

Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста

Х.С. Султонов, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

У 781 мужчин – больных с артериальной гипертонией (АГ) ретроспективно изучена частота факторов риска, ассоциированные сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и исходы АГ при традиционной и контролируемой терапии, с выделением особенностей течения АГ в возрастной группе до 60 лет (молодой и средний возраст).

Установлено, что контролируемое лечение АГ в группе больных до 60 лет проводится значительно реже, хотя отмечается более высокая его эффективность, чем традиционного во всех возрастных группах.

При анализе полученных результатов выделены следующиестораживающие данные у мужчин до 60 лет с АГ: большая частота вредных привычек и их сочетание ($p < 0,05$) сопровождалась частым поражением аорты (58,7%), нестабильной стенокардией (71,9% от общего числа случаев стенокардии), впервые выявленной хронической сердечной недостаточностью (25,3%), примерно одинаковой частотой инфаркта миокарда и отсутствием различия частоты летального исхода при сравнении с группой мужчин старше 60 лет с АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, мужчины среднего возраста, ассоциированные заболевания

Введение. Основными причинами, формирующими высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, являются ИБС и цереброваскулярные заболевания, как ведущий фактор риска которых рассматривается артериальная гипертония (АГ) [1,2]. Большой интерес к проблеме АГ объясняется широкой распространённостью и наличием опасных для жизни осложнений, приводящих к стойкой утрате трудоспособности [3]. Согласно результатам крупномасштабных исследований, проведённых в разных странах, распространённость АГ находится в диапазоне 30-45% общей популяции и значительно возрастает по мере старения. В настоящее время с позиций доказательной медицины АГ рассматривается как независимый предиктор сердечно-сосудистых событий и мощный фактор, повышающий кардиоваскулярную и общую летальность [4,5].

Тенденции к изменению уровня АД одинаковы у лиц обоих полов, однако степень выраженности этих изменений у мужчин и женщин различна, и более высокая частота АГ отмечается у мужчин в среднем возрасте (40-50 лет), а у женщин – в старших возрастных группах [6]. Средний возраст у мужчин наиболее уязвимый период и оптимальный плацдарм для развития патологии сердечно-сосудистой (СС) системы. Формированию высокого риска со снижением продолжительности жизни в среднем возрасте у пациентов с АГ может привести отсутствие

лечебно-профилактических вмешательств (ЛПВ) в более молодом возрасте, в связи с концентрацией большей части ресурсов на помощь пожилым людям с высоким риском. Динамика общей и СС смертности свидетельствует о сложившейся неблагоприятной ситуации, особенно у мужчин трудоспособного возраста. Только при тщательном выявлении и сопоставлении информативности факторов, связанных с прогнозом выживаемости больных, можно повысить эффективность лечебных мероприятий [7].

Важнейшим прогностическим фактором выживаемости больных с АГ является степень выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая во многом определяется: темпом её развития, тяжестью поражения органов-мишеней (ПОМ), объёмом и эффективностью применяемых ЛПВ. ХСН характеризуется высокими показателями инвалидизации лиц среднего возраста и неблагоприятным прогнозом [8]. Установлено, что во всей популяции больных с ХСН (I-IV ФК) средняя 5-летняя смертность для мужчин составляет 59%, а для женщин – 45%, что в 6-7 раз превышает показатели смертности в той же возрастной группе в общей популяции [9].

Особенности течения АГ на фоне разных ЛПВ у мужчин среднего возраста отдельно не изучены. При анализе результатов целого ряда рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)



установлено, что только в 1/4 части этих исследований результаты приводятся с разбивкой по полу [10], и в этих исследованиях женщины составляют 44% [11]. Эти данные свидетельствуют о необходимости отдельного изучения предикторов возникновения и прогрессирующего течения АГ и ХСН с установлением информативности факторов, связанных с прогнозом выживаемости мужчин среднего возраста.

Цель исследования. Изучить частоту факторов риска, ассоциированных ССЗ и исходов АГ у мужчин разных возрастов, с выделением особенностей течения АГ в возрастной группе до 60 лет (молодой и средний возраст) при разных терапевтических подходах.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации мужчин с мягкой и умеренной АГ, госпитализированных с гипертоническим кризом или его осложнениями в кардиологическое отделение и терапевтические отделения Городской клинической больницы №5 и Городского медицинского центра г. Душанбе в период с 2009 по 2014 гг. Учитывая ряд классификаций возрастов жизни (по Пифагору, древней китайской, ВОЗ) [12] и тот факт, что в преобладающем большинстве эпидемиологических исследований, посвящённых патологии СС системы, статистические данные приводятся с разбивкой возраста по десятилетиям [2,7], то в данной работе, нами, как «средний» рассматривался возраст от 40 до 60 лет. Мужчины моложе 40 лет рассматривались как молодые, а старше 60 лет – пожилые.

Критерием включения больных в исследование явилась АГ (гипертоническая болезнь – ГБ), подтверждённая согласно клиническим рекомендациям Всероссийского национального общества кардиологов (ВНОК) и Общества по СС недостаточности (ОССН), и возможность оценки абсолютного риска СС смерти по шкале SCORE. В этой связи, учитывалось наличие указаний о динамике АД, содержании общего холестерина и курительном поведении. Критерии исключения из исследования: крайне тяжёлое соматическое состояние, вторичные формы АГ, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжёлая почечная и печёночная недостаточность.

Критериям включения соответствовала медицинская документация 781 больного (от 32 до 78 лет, средний возраст – $64,6 \pm 2,3$ года), которые и были включены в разработку. Сравнительно изучены данные двух групп пациентов: I группа – 344 (44,1%) мужчины молодого и среднего возраста, т.е. до 60 лет (объединены пациенты среднего и молодого возрастов, в связи с малочисленностью молодых пациентов), средний возраст которых был равен 50,7 года; II группа – 437 (55,9%) мужчин 60 лет и старше (объединены лица пожилого и старческого возрастов, в связи с мало-

численностью последних), средний возраст которых был равен 68,5 года.

При анализе результатов проведённой терапии в разработку были включены 362 истории болезни больных (с длительностью АГ не менее 1 года), в которых были подробно освещены применённые в течение последних месяцев ЛПВ. В 1 группу включено 153 больных молодого и среднего возраста (средний возраст $51,4 \pm 2,5$ года) и во 2 группу – 209 больных старших возрастов (средний возраст $68,3 \pm 2,2$ года).

Для оценки эффективности проведённой терапии до поступления в стационар, использован атрибутивный подход с применением оценочной шкалы (эффективная – 0-3 балла, малоэффективная – 4-7 баллов и неэффективная – 8 и более баллов) с учётом наличия и выраженности (от 0 до 2 баллов) следующих состояний при госпитализации: ГЛЖ, атеросклероз аорты, атеросклероз периферических сосудов, хронической почечной недостаточности, ИБС, сахарного диабета, ОНМК или ТИА (в анамнезе) и 10-летнего риска смерти от ССЗ по шкале SCORE. При анализе особенностей течения заболевания на фоне разных лечебно-профилактических вмешательств у мужчин, госпитализированных по поводу АГ, было проведено разделение больных каждой группы на 2 подгруппы, в зависимости от проведённой терапии (табл. 3):

а) А – традиционные ЛПВ (терапевтическое обучение не проводилось, но давались традиционные рекомендации по изменению образа жизни и лечению);

б) Б – контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН (информирование пациентов о необходимости изменения образа жизни; обучение и формирование у больных индивидуальных мотиваций по коррекции факторов риска ССЗ и ХСН; реализация индивидуальной программы изменения образа жизни, закрепление навыков по коррекции факторов риска; длительное мониторинговое наблюдение пациентов с повышением приверженности лечению).

При анализе данных изучалась как сравнительная частота факторов риска (курение, наследственность, гиперлипотеидемия, сахарный диабет и ожирение), ассоциированных ССЗ и исходов АГ (коронарная болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, атеросклеротическое поражение сосудов), так и их ассоциация с ХСН на фоне разных лечебно-профилактических вмешательств (контролируемое или традиционное лечение).

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики. Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных величин – по t-критерию Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Факторы риска	Больные с АГ (абс./%)	
	I группа (до 60 лет)	II группа (60 лет и старше)
Семейный анамнез по ССЗ (абс./%)	212/61,6	307/70,3*
Вредные привычки (всего)	253/73,6	265/60,6*
В том числе:		
• курение табака	126/36,6	97/22,2*
• чрезмерное употребление алкоголя	65/18,9	54/12,4*
• досаливание пищи	132/38,4	130/29,8*
Сочетание вредных привычек	70/20,4	16/3,7*
Гиперхолестеринемия	198/57,6	293/67,1*
Трофологический статус по ИМТ:		
• Нормальная масса тела (21 до 25,9 кг/м ²)	91/26,5	74/16,9*
• Нарушение трофологического статуса	253/73,6	363/83,1*
В том числе:		
• Недостаточная масса тела (<18,5 кг/м ²)	5/1,5	12/2,8
• Низкая масса тела (>18,5 до 21 кг/м ²)	11/3,2	21/4,8
• Избыточная масса тела (26 до 29,9 кг/м ²)	183/53,2	263/60,2*
• Ожирение (более 30 > кг/м ²)	54/15,7	67/15,3
Всего больных:	344/44,1	437/55,9*

Примечание: * – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Результаты и их обсуждение. Согласно данным анамнеза среди 781 мужчин - больных с верифицированным диагнозом АГ, продолжительность клинических проявлений АГ колебалась от 2 недель до 25 лет, составляя в среднем $15,1 \pm 3,2$ года. У 92 (11,8%) больных диагноз АГ выставлялся впервые. Среди госпитализированных с АГ мужчин, до 40 лет (молодых) было 74 (9,5%), до 60 лет (средний возраст) – 270 (34,6%), 60-74 года (пожилой) – 368 (47,1%) и старше (старческий) – 69 (8,8%).

Установлено, что мужчины молодого и среднего возраста реже госпитализировались по поводу АГ ($p < 0,05$), чем лица старше 60 лет. У преобладающей части мужчин I группы отмечалось АГ I степени (60,2%), тогда как 2 и 3 степени АГ – реже (соответственно 29,4% и 10,5%). Однако у 89,5% мужчин I группы отмечалась мягкая и умеренная АГ, а выраженные степени (2-3 ст.) АГ – почти в 2 раза чаще у больных II группы.

При изучении факторов риска (табл. 1) установлено, что семейный анамнез по ССЗ был отягощён у 61,6% и 70,3% больных I и II групп, соответственно ($p < 0,05$). Вредные привычки чаще наблюдались у мужчин I группы ($p < 0,05$); при этом, у более 1/3 из них выявлено курение табака или привычка досаливать пищу (36,6% и 38,4%, соответственно). Сочетание вредных привычек также чаще отмечено у пациентов I группы ($p < 0,05$).

Гиперхолестеринемия наблюдалась у более половины больных I группы (57,6%), и значимо чаще во

II группе больных (67,1%, $p < 0,05$). В группе больных до 60 лет нормальная масса тела (от 21 до 25,9 кг/м²) наблюдалась чаще и, следовательно, нарушение трофологического статуса – реже ($p < 0,05$). Однако следует отметить, что, различия в частоте как недостаточной (ИМТ < 18,5 кг/м²) и низкой (ИМТ > 18,5 до 21 кг/м²) массы тела, так и ожирения (ИМТ от 30 и > кг/м²) в сравниваемых группах были незначительны ($p > 0,05$). Что касается избыточной массы тела (от 26,0 до 29,9 кг/м²), то она наблюдалась у большинства больных обеих групп, хотя чаще – у больных старших возрастов ($p < 0,05$).

Результаты изучения частоты поражения органов-мишеней, ассоциированных ССЗ и исходов АГ в группе мужчин до 60 лет (I гр.) и от 60 лет и старше (II гр.), госпитализированных по поводу АГ представлены в таблице 2. Как и следовало ожидать, как поражения органов мишеней, так и ассоциированные ССЗ и тяжёлые исходы АГ у больных второй группы наблюдалось значительно чаще ($p < 0,05$), что согласуется с установленной значимостью пожилого возраста, как немодифицируемого фактора риска не только АГ, но и ССЗ в целом.

Поражение органов мишеней наблюдалось у всех больных старших возрастов и у 93,3% мужчин молодого и среднего возраста с АГ. При этом, учащение ГЛЖ, атеросклероза аорты, периферических сосудов и аритмий у больных II группы было значимым ($p < 0,05$), а различие по частоте ХГПН в сравниваемых группах было невыраженным ($p > 0,05$). Частота ИБС в целом и всех форм стенокардии (всего) значительно



ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ ССЗ И ИСХОДОВ АГ

Показатели (абс./%)	Больные с АГ	
	I гр. (до 60 лет)	II гр. (60 лет и старше)
Количество (n):	344 /44,1%	437/55,9%*
Поражение органов мишеней:		
• ГЛЖ	321/93,3	434/100*
• Атеросклероз аорты	202/58,7	381/87,2*
• Атеросклероз периферических сосудов	142/41,3	265/60,6*
• Хроническая почечная недостаточность	8/2,3	21/4,8
ИБС (всего)	163/47,4	296/67,7*
• Стенокардия (всего)	135/39,2	274/62,7*
В т.ч.: - нестабильная	97/71,9	161/58,8*
- другие формы	38/28,1	113/41,2*
• Инфаркт миокарда (в анамнезе)	59/17,2	91/20,8
Аритмии	52/15,1	217/49,7*
ХСН: Всего	130/37,8	318/72,8*
• I - II ФК	98/28,5	133/30,4
• III- IV ФК	32/9,3	185/42,3*
В т.ч. впервые выявленная ХСН	87/25,3	94/21,5
Сахарный диабет	29/8,4	58/13,3*
ОНМК или ТИА (в анамнезе)	91/26,5	145/33,2*
Летальный исход	5/1,5	8/1,8

Примечание: * – статистическая значимость различия показателей между группами (относительных величин – по критерию χ^2 , абсолютных величин по t-критерию Стьюдента)

преобладает во II группе больных, однако нестабильный вариант стенокардии наблюдается значительно чаще у больных I группы. Различие частоты инфаркта миокарда в сравниваемых группах – невыраженное ($p > 0,05$).

У больных молодого и среднего возраста частота ХСН, и особенно застойных форм, наблюдалась значительно реже, чем у лиц старших возрастов. Однако I - II ФК ХСН в сравниваемых группах отметились примерно с одинаковой частотой, а впервые выявленная ХСН имела тенденцию к учащению в I группе ($p > 0,05$). Несмотря на значительный перевес частоты и степени риска ССЗ у больных II группы, летальный исход незначительно превышал таковую в I группе ($p > 0,05$).

Анализируя полученные данные, можно отметить, что у мужчин молодого и среднего возраста с АГ настораживает следующее: поражение аорты у большинства из них (58,7%), большая частота нестабильной стенокардии (71,9% от общего числа случаев стенокардии), примерно одинаковая частота инфаркта миокарда в сравниваемых группах (17,2% и 20,8%, соответственно, в I и II группе), большая частота впервые выявленной ХСН и отсутствие различия частоты летального исхода при сравнении с таковой II группы.

Полученные результаты свидетельствуют, что повышение АД способствует учащению ССЗ, ХСН и СС летальности на фоне ПОМ, не только у пациентов пожилого возраста, но и у лиц молодого и среднего возрастов, что согласуется с данными Danon-Hersch N. с соавт. (2009 г.), Vanegas J.R. с соавт. (2012 г.) [5,6,13].

Однако, согласно данным таблицы 3, контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН в группе больных молодого и среднего возрастов проводилось значительно реже, чем у пациентов старших возрастов (33,3% и 48,3%, соответственно, в 1 и 2 группах больных, $p < 0,05$). При этом, во всех возрастных группах контролируемые ЛПВ были эффективными у значительной части пациентов с АГ (более 3/4 больных), чем традиционные ($p < 0,05$).

О целесообразности и эффективности контролируемой терапии АГ свидетельствуют и данные проведенного анализа Bray E.P. с соавт. [14], в котором обсуждается, главным образом, пациенты пожилого и старческого возрастов. Установленная в данной работе, примерно одинаковая во всех возрастных группах, эффективность контролируемого ведения мужчин с АГ согласуется с данными анализа Bray E.P. [14], хотя особо подчеркиваются особенности течения и терапии у мужчин среднего возраста.

ТАБЛИЦА 3. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (А) И КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ АГ С МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ССЗ И ХСН (Б) У МУЖЧИН ДО 60 ЛЕТ (1 ГР.) И СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ (2 ГР.)

Эффективность терапии	Больные с АГ (n=362)				Достоверность p ₁ (АА) p ₂ (ББ)
	1 группа (n=153)		2 группа (n=209)		
	А	Б	А	Б	
	102/66,7	51/33,3	108/51,7	101/48,3	
Эффективная	60/58,8	39/76,5	64/59,3	88/87,1	p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
р	p<0,05		p<0,05		
Малоэффективная	28/27,5	10/19,6	15/13,9	10/9,9	p ₁ <0,05 p ₂ >0,05
р	p>0,05		p>0,05		
Неэффективная	14/13,7	2/3,9	29/26,9	3/3,0	p ₁ <0,05 p ₂ >0,05
р	p<0,05		p<0,05		

Примечание: р – значимость различия показателей между А и Б лечением; p₁ и p₂ – значимость различия показателей между лечением в 1 и 2 группах (по критерию χ²)

Следует отметить, что традиционная терапия была малоэффективной чаще у пациентов молодого и среднего возрастов, чем у лиц старших возрастов (p<0,05). Неэффективный результат терапии на фоне контролируемого подхода отмечался в единичных случаях (3 - 4%), а при традиционном ведении – значительно чаще в обеих группах больных.

Сопоставление данных анализа эффективности разных терапевтических подходов при АГ с частотой ПОМ, ХСН и летальных исходов у пациентов до 60 лет констатирует наличие высокого риска ССЗ, что отчасти связано с отсутствием серьезного внимания к контролю течения патологического процесса.

Таким образом, несмотря на предлагаемые в помощь врачам стандарты ведения пациентов рекомендаций [3,4,7,14] по диагностике, лечению и профилактике АГ (периодически дополняемые и обновляемые), отмечено недостаточное внедрение их основных положений в реальной клинической практике. Этим можно объяснить факт редкого применения контролируемого подхода при лечении АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН в группе мужчин молодого и среднего возрастов. Полученные результаты данного исследования позволяют считать контролируемую терапию с многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН (предусматривающую динамическое наблюдение за эффективностью терапии и выраженностью ПОМ) – необходимой терапевтической тактикой ведения пациентов молодого и среднего возраста с АГ.

ВЫВОДЫ:

1. На фоне ряда вредных привычек и их сочетания у большинства мужчин молодого и среднего возраста с АГ наблюдается большая частота ГЛЖ, атеросклеротического поражения аорты, нестабильной стенокардии, впервые выявленной ХСН; при сравнении с группой старше 60 лет отмечается примерно одинаковая частота инфаркта миокарда и отсутствие различия частоты летального исхода.
2. Установлено, что контролируемое лечение АГ с дифференцированной многофакторной профилактикой ССЗ и ХСН проводится значительно реже у пациентов молодого и среднего возраста, чем у лиц старших возрастов (p<0,05), хотя эффективность такого подхода значительно выше, чем традиционного во всех возрастных группах.
3. Особенности течения АГ у мужчин до 60 лет свидетельствуют о наличии высокого риска ССЗ и требуют пристального внимания и применения эффективных, контролируемых методов терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазова И.Е. Основные результаты программы «АПРЕЛЬ» / И.Е.Чазова, В.Б.Мычка, Ю.Н.Беленков // Cons. Med. – 2005. – Приложение 2. – С. 18-22.
2. Mancia G. 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) / G.Mancia [et al.] // J. Hypertens. – 2007. – V.25. – P.1105-1187.
3. Национальные клинические рекомендации (ВНОК и ОССН) (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – №7(6). – Приложение 2.



4. Danon-Hersch N. Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: the Co Laus study / N.Danon-Hersch [et al.] // Eur. J. Cardiovasc Prev Rehabil. – 2009. – V.16. – P. 66-72.
5. Banegas J.R. Achievement of cardiometabolic targets in aware hypertensive patients in Spain: a nationwide population-based study / J.R.Banegas, A.Graciani, J.J. de la Cruz-Troca [et al.] // Hypertension. – 2012. – V.60. – P. 898-905.
6. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества по артериальной гипертензии, 2003. VII доклад экспертов Объединённого национального комитета по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления, 2003 // Кардиология. – 2003. – № 11. – С. 15-25.
7. Conroy R.M. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R.M.Conroy [et al.] // Eur. Heart J. - 2003. - 24. - P. 987-1003.
8. McMurray J.J. The pharmacoconomics of ACE inhibitors in chronic heart failure / J.J.McMurray, A.Davie // Pharmacoconomics. – 1996. – Vol. 9. – №3. – P. 188-197.
9. Vaccarino V. Sex differences in the clinical care and outcomes of congestive heart failure in the elderly / V. Vaccarino [et al.] // Am. Heart. J. – 1999. – Vol. 138. – P. 835-842.
10. Blauwet L.A. Low rate of sex-specific result reporting in cardiovascular trials / L.A. Blauwet [et al.] // Mayo Clin Proc. – 2007. – 82. – 166-170.
11. Melloni C. Representation of women in randomized clinical trials of cardiovascular disease prevention / C. Melloni [et al.] // Circulation Cardiovascular quality and outcomes. – 2010. – V.3. – P.135-142.
12. Аршавский И.А. Основа возрастной периодизации / И.А.Аршавский // Возрастная физиология. М.: Наука. – 1975.
13. Рекомендации ESH/ESC 2013 г. по лечению артериальной гипертензии / Journal of Hypertension. – 2013; 31(7):1281-1357.
14. Bray E.P. Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials / E.P. Bray, R. Holder, J. Mant, R.J. McManus // Ann Med. – 2010. – V.42. – P.371-386.

Summary

Currency of hypertension in middle aged men

H.S. Sultonov, Kh.Yo. Sharipova, G.M. Negmatova
Chair of Internal Medicine Propaedeutics Avicenna TSMU

In the article retrospectively studied the frequency of risk factors associated cardiovascular disease (CVD) in 781 men of different ages with arterial hypertension. The outcomes of hypertension at traditional and controlled therapy, highlighting the features of hypertension in the age group up to 60 years of age (young and middle age) has seen.

It has been noted that controlled treatment of hypertension in patients under 60 years used much less frequently, although it noted a higher efficiency than traditional in all age groups.

When analyzing the results highlighted the following alarming data for men under 60 years with hypertension: a higher rate of bad habits and their combination ($p < 0,05$) accompanied by frequent aortic lesion (58,7%), unstable angina (71,9% of the total number of angina pectoris cases), newly diagnosed chronic heart failure in 25,3%, about the same frequency of myocardial infarction and the absence of differences in the frequency of death when compared with a group of men over 60 years with AH.

Key words: arterial hypertension, middle-aged men, associated diseases

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Султонов Хабибуло Суванович – старший преподаватель кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: sharipovakh@mail.ru