

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ (ПО МАТЕРИАЛАХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА ОБУЗ «КУРСКАЯ ЦРБ»)

Ляшев А.Ю.

*Курский государственный медицинский университет,
кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, г. Курск*

Ключевые слова: артериальная гипертензия, эссенциальная гипертензия, артериальное давление, ожирение.

Резюме: полученные в работе результаты подтверждают данные литературы о важной роли ожирения, как фактора риска ЭГ. В каждой возрастной группе большинство пациентов имеют избыточный вес, а в старших группах практически все, особенно женщины. К сожалению, это подтверждает вывод о том, что диспансерные больные часто нарушают рекомендации врача, в том числе и связанные с организацией правильного питания [3].

Актуальность. Разработка новых эффективных методов профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) является одной из актуальных проблем современной медицины. Гипертензию с полным основанием называют "бичом" XXI века. Это одно из самых распространенных в мире человеческих хронических заболеваний, с которыми после 40 лет сталкивается каждый 10-й, после 50 лет – каждый 5-й, а после 60 лет – практически каждый третий человек. По оценке специалистов различных стран мира, 20-25% взрослого населения индустриально развитых стран страдает АГ. Ежегодно выявляется до 500 тыс. больных АГ, 30-40% которых не знали о своем заболевании [4,5].

Цель: характеристика диспансерной группы больных ЭГ (эссенциальной гипертензией) сельского участка центральной районной больницы.

Задачи: 1. На основании литературных источников изучить распространенность ЭГ среди взрослого населения; 2. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления и способы лечения ЭГ; 3. Исследовать структуру диспансерной группы больных ЭГ в зависимости от возраста; 4. Выявить особенности показателей АД (артериального давления) у больных ЭГ в зависимости от возраста; 5. Изучить продолжительность нахождения в диспансерной группе больных ЭГ; 6. Исследовать наличие осложнений ЭГ у больных диспансерной группы.

Материалы и методы. В соответствии с правилами GCP (GoodClinicalPractice) в исследование включались лица, давшие письменное согласие на участие в исследовании и не относящиеся к «уязвимым» социальным группам, таким как беременные женщины, студенты, военнослужащие, больные с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями и лица с выраженными нарушениями психики и органов чувств.

Критерии включения: возраст от 30 до 83 лет; наличие АГ; информированное согласие на участие в исследовании. Было учтено наличие сопутствующих заболеваний, наличие, отсутствие и характер антигипертензивной терапии. Исходный уровень АД определяли аускультативным методом Н.С. Короткова в положении сидя после более чем пятиминутного отдыха. Измерение проводилось дважды с интерва-

лом в две минуты, причем, если значение отличалось более чем на 5 мм. рт. ст., проводилось дополнительное измерение. За величину АД принималось среднее из последних двух значений [1,2].

ЭГ первой степени диагностировали при САД(систолическое АД) равном 140-159 мм. рт. ст, ДАД (диастолическое АД) – 90-99 мм. рт. ст., ЭГ второй степени - при САД равном 160-179 мм. рт. ст, ДАД – 100-109 мм. рт. ст. и ЭГ третьей степени при значениях систолического и диастолического АД превышающих или равном 180 и 110 мм. рт. ст. Основным критерий ЭГ это АГ:регулярное повышение САД выше 140 мм. рт. ст., ДАД выше 90 мм. рт. ст. При наличии основного критерия внутри диспансерной группы были выделены лица, страдающие ЭГ. Всем пациентам проведено стандартное общеклиническое и инструментальное обследование, включая физикальное обследование, антропометрию, расчет индекса массы тела (ИМТ). Инструментальное обследование включало электрокардиографическое исследование, офтальмологическое исследование глазного дна.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой диспансерной группе пациентов, страдающих ЭГ (общее количество 349 человек) количество мужчин составило 137 (39,3%) человек и женщин – 212 (60,7%) человек (табл.1). При анализе распределения пациентов диспансерной группы по возрасту установлено, что наибольшее количество составили больные 60 лет и старше – 102 (29,2%). Несколько меньше включали группы 40-49 лет: 95 человек (27,2%), и 50-59 лет: 90 человек (25,8%). Значительно меньшее количество установлено в группах 30-39 лет: 49 человек (14,1%), и 20-29 лет: 13 человек (4,2%). В старших возрастных группах: 50-59 лет и 60 лет и старше, преобладали женщины, в более молодых: 20-29 лет, 30-39 лет 40-49 лет, преобладали мужчины. Такие результаты объясняются более низкой по сравнению с женщинами продолжительностью жизни мужчин.

Не установлено существенных отличий по показателям САД, ДАД и ПАД в группах 40-49 лет, 50-59 лет и 60 лет и старше. Так, в группе 60 лет и старше среднее САД составило 146 [126, 154], ДАД – 95 [82, 103], ПАД – 57 [53, 63]; в группе 50-59 лет оказались средними следующие показатели: САД 148 [127, 159], ДАД – 96 [84, 104], ПАД – 58 [52, 62]; в группе 40-49 лет: САД 145 [126, 151], ДАД – 96 [83, 102], ПАД – 56 [50, 62]. В группе 30-39 лет установлено снижение ДАД 90 [77, 101] по сравнению со старшими группами. Другие показатели: САД и ПАД, существенно не отличались. В группе 20-29 лет САД, ДАД и ПАД оказались ниже, чем в других исследованных группах.

При анализе распределения диспансерной группы по периоду нахождения на диспансерном наблюдении установлено, что в первой группе такой период составляет до 1 года у 30,8% больных и от 1 года до 5 лет 69,2%. В других группах период нахождения значительно больше. Только 6,1% пациентов находятся на диспансерном наблюдении до 1 года. Основная часть пациентов 2 группы состоит на диспансерном наблюдении от 1 до 5 лет – 81,7%. В этой группе 12,2% больных находятся под наблюдением более 5 лет. В третьей группе большинство пациентов состоят в диспансерной группе от 5 до 10 лет – 62,1%. Менее трети больных (28,4%) находятся на диспансерном учете от 1 до 3 лет. 7,4% пациентов состоят в диспансерной группе более 10 лет. В четвертой и пятой группах большинство пациентов находят-

ся в диспансерной группе более 10 лет (54,4% и 57,9% соответственно). Несколько более трети больных находятся на диспансерном учете от 5 до 10 лет.

При расчете ИМТ у больных диспансерной группы, страдающих ЭГ, установлено, что во всех возрастных группах у значительной части мужчин и женщин отмечалось превышение его. У пациентов 1 возрастной группы около одной трети пациентов имели нормальный ИМТ или первую степень ожирения, а 38,5% составили больные с предожирением, у которых ИМТ находился в границах от 25,0-29,9. Для более возрастных групп отмечается тенденция к уменьшению лиц с нормальным ИМТ и увеличением относительного количества пациентов с первой или второй степенью ожирения. Так, во второй возрастной группе присутствуют лица, имеющие вторую степень ожирения (8,3%) и преобладают больные с предожирением (36,7%) или первой степенью ожирения (38,7%). В третьей возрастной группе более половины больных страдают первой степенью ожирения (56,9%), практически каждый десятый имеет вторую степень ожирения (10,5%), а пациенты с предожирением составляют 28,4%. В четвертой возрастной группе значительно по сравнению с первыми тремя увеличивается количество лиц, страдающих ожирением 2 степени (35,6%), 38,9% составляют пациенты с первой стадией ожирения, а доля больных с предожирением (23,3%) и нормальным ИМТ (2,2%) снижается. В пятой возрастной группе появляются больные с третьей степенью ожирения, хотя их количество невелико (3,9%). Около трети составляют больные со второй степенью ожирения (31,8%). Пациентов с первой степенью ожирения оказалось больше, чем в четвертой группе (42,8%).

Таким образом, при анализе ИМТ больных диспансерной группы, страдающих ЭГ, установлено его увеличение во всех возрастных группах по сравнению с нормальными значениями. В группах от 40 до 60 лет и старше практически нет больных с нормальным ИМТ, а преобладающей группой являлись пациенты, страдающие ожирением первой или второй степени.

Выводы: 1. ЭГ – одно из самых распространенных и опасных заболеваний в современном обществе. Несмотря на большие успехи в раскрытии механизмов развития и поиске новых методов лечения и профилактики этого заболевания, количество больных ЭГ существенно не снижается, а ее осложнения, по-прежнему, остаются одной из главных причин смертности населения в развитых странах; 2. Эффективной формой коррекции ЭГ является диспансерное наблюдение. Оно позволяет не только оперативно контролировать состояние больного, но и при необходимости корректировать проводимую терапию, своевременно выполнить больному необходимые диагностические процедуры. Ведение диспансерных групп по различным нозологиям, в том числе и АГ, - одна из основных профессиональных задач участкового врача-терапевта; 3. Проведенное исследование позволило заключить, что в целом ЭГ чаще развивается у женщин, что подтверждает литературные данные. В диспансерной группе преобладают больные старших возрастных групп – пациенты старше 50 лет составляют 55%. Результаты контроля уровня АД позволяют сделать вывод о высокой эффективности организации диспансерного наблюдения: средние значения САД, ДАД и ПАД незначительно превышают нормальные значения в каждой возрастной группе. Это указывает на то, что у большинства пациентов благодаря проводимым мероприятиям значения АД нормальные, а его повышение отмечается у

больных, имеющих вредные привычки (прежде всего курение), нарушающих рекомендованное участковым врачом-терапевтом лечение; 4. Проведенный анализ позволил установить частоту развития осложнений ЭГ у больных диспансерной группы. Наиболее частым осложнением является гипертрофия левого желудочка, которая отмечается у всех больных старше 40 лет. Также у таких пациентов наблюдаются сужение сосудов глазного дна в анамнезе, формирование атеросклеротических бляшек. Развитие энцефалопатии и изменений сосудистого дна наиболее характерного для больных старше 50 лет.

Литература

1. Артериальная гипертензия/ под. ред. В. Зидека, пер. с нем. ; под ред. Д. А. Аничкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009 - 206 с.
2. Артериальная гипертензия : руководство / под ред. Р. Г. Оганова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 192 с.
3. Бакшеев, В. И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца – проблема врача и пациента/ В. И. Бакшеев, Н. М. Коломоец, Б. Л. Шкловский. - Москва : Изд-во БИНОМ, 2015 - 488 с.
4. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертензия в общей врачебной практике: инновации в диагностике, лечении и профилактике: научно-практическое пособие / Н. Н. Крюков, П. И. Романчук. - Самара: Волга-Бизнес, 2008 - 180 с.
5. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертензия и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля/ Н. Н. Крюков, П. И. Романчук. - Самара: Волга-Бизнес, 2007 - 24 с.