

“Сестринская Программа Профилактики Сердечно-Сосудистых Заболеваний У Женщин Трудоспособного Возраста”

Толибова Муниса Уйгуновна

Азиатский Международный Университет «Osiyo Xalqaro Universiteti»

Резюме: Артериальная гипертензия (АГ) является серьезной медико-социальной проблемой и вызовом для здоровья населения из-за высокой распространённости и неблагоприятного влияния на прогноз. На сегодняшний день более одного миллиарда человек в мире страдают этим недугом и к 2025 году ожидается нарастание этой цифры до 1,5 миллиарда. В статье описаны особенности течения артериальной гипертензии у лиц среднего возраста в сочетании с ожирением.

Цель исследования. Изучить влияние ожирения на течение АГ и достижение целевого уровня АД у лиц среднего возраста, наблюдающихся в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: артериал гипертензия, ожирения, артериал давления, атеросклероз.

Актуальность

Артериальная гипертензия (АГ) является серьезной медико-социальной проблемой и вызовом для здоровья населения из-за высокой распространённости и неблагоприятного влияния на прогноз [4]. На сегодняшний день более одного миллиарда человек в мире страдают этим недугом и к 2025 году ожидается нарастание этой цифры до 1,5 миллиарда [1,3]. Наличие АГ увеличивает риск развития острого инфаркта миокарда более чем в 2 раза, а повышение систолического артериального давления (АД) на 20 мм рт. ст. увеличивает риск инсульта в 1,25 раза, диастолического АД на 10 мм рт. ст. – в 1,21 раза [10].

Медицинские осмотры выявляют лишь 8-10% специфической патологии, низкая санитарно-просветительная работа не приводит к изменению поведения людей. В тоже время слабо используются специально выделенные для профилактики врачебные посещения. Одним из важных факторов, препятствующих профилактической работе в настоящее время, является отсутствие экономических стимулов для этой работы.

Практически половина всех случаев летального исхода от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится на долю АГ: в 2015 г. около 10 млн. смертей были ассоциированы с АГ, 4,9 млн – с ишемической болезнью сердца (ИБС), 3,5 млн. – с инсультом [2,5,7].

В настоящее время все больше сердечно-сосудистых событий, включая инфаркт миокарда, инсульт, внезапную сердечную смерть, происходит в молодом и среднем возрасте, а увеличение частоты госпитализаций отмечено преимущественно у пациентов в возрасте 35-44 лет [8]. АГ рассматривается в качестве одного из важнейших модифицируемых факторов риска развития ряда сердечно-сосудистых заболеваний и летальности в мире, в связи с чем требует постоянного контроля [6, 9]. Исследование SPRINT (The Systolic Blood Pressure Intervention Trial) продемонстрировало снижение общей смертности на 27% и жизнеугрожающих сердечно-сосудистых событий на 25% как среди лиц старшего возраста, так и лиц среднего возраста, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых осложнений [1]. Последующий анализ 9361 пациентов в возрасте 50 лет и старше подтвердил вклад интенсивного контроля за течением АГ в улучшение выживаемости пациентов [7,6]

Высокая распространенность АГ и её осложнений, недостаточно адекватный контроль уровня АД у большинства пациентов среднего возраста, особенно наблюдающихся на догоспитальном этапе, требует дальнейшего изучения факторов, влияющих на достижение целевого уровня АД.

Цель исследования. Изучить влияние ожирения на течение АГ и достижение целевого уровня АД у лиц среднего возраста, наблюдающихся в амбулаторных условиях.

Материал и методы

Отбор пациентов в исследование проводился на амбулаторном приёме в Бухарском многопрофильной областной больнице в период с декабря 2017 по декабрь 2018. В исследование сплошным методом были включены 111 амбулаторных пациентов. Возраст амбулаторных пациентов, включённых в исследование, составил от 45 до 59 лет ($51,8 \pm 4,2$ лет), медиана 51 (49; 55) лет. Среди пациентов было 40 (36%) мужчин в возрасте $50,8 \pm 4,1$ лет и 71 (64%) женщина в возрасте $52,3 \pm 4,3$ лет. Высшее образование имели 79 (71,2%), семейный анамнез развития ранних ССЗ – 61 (54,9%) пациентов. Малоактивный образ жизни вели 19 (17,1%), курили – 17 (19,1%) пациентов. Систолическое АД и диастолическое АД составили $135,8 \pm 18,7$ мм рт. ст. и $87,9 \pm 10,9$ мм рт. ст., соответственно, ЧСС – $76,2 \pm 12,1$ уд/мин, ИМТ – 28 (24; 29) кг/м². Индекс массы тела рассчитывали по формуле Кетле, как отношение массы тела (кг) к росту (м), возведенному в квадрат. Значение ИМТ менее 25 кг/м² считалось показателем нормальной массы тела. ИМТ 25-29,9 кг/м² соответствовал избыточной массе, 30 кг/м² и более – ожирению.

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным ожирение имелось у 24,3% лиц исследуемой когорты. Среди пациентов с АГ у 27 (43,5%) пациентов было ожирение: ожирение 1-й степени – у 48,2%, 2-й степени – у 40,7%, 3-й степени – у 11,1% лиц.

Характеристика пациентов среднего возраста с АГ, имеющих и не имеющих ожирение, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Показатели пациентов с АГ, имеющих и не имеющих ожирение

Показатели	Пациенты с ожирением (n=27)	Пациенты без ожирения (n=35)	p
Возраст (лет)	$52,8 \pm 4,4$	$52,0 \pm 4,6$	0,504
Мужской пол (n, %)	18 (66,7)	11 (31,4)	0,012
Женский пол (n, %)	9 (33,3)	24 (68,6)	0,012
Табакокурение (n, %)	7 (25,9)	6 (17,1)	0,598
Менопауза (n, %)	9 (100)	17 (70,8)	0,178
Семейный анамнез ССЗ (n, %)	18 (66,7)	21 (60)	0,784
ИМТ (кг/м ²)	$35,5 \pm 3,8$	$27,0 \pm 2,7$	<0,001
ИБС (n, %)	8 (33,3)	3 (17,6)	0,069
Дислипидемия (n, %)	23 (85,2)	27 (77,1)	0,862
Гиперурикемия (n, %)	13 (48,1)	5 (14,3)	0,009
Гипергликемия (n, %)	10 (38,5)	4 (11,8)	0,035
Гиподинамия (n, %)	15 (55,6)	15 (42,9)	0,462
САД, мм рт. ст.	$156,1 \pm 15,3$	$140,4 \pm 14,1$	<0,001
Достижение целевого АД (n, %)	-	10 (28,6)	0,007

Среди пациентов с ожирением преобладали лица мужского пола ($p=0,012$), с гипергликемией ($p=0,035$), с гиперурикемией ($p=0,009$) и отсутствовали пациенты с достижением целевого уровня АД ($p=0,007$).

Обращает на себя внимание высокая встречаемость признаков утолщения КИМ (комплекс интима-медиа) и наличия атеросклеротической бляшки практически у каждого второго 74 пациента среднего возраста с АГ, независимо от наличия или отсутствия ожирения (таблица 2).

Таблица 2 Толщина КИМ у пациентов, имеющих и не имеющих ожирение

Показатели	Пациенты с ожирением (n=27)	Пациенты без ожирения (n=35)	Р
Утолщение КИМ (n, %)	26 (96,3)	34 (97,1)	0,591
Атеросклеротическая бляшка (n, %)	15 (57,7)	14 (41,2)	0,337

Пациенты с ожирением и без ожирения были сопоставимы по всем показателям СМАД, однако отмечена тенденция к более высоким цифрам ночного АД. Среди лиц с ожирением статистически незначимо чаще наблюдался характер ночного снижения АД - non-dipper и night-reaker, чем без ожирения. При наличии АГ отмечена более низкая встречаемость степени ночного снижения – dipper для САД и ДАД, чем без АГ (Таблица 11), хотя эта разница не достигла статистически значимой разницы.

Пороговое значение для ИМТ, когда нарастает вероятность не достижения целевого уровня АД, составило 28,7 кг/м² (чувствительность 72%, специфичность 72%) (таблица 3).

Таблица 3 Данные ROC-анализа

Площадь под ROC-кривой	Пороговое значение для ИМТ (кг/м ²)	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	р	ДИ
0,800±0,061	>28,7	72	72	<0,001	0,68-0,92

Определены метаболические особенности и характер поражения органовмишеней у пациентов с АГ и ожирением (табл. 4).

Таблица 4 Ассоциация ряда показателей с АГ и ожирением

Показатель	Отношение шансов 95%	ДИ	Р
Гиперурикемия	21,0	2,76-16,8	0,003
Гипертриглицеридемия	6,9	2,4-20,4	<0,001
Гиподинамия	4,6	1,19-17,7	0,027
ИМТ 28,7 кг/м ² и выше	3,9	1,49-9,92	0,005
Абдоминальное ожирение	3,5	3,5-19,3	<0,001

Гиперурикемия как фактор риска ССЗ имелась у 18 (31,0%) пациентов с АГ. Выявлена её ассоциация с длительностью АГ (ОШ 1,3, 95% ДИ 1,1-1,5, p=0,001); ожирением (ОШ 4,3, 95% ДИ 1,3-14,6, p=0,020); абдоминальным ожирением (ОШ 11,1, 95% ДИ 1,22-10,6, p=0,032); гипертриглицеридемией (ОШ 13,1, 95% ДИ 2,9- 5,8, p=0,001); уровнем ДАД 90 и выше мм рт. ст. (ОШ 1,13, 95% ДИ 1,7-18,9, p=0,006,).

Выводы.

1. Амбулаторные пациенты среднего возраста с АГ в 48,8% случаев не достигают целевого уровня АД. В группу риска по недостаточному контролю АД входят пациенты с ожирением (ОШ 4,78), сопутствующей патологией (ОШ 3,09) и лица мужского пола (ОШ 1,68).
2. Ожирение выявлено у 43,5% пациентов среднего возраста с АГ. Особенности течения АГ в сочетании с ожирением включали не достижение целевого уровня АД на фоне гиподинамии, гиперурикемии, гипертриглицеридемии и гипергликемии. Вышеперечисленные факторы сопровождалось формированием гипертрофии миокарда ЛЖ и увеличением ТКИМ сонных артерий, что позволяет выделить категорию амбулаторных пациентов среднего возраста с ожирением в приоритетную группу контроля.

Список литературы

1. Ахмедова, Э.Б. Исследование качества жизни и параметров клинкобиохимического спектра у больных артериальной гипертензией и коморбидными состояниями. / Э.Б. Ахмедова, Б.У. Марданов, К.К. Бадейникова, М.Н. Мамедов. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2017. - Т. 13. - №1. - С. 31-35.
2. Багдулина, Е.Н. Диагностическая значимость суточного мониторирования артериального давления у молодых женщин (до 40 лет) с артериальной гипертензией. / Е.Н. Багдулина, О.В. Цыганкова, З.Г. Бондарева, и др. // Фундаментальные исследования. - 2015. - Т. 1. - №10. - С. 2009-2014.
3. Баланова, Ю.А. Ожирение в российской популяции — распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев, и др. // Российский кардиологический журнал. - 2018. - Т. 23. - №6. - С. 123-30.
4. Баланова, Ю.А. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). / Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова, А.Э. Имаева, и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ-2. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2019. - Т. 15. - №4. - С. 450-466.
5. Баланова, Ю. А. Распространенность поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. / Ю. А. Баланова, А. В. Концевая, С. А. Шальнова и др. // Профилактическая медицина. – 2014. - №5. - С. 42-52.
6. Барбараш, Н.А. Актуальные проблемы предгипертензии. / Н.А. Барбараш, Д.Ю. Кувшинов. // Фундаментальная и клиническая медицина. - 2016. - Т. 1. - № 1. - С. 73-77.
7. Берестень, Н. Ф. Функциональная диагностика: национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 784 с
8. Гамбарян, М.Г. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. / М. Г. Гамбарян, О. М. Драпкина. // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21. - №5. – С. 45-62.
9. Гельцер, Б. И. Маскированная артериальная гипертензия: распространенность, патофизиологические детерминанты и клиническое значение. / Б. И. Гельцер, В. Н. Котельников, О. О. Ветрова, Р. С. Карпов. // Российский кардиологический журнал. - 2019. - Т. 24. - №9. - С. 92–98.
10. Глезер, М.Г. Как увеличить эффективность антигипертензивной терапии в реальной клинической практике: результаты российской наблюдательной программы ФОРСАЖ. / М.Г. Глезер, А.Д. Деев. // Кардиология. - 2016. - Т. 56. - №1. - С. 18-24.
11. Кавешников, В. С. Анализ факторов, ассоциированных с вероятностью приема гипотензивных препаратов в популяции больных артериальной гипертензией. / В. С. Кавешников, В. Н. Серебрякова, И. А. Трубачева // Российский кардиологический журнал. - 2019. – Т. 24. - №6. – С. 73–77.
12. Кавешников, В.С. Выраженность каротидного атеросклероза у взрослого неорганизованного населения. / В.С. Кавешников, В.Н. Серебрякова, И.А. Трубачева, С.А. Шальнова. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2019. - Т. 15. - №1. - С. 84-89.