

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР)

Норкулов Зафарбек Насриддин ўғли

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан, г. Ташкент*

Норчаева Муниса Дилмурод қизи

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан, г. Ташкент*

Эрқўзиев Обиджон Ойбек ўғли

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация: Артериальная гипертензия (АГ) - часто встречающаяся болезнь; она занимает ведущее место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. В различных странах мира, по данным ВОЗ, распространенность АГ среди взрослого населения составляет 15-25%. Она резко сокращает трудоспособность и продолжительность жизни человека. На долю гипертонической болезни приходится 60-65% всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, заболеваемость, проблемы, факторы риска.

Существует мнение, что Артериальная гипертензия (АГ) - это своеобразная реакция организма человека на влияние особенностей жизни в современном обществе [21, с.1033-1041]. Стрессовые ситуации стимулируют формирование метаболических расстройств, затрагивают функции нервной, эндокринной и сердечно-сосудистой систем [1, с.4-8, 2, с.22-26]. Заболеваемость АГ тесно связана с возрастом; кроме того, больные АГ неравномерно распределяются в зависимости от особенностей профессии, условий быта, привычек [3, с.31-36]. АГ тесно связана с цереброваскулярной патологией, она повышает смертность от инсультов на 34% [11, с.17-24]. В то же время отрицательные эмоции - далеко не единственная и не главная причина массовой заболеваемости АГ. В США проводился анализ факторов риска, повышающих заболеваемость АГ и атеросклерозом. Результаты изучения позволили спланировать целенаправленные популяционные мероприятия и внедрить их в жизнь. В результате смертность от инсультов за 20 лет удалось снизить более чем, вдвое, от инфарктов миокарда - на 40%. Успешному примеру последовали и другие страны:

в Японии, многие годы лидировавшей в мире по числу кровоизлияний в мозг, смертность от инсультов снизилась в 4 раза, в ФРГ - в 2 раза. Практика подтвердила правильность сделанных выводов о причинах АГ [7, с.39-43]. Удалось выделить факторы риска, на которые можно реально воздействовать: хронический дефицит физической активности, гипокинезия (профессиональная и в быту), избыточное потребление поваренной соли, дисбаланс питания, злоупотребление алкоголем, табакокурение, гормональная контрацепция у женщин, ятрогенные вмешательства, профессиональные факторы физической и химической природы, психоэмоциональные стрессы, избыточная масса тела, синдром апноэ во сне. Нельзя забывать и о других факторах, которые не поддаются коррекции: отягощенная наследственность, пол, возраст, перенесенные в прошлом интенкуррентные болезни [18, с.1047-1053]. АГ обычно начинается как функциональное расстройство и лишь, затем перерастает в болезнь, не склонную к самоизлечению. В развитии ГБ в качестве этиологических доминируют внешние факторы. Они определили эпидемию АГ в мире и сделали ее болезнью XX века [4, с.551-558]. Из множества открытий в сфере фундаментальных наук и итогов исследований последней четверти века важнейший вывод состоит в том, что ГБ у большинства потенциальных пациентов можно предотвратить. Согласно оценкам, в большинстве стран до 30 % населения страдают АГ, а еще 50-60% населения могли бы иметь лучшее здоровье, если бы уменьшили свое АД посредством ведения здорового образа жизни. Кроме того многие исследования, убедительно доказали, что путем активного выявления и регулярного лечения АГ можно на 42-50% снизить смертность от мозгового инсульта и на 15% - от ИБС [10, с.17-20]. Описано множество вариантов ГБ, известны разные клинические формы АГ: злокачественная и доброкачественная, климактерическая и юношеская, кризового течения и «ночная», метаболическая, ассоциированная с сахарным диабетом типа 2, и сочетающаяся с атеросклерозом, церебральная и кардиальная, гипер- и гипорениная, сопротивления и объема [17, с.1373-1378]. Но, нередко один вариант перетекает в другой и спектр вовлекаемых механизмов развития и компенсаторных реакций со временем изменяется. Злокачественный вариант течения болезни можно предотвратить, а некупированный гипертонический криз грозит перерасти в злокачественный вариант течения болезни. Согласно данным последних мета-анализов, по результатам клинических исследований с участием 1 млн. пациентов с АГ в возрасте от 40 до 69

лет, риск сердечно-сосудистых осложнений возрастает с уровня АД 115/75 мм рт. ст., удваиваясь при повышении его на каждые 20 мм рт. ст. для САД и 10 мм рт. ст. для ДАД [14, с.334-339]. По данным исследования MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial), прирост САД на 20 мм рт. ст. увеличивал Журнал «Интернаука» № 19 (242), 2022 г. 47 риск общей смертности в 1,36 раз, а прирост на 40 мм рт. ст. – до 1,85 раз [8, с.30]. ДАД является наилучшим показателем тяжести сердечно-сосудистых исходов у молодых пациентов. В возрастной группе старше 55 лет большую прогностическую роль играет САД [15, с.701-709]. По данным самого крупного исследования МКИТ, нарастание риска смерти от коронарной болезни сердца отмечено с уровня ДАД 73-78 мм рт. ст., а при ДАД 105 мм рт. ст. этот риск был в 5 раз выше [22, с.183-191]. Результаты крупных клинических исследований АГ показали важность контроля за АД у больных гипертонической болезнью [21, с.1033-1041]. АГ пожилых людей является наиболее важной частью всей медико-социальной проблемы ГБ [18, с.1047-1053]. Именно эта категория составляет большинство больных гипертоников. Известно также то, что у людей старше 60 лет одной из основных гемодинамических особенностей ГБ является увеличение ПД. При этом именно величина ПД у людей старше 50 лет становится независимым и одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых осложнений [19, с.195-225]. В эпидемиологических исследованиях, проводимых в мире, внимание сосредоточено в основном, на изучении АГ у взрослых, в то время как АГ у детей и подростков изучается реже [6, с.30-34]. До настоящего времени нет единого мнения о том, как величины АД, определенные в детстве, подростковом и зрелом возрасте, коррелируют между собой; какие корреляции считать достаточными, чтобы уже в детском возрасте можно было бы выделить лиц с повышенным риском развития АГ; какие величины АД в детстве и подростковом возрасте, а также другие данные, отражающие состояние здоровья, могут оказать влияние на развитие АГ в зрелом возрасте [13, с.17-24]. В большинстве проспективных эпидемиологических исследований отмечено, что дети, у которых уровень АД находился в пределах наивысших возрастных значений АД, в зрелом возрасте имели более высокие уровни АД [5, с.45]. Сходные данные получены и в других исследованиях, где корреляционная связь между АД в детстве и зрелом возрасте колебалась от $r = 0,18$ до $r = 0,39$ [16, с.795-801]. В ряде исследований доказано, что АД, установленное в детстве и юности, коррелирует с АД в зрелом возрасте, а признаки,

обнаруженные в раннем возрасте, имеют прогностическую значимость в выявлении АГ в зрелости. Опираясь на эти данные, можно выделить группу детей с повышенным риском развития АГ и среди них проводить мероприятия по ранней профилактике этого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Максимова М.Ю. Артериальная гипертония и цереброваскулярная патология: Современный взгляд на проблему // Кардиология - 2004. - №3. – С. 4-8.

2. Волков В.С., Платонов Д.Ю., Контроль артериальной гипертонии среди населения: состояние проблемы // Кардиология - 2001. - №9. – С. 22-26.

3. Гипертоническая болезнь и основная причина определяющая сердечно-сосудистую заболеваемость и смертности в стране // Тер. архив. - 2003. - №9. – С. 31-36.

4. Жуковский Т.С., Константинов В.В., Варламова Т.А. и др. Артериальная гипертония: эпидемиологическая ситуация в России и других странах // Российский медицинский журнал - 1997. - №9. – С. 551-558.

5. Карпенко М.А. Артериальная гипертония: Возрастные, половые и генетические особенности // Автореферат докторской диссертации мед. наук - СПб. – 2003., 45стр.

6. Клумбене Ю. Миламаускене Ж. Мисивечение И. и др. Динамика артериального давления и прогнозирования артериальной гипертонии: данные 20летнего наблюдения детской когорты // Кардиология - 2004. - №2. – С. 30-34.

7. Константинов В.В. Жуковский Г.С., Тимофеева Т.Н. и др. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов // Кардиология - 2001.- №4. – С. 39-43.

8. Мамараджапова Д.А. Прогностическая значимость факторов в оформлении «конечных точек» у мужчин трудоспособного возраста (проспективное исследование) // Автореферат дисс. кан. мед. наук. – Т. – 2009. – 30 с.

9. Медведев В.П., Куликов А.М. Актуальные вопросы артериальных гипертоний в пубертатном периоде // – Л. – 1993.-С. 32.

10. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в работе врача общей практики // Журнал Кардиология Узбекистана. – 2006. - №1. – С. 17-20.
11. Ситина В.К, Дмитриев В.И, Шипова В.М и др. Оценка эффективности мероприятий по борьбе с артериальной гипертензией в ЛПУ// Здравоохранение РФ. - 2005. - №1. – С. 17-24.
12. Чазов Е.И. Проблемы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России и СНГ // Кардиология Узбекистана. – 2010. - №2-3. – С. 26-29.
13. Battagay K. Modern therapy of hypertension // Schweiz Rundesch Med Prax, 2003, 92(50): p.2153-2157
14. Connor M., Rheeder P., Bryer A. et al. The South African stroke risk in general practice study // A Afr Med J., 2005, 95(5): p.334-339. Журнал «Интернаука» № 19 (242), 2022 г. 48
15. Cook N., Cohen J., Herbert P. Implications of small reductions in diagnostic blood pressure for primary prevention // Arch Int Med., 1995, 155: p.701-709.
16. Falkner B. Hypertension in children // Pediatr Arm, 2006, 35(11): p.795-801.
17. Gray A., Raikou M., McGuire A. et al. Cost effectiveness of on intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomized controlled // BMJ, 2000, 320: p.1373-1378.
18. Hanon O. Management of hypertension in the very elderly // Press Med, 2002, 35(6Pt2): p.1047-1053.
19. London G. Role of arterial wall properties in the pathogenesis of systolic hypertension // AM J Hypert., 2005, 18: p.195-225.
20. Os I., Oparil S., Gerdt E. et al. Essential hypertension in women // Blood Pres, 2004, 13(5): p.272- 278.
21. PROGRESS. Collaborative Group Randomized trial of penndopnl-based blood pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke and transient ischemic attack // Lancet, 2001, 358: p.1033-1041.
22. Stewart J., McCredie M., Williams S. et al. The enigma of hypertensive ESRD: observation on incidence and trends in 18 European, Canadian, and Assian-Pacific populations, 1998 to 2002 // AM J Kidney Dis, 2006, 48(2): p.183-191._