

Технологія профілактики артеріальної гіпертензії та її ускладнень серед сільських мешканців північної Буковини з урахуванням факторів ризику

Резюме. На основі досліджень авторами розроблена технологія профілактики артеріальної гіпертензії (АГ) та її ускладнень з урахуванням впливу факторів ризику, яка адаптована до умов та можливостей практичної охорони здоров'я. Дана технологія надзвичайно ефективна щодо зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення від артеріальної гіпертензії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, профілактика, сільське населення, фактори ризику, профілактичні технології.

Резюме. На основе исследований авторами разработана технология профилактики артериальной гипертензии (АГ), а также ее осложнений с учетом влияния факторов риска, которая адаптирована к условиям и возможностям практического здравоохранения. Данная технология особенно эффективна для снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения при артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, профилактика, сельское население, факторы риска, профилактические технологии.

Summary. On the basis of studies the authors have developed a technology of preventing arterial hypertension (AH) and its complications with due regard for the effect of risk factors with is adapted to the conditions and potentialities of practical health protection. It is very efficient, pertaining to a decrease of disease incidence, invalidism and mortality rate of the population from AH.

Key word: arterial hypertension, prevention, rural population, risk factors, prophylactics technologies.

Аналізуючи сучасні економічні, соціальні та демографічні процеси на селі можна констатувати їх негативний вплив на стан здоров'я сільського населення (СН), а також на роботу органів та закладів охорони здоров'я (ОЗ) сільськогосподарських регіонів. Занепад сільського господарства аж ніяк не сприяє підвищенню соціально-економічного добробуту СН, зниженню смертності, захворюваності та інвалідності від хвороб системи кровообігу, зокрема артеріальної гіпертензії (АГ).

Розв'язати цю проблему можливо лише у профілактичній площині, застосовуючи профілактичні технології, адаптовані до регіональних особливостей розвитку й перебігу АГ у СН, та за умови покращення економічної ситуації в сільському господарстві й ОЗ на селі як на регіональному так і на державному рівнях [5].

У ХХІ столітті проблема АГ і надалі привертає дослідників, оскільки вона дедалі поширюється і є основною причиною інвалідизації та смертності населення. Так, дослідження, проведені Інститутом кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска, виявили, що підвищений (?140/90 мм.рт.ст.) артеріальний тиск (АТ) мають майже 44% дорослого населення України [6, 7].

Дослідження українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності свідчать, що у 2003 році показники первинної інвалідності від АГ на 10 000 дорослого населен-

ня знизилися у порівнянні з такими у 1999 році на 35,7 % (з 1,4 до 0,9), а на 10 000 населення працездатного віку — на 20 % (з 1,5 до 1,2) відповідно.

Хоча у 2003 році мали зниження середніх показників інвалідності від АГ дорослого та працездатного населення по Україні загалом, в окремих областях спостерігається їх зростання, зокрема у Вінницькій (1,9—2,1), Волинській (1,7—1,9), Одеській (1,8—2,2), Рівненській (2,0—2,2), Черкаській (1,7—2,0) та Чернівецькій (2,4—2,9) областях (середній в Україні 0,9—1,2 на 10000 населення відповідно) [3].

З огляду на це необхідно поєднати наукові досягнення і практичні зусилля для створення ефективних профілактичних технологій, при цьому профілактичні заходи повинні ґрунтуватись не тільки на загальних закономірностях виникнення та перебігу АГ, а й на обліку специфічних особливостей кожної окремої популяції.

Виникнення й перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику. У результаті досліджень найбільш впливовими щодо розвитку АГ виявилися такі фактори біологічного та соціально-культурного характеру, як: професійне нервово-психічне напруження, стійке порушення сну, статеві та вікові особливості, зловживання спиртними напоями, куріння, сімейна спадковість, постійна конфліктність у сім'ї та колективі, нерациональний відпочинок, надлишкова маса тіла,

каш
итет

ОІ
ІХ
ІМ
КУ

анції
стей
ості,
ику,

ной
на к
для
ска,

sion
ten-
fism

35,7
ного

иків
все-
пос-
9—
2,2),
та
0,9

нен-
вних
ичні
к за-
іліку
ці.
істю
льш
тори
яс
по-
ван-
ість,
не-
пла,

ожиріння, невикористання засобів фізичної культури в режимі праці та відпочинку, низька медична активність населення, особливо в сезони сільськогосподарських робіт, кліматичні умови [2].

На основі результатів комплексного дослідження розроблена система профілактики АГ та прогнозування ускладнень від неї у хворих на АГ у сільській місцевості. Методом випадкової вибірки хворих на АГ з ознаками ускладнень і без них розподілено на основну та контрольну групи по 50 чоловік у кожній. Хворі на АГ без ознак гострих ускладнень склали першу групу, а хворі на АГ з ознаками гострих ускладнень — другу групу.

Після ретельного аналізу ознак було виділено 22 фактори прогнозування ускладнень від АГ. До програми розробки включено ознаки з корелятивним зв'язком менше 0,5 коефіцієнта кореляції. У подальшому на основі методу лінійних дискримінантних функцій розраховані дискримінантні індекси. Для спрощення розрахунків з прогнозування дискримінантні індекси перетворено в прогностичні коефіцієнти (ПК) за формулою і складено робочу таблицю.

На основі встановлених закономірностей розроблено і апробовано комплекс медико-соціальних заходів, спрямованих на вдосконалення профілактики АГ та її ускладнень.

Індивідуальний ризик гострих ускладнень за АГ визначається за наявності у хворого ознак, перерахованих у робочій карті прогнозування ускладнень від АГ шляхом знаходження та ділення на 100 суми ПК. На основі розрахунків виділено три прогностичні групи:

I — група сприятливого прогнозу з сумою ПК менше 36,1;

II — група несприятливого прогнозу з сумою ПК більше 49,2;

III — група сумнівного прогнозу з сумою ПК від 36,1 до 49,2 (потребує додаткового обстеження) (додаток 1) [1, 2].

Наприклад, хворий А. віком 54 роки, тракторист, праця з високим ступенем фізичного напруження; спокійний, образливий; харчується нерегулярно, злов-

живає спиртними напоями, курить; відпочинок проводить нерационально, побутові умови задовільні, АГ помірно підвищений. Скаржиться на періодичні головний біль у потиличній ділянці, нервову напругу в кінці дня. Надає перевагу самолікуванню, на диспансерному спостереженні не перебуває.

Ризик гострих ускладнень від АГ можна розрахувати за такою формулою: $P = \sum PK / 100$, де P — ризик гострих ускладнень АГ; ПК — прогностичний коефіцієнт; 100 — перерахунковий коефіцієнт.

$P = (363 + 688 + 50 + 21 + 706 + 46 + 184 + 20 + 144 + 339 + 393 + 120 + 192 + 41 + 138 + 353 + 64 + 426 + 410 + 349 + 146 + 350 + 426) / 100 = 5969 / 100 = 59,69$

Отже, ризик гострих ускладнень від АГ у цього хворого вищий за середній, тому його слід включити до групи несприятливого прогнозу.

Керуючись даною методикою, лікар (дільничний терапевт, сімейний лікар) повинен розрахувати суму ПК пацієнта, визначити його групу ризику та зробити відмітку в медичній карті амбулаторного хворого або медичній карті стаціонарного хворого. На основі визначеної групи ризику лікар складає план лікувально-діагностичних та оздоровчих заходів з метою профілактики АГ та її ускладнень.

Особливе значення у запобіганні АГ та її ускладнень мають профілактичні технології, які забезпечують раннє виявлення захворювання та попередження виникнення ускладнень від нього, з урахуванням факторів ризику в певному регіоні. Модель таких заходів наводимо у вигляді схеми (додаток 2) [4].

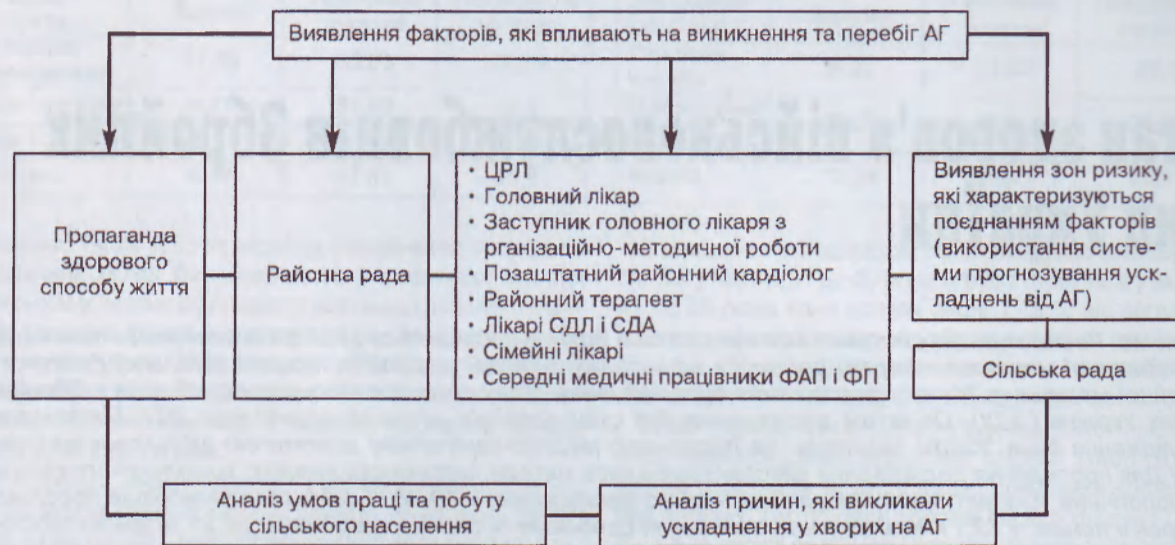
Висновок. На основі проведеного дослідження авторами розроблено технологію профілактики АГ та її ускладнень з урахуванням впливу керованих та некерованих факторів ризику, яка є адаптованою до реальних умов та можливостей практичної охорони здоров'я певного регіону, а також надзвичайно ефективна щодо зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю, частоти й тяжкості інвалідності та смертності населення від АГ.

Додаток 1. КАРТА ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ВІД АГ

Порядковий номер фактора	Ознака	Назва інформативних ознак	Прогностичні коефіцієнти
1	Стать	Жіноча Чоловіча	726 363
2	Вік	До 20 років 29—39 40—49 50 і старше	172 344 516 688
3	Особливості праці	Фізична праця Розумова праця Фізично-розумова праця	50 100 75
4	Фізична напруги	Низька Середня Висока	7 14 21
5	Нервово-психічна напруга	Низька Середня Висока	353 706 1059
6	Взаємостосунки в сім'ї та колективі	Стриманий Конфліктний Затаєний Образливий	46 92 138 184

7	Режим харчування	Регулярний Нерегулярний	10 20
8	Домінуючі продукти в харчуванні	Молочні Рослинні М'ясні Додаткове підсолоння	48 96 144 192
9	Куріння	Не курить Рідко курить Постійно курить	113 226 339
10	Вживання алкоголю	Не вживає Рідко Помірно Зловживає	131 262 393 524
11	Фізична активність	Заняття спортом Ранкова гімнастика Щоденні прогулянки Сидячий спосіб життя	40 80 120 160
12	Відпочинок	Регулярний Поєднаний з роботою Майже не відпочиває	48 96 144
13	Побутові умови	Задовільні Незадовільні	41 82
14	Сон	Спокійний Нерегулярний Безсоння	353 706 1059
15	Наявність АГ у батьків	Немає По лінії батька По лінії матері	138 276 416
16	Супутні захворювання	Немає Аритмія Стенокардія Цукровий діабет	64 128 192 256
17	Значення АТ	Норма Знижений Підвищений Різко підвищений	142 284 426 568
18	Гіпертонічні кризи	Не було Рідкі Часті	410 820 1230
19	Стадії ГХ	I II III	349 690 1035
20	Наявність та характер головного болю	Відсутній З'являється у скронях та тім'яній ділянці в кінці робочого дня З'являється зранку в потилічній ділянці та підсилюється при напруженні Розлитий і підсилюється у горизонтальному положенні, з'являється вранці	73 146 219 292
21	Вага тіла	Нормальна Надлишкова Ожиріння	175 350 525
22	Диспансерне спостереження	Регулярне Нерегулярне Відсутнє	213 426 639

Додаток 2. Схема профілактики аг та її ускладнень, що включає облік факторів ризику біологічного та соціально-культурного характеру



Список літератури

1. Кардаш В.Е. Особенности профилактики гипертонической болезни и ее осложнений среди сельского населения // Автореферат диссертации. — Київ, 1990. — 25 с.
2. Кардаш В.Е., Ясинський Ц.В., Кардаш Г.Я. Система масової профілактики гіпертонічної хвороби та її ускладнень, що враховує біологічні та соціально-культурні фактори ризику, серед сільського населення // Лікарська справа. — Київ, — 2004. — Вип. 2. — С. 78—81.
3. Лисунець О.М., Омельницька Л.В., Танбура О.В. Встановлення первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби та її ускладнень у пацієнтів працездатного віку // Матеріали української науково-практичної конференції «Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». — Київ, 2004. — С. 95.
4. Навчук І.В., Кардаш В.Е. Профілактика артеріальної гіпертензії у населення сільської місцевості: Методичні рекомендації. — Чернівці, 2004. — 24 с.
5. Нетяженко В.З. Артеріальна гіпертензія — захворювання ХХІ століття // Проблеми медицини. — 1999. — № 1—21, — С. 17—21.
6. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я // Посібник для поліпшення якості роботи. — CINDI Україна. — Київ, 1999. — С. 40 — 53, 85—95.
7. Рекомендації українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії // Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. — Київ, 1999. — 51 с.