

УДК 616.12-008.331.1-036.22 (477.54) (575.122)

О.Н. Ковалёва, Р.Н. Юлдашев, С.Ю. Турсунов*, И.В. Сытина, Н.М. Ибрагимова*,
Н.Д. Касимова*, Д.М. Каландаров*, Абдель Нур Абдель Нур**

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Г. ХАРЬКОВА (УКРАИНА) И Г. АНДИЖАНА (УЗБЕКИСТАН)

Изучена распространённость факторов сердечно-сосудистого риска у лиц с артериальной гипертензией. При проведении сравнительного анализа выявлены различия в распространённости факторов риска среди обследуемых лиц г. Харькова и г. Андижана. Активные профилактические мероприятия способствуют повышению выявляемости больных гипертонической болезнью. Коррекция факторов риска способствует оптимизации эффективности антигипертензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, первичная профилактика.

В современном медицинском обществе изучению проблемы, связанной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, придаётся огромное значение. Актуальность борьбы с сердечно-сосудистой патологией продиктована высокой заболеваемостью, ранней инвалидизацией и смертностью.

В настоящее время в структуре причин смертности населения экономически развитых стран мира 50–55 % приходится на сердечно-сосудистые заболевания.

Среди основных сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к тяжёлым заболеваниям сердца, мозга и других органов, лидирующее место принадлежит артериальной гипертензии (АГ). Согласно данным ВОЗ, 12,8 % смертей в мире обусловлены гипертонической болезнью [1, 2]. Наибольшая распространённость АГ отмечается в развивающихся странах. Возрастная структура распространённости АГ, по данным ряда исследователей [3, 4], составляет: в возрасте старше 50 лет – более половины населения, старше 60 лет – 60–80 %. Осведомлённость о наличии у них АГ составляет среди мужчин 37 %, среди женщин 59 %. При этом только 21,6 % мужчин и 46,7 % женщин принимают гипотензивные препараты, эффективность же проводимой антигипертензивной терапии значительно ниже – 5,7 и 17,5 % соответственно.

Возникновение, развитие и прогноз АГ во многом определяют факторы риска – это различные условия внешней и внутренней среды. Они повышают риск развития гипертонии посредством различных нарушений обмена веществ и изменений деятельности внутренних органов. Согласно Европейским рекомендациям по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (2013), основными факторами риска АГ признаны возраст, уровень артериального давления (АД), абдоминальное ожирение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, курение, повышенные уровни глюкозы и липидов.

Действуя одновременно и на протяжении длительного времени, факторы риска способствуют более тяжёлому течению болезни и развитию различных осложнений. Устранение этих факторов, напротив, облегчает лечение.

Высокая распространённость сердечно-сосудистых заболеваний отмечается как среди городского, так и среди сельского населения. Проведённые исследования выявили недостаточную информированность населения относительно профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и роли здорового образа жизни, а также несоблюдение уже известных и широко рекомендуемых профи-

© О.Н. Ковалёва, Р.Н. Юлдашев, С.Ю. Турсунов и др., 2014

лактических мероприятий. Недостаточен контроль эффективности лечения, мероприятий вторичной профилактики, отмечается позднее взятие на диспансерный учёт.

Таким образом, перед здравоохранением встают новые ответственные задачи по разработке и внедрению рациональной формы организации кардиологической помощи, в частности, борьбы с таким распространённым заболеванием, как гипертоническая болезнь.

Цель исследования – изучение распространённости факторов кардиоваскулярного риска среди больных в городах Харьков и Андижан.

Материал и методы. Проведено скринирующее обследование лиц городов Харьков и Андижан, выборки обследуемых лиц были сопоставимы по полу и возрасту, количество обследованных составило 1000 человек.

Верификация АГ проводилась согласно Европейским рекомендациям по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) – 2011. АД у пациентов измеряли в положении сидя, на правой руке, дважды, с интервалом 3 мин. При оценке результатов учитывали среднее значение измерений.

Изучали следующие модифицированные факторы риска: данные о курении, физической активности, концентрации в крови общего холестерина, наличие АГ, а также при помощи анкетирования выясняли наличие и приверженность к антигипертензивной терапии, род профессиональных обязанностей, анамнез сердечно-сосудистых заболеваний. Антропометрические данные включали измерение роста и массы с последующим расчётом индекса массы тела.

Была оценена ситуация в отношении АГ, изучены некоторые характеристики обследуемых (образование, профессия, вредные привычки и др.), прослежена динамика параметров (частота и эффективность лечения).

Исследование модифицированных факторов риска АГ среди лиц г. Андижана показало, что количество курящих мужчин составляет 48,9 %, употребляющих алкогольные напитки – 43,5 %; среди женщин курящих и употребляющих алкогольные напитки не было. При сравнительной характеристике больных г. Харькова и г. Андижана достоверной разности между количеством курящих мужчин выявлено не было; что касается женщин, то наличие вредной привычки выявлено

у 6,25 % украинок, преимущественно в возрастной категории до 55 лет.

Влиянию курения на развитие и прогрессирование АГ посвящены многочисленные исследования – Multinational INTERHEART study, WHO MONICA, International Studies of Infarct Survival (ISIS) [5–7] и др. В этих исследованиях показано, что среди курящих АГ встречается в 2 раза чаще, чем среди некурящих. Отмечено несколько вероятных механизмов ассоциации курения с АГ. Под воздействием веществ, входящих в состав табачного дыма, происходит повышение С-реактивного белка, действие которого на рецепторы ангиотензина 1-го типа приводит к последующей пролиферации гладкомышечных клеток. Свободные радикалы дыма сигарет индуцируют оксидативный стресс и развитие эндотелиальной дисфункции, а также влияют на активацию процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), нарушают высвобождение окиси азота из аминокислоты L-аргинина, что приводит к нивелированию роли NO в регуляции базального тонуса сосудов. Известно прямое влияние на спазм периферических сосудов никотина, что играет существенную роль в развитии АГ. Одним из механизмов развития АГ у курильщиков может быть также индуцированное курением поражение почек [8].

При исследовании антропометрических данных выявлено, что избыточную массу тела имеют 9,4 % лиц, обследованных в г. Андижане, причём у мужчин таковая встречается чаще, чем у женщин, – 13,9 и 9,8 % соответственно. Анализ индекса Кетле показал, что среди лиц г. Харькова избыточную массу тела имеют 12 % мужчин и 22,8 % женщин.

Влияние избыточной массы тела на формирование АГ можно объяснить гормонально-метаболическими нарушениями. Основную роль играют гиперинсулинемия и инсулинорезистентность, вызывающие нарушение реабсорбции ионов натрия в почках с последующим развитием гиперволемии и увеличением нагрузки на сердце. Под влиянием инсулинорезистентности активируется симпатoadреналовая система с развитием гиперкортизолемии, повышением активности ренин-ангиотензиновой системы и последующим повышением сосудистого тонуса [9, 10]. Механизм повышения тонуса сосудов потенцируют также и биологические активные вещества, секретирующиеся собственно жировой тканью. Дизрегуляция сосудистого тонуса приводит к повышению перифери-

ческого сосудистого сопротивления и повышению АД.

Гиперхолестеринемия как критерий дислипидемии определялась у 28,8 % обследованных лиц г. Андижана. Анализ содержания общего холестерина (ОХС) по гендерному признаку показал достоверное его повышение у женщин на 12 % по сравнению с мужчинами. Повышение концентрации ОХС крови среди обследуемых г. Харькова было выявлено у 34,3 %, при гендерном анализе достоверное увеличение на 17 % было отмечено у лиц женского пола. Характерно повышение содержания ОХС с возрастом с максимумом в возрастной категории более 55 лет. Комбинация АГ и гиперхолестеринемии является прогностически неблагоприятным фактором. Так, согласно данным исследования, наличие АГ у лиц с дислипидемией повышает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 3 раза, при сочетании с другими факторами риска – в 5–6 раз [11], а повышение уровня холестерина у больных АГ на 1 % повышает риск развития ИБС на 2 % [12].

Ассоциация АГ и дислипидемии может как сочетать два различных фактора сердечно-сосудистого риска, так и иметь общую почву возникновения – инсулинорезистентность. В условиях инсулинорезистентности происходит активный липолиз жировой ткани с усиленной секрецией свободных жирных кислот и поглощением их печенью. Повышение содержания свободных жирных кислот в печени стимулирует синтез проатерогенных частиц: холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов, с одновременным снижением липопротеидов высокой плотности [13]. Гиперхолестеринемия также является важным фактором в развитии эндотелиальной дисфункции с выбросом биологически активных веществ и последующим нарушением сосудистого тонуса и развития АГ.

Среди обследованных больных г. Харькова преобладали лица с АГ 2-й степени. При детальной характеристике АД установлено, что в возрастной категории до 40 лет преобладала АГ 1-й степени, в возрастной категории 40 – 55 лет – АГ 2-й и 3-й степени, причём отмечалось увеличение в 1,4 раза числа мужчин с АГ 3-й степени по сравнению с женщинами, что может быть обусловлено влиянием эстрогенов и их кардиопротективными свойствами. В возрастной группе более 55 лет отмечалось выравнивание уровня АД за счёт его повышения в женской популяции.

Подобная картина наблюдалась и при обследовании лиц в г. Андижане. Риск сердечно-сосудистых осложнений растёт в зависимости от повышения уровня АД, а увеличение АД на каждые 20/10 мм рт. ст. приводит к повышению риска сердечно-сосудистых событий в 2 раза. У лиц с повышенным АД увеличивается риск развития сердечной недостаточности в 6 раз, ишемической болезни сердца в 4 раза и возникновение инсульта в 7 раз [14].

По характеру трудовой деятельности в г. Харькове преобладали служащие – 68,3 %, а лица, занимающиеся физическим трудом, составили 31,7 %; среди обследованных г. Андижана эти лица составили 18,2 и 81,8 % соответственно.

Исследования показали, что среди обследуемых г. Харькова 40,2 % лиц с АГ не были осведомлены о наличии у них повышенного АД. Среди знавших о наличии АГ регулярно принимали гипотензивные средства около 33 %. Среди обследуемых г. Андижана о наличии АГ знали 50 % лиц, лечился лишь 21 % лиц, причём эффективность лечения была низкой.

По данным обследования в г. Андижане, в результате трёхлетнего проспективного наблюдения и осуществления комплекса профилактических мероприятий количество осведомлённых о своём заболевании больных АГ увеличилось до 84,6 %, охват лечением – до 71,7 %, а эффективность лечения увеличилась в 9,5 раза.

Выводы

1. Установлено, что наиболее распространёнными факторами риска развития артериальной гипертензии являются вредные привычки, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела.
2. Выявлены различия в распространённости факторов риска развития артериальной гипертензии среди лиц г. Харькова и г. Андижана.
3. Эффективными мероприятиями первичной профилактики следует считать проспективные наблюдения населения, что позволяет увеличивать количество вновь выявленных больных с артериальной гипертензией.
4. Коррекция факторов сердечно-сосудистого риска способствует повышению приверженности больных к лечению и оптимизации антигипертензивной терапии.

Список литературы

1. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – Geneva, WHO, 2009.
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, WHO, 2010.
3. Чепурина Н. А. Оценка прогностической значимости суммарного сердечно-сосудистого риска и факторов, его определяющих, в когорте мужчин – государственных служащих : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Чепурина. – М., 2009. – 16 с.
4. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, О.В. Вихирева [и др.] // Проф. заболевания и укрепление здоровья. – 2001. – № 2. – С. 3–7.
5. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): Case–Control Study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] // Lancet. – 2004. – № 364. – P. 937–952.
6. WHO MONICA Project. Current smoking and the risk of nonfatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project Populations / M.S. Mahonen, P. Mcelduff, A.J. Dobson [et al.] // Tob Control. – 2004. – № 13. – P. 244–250.
7. Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14,000 cases and 32,000 controls in the united kingdom. The international studies of infarct survival (ISIS) collaborators / S. Parish, R. Collins, R. Peto [et al.]. // BMJ. – 1995. – № 311. – P. 471–477
8. Ещенко К.Н. Сердечно-сосудистая система и курение / К.Н. Ещенко, А.В. Жадан, Н.Ф. Шустваль // http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2013-06-21/distan.pdf
9. Мельниченко Г.А. Ожирение и инсулинорезистентность – факторы риска и составная часть метаболического синдрома / Г.А. Мельниченко, Е.А. Пышкина // Терап. архив. – 2001. – № 12. – С. 5–8.
10. Лупанов В.П. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф / В.П. Лупанов // Российск. мед. журнал. – 2003. – № 6. – С. 331–338.
11. Кухарчук В.В. Артериальная гипертония, нарушения липидного обмена и атеросклероз / В.В. Кухарчук // Руководство по артериальной гипертонии / Под ред. Е.И.Чазова, И.Е.Чазовой. – М.: Медиа Медика, 2005. – С. 289–299.
12. Balantyne C. Lipids and CVD management: towards a global consensus / C. Balantyne, B. Arroll, J. Shepherd // Eur. Heart J. – 2005. – № 26. – P. 2224–2231.
13. Безродная Л.В. Артериальная гипертензия и дислипидемия / Л.В. Безродная // Здоровье Украины. – 2007. – № 8. – С. 28–29.
14. Сиренко Ю.Н. Классификация, диагностика и стратификация риска при артериальной гипертензии / Ю.Н. Сиренко // Артериальная гипертензия.– 2007. – № 216 (тематич. номер). – С. 25–26.

О.М. Ковальова, Р.Н. Юлдашев, С.Ю. Турсунов, І.В. Ситіна, Н.М. Ібрагімова, Н.Д. Касимова, Д.М. Каландаров, Абдель Нур Абдель Нур

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ м. ХАРКОВА (УКРАЇНА) ТА м. АНДИЖАНА (УЗБЕКІСТАН)

Вивчено поширеність факторів кардіоваскулярного ризику в осіб з артеріальною гіпертензією. При проведенні порівняльного аналізу виявлено відмінності в поширеності чинників ризику серед обстежуваних осіб Харкова і Андижана. Активні профілактичні заходи дозволяють збільшити виявлення хворих на гіпертонічну хворобу. Корекція факторів ризику сприяє оптимізації ефективності антигіпертензивної терапії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, фактори ризику, первинна профілактика.

О.Н. Kovalyova, R.N. Yuldashev, S.Yu. Tursunov, I.V. Sytina, N.M. Ibragimova, N.D. Kasimova, D.M. Kalandarov, Abdel Nur Abdel Nur

COMPARATIVE ANALYSIS OF PREVALENCE RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION OF KHARKIV (UKRAINE) AND ANDIZHAN (UZBEKISTAN)

Prevalence of cardiovascular risk factors was studied in persons with the arterial hypertension. During the leadthrough of comparative analysis found out differences in prevalence of risk factors among the inspected persons of Kharkiv and Andizhan. Active preventive measures lead to increased detection of patients with hypertension. Correction of risk factors enhances the effectiveness of antihypertensive therapy.

Key words: arterial hypertension, risk factors, primary prevention.

Поступила 23.11.13