

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Текоев Тимур Эрикович

студент Северо-Осетинская государственная медицинская академия, РФ, г. Владикавказ

Теблов Михаил Маркозович

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент Северо-Осетинская государственная медицинская академия. РФ, г. Владикавказ

Введение. В конце XX века в медицине произошли два важнейших события, которые определили судьбу многих пациентов на долгие годы вперед. Первое – мы узнали, что не бывает «рабочего» давления; второе – стал очевиден тот факт, что не всегда повышение артериального давления (АД) сопровождается выраженной клинической симптоматикой.

Это означало, что распространение артериальной гипертензии (гипертонической болезни) значительно выше, чем представлялось раньше.

Это также означало, что существует необходимость чаще измерять АД и здоровым людям, которые не на что не жалуются, чтобы раньше выявить артериальную гипертензию (гипертоническую болезнь) [1, 20 стр].

Следует отметить, тот факт, что многие пациенты, которые обращаются за медицинской помощью приходят уже на запущенных стадиях имея высокий риск осложнений, а порой и с сопутствующими заболеваниями.

Как правило, это связано с критическим отношением к своему здоровью или как уже отмечалось – бессимптомным началом и течением болезни, что не даёт причин обратиться к врачу [2].

Важным составляющим в предупреждении развития осложнений является медикаментозная терапия, которая всегда бывает направлена на улучшение качества жизни, ликвидацию симптомов заболевания. Обязательным и не менее важным условием ведения больного является настойчивая и интенсивная немедикаментозная коррекция образа жизни и привычек.

Сегодня методы коррекции образа жизни, которые включают в себя: диету, занятия физическими упражнениями, прекращение курения, нормализация массы тела, отказ от употребления алкоголя доказали свою эффективность в ряде исследований [1, 23 стр.].

Так же, необходимо брать во внимание внедрение в мировой практике скрининга АГ (гипертонической болезни).

В нашей стране нельзя сказать, что проблема скрининга ГБ полностью решена, это связано не только с отсутствием должного государственного финансирования, но и с недостаточной разработкой критериев с помощью которых можно выделить группу лиц подлежащих углубленному клинико – инструментальному обследованию. Данный метод на протяжении многих лет показал свою эффективность в ряде западных стран, но проблемным остаётся факт обращаемости потенциальной группы риска за медицинской помощью.

Цель исследования. Определить группу риска развития ГБ. Особенности течения ГБ в

сочетании с несколькими факторами риска.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов кардиологического отделения КБ СОГМА Министерства здравоохранения РСО-Алания, за 2018 год, с математической обработкой данных в программе Statistica 6.0.

Результаты исследования. Проведён ретроспективный анализ 697 историй болезней пациентов с ГБ. Рассматривались немодифицируемые и модифицируемые факторы риска развития ГБ: возраст, семейный анамнез, ожирение, вредные привычки (курение, алкоголь).

Из не модифицируемых факторов риска ГБ наиболее коррелирует с возрастом. Были представлены следующие возрастные группы: 18–27 лет, 28–37 лет, 38–47 лет, 48–57 лет, 58–67 лет, 68–77 лет, 78–87 лет.

При анализе было получено, что с возрастном распространённость ГБ закономерно растёт, от минимальных значений в возрастной группе 18–27 лет 3,27%, с началом увеличения количества случаев в возрастной группе 38–47 лет 6,31%, до максимальных в возрастных группах 68–77 лет 34,56%, 78–87 лет 33,31%. При более глубокой обработке данных достоверно было установлено ($p < 0,01^{**}$), что ГБ чаще встречается у мужчин 361 случай (51,79%), и 336 случаев (48,21%) соответственно у женщин.

По полученным результатам было установлено, что отягощенный семейный анамнез по 1 степени родства встречается в большей половине случаев 358 (51,37%). Незначительный процент случаев отмечался по 2 степени родства, 34 (4,88%) случая.

Из модифицируемых факторов риска наибольший процент получили ожирение и вредные привычки (курение, алкоголь). Распространённость ожирения среди больных ГБ составила: I степени – 19,65%, II – степени 17,24%, III – степени 39,87%. Суммарный процент составляет 76,76%, и лишь 23,24% не имели проблем с весом.

Вредные привычки (курение и алкоголь), имели по полученным результатам 403 случая (57,82%), причём большая часть случаев 389 (55,81%) приходится на мужчин и 14 (2,01%) случаев соответственно на женщин.

При проведении моделирующего анализа по схему сопоставления у одного пациента более двух факторов риска (264 случая 37,88%), было отмечено более «злокачественное» течение ГБ: высокие цифры АД, патологические изменения в органах мишенях, более выраженная клиническая симптоматика.

Выводы. На основании проделанной работы формировать группу риска необходимо основываясь на следующих данных: возраст от 40 лет, отягощенный семейный анамнез, наличие ожирения, вредные привычки (курение, алкоголь). Особое значение в отношении прогноза развития и течения ГБ нужно уделять количеству и соотношению факторов риска у одного пациента, так как отмечается более «злокачественное» её течение.

Целесообразно рекомендовать потенциальной группе риска комплекс мероприятий по изменению образа жизни, который состоит из: диетических мер, занятия физическими упражнениями, прекращения курения, нормализации массы тела и снижения употребления алкоголя до безопасного уровня. Изменения образа жизни как важнейшей составляющей гипотензивной терапии уже не подвергается сомнению.

Многочисленные публикации подтвердили это положение.

Так, в одном из мета-обзоров было показано, что ограничение потребления натрия на 100 ммоль в день приводит к снижению в среднем на 5,8 систолического и 2,5 мм рт. ст. диастолического АД; снижение массы тела на 4,5 кг — на 7,2 мм рт. ст. систолического и 5,9 мм рт. ст. диастолического; ограничение приема алкоголя до 2,7 порций в день — на 4,6 мм рт. ст. систолического и 2,3 мм рт. ст. диастолического; увеличение физических нагрузок до 3 тренировок в неделю — на 10,3 мм рт. ст. систолического и 7,5 мм рт. ст. диастолического, а соблюдение диеты — на 11,4 мм рт. ст. систолического и 5,5 мм рт. ст. диастолического.

Список литературы:

1. Е.В.Фролова, Артериальная гипертензия, лекции, ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, 2007 год, 20, 23 стр;
2. Кардиология. Национальное руководство : краткое издание / по ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 848
3. Miller E.R., et al. Result of aggregate and meta-analyses of short term trials //J Clin Hyper.— 1999.— Nov/Dec.— P. 191-198;
4. Евдокимова Т.А., Кутузова А.Э., Богданова М.Ю., Рохлин Г.Д. Методические аспекты физической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.— СПб.: СПбГМУ.— 2002.— 28 с.
5. Lip G.Y.H., Beevers M., Beevers D.G. The «Birmingham Hypertension Square» for the optimum choice of add-in drugs in the management of resistant hypertension // J Hum Hypertens.— 1998.— Vol. 12.— P. 761-763.