации АГ у подростков относятся стабильная АГ (особенно при наличии признаков поражения органов-мишеней), отягощенная по АГ наследственность, избыточная масса тела (ожирение), гиподинамия, нерациональная диета, значительные психоэмоциональные перегрузки (стрессы), курение, а также нарушение суточного ритма АД (недостаточное

Таблица. Уровни САД/ДАД (мм рт. ст.), соответствующие их 90 и 95 перцентилем с учетом пола, роста и возраста детей

Возраст, годы	Перцентиль АД	Мальчики		Девочки	
		низкого роста	высокого роста	низкого роста	высокого роста
1	90	97/52	102/55	99/53	104/56
	95	101/56	106/59	103/57	107/60
2	90	100/56	106/59	100/58	105/61
	95	104/60	110/63	104/62	109/65
3	90	103/60	109/63	102/61	106/64
	95	107/64	113/67	105/65	110/68
4	90	105/63	111/68	103/64	108/67
	95	109/67	115/71	107/68	111/71
5	90	106/66	112/69	104/66	109/69
	95	110/70	116/74	108/70	113/73
6	90	108/69	114/72	106/68	111/71
	95	112/73	117/76	110/72	114/75
7	90	109/71	115/74	108/69	112/72
	95	113/75	119/78	112/73	116/76
8	90	110/72	116/75	110/71	114/74
	95	114/76	120/80	113/75	118/78
9	90	112/73	117/77	112/72	116/75
	95	116/78	121/81	115/76	120/79
10	90	113/74	119/78	114/73	118/76
	95	117/79	123/82	117/77	122/80
11	90	115/75	121/78	116/75	120/77
	95	119/79	125/83	119/79	124/81
12	90	117/76	123/79	118/76	122/78
	95	121/80	127/83	121/80	125/82
13	90	120/76	126/80	119/77	124/80
	95	124/81	130/84	123/81	128/84
14	90	123/77	128/80	121/78	125/81
	95	127/81	132/85	125/82	130/85
15	90	125/78	131/81	122/79	127/82
	95	129/83	135/86	125/83	131/86
16	90	128/80	134/83	123/79	128/82
	95	132/84	138/87	127/83	132/86

снижение АД в период сна, повышение вариабельности и скорости утреннего повышения САД/ДАД), атерогенные изменения липидного спектра крови, признаки дисфункции эндотелия. К модифицируемым факторам риска АГ относятся ожирение, курение, избыточное потребление поваренной соли (имеет значение для солечувствительных пациентов), малоподвижный образ жизни (гиподинамия), стресс, применение ряда препаратов (нестероидных противовоспалительных средств, пероральных контрацептивов). Возможности влияния на модифицируемые факторы риска АГ достаточно подробно освещены в литературе, поэтому останавливаться на них не будем. Напомним лишь некоторые из них.

Ожирение связано с развитием инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушений углеводного и липидного обмена, метаболического синдрома, активизацией симпатической нервной системы, прогрессированием АГ, поражением органов-мишеней, развитием ишемической болезни сердца и сердечно-сосудистых осложнений. По данным В.В. Безкина и соавт. (2007), у 71,4% детей с метаболическим синдромом (в возрасте 11-16 лет) наблюдаются признаки эндотелиальной дисфункции, а развитие вазоконстрикции регистрируется почти в два раза чаще, чем у детей с ожирением. Поэтому борьба с ожирением и часто сопутствующим ему метаболическим синдромом важна при проведении первичной и вторичной профилактики АГ у молодых пациентов. Уменьшение массы тела сопровождается снижением АД, улучшением липидного профиля и углеводного обмена, уменьшением инсулинорезистентности, чувствительности к соли. Имеются данные об уменьшении толщины стенок левого желудочка (S. MacMahon, 1989). Уменьшить вес можно при помощи регулярных физических нагрузок и диеты. Пациентам с повышенным АД показаны динамические упражнения – ходьба или бег в течение не менее 30-60 мин, плавание, велосипед, игровые виды спорта. Статические упражнения следует ограничить. Как писал Гиппократ, «гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь». Питание должно быть полноценным в отношении содержания витаминов, калия, магния, кальция, ненасыщенных жиров и включать достаточное количество овощей и фруктов, рыбы, продуктов с низким содержанием жиров (DASH-диета). Следует контролировать калорийность пищи. При выборе диеты в некоторых случаях (например, при сопутствующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта) следует проконсультироваться с диетологом.

Применяя немедикаментозную терапию, следует помнить слова Гиппократа: «Ни насыщение, ни голод и ничто другое не хорошо, если преступает меру природы».

! Показания к проведению медикаментозной антигипертензивной терапии у больных молодого возраста соответствуют общепринятым. Назначение антигипертензивных препаратов показано пациентам данной категории при наличии признаков поражения органов-мишеней, стабильной АГ II степени и неэффективности немедикаментозных мероприятий при I степени АГ. Медикаментозное лечение следует назначать одновременно с рекомендациями по изменению образа жизни пациентам с тяжелой АГ, а также с высоким и очень высоким дополнительным риском развития осложнений независимо от уровня АД.

При I и 2 степени АГ наличие признаков поражения органов-мишеней или трех и более факторов риска, или метаболического синдрома, или сахарного диабета свидетельствует

о высоком риске, а наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы или почек – об очень высоком дополнительном риске. Медикаментозную терапию назначают в случае недостаточного эффекта немедикаментозных мероприятий.

! Цель лечения – уменьшение риска развития осложнений и преждевременной смерти. Как известно, повышение АД на каждые 20/10 мм рт. ст. удваивает риск смерти от сердечно-сосудистой патологии начиная с уровня 115/75 мм рт. ст.

Согласно рекомендациям по лечению АГ целевыми являются значения АД менее 140/90 и 130/80 мм рт. ст. соответственно для общей популяции больных АГ и для пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, а также перенесших острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторную ишемическую атаку. Имеются сведения о том, что у пациентов с нефропатией и высоким уровнем протеинурии снижение АД менее 120/80 мм рт. ст. может принести дополнительную пользу.

Снижение и контроль (удержание) АД имеет важное значение для улучшения прогноза. Однако при снижении АД необходимо учитывать конкретную ситуацию. Следует избегать резкого снижения АД (известно, что быстрое снижение АД более чем на 25% от исходного сопровождается ухудшением картины глазного дна, может привести к ишемии миокарда и головного мозга, особенно у пациентов с выраженным атеросклеротическим поражением сосудов). Достичь достаточной эффективности лечения практически невозможно без активного участия пациента. Выбирая препарат, следует учитывать его влияние на риск развития осложнений, прогноз АГ, поражение органов-мишеней, характер сопутствующей патологии, взаимодействие с другими препаратами, возможность развития побочных эффектов. Сегодня существует достаточная доказательная база клинической эффективности многих антигипертензивных средств, основанная не только на степени снижения АД, но и на влиянии на прогноз.

Наиболее широко применяются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА). Препараты этой группы вызывают дилатацию артериальных и венозных сосудов, что приводит к уменьшению периферического сосудистого сопротивления и преднагрузки; препятствуют прогрессированию дилатации левого желудочка и способствуют уменьшению его полости при исходной дилатации; ограничивают зону некроза и предупреждают развитие постинфарктного ремоделирования миокарда; способствуют регрессии гипертензивной гипертрофии левого желудочка и сосудистой стенки; не влияют на частоту сердечных сокращений и проводимость; уменьшают потребность миокарда в кислороде; улучшают функцию эндотелия; не изменяют или увеличивают коронарный и церебральный кровотоки; вызывают дилатацию афферентных и эфферентных артериол клубочков почек – снижают внутриклубочковое давление; уменьшают альбуминурию, увеличивают почечный кровоток (тем самым замедляют прогрессирование нефропатии и почечной недостаточности); увеличивают натрийурез; уменьшают адгезию и агрегацию тромбоцитов; способствуют восстановлению функции барорефлекторных механизмов сердца и сосудов; повышают чувствительность тканей к инсулину; могут положительно влиять на липидный спектр крови; уменьшают исходную гиперурикемию; повышают уровень сенсорной активности и когнитивной функции мозга.

Для некоторых ИАПФ доказана способность влиять на прогноз взрослых пациентов с АГ высокого риска. В связи

с этим своевременное назначение препаратов этой группы необходимо у пациентов молодого возраста, многие из которых, как показывает повседневная клиническая практика, имеют ряд сопутствующих заболеваний, способствующих возникновению тяжелых сердечно-сосудистых осложнений и ухудшению долгосрочного прогноза. Предпочтение следует отдавать современным ИАПФ, имеющим хорошую доказательную базу, таким как рамиприл и периндоприл.

Известно, что применение рамиприла в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании HOPE у взрослых пациентов высокого риска способствовало уменьшению вмешательств по поводу реваскуляризации миокарда (на 15%), частоты развития острого нарушения мозгового кровообращения (на 32%), инфаркта миокарда (на 20%), сердечно-сосудистой смерти (на 26%), общей смертности (на 16%). В плацебо контролируемом исследовании SECURE рамиприл способствовал замедлению прогрессирования атеросклероза сонных артерий и уменьшению толщины комплекса интима-медиа у больных с высоким риском кардиоваскулярных событий, сердечно-сосудистыми заболеваниями или сахарным диабетом. Причем эти эффекты оказались дозозависимыми (более выраженное действие наблюдалось при применении рамиприла в суточной дозе 10 мг по сравнению с 2,5 мг). Рамиприл доказал свою эффективность у пациентов с острым инфарктом миокарда (исследование AIRE) и у пациентов с инфарктом миокарда и сердечной недостаточностью (исследование AIREX).

Следует отметить, что сегодня в клинической практике все чаще встречаются пациенты молодого возраста со стойким повышением АД, требующим комбинированного лечения. Даже при относительно невысоких значениях АД следует внимательно относиться к таким больным и, используя все современные возможности аппаратной диагностики, попытаться установить причину его стойкого повышения. Таким пациентам необходимо в кратчайшие сроки подобрать оптимальную комбинацию препаратов, исходя из современных европейских рекомендаций. Если говорить о комбинациях ИАПФ с другими препаратами, то одной из самых эффективных и безопасных является их комбинация с тиазидным диуретиком, эффективность и безопасность которой доказана во многих авторитетных клинических исследованиях.

! Приверженность к лечению – проблема, которая всегда возникает при лечении пациентов молодого возраста. Повышению приверженности к антигипертензивной терапии в этом случае способствует назначение препаратов длительного действия, которые можно принимать один раз в сутки, а также фиксированных комбинаций.

Следует иметь в виду, что ни одна из групп антигипертензивных препаратов не лишена побочных эффектов и противопоказаний к применению в определенных ситуациях. При назначении антигипертензивной терапии молодым пациентам следует помнить, что ряд препаратов нельзя принимать во время беременности и в период кормления грудью. Это относится прежде всего к ИАПФ и БРА.

! Своевременное выявление АГ у лиц молодого возраста, диагностика ее вторичных форм и проведение адекватного лечения, включающего как немедикаментозные методы, так и медикаментозную терапию, имеют важное медико-социальное значение, способствуя уменьшению трудовых потерь, улучшению качества и увеличению продолжительности жизни пациентов.



РаміГЕКСАЛ®

рамиприл



РаміГЕКСАЛ® 2,5 мг
Діюча речовина: Раміприл 2,5 мг / Таблетка



РаміГЕКСАЛ® 5 мг
Діюча речовина: Раміприл 5 мг / Таблетка



РаміГЕКСАЛ® комбінування 2,5/12,5 мг
Раміприл 2,5 мг + Гідрохлорид тазидина 12,5 мг / Таблетка



РаміГЕКСАЛ® комбінування 5/25 мг
Раміприл 5 мг + Гідрохлорид тазидина 25 мг / Таблетка



Перша в Україні
фіксована комбінація
рамиприлу та ГХТЗ*

РаміГЕКСАЛ 2,5 мг РП №УА/4258/01/01 від 17.03.2006, РаміГЕКСАЛ 5 мг РП №УА/4258/01/02 від 17.03.2006

РаміГЕКСАЛ комбінування 2,5 мг/ 12,5 мг РП №УА/4259/01/01 від 17.03.2006, РаміГЕКСАЛ комбінування 5 мг/ 25 мг РП №УА/4259/01/02 від 17.03.2006



Відпускається за рецептом лікаря. Інформація для спеціалістів. *BC data.

Представництво в Україні: 03056, м. Київ, вул. Польова, 24-Д. Тел.: (044) 495 28 66, тел./факс: (044) 495 29 43