

# АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПО ДАННЫМ АОКБ, В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННЫМИ ЕВРОПЕЙСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ 2018 ГОДА

Гипертоническая болезнь (ГБ) — хроническое заболевание, основным клиническим признаком которого является длительное и стойкое повышение артериального давления (гипертензия).

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в мире продолжает расти, и по прогнозам к 2025 году число больных АГ достигнет 1,5 млрд. [3]. На момент 2015 года в мире было около 1,15 млрд. больных, причём 150 млн. из них это жители Центральной и Восточной Европы. Распространенность гипертензии среди взрослого населения составляет 30-45% [3].

Европейские рекомендации по АГ 2018 года дополнили факторы риска (ФР), ассоциированных клинических состояний (АКС), поражения органов обусловленных гипертонией (ПООГ). В число факторов риска, влияющих на прогноз, в настоящее время входят: повышение мочевой кислоты (гиперурикемия), семейный анамнез раннего возникновения АГ, ранняя менопауза, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы, наличие сахарного диабета (СД) в анамнезе и частота сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в минуту в покое [3]. К ПООГ отнесены не только хроническая болезнь почек (ХБП) с расчетной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, но и ХБП с СКФ < 30 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (расчет по формуле СКД-EPI), а также выраженная ретинопатия с геморрагиями, экссудатами, отеком соска зрительного нерва. В дополнении к этому, утолщение стенок сонных артерий по показателям толщины интима-медиа (ТИМ) более 0,9 мм, необходимо оценивать только в соответствии с возрастом. Эхокардиографические признаки были изменены: пороговые значения показателя массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) при ожирении: ММЛЖ/рост<sup>2,7</sup> (>50 г/м<sup>2,7</sup> у мужчин, >47 г/м<sup>2,7</sup> у женщин), значения показателей относительной толщины стенок (ОТС) (ОТС≥0,43), конечный диастолический диаметр левого желудочка (ЛЖ)/рост (у мужчин >3,4 см/м, у женщин >3,3 см/м), объем левого предсердия (ЛП)/рост<sup>2</sup> (у мужчин >18,5 мл/м<sup>2</sup>, у женщин >16,5 мл/м<sup>2</sup>) [3]. Перечень АСК дополнен наличием атеросклеротических бляшек по результатам визуализирующих методов и фибрилляцией предсердий [3].

Нами были проведены исследования, в которых изучалась и анализировалась заболеваемость и ФР ГБ по данным статистических отчетов и анкетирования пациентов кардиологического отделения АОКБ.

По данным годового отчёта по заболеваемости ГБ за 2018 год госпитализировано 1096 больных, среди которых 89 пациентов имели в анамнезе заболевания только ГБ, без других сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо отметить, что большинство пациентов это мужчины: 562 (51,3%). Средний возраст больных составлял 62,9±2,1 года. Среди ФР, отображённые на рисунке 1а, были выявлены: гиперхолестеринемия у 981 пациента (89,5%), семейный анамнез ранней АГ у 906 пациентов (82,7%), дислипидемия у 890

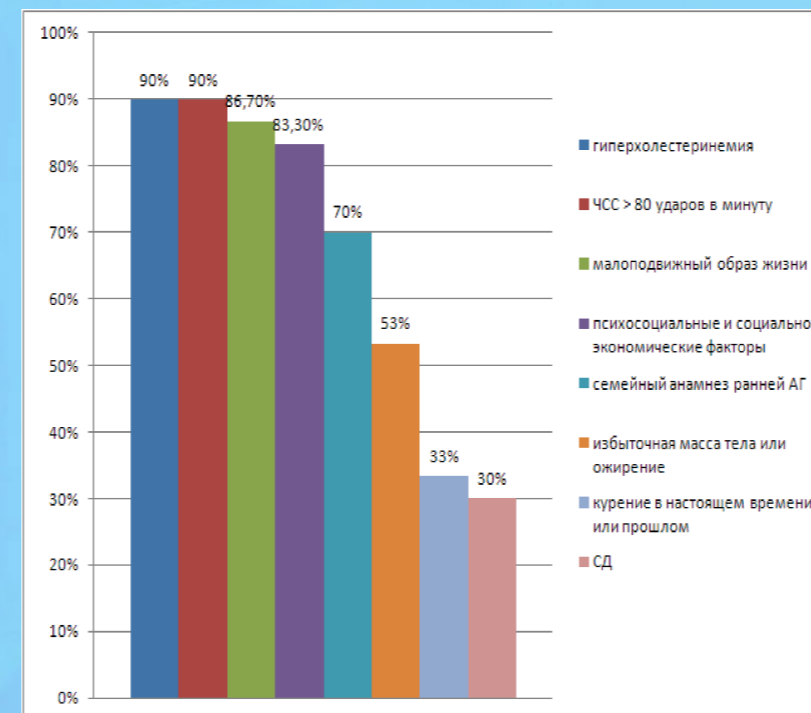
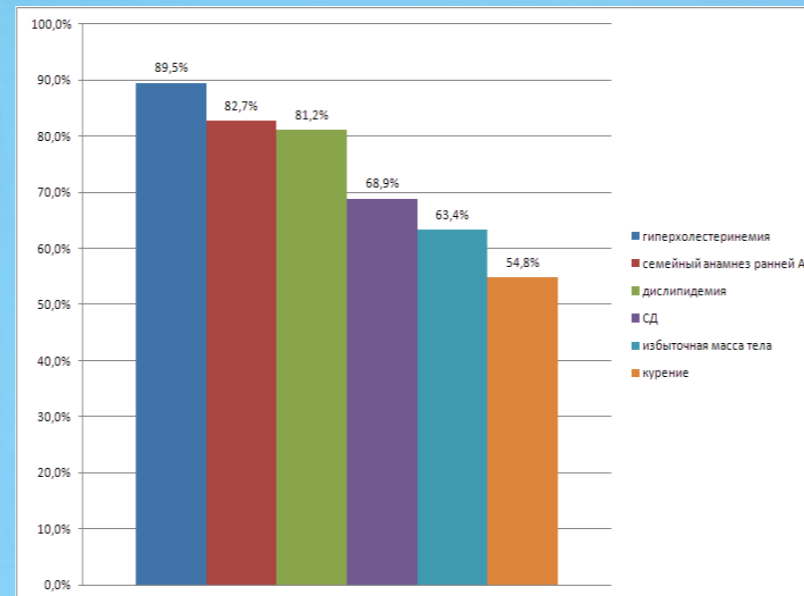


Рисунок 1. Факторы риска. По данным годового отчёта АОКБ за 2018 г (а) и результатам анкетирования (б)

Такие ФР как гиперурикемия, ранняя менопауза, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы и ЧСС > 80 ударов в минуту оценить было невозможно, т.к в статистику годового отчёта, данные ФР включены не были.

В анкетировании участвовало 30 человек. Анкета включала в себя следующие вопросы: Пол, возраст пациента, средний уровень, максимального регистрируемого систолического и диастолического АД, среднее значение систолического и диастолического АД при хорошем самочувствии дома и на приёме у врача, ЧСС > 80 ударов в минуту, малоподвижный образ жизни, психосоциальные и социально-экономические факторы, семейный анамнез ранней АГ, избыточная масса тела или ожирение, ранняя менопауза, наличие СД, курение в настоящем времени или в прошлом. По данным анкетирования необходимо отметить, что большинство пациентов женщины: 21 (70%), 9 мужчин (30%). Средний возраст больных составлял 64,7 года. У всех 100% пациентов наблюдалось повышение АД выше 140/90 мм рт.ст. Средний уровень, максимального регистрируемого систолического АД составлял 186,5 мм рт.ст., диастолического 99, 2 мм рт.ст. Среднее офисное значение АД составляло 136,5/85 мм рт.ст. Среднее вне офисное значение АД 125/80 мм рт.ст. По данным анкетирования, которые отображены на рисунке 1б, и дополнительных методов исследования, выявлены следующие ФР: гиперхолестеринемия (повышение показателя общего холестерина) у 27 пациентов (90%), ЧСС > 80 ударов в минуту у 27 пациентов (90%), малоподвижный образ жизни у 26 пациентов (86,7%), психосоциальные и социально-экономические факторы у 25 пациентов (83,3%), семейный анамнез ранней АГ у 21 пациента (70%), избыточная масса тела или ожирение у 16 пациентов (53,3%), курение в настоящем времени или прошлом у 10 пациентов (33,3%), СД у 9 пациентов (30%), ранняя менопауза у 12 женщин из 21 (что соответствует 57,1%), биохимический анализ на количество мочевой кислоты в плазме крови был взят у 5 больных, у двоих из которых он был положительный (что соответствует 40%).

Таким образом, по данным анкетирования больных в 2019 году и годового отчёта заболеваемости гипертонической болезнью в 2018 году по данным ГАУЗ АО АОКБ заболеваемость гипертонической болезнью остаётся высокой и составила 1096 госпитализированных больных. Среди ФР в анкетировании чаще: гиперхолестеринемия, ЧСС > 80 ударов в минуту, малоподвижный образ жизни. По данным АОКБ чаще ФР: гиперхолестеринемия, наследственный анамнез ранней АГ, дислипидемия. Следовательно, мы можем наблюдать, что пациенты ранее с более низким риском развития ССО, могут иметь на практике, исходя из добавленных ФР, более высокий риск. Из этого следует, что появление новых рекомендаций по ведению пациентов с ГБ, расширяет диапазон пациентов, у которых имеется ГБ более высокой стадии и тем самым больных с большим риском развития ССО, что требует активной комбинированной терапии.