

## МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

**Д. Зинатуллина**, кандидат медицинских наук,  
**С. Садреева**, доктор медицинских наук  
Самарский государственный медицинский университет  
**E-mail:** dsadri@mail.ru

*Наиболее значимыми модифицированными факторами риска у больных артериальной гипертензией (АГ) жителей села оказались курение и алкоголь (особенно среди мужского населения); психоэмоциональное напряжение и стрессы; нарушения питания. Оценка здоровья и факторов риска АГ обуславливают необходимость разработки программы, направленной на оптимизацию профилактики заболевания у данного контингента населения.*

**Ключевые слова:** кардиология, модифицированные факторы риска заболевания, артериальная гипертензия, сельские жители.

В предоставленном в 2012 г. докладе ВОЗ отмечено, что у каждого 3-го взрослого жителя Земли отмечается повышенное артериальное давление (АД). В России, по данным эпидемиологического исследования [1], распространенность артериальной гипертензии (АГ) составляет 44%. Из всех больных с АГ только 73% осведомлены о наличии у них заболевания, 50% принимают антигипертензивные препараты, но только у 23% достигнут контроль АД. От сердечно-сосудистых заболеваний умирают в год 1,3 млн россиян [2].

В развитии и прогрессировании АГ важную роль играют факторы риска (ФР) [3]. Для проведения профилактических мероприятий важны модифицированные ФР; основными из них при АГ признаны стрессы, избыточная масса тела, гиподинамия, склонность к повышенному употреблению соли, злоупотребление алкоголем, табакокурение. Эти факторы, по заключению многих ученых, прямо или косвенно влияют на возникновение и развитие заболевания [4].

Состояние здоровья сельского населения нашей страны вызывало и вызывает серьезную озабоченность отечественных исследователей. Особенно неблагоприятные тенденции сложились в последние 20 лет. Сельское население хуже городского обеспечено медицинской помощью (это касается как ее объема, так и качества). Кроме этого, низкий уровень доходов жителей села значительно ухудшает качество их жизни. Масштабность заболеваний, неуклонный рост числа больных подтверждают необходимость своевременного выявления лиц, входящих в группу риска развития АГ, а также усиления лечебно-оздоровительной работы, в том числе и среди сельского населения Самарской области [5].

По мнению Р. Эльдара [6], качество реализации профилактических мер во всем мире определяется соответствием теоретической эффективности практической, иными словами, тем, до какой степени соблюдались принятые критерии и стандарты профилактической работы.

Неотъемлемой частью мероприятий по максимальному снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти при АГ являются повышение медицинской информированности больных о заболевании, осведомленности о факторах риска и готовность к их коррекции; создание партнерских отношений с пациентами; формирование эффективного контроля и самоконтроля АД; адекватная многофакторная вторичная профилактика АГ, включающая, наряду с медикаментозным и немедикаментозным лечением, профилактические вмешательства в виде скрининг-обследования и терапевтического обучения больных – «ШАГ» [7].

Целью данного исследования было изучение особенностей проявления основных модифицированных ФР у больных АГ сельских жителей для оптимизации профилактики заболевания.

Подбор пациентов осуществлен в соответствии с задачами исследования. Обследовали 780 человек из сел Самарской области, постоянно проживающих в регионе и находящихся на диспансерном наблюдении в связи с гипертонической болезнью (ГБ). Мужчины составляли 37,7%, женщины – 62,3%; средний возраст обследованных – 52,5±11,9 года (у мужчин – 49,1±11,9 года, у женщин – 54,1±11,6 года). Средняя длительность заболевания АГ – 7,9±3,7 года (M±σ).

Степень АГ определяли в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению АГ (2008, 2010). В структуре больных АГ жителей

Самарской области преобладали пациенты с I степенью АГ (41%). Данные о распределении обследованных по занятости представлены на рис. 1. Среднее специальное и среднее образование имели соответственно 44,6 и 37,7% обследованных, высшее – 14,6%, неполное среднее – 3,1%.

Характеристика больных АГ сельских жителей региона представлена в табл. 1. Большинство (54,1%) составили женщины; длительность заболевания АГ у них была более 7 лет.

В исследовании были использованы различные методы: клиническое обследование, анкетирование, анализ документов, статистический анализ. Для получения первичной информации о больных АГ использовались методы социологического исследования по разработанным нами анкетам: «Выявление факторов риска различных хронических заболеваний» и «Факторы, влияющие на развитие АГ».

Анкеты включали вводную (с целью получения информации для определения социально-демографических характеристик опрашиваемых) и основную части – 3 блока вопросов, направленных на изучение конкретных задач исследования:

- об АГ (уровень АД и его суточные колебания, длительность ГБ, перенесенные осложнения, сопутствующие заболевания, вид физических нагрузок и труда);
- о факторах, влияющих на АД (употребление алкоголя, курение, гиподинамия, склонность к полноте, уровень холестерина, сахара в крови, о правилах измерения и контроля АД);
- о лечении АГ (информированность о принципах и регулярности лечения, медикаментозном и немедикаментозном лечении, использовании методов традиционной медицины, мер во время криза, наличие и содержание домашней аптечки для оказания неотложной помощи).

Определение никотиновой зависимости проводили по тесту Фагерстрема и оценивали ее по 10-балльной шкале: 0–3 балла – умеренная степень никотиновой зависимости («Больным, вероятно, удастся бросить курить, не прибегая к медикаментозным средствам»); 4–6 баллов – средняя степень («Больные вполне способны бросить курить»); 7–10 баллов – высокая степень зависимости с необходимостью использования медицинских средств, чтобы помочь пациенту бросить курить.

Выявленные при анкетировании больных и из медицинской документации (выкопировка амбулаторных карт) основные ФР развития АГ представлены в табл. 2. Нами установлено, что у большинства обследованных был отягощенный анамнез

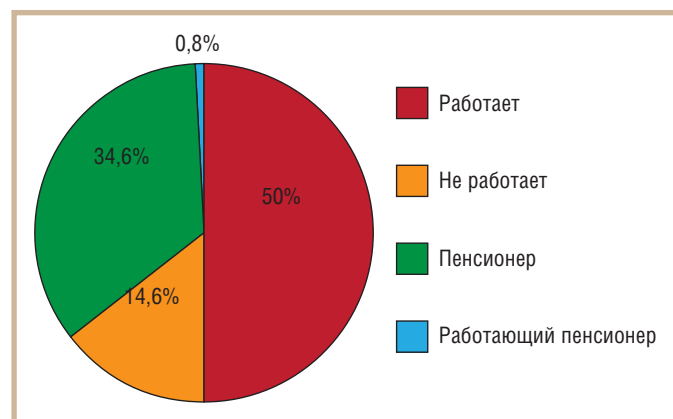


Рис. 1. Распределение обследованных с учетом занятости; %

Показатель	Мужчины (n=294)	Женщины (n=486)	Все больные (n=780)
Возраст, годы	49,1±11,9	54,1±11,6	52,5±11,9
Длительность АГ, годы	7,2±3,3	7,9±3,2	7,70±3,24
Рост, см	172,7±5,5	163,8±5,3	167,2±6,9
Масса тела, кг	80,8±15,4	77,3±14,6	78,6±15,0
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,1±4,6	28,8±5,1	28,2±5,0
САД, мм рт. ст.	160,6±19,0	163,4±24,7	162,3±22,7
ДАД, мм рт. ст.	95,1±10,4	96,2±10,9	95,8±0,7
АД <sub>ср.</sub> , мм рт. ст.	116,9±12,3	118,7±14,7	118,0±13,9

**Примечание.** ИМТ – индекс массы тела, САД – систолическое, ДАД – диастолическое, АД<sub>ср.</sub> – среднее артериальное давление.

по сердечно-сосудистым заболеваниям (64,6%), многие (50,3%) курили (среди мужчин – 64,8%), употребляли алкоголь – 31,5% (среди мужчин – 87,8%), испытывали высокий уровень психоэмоционального напряжения и стресса (86,2%), особенно женщины (64,0%), допускали нарушения (70,3%) в питании (пересаливание пищи, несоблюдение диеты, повышенное употребление жиров и углеводов), но 74,6% респондентов «реально не оценивали свою массу тела». В то же время у опрошенных установлена достаточно высокая двигательная активность (гиподинамия – только у 23,8%), что связано со спецификой сельскохозяйственного труда и особенностями быта сельских жителей.

Модифицированные ФР АГ респондентов с учетом пола и возраста представлены в табл. 3 и 4. Среди сельских жите-

лей с АГ погрешности и нарушения в питании выявлены у 548 (70,3%), чаще – у женщин (не соблюдали диету 57,7%), особенно в возрасте 50–59 лет. Среди мужчин наиболее часто погрешности в питании отмечены в возрасте 50–59 лет (17,1%), далее следовали группы 30–39 лет (8,8%), 60–69 лет (7,3%) и 40–49 лет (6,6%), в то время как среди женщин – группы 50–59 лет (21,2%), 40–49 (16,4%), 60–69 лет (9,5%) и старше 69 лет (6,3%). Таким образом, наиболее часто нарушения и погрешности в питании у мужчин и женщин встречались в возрасте 50–59 лет.

Гиподинамию у больных мы оценивали, как предложено Н.В. Олейниковой, по показателям «физически неактивен» или «с малой физической активностью». Лица, ведущие сидячий образ жизни >5 ч в день, рассматривались как «физически неактивные», а при нагрузке в виде ходьбы <30 мин или физической нагрузке <30 мин в день – как «мало физически активные». У значительной части сельских жителей, страдающих АГ, зафиксирована достаточная двигательная активность, а 186 (23,8%) больных АГ отметили малую физическую активность.

Одним из основных факторов, определяющих распространенность АГ в общей популяции, является ожирение. Респонденты, считающие свою массу тела избыточной, составили 1/3 (265 человек); в этой группе мужчины составили 27,5%, женщины – 72,5%; преобладали

женщины 50–59 лет (24,5%) – 1-й ранг, затем – 60–69 лет (15,5%) – 2-й ранг и старше 70 лет (12,9%) – 3-й ранг.

К курильщикам (курили время от времени или ежедневно), относился каждый 2-й житель села, страдающий АГ: 50,3% мужчин и 35,8% женщин; при этом мужчины (преимущественно старше 50 лет) курили почти в 2 раза больше ( $p < 0,05$ ).

На употребление алкоголя указали 87,8% страдающих АГ мужчин и 12,2% женщин. Наиболее высокие показатели употребления алкоголя у мужчин установлены в возрасте 50–59 лет (29,3%) и 40–49 лет (22,0%).

Определена высокая распространенность психологических ФР в исследуемых группах по полу и возрасту. Психоземotionalно-

Таблица 2  
Основные факторы риска АГ сельских жителей Самарской области; %

ФР	Мужчины	Женщины	Всего
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	40,5	59,5	64,6
Погрешности и нарушения питания	42,3	57,7	70,3
Избыточная масса тела	27,8	72,2	34,1
Гиподинамия	19,4	80,6	23,8
Табакокурение	64,8	35,2	50,3
Употребление алкоголя	87,8	2,2	31,5
Психоземotionalное напряжение и стресс	36,0	64,0	86,2

Таблица 3  
Распределение обследованных с учетом нарушения питания, гиподинамии и избыточной массы тела; n (%)

Возраст, годы	Нарушения питания (n=548)			Гиподинамия (n=186)			Избыточная масса тела (n=265)		
	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего
До 29	10 (1,8)	4 (0,7)	<b>14 (2,5)</b>	–	6 (3,2)	<b>6 (3,2)</b>	2 (0,8)	4 (1,5)	<b>6 (2,3)</b>
До 39	48 (8,8)	20 (3,6)	<b>68 (12,4)</b>	–	24 (12,9)	<b>24 (12,9)</b>	8 (3,0)	16 (6,0)	<b>24 (9,0)</b>
До 49	36 (6,6)	90 (16,4)	<b>126 (23,0)</b>	6 (3,2)	42 (22,6)	<b>48 (25,8)</b>	21 (7,9)	32 (12,1)	<b>53 (20,0)</b>
До 59	94 (17,1)	116 (21,2)	<b>210 (38,3)</b>	18 (9,7)	48 (25,8)	<b>66 (35,5)</b>	28 (10,5)	65 (24,5)	<b>93 (35,1)</b>
До 69	40 (7,3)	52 (9,5)	<b>92 (16,8)</b>	12 (6,5)	6 (3,2)	<b>18 (9,7)</b>	12 (4,5)	41 (15,5)	<b>53 (20,0)</b>
69 и старше	4 (0,7)	34 (6,3)	<b>38 (7,0)</b>	–	24 (12,9)	<b>24 (12,9)</b>	2 (0,8)	34 (12,9)	<b>36 (13,6)</b>
Всего	232 (42,3)	316 (57,7)	<b>548 (100)</b>	36 (19,4)	150 (80,6)	<b>186 (100)</b>	73 (27,5)	192 (72,5)	<b>265 (100)</b>

Таблица 4  
Распределение обследованных с учетом табакокурения, потребления алкоголя, психоземotionalного напряжения и стресса; n (%)

Возраст, годы	Табакокурение (n=392)			Употребление алкоголя (n=246)			Психоземotionalное напряжение и стресс (n=673)		
	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин	всего
До 29	12 (3,1)	6 (1,5)	<b>18 (4,6)</b>	6 (2,4)	–	<b>6 (2,4)</b>	10 (1,5)	4 (0,6)	<b>14 (2,1)</b>
До 39	47 (12,0)	19 (4,8)	<b>66 (16,8)</b>	42 (17,1)	–	<b>42 (17,1)</b>	62 (9,2)	30 (4,5)	<b>92 (13,7)</b>
До 49	42 (10,7)	30 (7,7)	<b>72 (18,4)</b>	54 (22,0)	6 (2,4)	<b>60 (24,4)</b>	42 (6,2)	133 (19,7)	<b>175 (25,9)</b>
До 59	101 (26,1)	67 (16,8)	<b>168 (42,9)</b>	72 (29,3)	24 (9,8)	<b>96 (39,1)</b>	76 (11,3)	148 (22,0)	<b>224 (33,3)</b>
До 69	44 (11,2)	18 (4,6)	<b>62 (15,8)</b>	36 (14,6)	–	<b>36 (14,6)</b>	46 (6,9)	62 (9,2)	<b>108 (16,1)</b>
69 и старше	6 (1,5)	–	<b>6 (1,5)</b>	6 (2,4)	–	<b>6 (2,4)</b>	6 (0,9)	54 (8,0)	<b>60 (8,9)</b>
Всего	252 (64,2)	140 (35,8)	<b>392 (100)</b>	216 (87,8)	30 (12,2)	<b>246 (100)</b>	241 (36,0)	431 (64,0)	<b>673 (100)</b>



Рис. 2. Распределение обследованных по SCORE; %

нальное напряжение и повышенный уровень стресса испытывали большинство респондентов – 673 (86,2%); они связывали это с особенностями сельскохозяйственного производства, спецификой быта, сложным социальным и экономическим положением, недостаточной материальной обеспеченностью. Наиболее часто указанные изменения выявлены в возрасте 50–59 лет – у 22,0% женщин и 11,3% мужчин. На 2-м месте были мужчины 30–39 лет (9,2%) и женщины 40–49 лет (19,7%), на 3-м – обследованные 60–69 лет (6,9% мужчин и 9,2% женщин).

Степень никотиновой зависимости определяли по тесту Фагерстрема; она составила  $6,8 \pm 2,4$  балла, что свидетельствует о средней ее степени у сельских жителей, страдающих АГ.

Большинство больных АГ не были полностью охвачены необходимыми лабораторными и инструментальными исследованиями, рекомендованными ВНОК. Данные электрокардиографии имелись у 70,8%, эхокардиографии – у 20,8%, офтальмоскопии – у 4,1% пациентов; среди прошедших дополнительные методы обследования высокие показатели общего холестерина ( $6,23 \pm 0,2$  ммоль/л) и липопротеидов низкой плотности ( $3,6 \pm 0,3$  ммоль/л) были отмечены у 76,1% больных с признаками гипертрофии левого желудочка.

Модифицированные ФР АГ изучены нами и с целью оценки общего суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР). Стратификация ЦСР осуществлялась по модели SCORE (рис. 2). Как следует из полученных данных, у многих отмечен высокий и очень высокий, а у каждого 4-го – умеренный ЦСР.

Это подтверждает высокую потребность в коррекции модифицированных ФР у жителей села, страдающих АГ. Необходимо усилить работу на селе по мотивации жителей к изменению образа жизни, отказу от вредных привычек, повысить информированность и комплаенс пациентов. Реализация программ, направленных на оптимизацию вторичной профилактики АГ у сельских жителей, позволит улучшить прогноз и качество жизни больных.

## Литература

1. Бойцов С.А. и др. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2014; 4: 4–14.
2. Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиол. журн. – 2006; 60 (4): 45–50.
3. Vasan R. et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study // JAMA. – 2002; 287: 1003–10.
4. Батыралиев Т.А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике (исследование STEPS) // Кардиология. – 2016; 11: 86–90.
5. Зинатуллина Д.С., Садреева С.Х. Здоровье сельских жителей: основные проблемы, специфика организации медицинской помощи. Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе: Материалы Межрегиональной научно-практ. конф., посвящ. 25-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования. 01.12.2015. Самара, 2015; с. 177–83.
6. Рейбен Э. Оценка качества профилактической медицины // Менеджер здравоохранения. – 2006; 8: 58–62.
7. Садреева Д.С., Крюков Н.Н. Вторичная профилактика артериальной гипертонии у сельских жителей. Материалы III Съезда кардиологов Приволжского федерального округа «Кардиология ПФО: возможности и перспективы». Самара 24–26 ноября 2010. 2010; с. 65–6.

## MODIFIABLE RISK FACTORS OF HYPERTENSION IN RURAL RESIDENTS

*D. Zinatullina, Candidate of Medical Sciences; S. Sadreeva, MD  
Samara State Medical University*

*The most significant modifiable risk factors in hypertensive patients from rural areas have been proven to be smoking and alcohol (among males in particular); psychoemotional tension and stresses; malnutrition. Assessment of health and risk factors of hypertension necessitates the development of a program aimed at optimizing the prevention of the disease in this population*

**Key words:** cardiology, modifiable risk factors, hypertension, rural residents.