

УДК 616.12-008.331.1-08-039.67

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

В. В. Івер, Л. В. Овдієнко, В. П. Малій, Н. А. Антропова, Т. Ю. Кисельова

Дорожня консультативна поліклініка на станції Дніпропетровськ Придніпровської залізниці

Ключові слова: поліклініка, артеріальна гіпертензія, чинники ризику, профілактика ускладнень.

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) надзвичайно актуальна, оскільки захворювання серцево-судинної системи становлять причину більш як 50 % загальної кількості смертей, серед них 35,4 % припадає на церебро-васкулярні захворювання.

Крім того, хворий на АГ, який переніс інсульт чи інфаркт міокарда, найчастіше потребує стороннього догляду, отже, ще принаймні одна особа працездатного віку не виконує свої професійні обов'язки, доглядаючи за хворим родичем. Усе це завдає дуже великої шкоди як особі, так і державі в цілому. Недарма нині розроблена державна програма боротьби з АГ, це підкреслює актуальність проблеми і ставлення до неї відповідних державних структур. Ця проблема особливо стосується осіб, що працюють на залізничному транспорті, оскільки гостра ситуація в залізничника, хворого на АГ, може бути причиною аварійної ситуації з усіма наслідками, що звідси випливають.

Мета нашої роботи — розробка переліку питань для вивчення чинників ризику стосовно АГ, виділення групи хворих, найбільш уразливих щодо ускладнень АГ, і проведення в цій групі цілеспрямованих профілактичних заходів.

Етіологічні дослідження у зв'язку з АГ дуже суперечливі, хоча й існують прийняті ВООЗ (1996 р.) рекомендації, згідно з якими розрізняють м'яку (виділяють межову підгрупу), помірну й тяжку АГ. Комітет з діагностики, вивчення і лікування гіпертензії (Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension) наводить дані про наявність АГ у віковому аспекті [2]:

у віці від 18 до 24 років	9,6 %
25—34 роки	16,1 %
35—44 «	30,7 %
45—54 «	50,6 %
55—64 «	60,7 %
65—74 «	69,6 %
у середньому	33,5 %

Цифри самі за себе говорять. Зрозуміло, що в молодому віці потрібно виключити симптоматичну АГ, найчастіше пов'язану з нирковою та ендокрин-

ною патологією. Однак не завжди спроби лікаря визначити генез АГ можуть бути успішними, іноді лише через кілька років, коли вже ушкоджені органи-мішені, виявляють етіологічний чинник.

Матеріали і методи дослідження

Для розв'язання поставленого завдання ми проаналізували результати вимірювання «випадкового» тиску в хворих на АГ, що перебувають на диспансерному обліку в Дорожній консультативній поліклініці на станції Дніпропетровськ Придніпровської залізниці.

Усього обстежено 215 хворих, віком від 27 до 75 років, серед них чоловіків було 132, жінок — 83. Залежно від стадії АГ хворі розподілилися в такий спосіб:

легка АГ — 71;
помірна АГ — 103;
тяжка АГ — 41 пацієнт.

Тривалість захворювання від 2 до 25 років. Симптоматичні АГ: кардіоваскулярні (гемодинамічні), ренальні (реноваскулярні та ренопаренхіматозні), ендокринні, вторинні нейрогенні — не розглядали.

Усі пацієнти розподілені на дві групи:

I група — особи, що працюють на транспорті, члени їхніх родин, пенсіонери — не пов'язані з рухом потягів;

II група — особи, робота яких безпосередньо пов'язана з рухом потягів.

Дані оброблені статистично, результати представлені у вигляді ($M \pm m$).

Результати та обговорення

Серед чинників ризику, що сприяють розвитку АГ, на перше місце в обстежених можна поставити психоемоційне напруження. Стресові ситуації, яким піддаються особи, що працюють на транспорті, а особливо пацієнти другої групи, що безпосередньо пов'язані з рухом потягів, спричиняють зрив адаптаційних механізмів, що зумовлює розвиток АГ. Значне психоемоційне напруження відзначене в I групі хворих у (82,1±3) % випадків, а в другій у (98,2±1,2) %.

За даними ряду авторів [3], шум і вібрація не є чинниками, що призводять до розвитку гіпертонічної хвороби, вони сприяють виникненню хвороби лише в осіб із передгіпертонічним станом. На нашу думку, недоцільно допускати до роботи, пов'язаної зі значним шумом і вібрацією, осіб з артеріальним тиском (АТ) в «небезпечній зоні», тобто на рівні 140/90 мм рт. ст. і вище. Шумові впливи, яких зазнають працівники залізничного транспорту, відзначені в (23,7±2,1) % випадків у I групі й у 100 % випадків у II групі.

В обстежених виявилися спадкові чинники ризику розвитку АГ — серед найближчих родичів є особи, хворі на АГ. Спадкові чинники ризику виявлені в осіб I та II груп однаковою мірою: (28,7±1,4) %.

Більш докладного вивчення генетичних дефектів АГ, а саме: підвищення кількості глюкортикоїдів, інсулінорезистентність, підвищення ангіотензиногену, активності реніну й ангіотензинперетворювального ферменту, — не здійснювали.

За літературними даними [6], існує високий ступінь позитивної кореляції між АТ і масою тіла. Встановлено, що в осіб з надмірною масою тіла відзначається більше підвищення АТ, ніж в осіб з нормальною масою. Надмірна маса тіла відзначена в осіб I групи більшою мірою, ніж в осіб II групи: у (57,8±0,8) і в (17,6±1,2) % випадків відповідно.

Гіподинамія також може бути названа серед чинників ризику АГ [3]. У I групі вона виявлена в (38,4±1,3) % хворих, а в II — у (3,7±0,8) %.

Відзначено зв'язок між споживанням надмірної кількості кухонної солі і підвищеними значеннями АТ, хоча між ними має місце лише слабка кореляція [5].

Ряд авторів припускають, що у групі людей зі спадковою підвищеною чутливістю до кухонної солі поєднання впливу стресу (психоемоційного чинника) і надлишку кухонної солі може спричинювати становлення есенціальної гіпертензії [4]. Надлишкову кількість солі вживають в обох групах 32 % опитуваних, а 2 % зазначають надмірне її вживання (досолоють їжу).

Алкоголь можна розглядати як чинник ризику АГ [1]. Автори наводять дані, згідно з якими «припинення споживання алкоголю призводить часом до значного зниження підвищеного рівня АТ».

Стосовно зв'язку паління тютюну і підвищення рівня АТ переконливих даних немає. Дані про прийом алкоголю в обстежуваних дуже суперечливі, оскільки не завжди відповідають дійсності. Основна маса (65,6 %) опитуваних вважають, що алкогольні напої вживають дуже помірно

(не більш як один-два рази на місяць). Курців серед обстежених виявлено близько 25 %.

У диспансерній групі хворих, що хворіють на АГ, «випадковий» тиск становив 156,1±2,3, у I групі 163,2±1,4, а в II групі — (145,6±0,8) мм рт. ст.

Ці дані свідчать про те, що до роботи, безпосередньо пов'язаної з рухом потягів, не допускаються особи з високим рівнем АТ.

Група, для якої існує найбільша загроза розвитку ускладнень АГ, становила 15,7 % від загальної кількості обстежених. Це особи з надмірною масою тіла, обтяженою спадковістю, що вживають значну кількість солі і зазнають надмірних психоемоційних навантажень.

Шум, вживання алкоголю, гіподинамія, за нашими даними, істотно на рівень АТ не впливають.

Отже, опитування хворих диспансерної групи, що страждають від АГ, проводили з таких питань:

- вплив психоемоційного напруження;
- дія шумових і світлових ефектів;
- надмірна маса тіла;
- спадкові чинники;
- споживання надмірної кількості кухонної солі;
- зловживання алкоголем;
- куріння;
- гіподинамія.

При цьому обстежуваним хворим вимірювали «випадковий» АТ.

Була виявлена група хворих з чинниками ризику, у якій є найбільша загроза розвитку ускладнень АГ. Хворі цієї групи відповідним чином працевлаштовувалися, за ними був установлений більш частий контроль, ніж звичайно за хворими диспансерної групи, призначалося відповідне цілеспрямоване лікування, що дало можливість уникнути підвищення захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності і знизити смертність.

Висновки

1. Розроблений перелік питань для виявлення чинників ризику для хворих на АГ допомагає виділити серед диспансерної групи хворих тих, кому найбільше загрожує розвиток ускладнень АГ.

2. Зазначених осіб варто спостерігати частіше, ніж звичайну групу хворих на АГ, працевлаштовувати їх, призначати відповідну сучасну адекватну гіпотензивну терапію.

3. Виділення групи хворих, кому загрожує розвиток ускладнень, допоможе уникнути підвищення захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, знизити смертність.

ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В. С., Цикулин А. Е. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники.— М.: Медицина, 1989.— 253 с.
2. Гогин Е. Е. Гипертоническая болезнь.— М.: Медицина, 1997.— 400 с.
3. Дзяк Г. В., Васильева Л. И. Артериальная гипертензия.— Днепропетровск, 1998.— 151 с.
4. Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь.— СПб.: Сотис, 1995.— 311 с.
5. Compex V. M. Saly-sensitivity in Hypertension // Hypertension.— 1994.— Vol. 23.— P. 531—550.
6. Wiensier R. Z., Novis D. I., Birch. et al. The relative contribution of body fat and fat paltern to blood pressure level // Hypertension.— 1985.— Vol. 7, N 4.— P. 578—585.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В. В. Ивер, Л. В. Овдиенко, В. П. Малый, Н. А. Антропова, Т. Ю. Киселева

На основании списка вопросов для изучения факторов риска развития АГ и измерения «случайного» АД среди больных, состоящих на диспансерном учете по артериальной гипертензии, была выделена группа больных, в отношении которых существует угроза развития осложнений артериальной гипертензии.

Применение комплекса профилактических мероприятий позволило снизить заболеваемость и смертность у больных артериальной гипертензией.

TACTICS OF CURE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION UNDER OUT-PATIENTS CLINIC CONDITIONS

V. V. Iver, L. V. Ovdienko, V. P. Maliy, N. A. Antropova, T. Yu. Kiselyova

Based on the results of inquirer for research of arterial hypertension development risk factors and random blood pressure among patients who are registered on dispensary records for arterial hypertension there was discovered a group of patients with high risk of arterial hypertension complication development. The application of preventive measures has allowed to decrease the sickness and death rates among patients with arterial hypertension.