

УДК: 616.12-008.331.1:611.1

Юлдашев Рафикжан Нуманович

Кафедра пропедевтика внутренних болезней

Андижанский государственный медицинский институт

**АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Резюме: В данном исследовании проводится сравнительная оценка и анализ влияния некоторых эпидемиологических факторов риска на развитие и распространенность как предгипертензии, так и артериальной гипертензии. Данные представленные в статье еще раз подтверждают, что принимая меры профилактики этих факторов, мы можем предотвратить развитие артериальной гипертензии уже на донозологическом уровне.

Ключевые слова: предгипертензия, артериальная гипертензия, факторы риска

Yuldashev Rafikzhan Numanovich

Department of Propedeutics of Internal Medicine

Andijan State Medical Institute

**ANALYSIS OF THE INFLUENCE OF SOME
EPIDEMIOLOGICAL RISK FACTORS ON THE DEVELOPMENT AND
PREVALENCE OF PRHYPERTENSION AND ARTERIAL
HYPERTENSION**

Resume: This study provides a comparative assessment and analysis of the influence of some epidemiological risk factors on the development and prevalence of both prehypertension and arterial hypertension. The data presented in the article once again confirm that by taking measures to prevent these factors, we can prevent the development of arterial hypertension already at the prenosological level.

Key words: prehypertension, arterial hypertension, risk factors

Введение. Издавна известно, что у лиц длительно страдающих артериальной гипертензией с гораздо большей частотой развиваются инфаркт миокарда, мозговой инсульт, изменения сосудов глазного дна и хроническая сердечная недостаточность. Но не следует забывать, что есть такое понятие, как «предгипертензия», которая характеризуется, как предиктор артериальной гипертензии, и в свою очередь может переходить в неё или самостоятельно способствовать ремоделированию левого желудочка сердца, тем самым являясь фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний. Существуют так называемые факторы риска, приводящие, как к артериальной гипертензии, так и к предгипертензии [1,2,3,4,5]. Реализация риска развития предгипертензии и артериальной гипертензии, а также их осложнений индуцируется этими факторами. Учет их в целом позволяет во-первых, достаточно четко предсказать развитие предгипертензии и артериальной гипертензии, а также повысить эффективность профилактических программ и до минимума снизить суммарный сердечно-сосудистый риск [6,7,8,9].

Цель исследования. С этой целью мы провели более глубокий анализ и сравнительную оценку выявляемости основных факторов риска и ассоциированных клинических состояний у популяции с предгипертензией (ПрГ) и артериальной гипертензией (АГ) в условиях Ферганской долины.

Материалом послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижане. Проводилось комплексное обследование популяции с использованием биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена на компьютере с помощью пакета прикладных программ SAS, SPSS (версия 11.0 для Windows), Excel-2000 и Statistica 5.1. Для оценки межгрупповых различий использовались t-критерий Стьюдента или u-критерий

Результаты:

В таблице 1 представлены данные сравнительной характеристики ПрГ и АГ среди обследованной популяции в зависимости от образовательного статуса.

Таблица 1

Сравнительная характеристика выявляемости ПрГ и АГ у популяции > 15-70 летнего возраста в зависимости от образовательного статуса

Характеристика семейного Положения обследованных	n	Повышенное АД			
		ПрГ (1)		АГ (2)	
		Есть ПрГ n (%)	Нет ПрГ n (%)	Есть АГ n (%)	Нет АГ n (%)
Высшее	133	46 (34,6)	87 (65,4)	23 (17,3)	110 (82,7)
Незаконченно- высшее	128	8 (28,6)	20 (71,4)	1 (3,6)	27 (96,4)
Полное среднее или специальное	383	97 (25,4)	286 (74,6)	78 (20,4)	305 (79,6)
Неполное среднее	52	6 (11,6)	46 (88,4)	0 (0,0)	52 (100,0)
Начальное	4	0 (0,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (100,0)
Не имеет образования	3	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
Низкий образовательный статус	59	6 (10,3)	53 (89,7)	0 (0,0)	59 (100,0)

Очевидно, что при наличии низкого образовательного статуса (НОС) выявляемость ПрГ увеличивается до 10,3%; а при АГ – такая зависимость не прослеживается (0,0%).

В зависимости от степени образовательного статуса частота ПрГ и АГ среди обследованных составили соответственно: среди лиц с высшим образованием – по 34,6% и 17,3% ($P < 0,05$), при наличии незаконченного высшего образования – по 28,6% и 3,6% ($P < 0,001$), у лиц с полным средним или специальным образованием – по 25,4 и 20,4% ($P > 0,05$) и у обследованных с неполным средним образованием – по 11,6% и 0,0% ($P < 0,001$). Среди лиц с начальным образованием или без образований - случаев ПрГ и АГ не зарегистрированы (0,0%).

Таким образом, отмеченные сдвиги в эпидемиологических показателях ПрГ и АГ в зависимости от образовательного статуса или семейного положения, позволяют сделать предположение об их участии в процессах формирования популяционных механизмов повышенного АД в качестве социально-медицинских поведенческих факторов риска (СМПФР).

В таблице 2 представлена сравнительная характеристика выявляемости ПрГ и АГ у популяции $\geq 15-70$ лет в зависимости от профессиональной деятельности.

Таблица 2

Сравнительная характеристика выявляемости ПрГ и АГ у популяции > 15-70 летнего возраста в зависимости от профессиональной деятельности

Характеристика семейного положения обследованных	n	Повышенное АД			
		ПрГ (1)		АГ (2)	
		Есть ПрГ n (%)	Нет ПрГ n (%)	Есть АГ n (%)	Нет АГ n (%)

Рабочие	132	102 (77,3)	30 (22,7)	71 (53,8)	61 (46,2)
Предприниматели	166	26 (15,7)	140 (84,3)	6 (3,4)	160 (96,3)
Безработные	301	29 (9,7)	272 (90,3)	25 (8,4)	276 (91,6)
НБСС	6	4 (66,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	3 (50,0)

Как видно из представленных данных в таблице 2, выявляемость повышенного АД (ПАД) существенно различается в зависимости от вида профессиональной деятельности и составляет: у рабочих в среднем 65,6% (77,3%, ПрГ и 53,8% АГ, $P < 0,05$), у предпринимателей – 19,1% (15,7% ПрГ и 3,4% АГ, $P < 0,001$), у безработных – 18,1% (9,7% ПрГ и 8,4% АГ, $P > 0,05$) и у лиц с НБСС – 58,4% (66,7% ПрГ и 50,0% АГ, $P < 0,05$).

Таблица 3

Сравнительная характеристика выявляемости ПрГ и АГ среди популяции неорганизованного населения > 15-70 лет в зависимости от основных факторов риска развития АГ

Факторы риска развития АД	n	Доля лиц с ПАД, n (%)			
		ПрГ (1)		АГ (2)	
		Есть ПрГ n (%)	Нет ПрГ n (%)	Есть АГ n (%)	Нет АГ n (%)
ПРУТ	140	73 (52,1)	67 (74,9)	45 (32,1)	95 (67,9)
ПРФТ	122	54 (44,3)	68 (55,7)	27 (22,1)	41 (77,9)
ЭУПГД	29	16 (55,2)	13 (44,8)	21 (72,4)	8 (27,6)
НПОИФ	62	22 (35,4)	40 (64,6)	12 (19,4)	50 (80,6)
ЗУНС	245	82 (33,5)	163 (66,5)	73 (29,9)	172 (70,1)
ПУММБ	330	113 (34,2)	217 (65,8)	102 (30,9)	228 (69,1)

ПУЖП	133	46 (34,6)	89 (65,4)	35 (26,3)	98 (73,7)
УКЧК	130	32 (24,6)	98 (75,4)	21 (16,2)	105 (83,8)
Курение	265	133 (50,2)	135 (49,8)	89 (33,6)	176 (66,4)
ИМТ	258	51 (19,8)	107 (80,2)	64 (24,8)	36 (75,2)
УА	145	58 (40,0)	87 (60,0)	50 (34,5)	95 (65,5)
ПЭФ	44	11 (25,0)	33 (75,0)	16 (36,4)	28 063,6-
НФА	68	13 (33,8)	45 (66,2)	17 (25,0)	51 (75,0)
НМК	48	16 (33,3)	32 (66,7)	7 (14,5)	41 (85,5)
ГХС	111	35 (31,5)	76 (68,6)	49 (44,1)	62 (55,9)
ГТГ	90	21 (23,3)	69 (76,7)	32 (35,6)	58 (64,4)
ПУОСП	69	18 (26,1)	51 (73,9)	24 (34,8)	45 (65,2)

Аналогичные тенденции имели место и, при наличии эпидемиологических ФР: при наличии и под влиянием этих факторов риска, как ПрГ так и АГ – отмечены с увеличением их выявляемости среди обследованных.

Так, в связи с курением отмечается увеличение случаев выявляемости ПрГ до 50,2% и АГ – до 33,6% ($P < 0,05$), при наличии избыточной массы тела (ИМТ) – ПрГ и АГ определяются в уровнях 19,8 и 24,8% ($P < 0,05$), при наличии употреблении алкоголя (УА) – по 40,0% и 34,5% - соответственно ($P > 0,05$), при психоэмоциональном факторе (ПЭФ) – по 25,0 и 36,4% ($P < 0,05$), при низкой физической активности (НФА) – по 33,8% и 25,0% ($P < 0,05$), при низком медицинском контроле (НМК) – по 33,3 и 14,5% ($P < 0,01$), при гиперхолестеринемии (ГХС) – по 31,5% и 44,1% ($P < 0,01$) и при наличии гипертрициридемии (ГТГ) – по 23,3 и 35,6% ($P < 0,05$).

Представлены данные полученные при анализе роста выявляемости случаев повышенного АД в связи с 22-мя факторами риска развития АГ среди популяции $\geq 15-70$ летнего возраста.

По этим данным, во-первых, отмечаются заметные различия в доле факторов риска (ФР) в развитии повышенного артериального давления и во-вторых, наблюдается увеличение случаев выявляемости его, при наличии этих ФР, более чем в 9,5 раз ($P < 0,001$).

Таким образом, нам удалось выявить определенные эпидемиологические тенденции в аспекте выявляемости и распространенности предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от факторов риска, которые важны для организации и проведения эффективных / массовых профилактических мероприятий среди населения.

Это подтверждают наши и литературные предположений о том, что в условиях Узбекистана у 90,0% больных предгипертензией и артериальной гипертензией, научно мотивированная / обоснованная первичная и вторичная профилактика направленная против поведенческих факторов риска могут препятствовать или приостановить их эпидемию среди населения. Так, отмечено, что изменение образа жизни (отказ от курения, уменьшение потребления алкоголя, повышение физической активности, снижение потребления соли и продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином, увеличение потребления рыбы, фруктов и овощей) и немедикаментозная профилактика сопровождается снижением частоты развития новых случаев АГ на 8% [5,8].

Полученные данные заставляют обратить внимание на необходимость совершенствования профилактических программ, в первую очередь – в отношении социально-медицинских и эпидемиологических поведенческих факторов риска.

Литература

1. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков // Росс. педиатр. журнал. – 1998; 2: 18-19;
2. Рустамова Ф.Е., Джусипов А.К., Джунусбекова Г.А., Тундыбаева М.К. Предгипертония как начальная форма артериальной гипертензии. Современный подход к диагностике и лечению // Кардиология Узбекистана. – 2007. - №2. – С.34-35;
3. Шустов С.Б., Барсуков А.В., Аль-Язиди М.А. Особенности ремоделирования миокарда у пациентов с АГ в зависимости от степени среднесуточной вариабельности АД // Артер гипертензия 2002; 8(2): 32-6;
4. Эльгарова Л.В., Эльгаров А.А. Особенности артериального давления у школьников Кабардино-Балкарии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. - №5. – С.75-82;
5. Hypertension Prevention Trial Research Group. The Hypertension Prevention Trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure // Arch Intern Med 1990; 150: 154-160;
6. Nissen S.E., Tuzcu E.M., Libby P. Effects of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure the CAMELOT study: a randomized controlled trial // JAMA. – 2004; 292: 2219-2221;
7. Svetkey L.P. Management of prehypertension // Hypertension. – 2005; 45: 1058-1060;
8. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of Weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure: the Trial of Hypertension Prevention, phase 11 // Arch Intern Med 1997; 157: 661-665;
9. Tuomilehto J., Lindstrom J., Eriksson J.G. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance // N Engl J Med 2001; 344: 1346-1349