

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НА ВЫЯВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГОРОДСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ №1 Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ТИППМК

Ключевые слова: артериальная гипертензия, скрининг, факторы риска

Актуальность. Всем известно, что наиболее распространёнными и значимыми по социальным и экономическим последствиям из числа хронически протекающих неинфекционных заболеваний являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). За последние 7 лет особое внимание уделяется значимости АГ, которая, по определению ВОЗ [3], является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией. По утверждению ВОЗ [5], высокий уровень АД в 2002 году явился причиной 7,1 млн. смертей, табакокурение - 4,9, а высокий уровень общего холестерина - 4,4 млн. смертей. В целом в соответствии с оценкой ВОЗ около 16,6 млн. людей умирают ежегодно от кардиоваскулярной патологии (это 1/3 от общей смертности). Еще 15 млн. ежегодно подвергаются нефатальным инсультам и 600 млн. людей с высоким АД ежегодно подвергаются риску ИБС, инсульта и сердечной недостаточности.

На сегодняшний день для практического здравоохранения Республики Таджикистан АГ остается одной из наиболее актуальных проблем. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) АГ занимает лидирующее положение. При этом ее распространенность во взрослой популяции ежегодно растет. Так, по показателям, рассчитанным по обращаемости населения, АГ (в расчете на 100 000 взрослого населения) выросла с 1186,5 (2004 г.) до 1490,3 (2005 г.), т.е. почти на 25% [2].

Принцип причинно-следственной связи (детерминированность) в медицине в своё время сыграл очень важную роль в её прогрессе, и знание факторов риска (ФР) может обеспечить эффективное лечение и профилактику. Фактор риска может быть причинно связанным с развитием заболевания или вызывать последнее через влияние на другие детерминанты. То, что ФР причинно не связан с заболеванием, не снижает его ценности в плане предсказания заболевания, однако устранение этого фактора может привести к снижению риска развития заболевания [4].

Таким образом, первичная профилактика ССЗ должна быть направлена на раннее выявление тех факторов, которые вскоре можно будет устранить, т.е. модифицируемые факторы риска [9,10]. К ним относятся курение, дислипидемия, АГ, сахарный диабет, ожирение, диетические факторы, тромбогенные факторы, гиподинамия. К немодифицируемым факторам относятся пол, возраст, наследственная предрасположенность и сформировавшаяся уже болезнь.

Методом активного выявления лиц с какой-либо патологией или ФР ее развития является скрининг. Скрининг - это идентификация нераспознанного ранее заболевания или фактора риска путём опроса, физикального обследования, лабораторного исследования или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительно быстро. Основная цель скрининга - выявить болезнь раньше, чем она вызовет какие-либо симптомы, что позволит своевременно начать лечение и таким образом максимально продлить жизнь пациента. Кроме того, результаты скрининга отражают распространенность исследуемого заболевания, факторов риска его развития и их относительное значение.

Цель исследования. Для оценки эпидемиологической ситуации по АГ на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Городском центре здоровья (ГЦЗ) №1 г. Душанбе был проведен скрининг на выявление повышенного артериального давления (АД) у пациентов 18 лет и старше, обратившихся на прием семейного врача независимо от причин обращения.

Материал и методы. Скрининг заключался в измерении АД, определении индекса массы тела (ИМТ), также проводился опрос пациентов на выявление факторов риска (возраст, курение, отягощенная наследственность), при этом уточнялось - первично или повторно измеряется АД, состоит ли пациент на диспансерном наблюдении по поводу АГ и получает ли гипотензивное лечение. Все

данные при этом заносились в специально разработанную анкету. Скрининговое обследование осуществлялось персоналом, прошедшим специальную подготовку по измерению АД, роста, массы тела и др., заполнению стандартного опросника.

Всем пациентам, подвергшимся скринингу, осуществлялось измерение АД. Измерение АД осуществлялось ртутным сфигмоманометром по стандартизированной для эпидемиологических исследований методике (АНА, 1987; ВОЗ/МОГ, 1999; ДАГ-1, 2000). Измерение проводилось в положении сидя, после не менее 5 минут отдыха, на правой и левой руках, двукратно. Между первым и

вторым измерениями соблюдался интервал 3-5 минут. При этом систолическому уровню артериального давления соответствовала I фаза тонов Короткова, диастолическому уровню - V фаза (момент, соответствующий полному исчезновению тонов). Точность измерения осуществлялась до 2 мм рт.ст. В соответствии с требованиями по результатам двух измерений рассчитывался средний показатель, который затем заносился в анкету.

Результаты и их обсуждение. Таким образом в ГЦЗ №1 г. Душанбе скринингом было охвачено 1005 человек. Результаты этих измерений занесены в таблицу.

Распределение пациентов, подвергшихся скринингу, в зависимости от уровня АД (% к итогу)

Уровень АД, мм рт.ст.		Количество пациентов	
		абс.	%
Нормальное АД	< 129/84	594	86,21
Высокое нормальное АД	130-139/ 85-89	95	13,79
Всего		689	68,55
АГ I степени	140-159/ 90-99	189	59,81
АГ II степени	160-179/ 100-109	89	28,16
АГ III степени	> 180/110	38	12,03
В общем		316	31,45
Всего		1,005	100

В результате проведенного скрининга были выявлены 316 пациентов (31,45 %) с повышенным АД 140/90 мм рт.ст. и более. Из них пациенты с АГ I степени составили 189 человек (59,81%), АГ II степени - 89 (28,16%), АГ III степени - 38 (12,03%). Пациенты с высоким нормальным АД (130-139 / 85-89 мм рт. ст.) составили 95 человек (13,79%). При оптимальном АД обеспечивается минимальный риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Высокое нормальное АД часто трансформируется в стабильную АГ. По данным Фремингемского исследования, это наблюдается в 71% случаев. При высоком нормальном АД повышается риск развития ССО. Использование термина "высокий нормальный" уровень АД при систолическом давлении 130-139 мм рт. ст. и диастолическом 85-89 мм рт. ст. имеет большое значение, поскольку у данной категории пациентов формально без АГ могут развиваться ССО, особенно при наличии дополнительных ФР, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Среди пациентов, подвергшихся скринингу, было 298 мужчин (29,7%) и 707 женщин (70,3%). Это, скорее всего, объясняется тем, что женщины чаще и более охотно обращаются за медицинской помощью по различным причинам, чем мужчины. При этом, пациен-

ты с АГ среди мужчин составили 36,58% (109 человек), среди женщин - 29,28% (207).

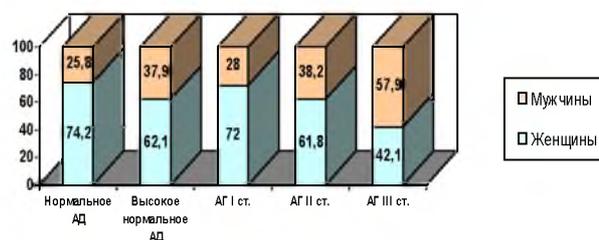


Рис. 1 Распределение по полу пациентов, подвергшихся скринингу в ГЦЗ №1 г. Душанбе

Данные большинства исследований доказали прямую связь АД с возрастом. Систолическое и диастолическое давление неуклонно растет с возрастом, однако есть основания полагать, что повышение АД не является неизбежным спутником старения организма. Данная диаграмма (рис.2) демонстрирует, что количество пациентов с нормальным АД с возрастом уменьшается: в 18-24 лет - 38,33%, в 25-34 лет - 32,93%, в 35-44 лет - 11,84%, в 45-54 лет - 10,63%, 55-64 лет - 4,53%, в 65-74 лет - 1,57%, в 75 лет и старше - 0,17%. При этом количество пациентов с АГ с возрастом увеличивается, максимально в возрасте 45-54 лет.

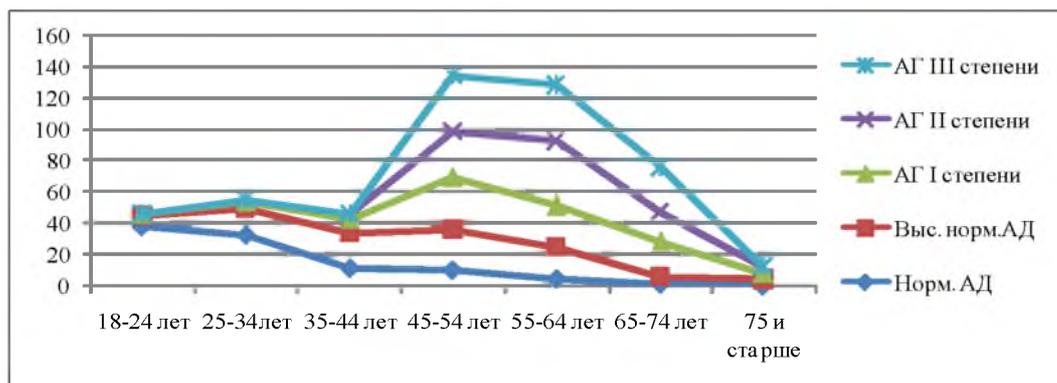


Рис. 2 Зависимость уровня АД от возраста у пациентов, подвергшихся скринингу в ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Кроме этого, всем пациентам производился расчет индекса массы тела по данным измерения роста и веса. ИМТ (кг/м²) рассчитывался по формуле: ИМТ(кг/м²) = вес (кг) / рост (м²). Избыточная масса тела является одним из распространенных факторов риска АГ. Прибавление массы тела на 10 кг сопровождается ростом систолического АД на 2-3, а диастолического АД - на 1-3 мм рт.ст. Избыточная масса тела на 30-65% определяет развитие АГ в популяциях западных стран (по данным экспертов ВОЗ, 1997). Значительное повышение массы тела - ожирение - сопряжено с повышением риска общей смертности, в основном из-за повышения сердечно-сосудистой смертности [7].

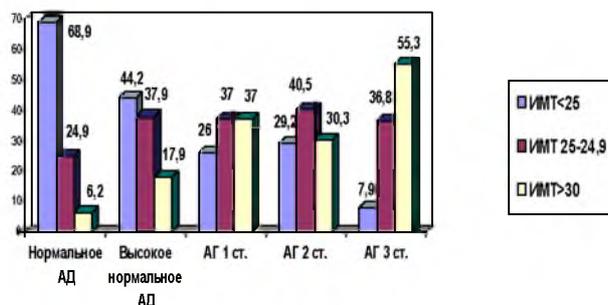


Рис.3 Зависимость уровня АД от ИМТ.

Из диаграммы (рис. 3) видно, что у пациентов с нормальным АД ожирение, т.е. ИМТ > 30 кг/м², было выявлено в 6,2% случаев, тогда как у пациентов с АГ III степени - в 55,3% случаев. По данным исследований, АД увеличивается по мере нарастания массы тела, и частота АГ среди лиц с ожирением составляет около 50%. Ожирение и АГ часто сочетаются с инсулинрезистентностью и дислипидемией, образуя метаболический синдром, значительно повышающий риск ССО. По данным Фремингемского исследования, около 70% вновь развившейся АГ объясняется ожирением или недавним быстрым увеличением массы тела [6]. Экспериментальные, эпидемиологические и клинические

исследования дают достаточно оснований считать существование положительной связи массы тела с уровнем АД и рекомендовать снижение избыточной массы тела как для первичной, так и для вторичной профилактики АГ [8]. Многие исследования показали, что именно у людей с избыточной массой тела скорее развиваются такие состояния, как АГ, сахарный диабет и факторы риска других заболеваний. Например, у тучных людей диабет и гипертония развиваются в три раза чаще, чем у людей с нормальной массой тела.

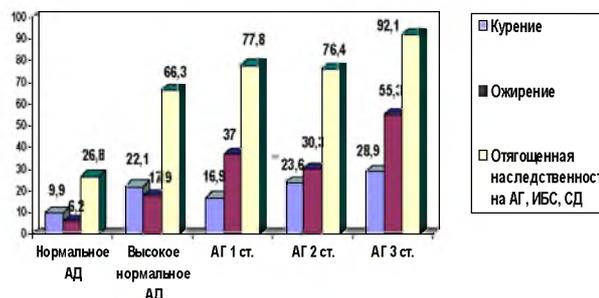


Рис.4. Зависимость уровня АД от курения, ожирения и отягощенной наследственности.

Данная диаграмма (рис.4) демонстрирует взаимосвязь уровня АД и таких ФР, как курение, ожирение и отягощенная наследственность на ССЗ. У пациентов с нормальным АД курение выявлено в 9,9% случаев, ожирение - в 6,2%, отягощенная наследственность - в 26,8%, тогда как при АГ III степени данные ФР встречаются чаще: курение - в 28,9%, ожирение - в 55,3%, отягощенная наследственность - в 92,1%. ВОЗ в 2002 году в своем очень важном документе: "Factors Contributing to Death Globally" [5] указала, что курение во всем мире уносит ежегодно 5 млн. жизней и, если эту тенденцию не остановить, то к 2020 году эти огромные потери возрастут еще на 9 млн., т.е. ежегодно человечество будет терять в среднем 14 млн. жизней. Отсюда становится понятным, что Тад-

жикистан, как полноправный член мирового сообщества и член ВОЗ, также должен всецело подключиться и постоянно содействовать борьбе с таким злом всего человечества, каким является курение, включая употребление его "бездымных" форм. Отказ от курения приводит к снижению риска смерти вообще и от ССЗ, в частности [1]. При сочетании АГ с другими ФР (курением, ожирением, отягощенной наследственностью) в значительной степени увеличивается суммарный (глобальный) риск ССО. Таким образом, у человека с одной и той же степенью повышения АД в зависимости от отсутствия или наличия других ФР, поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний риск ССО может варьировать от низкого до очень высокого. Это важно для практического здравоохранения, т.к. чем выше суммарный риск, тем при меньшей степени АГ надо начинать медикаментозное лечение.

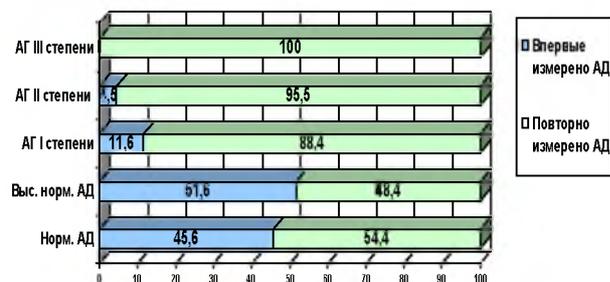


Рис. 5. Кратность измерения АД у пациентов, подвергшихся скринингу.

Скрининг показал, что у многих пациентов АД было измерено впервые и некоторые из них не подозревали о повышенных цифрах АД. Так, среди пациентов с АГ I и II степени соответственно 11,6% и 4,5% пациентов не знали о повышенных цифрах АД. Также скрининг выявил 51,6% пациентов с высоким нормальным АД, которым АД было измерено впервые. Пациенты данной категории являются потенциальными кандидатами на развитие АГ и нуждаются в рекомендациях по изменению образа жизни. Это еще раз подтверждает один из парадоксов, связанных с АГ: АГ можно легко выявить, но в большинстве случаев она остается не диагностированной.

Среди пациентов с нормальным АД (т.е. АД < 129/84 мм рт.ст.) на диспансерном учете (ДУ) по поводу АГ состоят 3,9%, из них 3,7% принимают гипотензивные препараты (ГП). Среди пациентов с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт.ст.) 44,2% состоят на ДУ, 42,1% - принимают ГП. Таким образом, у 3,9% пациентов с АГ уровень АД контролируется на уровне нормального АД, у 44,2% - на уровне высокого нормального

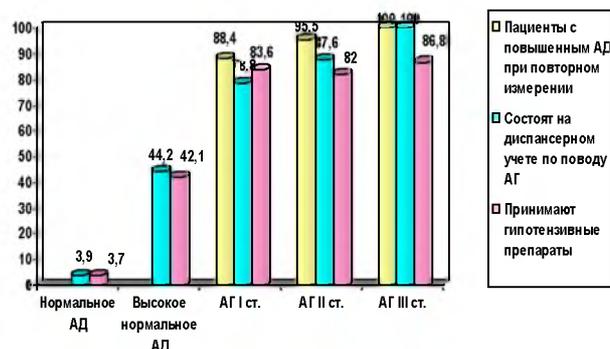


Рис. 6. Ведение пациентов с АГ (диспансерное наблюдение, прием гипотензивных препаратов)

АД. Однако, среди пациентов с АГ I-й (88,4% пациентов), II-й (95,5%) и III-й степеней (100%) с повторным измерением АД, т.е. с неконтролируемым АД, состоят на ДУ и получают ГП соответственно: при I-й степени 78,8% и 83,6% (т.е. 4,6% пациентов принимают ГП, но при этом не состоят на ДУ), при II-й- 87,6% и 82%, при III-й- 100% и 86,8%. Таким образом, у значительной части больных АГ уровень АД не контролируется, так как они либо не получают никакого лечения, либо получают неадекватную терапию.

Выводы. В целом, данные полученные в результате проведенного скрининга свидетельствуют о высокой распространенности АГ в популяции взрослого населения ГЦЗ №1 г. Душанбе, плохой осведомленности пациентов о наличии у них артериальной гипертензии и факторов риска ее развития, нерациональном назначении гипотензивной терапии и низкой приверженности к лечению пациентов. Все вышесказанное обосновывает необходимость проведения скрининга для выявления пациентов с АГ и с высоким нормальным АД, выявления ФР (курение, ожирение, отягощенная наследственность и др.) с целью проведения первичной и вторичной профилактики такого социально значимого заболевания как АГ. Скрининг является одним из инструментов достижения существенных успехов в снижении смертности от ССЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. Эпидемиологические основы доказательной медицины // Материалы семинаров по доказательной медицине. Северо-европейский Кокрейновский центр, 2004.
2. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан в 2005г.// МЗ РТ. Центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2005
3. Комитет экспертов ВОЗ. Борьба с артериальной гипертензией. //Серия технических докладов ВОЗ, 1999. № 862. С.10.

4. Оганов Р.Г., Фомина И.Г. Болезни сердца: Руководство для врачей.- М.:Литтерра, 2006.- 1328 с.
5. Factors Contributing to Death Globally.- The World Health Report, 2002.
6. Kelley G.A., Kelley K.A., Tran Z.V. Aerobic exercise and resting blood pressure: a meta-analytic review of randomized controlled trials. //Prev. Cardiol. 2001. V.4. P.73-80.
7. Larsson B., Marmot M., Elliot P. Obesity and body fat distribution as predictors of CHD. CHD epidemiology. From aetiology to public health. //Oxford University Press, 1992. P.233-241.
8. Midgley J.P., Matthews A.G., Greenwood C.M., Logan A.G. Effect of reduced dietary sodium on blood pressure. A meta-analysis of randomized controlled trials. // J.A.M.A. 1996.V. 275. P.1590-1597.
9. Ogden L.G., He J., Lydick E. et al. Long-term absolute benefits of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification // Hypertension. 2000.V. 35. P. 539-543.
10. Pyörälä K. The modifiable risk factors leading to an increase in the prevalence of CVD // Eur. Heart. J. 1994.V. 15. P. 1300-1331.

Назирова Н.К., Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Воситзаде З.Ф.

Результаты скрининга на выявление артериальной гипертензии в городском центре здоровья №1 г. Душанбе

Данные, полученные в результате проведенного скрининга, свидетельствуют о высокой распространенности АГ в популяции взрослого населения ГЦЗ №1 г. Душанбе, плохой осведомленности пациентов о наличии у них артериальной гипертензии и факторов риска ее развития, нерациональном назначении гипотензивной терапии и низкой приверженности к лечению пациентов. Все вышесказанное обосновывает необходимость проведения скрининга для выявления пациентов с АГ и с высоким нормальным АД, выявления ФР (курение, ожирение, отягощенная наследственность и др.) с целью проведения первичной и вторичной профилактики такого социально значимого заболевания как АГ.

Скрининг является одним из инструментов достижения существенных успехов в снижении смертности от ССЗ.

Назирова Н.К., Мирзоева З.А., Хисомова Х.К., Воситзаде З.Ф.

Хулосаҳои скрининги барои муаян кардани фишорбаландии шараёни дар маркази саломати шаҳрии №1 ш. Душанбе

Умуман, хулосаҳои скрининги дар МСШ №1 ш. Душанбе гузаронидашуда нишон медиҳад, ки фишорбаланди дар калонсолон хело зиёд мебошад ва маълумотноки нисбати ин ҳолат, омилҳои хатар, таъбати нодурусти фишорбаланди ва ҷалбманд набудани беморон дида мешавад. Хамаи ин омилҳои дар боло зикршуда шаҳодати онро медиҳад, ки гузаронидани скрининг барои муаян намудани фишорбаландӣ, фишори баланди мӯмули, омилҳои хатар (сигоркашӣ, фарбеҳӣ, бемориҳои ирсӣ) ва пешгирии ин бемории иҷтимоӣ хело зарур мебошанд. Скрининг яке аз усулҳои хуб барои паст намудани ҷавт аз бемориҳои рагу дил мебошад.

Nazirova N.K., Mirzoeva Z.A., Hisomova H.K., Vositzade Z.F.

Results of screening on revealing of the arterial hypertension in the city center of health of №1 of Dushanbe

Overall, the data received as a result of the conducted screening, testifies to a high prevalence of an arterial hypertension (AH) in adult population of Dushanbe City Health Centre (CHC) №1, a weak awareness of patients of their arterial hypertension and of the risk factors of its development, an irrational prescription of a hypertensive therapy and a low dedication to treatment of patients. All aforesaid proves the necessity to have screening to reveal patients with AH and with high normal arterial pressure (AP), reveal risk factors (smoking, obesity, tainted hereditary, etc.) to carry out the primary and secondary preventive treatment of such a socially significant disease as the AH. Screening is one of the tools to achieve a significant success in decreasing the death rate from cardiovascular diseases (CVD).