

И. П. Колос, И. Е. Чазова, С. Н. Терещенко, С. Н. Наконечников от имени исследовательской группы ОСАДА

ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, 121552, Москва, Черепковская, 15а

Сведения об авторах:

Чазова Ирина Евгеньевна — д.м.н., проф., руководитель отдела, отд. системных гипертензий ИИК им. А. Л. Мясникова РКНПК, телефон: 8-495-149-03-21, e-mail: chazova@hotmail.com

Терещенко Сергей Николаевич — д.м.н., проф., руководитель отдела, отд. сердечной недостаточности и заболеваний миокарда ИИК им. А. Л. Мясникова РКНПК, телефон: 8-495-414-63-08, e-mail: stereschenko@yandex.ru

Наконечников Сергей Николаевич — к.м.н., ученый секретарь РКНПК, руководитель отдела, отд. новых мед. информационных технологий РКНПК, телефон: 8-495-414-61-18, e-mail: snn_cardio@mail.ru

Контактная информация: Колос Игорь Петрович — к.м.н., н.с., отд. возрастных проблем сердечно-сосудистых заболеваний ИИК им. А. Л. Мясникова РКНПК, телефон: 8-495-414-62-01, e-mail: docsn173@yandex.ru

РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУЧАЙ—КОНТРОЛЬ ОСАДА

Цель исследования. Определить относительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений при неосложненных гипертонических кризах (НГК) у пациентов с АГ.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании случай—контроль с каждым третьим пациентом с АГ из базы данных стационара или поликлиники проводили телефонное или очное анкетирование. В зависимости от частоты возникновения НГК пациентов разделили на 2 группы: основную — 305 человек с частыми (еженедельно и чаще) НГК и контрольную — 558 пациентов редкими (ежемесячно и реже) НГК.

Результаты. Группы были сопоставимы по исходным характеристикам. Пациенты основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы имели более длительное течение АГ (13 ± 9 лет против $9 \pm 7,8$ года, $p < 0,05$), целевой ($< 140/90$ мм рт. ст.) уровень АД у них достигался реже (42% против 56%; $p < 0,05$). У пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы был достоверно выше риск развития нефатального инсульта/ТИА (18% против 10%; отношение шансов — ОШ — 1,94; 95% доверительный интервал — ДИ — 1,28—2,93; $p < 0,05$), хронической сердечной недостаточности (44% против 30%; ОШ 1,64; 95% ДИ 1,22—2,21; $p < 0,05$), гипертрофии миокарда левого желудочка (72% против 56%; ОШ 2,11; 95% ДИ 1,52—2,93; $p < 0,05$) и ишемии миокарда (56% против 38%; ОШ 2,05; 95% ДИ 1,53—2,74; $p < 0,05$). Частота возникновения НГК достоверно не влияла на риск развития нефатального инфаркта миокарда (19% против 15%; ОШ 1,34; 95% ДИ 0,92—1,94; $p > 0,05$).

Заключение. При частых НГК повышается риск развития нефатального ОНМК/ТИА, хронической сердечной недостаточности, ишемии и гипертрофии миокарда ЛЖ. Частота возникновения НГК не влияет на риск развития инфаркта миокарда.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертонический криз, прогноз, сердечно-сосудистые осложнения

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002. <http://www.who.int/whr/2002/>.
2. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. J. A. M. A. 2003; 289:2560—2571.
3. Shalnova S. A., Deev D. A., Oganov G. S., Zhukovsky G. S. Arterial hypertension impact on mortality in Russia. Eur. Heart J. 1998; 19: 705.
4. Кобалава Ж. Д., Гудков К. М. Гипертонические кризы: существуют ли реальные противоречия в классификации и лечении? Сердце 2003; 2(3): 116—127.
5. Задионченко В. С., Горбачева Е. В. Гипертонические кризы. Рус. мед. журн. 2001; 9: 628—630.
6. Кобалава Ж. Д., Терещенко С. Н., Котовская Ю. В., Александрия Л. Г. Карведилол в лечении среднетяжелой эссенциальной гипертензии. Клин. фармакол. и тер. 1998; 3: 35—37.
7. Галявич А. С. Диагностика и лечение артериальных гипертензий. Казань: ГУП «ПИК "Идеал-Пресс"», 2000.
8. Varon J., Fromm R. E. Jr. Hypertensive crises. The need for urgent management. Postgrad. Med. 1996; 99(1): 189—200.
9. Kitiyakara C., Guzman N. Malignant hypertension and hypertensive emergencies. J. Am. Soc. Nephrol. 1998; 9: 133—142.
10. Zampaglione P., Pascale C. et al. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. Hypertension 1996; 27: 144—147.
11. Kincaid-Smith P., McMichael J., Murphy E. A. The clinical course and pathology of hypertension with papilloedema (malignant hypertension). Quart. J. Med. 1958; 37: 117—153.
12. Beckgaard P., Kopp H., Neilson J. One thousand hypertensive patients followed from 16—22 years. Acta Med. Scand. 1956; suppl. 312: 175—183.
13. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J. Hypertens. 2003; 21: 1011—1053.
14. Chobanian A. V., Bakris G. L., Black H. R. et al. The Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC7 report. J. A. M. A. 2003; 289: 2560—2572.
15. Mansoor A. F., Keefer H. The dangers of immediate-release nifedipine for hypertensive crises. Pharm. ther. 2002; 7: 362—365.

16. *Karras D. J., Ufberg J. W., Heipern K. L. et al.* Elevated blood pressure in urban emergency department patients. *Acad. Emerg. Med.* 2005; 12: 835—843.
17. *Hyman D. J., Pavlik V. N.* Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345: 479—486.
18. *Tisdale J. E., Huang M. B., Borzak S.* Risk factors for hypertensive crisis: importance of out-patient blood pressure control. *Fam. Pract.* 2004; 21: 420—424.
19. *Vlcek M., Bur A., Woisetschläger C. et al.* Association between hypertensive urgencies and subsequent cardiovascular events in patients with hypertension. *J. Hypertens.* 2008; 26: 657—662.
20. *Verdecchia P., Reboldi G. P.* Hypertension and microalbuminuria: the new detrimental duo. *Blood Press.* 2004; 13: 198—211.
21. *Koren M. J., Ulin R. J., Koren A. T. et al.* Left ventricular mass change during treatment and outcome in patients with essential hypertension. *Am. J. Hypertens.* 2002; 15: 1021—1028.
22. *Lewington S., Clarke R., Qizilbash N. et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Prospective Studies Collaboration. Lancet* 2002; 360: 1903—1913.
23. *Perez M. I., Musini V. M.* Pharmacological interventions for hypertensive emergencies. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; 1: Art. CD003653.