

УДК: 616.12-008.331.1(470.43)

МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

© 2009 Н.Н. Крюков, Д.С. Садреева
Самарский государственный медицинский университет
Статья получена 03.09.2009 г.

Изучена распространенность модифицированных факторов риска и проведена оценка качества жизни 390 сельских жителей, больных АГ из 16 районов Самарской области, средний возраст – $52,5 \pm 11,9$ лет, преимущественно с 1 степенью АГ. В исследовании использовались разработанные автором анкеты – «Выявление факторов риска различных хронических заболеваний у лиц трудоспособного возраста»; «Факторы, влияющие на развитие АГ»; для оценки КЖ применялся опросник SF-36. Результаты работы позволяют утверждать, что из факторов риска у больных АГ, жителей села, наиболее значимы – курение и алкоголь, особенно среди лиц мужского пола; высок уровень психоэмоционального напряжения и стресса; значительно число лиц, имеющих погрешность и нарушения в питании, но реально не оценивающих свою массу тела; в тоже время у сельских жителей, больных АГ, достаточно высокая двигательная активность. Качество жизни сельских жителей снижено ($p < 0,05$). Это обуславливает необходимость разработки программы, направленной на оптимизацию профилактики заболевания, у данного контингента населения.

Ключевые слова: *артериальная гипертония, сельские жители Самарской области, факторы риска артериальной гипертонии, качество жизни*

В последнее время в структуре заболеваемости и смертности доминирующее место заняли болезни, связанные с изменением экологического состояния окружающей среды, с влиянием на человека производственных и социальных факторов в условиях научно-технического прогресса. Неблагоприятная экологическая обстановка оказывает влияние и на формирование сердечно-сосудистой патологии и ассоциированных факторов риска артериальной гипертонии (АГ). Рост заболеваемости АГ тесно связан с экологическими, социально-экономическими условиями, а также с образом жизни, привычками, питанием, взаимоотношениями с окружающими [1, 2]. АГ без преувеличения можно назвать глобальной проблемой современной медицины. По данным, опубликованным в журнале *Lancet*, в настоящее время в развивающихся странах число больных с повышенным АД составляет 639 млн., в развитых – 333 млн. человек [3]. От сердечно-сосудистых заболеваний умирают в год 1,3 млн. россиян [4].

В развитии и прогрессировании заболевания важную роль играют факторы риска (ФР) [5, 6]. Для проведения профилактических мероприятий важны модифицированные ФР АГ, основными из них признаются – 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 [7]. В зависимости от сочетания величины АД, ФР и сопутствующих заболеваний, пациент при вынесении диагноза АГ должен быть отнесен к одной из четырех групп риска развития сердечно-сосудистой катастрофы. Данные литературы свидетельствуют об ухудшении качества жизни (КЖ) у пациентов с АГ [8]. Клинические исследования, проведенные зарубежными и отечественными учеными, демонстрируют возможности улучшения жизненного прогноза и КЖ больных АГ при проведении адекватной терапии, позитивной мотивации и огромном труде со стороны самого больного по преодолению своего недуга и профилактике ФР [9]. Научные работы, посвященные изучению различных аспектов здоровья сельских жителей, подтверждают влияние многих факторов – экологических, социально-экономических, демографических, территориальных, культурных, характерных для современного сельского социума, на их жизнедеятельность [10-12].

Особенность организации медицинской помощи сельскими пациентам обусловлена: характером расселения жителей деревень и сел; радиусом обслуживания ФАПов и ЦРБ; сезонностью работ; воздействием погодных условий при выполнении полевых работ; специфическими условиями трудового процесса – контакт с животными, с удобрениями, с пестицидами (ядами) и другими экологическими факторами (характером питьевой воды, загрязненностью почвы); работой с движущимися механизмами (косилками, на тракторах и др.); неустроенностью хозяйственно-бытовой

*Крюков Николай Николаевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой внутренних болезней
Садреева Дилара Сабировна, аспирантка.
E-mail: dsadri@mail.ru*

деятельности и быта; регионально-национальными особенностями, обычаями, традициями; культурно-образовательным уровнем [13]. Слабая обеспеченность медицинскими кадрами сельских лечебно-профилактических учреждений, кроме этого низкий уровень доходов жителей села, значительно снижают и ухудшают их жизнь [11,14].

Цель исследования – изучение распространенности ФР и оценка КЖ у больных АГ, сельских жителей Самарской области.

Материал и методы исследования. Было обследовано 390 человек из 16 районов Самарской области, постоянно проживающих и находящихся на диспансерном наблюдении («Д») с заболеванием АГ; из них 37,7% мужчин и 62,3% женщин, средний возраст

52,5±11,9 лет (преобладали лица старше 50 лет, сохранившие трудовые функции, в основном женщины). Определение степени артериальной гипертензии проводилось в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2008 г. В структуре больных АГ жителей Самарской области во всех исследуемых группах статистически достоверно преобладали больные с 1 степенью АГ (рис. 1). Распределение обследованных по образованию, социальному статусу и занятости представлено на рисунках 2 и 3. Значительная часть исследуемых имели среднее специальное и среднее образование, соответственно 44,6% и 37,7%, высшее – 14,6%, неполное среднее – 3,1%.

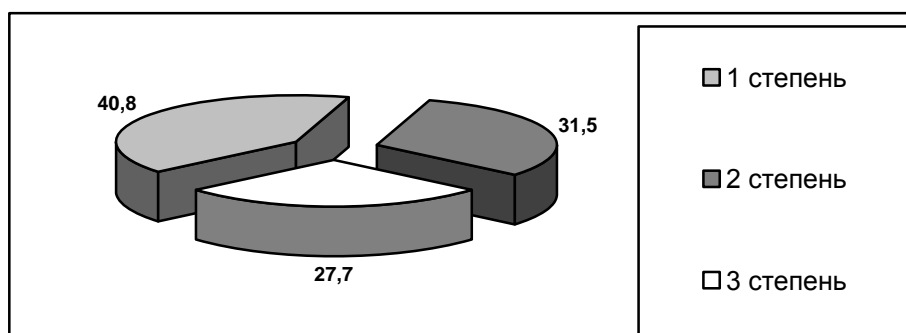


Рис. 1. Распределение сельских жителей, больных АГ по степени повышения АД, в % (p<0,05)

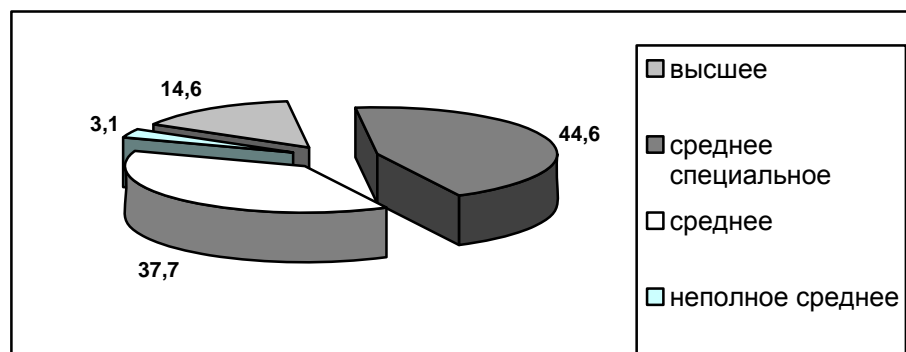


Рис. 2. Распределение сельских жителей, больных АГ по образованию, в % (p<0,05)

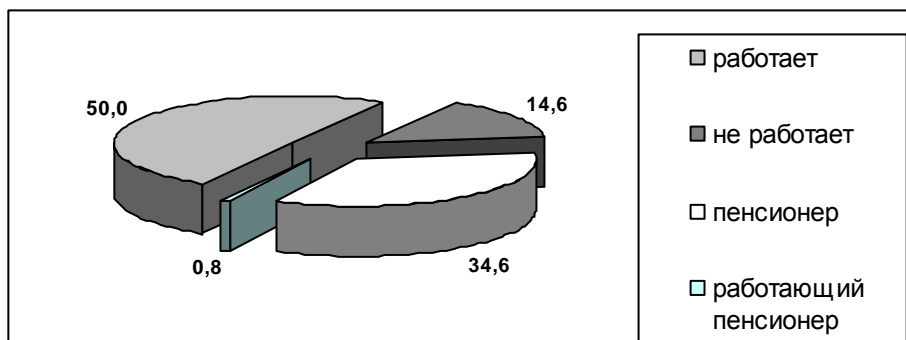


Рис. 3. Распределение сельских жителей, больных АГ по занятости, в % (p<0,05)

Наше исследование предполагало использование различных методов: клиническое обследование, анкетирование, оценку КЖ по опроснику SF-36, анализ документов, статистический анализ. Все пациенты были обследованы в соответствии с диагностическими стандартами для исключения вторичных артериальных гипертензий [15]. Критериями исключения были вторичные формы АГ, острое

нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда в течение предшествующих 6 месяцев, стенокардия III функционального класса, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, функции печени и почек. Клиническая характеристика, участвовавших в исследовании больных АГ, сельских жителей, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика больных артериальной гипертензией сельских жителей Самарской области ($p < 0,05$)

Параметры	Сельские жители ($M \pm \sigma$)		
	мужчины $n=147$	женщины $n=243$	оба пола $n=390$
Возраст (лет)	49,1±11,9	54,1±11,6	52,5±11,9
Длительность АГ (лет)	7,2±3,3	7,9±3,2	7,7±3,24
Рост (см)	172,7±5,5	163,8±5,3	167,2±6,9
Вес (кг)	80,8±15,4	77,3±14,6	78,6±15,0
ИМТ ($кг/м^2$)	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
СрАД (мм рт.ст.)	116,9±12,3	118,7±14,7	118,0±13,9

Для получения первичной информации о больных АГ использовались методы социологического исследования. В качестве инструментов исследования применялись разработанные нами анкеты: «Выявление факторов риска различных хронических заболеваний у лиц трудоспособного возраста»; «Факторы, влияющие на развитие АГ». КЖ оценивали, используя опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey). Данный опросник состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал, и позволяет оценить субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени

выраженности болевого синдрома. Показатель каждой шкалы варьирует от 0 до 100, где 100 – полное здоровье; высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [16]. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Statistica 6,0» (Statsoft, США) [17]. За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявленные основные ФР развития АГ, полученные при анкетировании больных и из медицинской документации, сельских жителей Самарской области (выкопировка амбулаторных карт), представлены в таблице 2.

Таблица 2. Основные факторы риска артериальной гипертензии сельских жителей Самарской области по полу, в % ($p < 0,05$)

№ п/п	Факторы риска АГ	Сельские жители		
		мужчины	женщины	всего
1	отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям	40,5	59,5	64,6
2	погрешности и нарушения питания	42,3	57,7	70,3
3	избыточный вес	27,8	72,2	34,1
4	гиподинамия	19,4	80,6	23,8
5	табакокурение	64,8	35,2	50,3
6	употребление алкоголя	87,8	2,2	31,5
7	психоэмоциональное напряжение и стресс	36,0	64,0	86,2

Распространенность модифицированных ФР у больных АГ сельских жителей имеет свои особенности и специфику проявления. Нами установлено, что в основной массе сельские

жители, больные АГ имеют отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям – 64,6%, значительное число их (особенно среди лиц мужского пола) курят – 50,3% и

злоупотребляют алкоголем – 31,5%; испытывают высокий уровень психоэмоционального напряжения и стресса – 86,2%; отмечают погрешность и нарушения в питании (пересаливание пищи, несоблюдение диеты, повышенное употребление жиров и углеводов) – 70,3%, но реально не оценивают свою массу тела – 74,6% респондентов (рис. 4), в тоже время они характеризуются достаточной высокой двигательной активностью (гиподинамия отмечена у 23,8%), что связано со спецификой сельскохозяйственного труда и особенностями быта.

Большинство пациентов сельских жителей, больных АГ, плохо осведомлены и не полностью охвачены необходимыми лабораторными и инструментальными исследованиями, реко-

мендованными ВНОК. Так, на момент исследования, у больных АГ сельских жителей, данные ЭКГ были представлены у 70,8%, ЭХО КГ – у 20,8%, офтальмоскопии – у 4,1% пациентов. Среди лиц, прошедших дополнительные методы обследования, значительна доля больных, у которых зарегистрированы высокие показатели ОХС – $6,23 \pm 0,2$ ммоль/л, 76,1% лиц с гипертрофией левого желудочка.

Изучение модифицированных ФР АГ было проведено нами и с целью оценки общего суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР). Стратификация ССР осуществлялась по модели SCORE, результаты отражены в рис. 5.

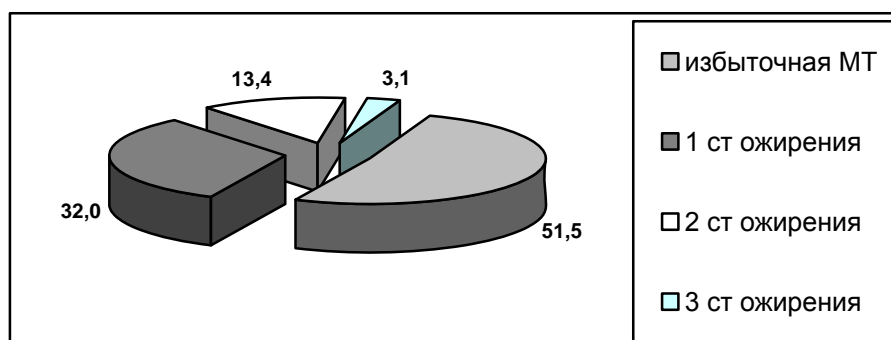


Рис. 4. Сведения о лицах, имеющих избыточную массу тела и различную степень ожирения, среди сельских жителей, больных АГ, n -291, в % (p<0,05)

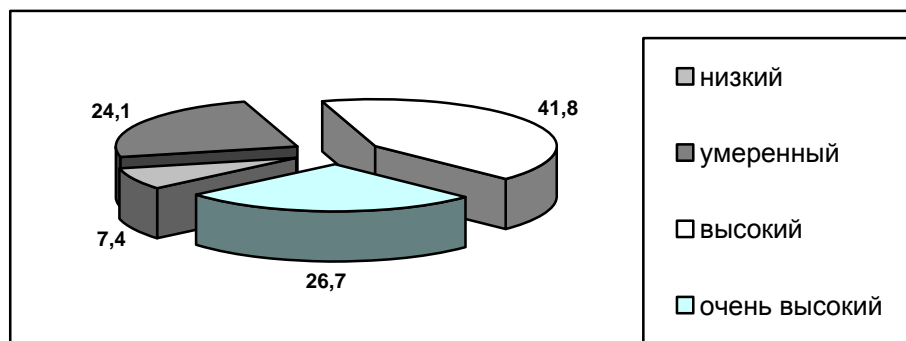


Рис. 5. Стратификация сердечно-сосудистого риска больных АГ сельских жителей Самарской области, в % (p<0,05)

Таблица 3. Данные качества жизни, физического и психологического здоровья у больных АГ сельских жителей (p<0,05)

Шкалы опросника SF-36		Сельские жители (n= 390) (M±σ)	
PF	Физическое здоровье	84,1±5,9	72,9±7,6
RP		63,7±4,7	
BP		75,0±6,0	
GH		69,1±6,4	
VT	Психологическое здоровье	61,8±6,2	56,8±3,5
SF		54,5±5,4	
RE		58,3±5,8	
MH		52,9±5,5	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Как следует из полученных данных, среди обследованных значительно число лиц, имеющих «высокий» и «очень высокий» риск развития сердечно-сосудистых катастроф, кроме этого, у каждого четвертого сельского жителя «умеренный» ССР. Таким образом, установлена высокая потребность в коррекции модифицированных ФР у жителей села, страдающих АГ, в связи с достаточно значимыми показателями уровня риска сердечно-сосудистых катастроф.

Результаты, полученные при оценки КЖ с применением опросника SF-36 (таблица 3), статистически достоверно выявили низкий показатель психологического здоровья у больных с АГ сельских жителей, неудовлетворенность их социальным функционированием и уровнем общения. Мы можем предположить, что жители села, страдающие АГ, имеют ограничения социального контакта, у них отмечается тревожность, снижено ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, что мешает выполнению работ, ограничивает повседневную деятельность, уменьшает объем труда, увеличивает затраты времени на его осуществление, снижает его качество, и это при мало измененных показателях физического компонента здоровья. Из исследования видно, что у больных АГ сельских жителей низкие показатели КЖ, особенно в компоненте психологического здоровья, что негативно влияет на развитие АГ, трудоспособность, социальную роль и жизненную активность больных.

Таким образом, выше обозначенные данные обуславливают необходимость разработки программы, направленной на оптимизацию вторичной профилактики АГ и улучшения КЖ у сельских жителей Самарской области.

Выводы.

1. Степень проявления основных модифицированных факторов риска развития АГ у больных сельских жителей имеет свои особенности и специфику.
2. В связи с высокими показателями уровня риска сердечно-сосудистых катастроф определена необходимость коррекции модифицированных факторов риска у жителей села, страдающих АГ.
3. В структуре исследуемого контингента населения преобладали лица, испытывающие высокий уровень психоэмоционального напряжения и стресса, имеющие низкий показатель качества жизни, особенно психологической составляющей ($p < 0,05$).
4. Оптимизация вторичной профилактики АГ, включая организацию «Школ артериальной гипертензии» позволит улучшить прогноз и качество жизни сельских жителей, будет способствовать мотивации их к изменению образа жизни, отказу от вредных привычек, повысит их информированность и комплаенс.

1. *Иванова, В.Д.* Спорные вопросы вторичной профилактики артериальной гипертензии в первичном звене здравоохранения / *В.Д. Иванова, Н.Н. Крюков, М.В. Логинова* // Сборник тезисов Российского национального конгресса кардиологов, 8-11 октября 2002 года. – СПб, 2002. – С.155.
2. Risk factors associated with the prevalence of arterial hypertension in adults in Buckraming/ *L.E. Bautista et al.* // Colombia Saluda Publica Mex. Spanish. - 2002. – P. 399-405.
3. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data / *P.M. Keaney et al.* // Lancet. – 2005. – V. 365. – P. 217-23.
4. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / *С.А. Шальнова* и др. // Рос.кардиол.журн. – 2006. – Т.60, №4. – С. 45-50.
5. *Lacroix, A.* Therapeutic Education of patients (New approaches to chronic illness) / *A. Lacroix, J-P. Assal* // Editions Vigot, 2000. – 203 p.
6. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study/ *R.S.Vasan et al.* // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – P. 1003-10.
7. *Гогин, Е.Е.* Гипертоническая болезнь / *Е.Е. Гогин* // М.: Медицина, 1997. – С. 3-7.
8. *Гурылева, М.Э.* Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / *М.Э. Гурылева, М.В. Журавлева, Г.Н. Алеева* // РМЖ. – 2006. – Т. 14 (10). – С. 761-763.
9. Тевеген и метаболический синдром – польза или риск? / *Э.А. Коровякова, В.К. Лепехин, Е.В. Ощепкова* и др.// Атмосфера. Кардиология: журнал для практикующих врачей. – 2004. - № 2. – С. 30-33.
10. *Зыятдинов, К.Ш.* Организация и качество медицинской помощи сельскому населению республики Татарстан: Учебно-метод, пособие / Под ред. *К.Ш. Зыятдинова, Л.И. Рыбкина* // Казань, 2005. – 153 с.
11. *Рыбкин, Л.И.* Возможные медико-организационные последствия реформирования сельского здравоохранения и некоторые пути их преодоления / *Л.И. Рыбкин* // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. – 2004. – Вып. 4. – С. 132-136.
12. Скрининг сердечно-сосудистой патологии и ассоциированных поведенческих факторов риска у жителей г. Ростова-на-Дону./ *С.Е. Глова* и др.// Российский кардиологический журнал. – 2006. – Т.3, № 59. – С. 15-19.
13. Модель управления качеством медицинских услуг в сельском здравоохранении на основе информационных технологий. / *Л.В. Каплевич* и др. // Здравоохранение. – 2006. - № 6. – С. 49-55.
14. *Галкин, Р.А.* Одинокая старость: медицинские и социальные проблемы / *Р.А. Галкин, И.А. Гехт, О.Г. Яковлев* // Под ред. *Р.А. Галкина*. – Самара, 2005. – 350 с.
15. *Крюков, Н.Н.* Вторичные артериальные гипертензии / *Н.Н. Крюков*.- Самара, 2002. – 363 с.
16. *Ware, J.E.* SF-36 Health Survey Update / *J.E. Ware* // Spine. – 2000. – Vol. 25, № 24. – P. 3130-3139.
17. *Боровиков, В.П.* STATISTICA – Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / *В.П. Боровиков, И.П. Боровиков*. - СПб.: Питер, 2003. – 688 с.

THE MODIFIED RISK FACTORS AND QUALITY OF LIFE ESTIMATION AT THE COUNTRYMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

© 2009 N.N. Kryukov, D.S. Sadreeva
Samara State Medical University
Article is received 2009/09/03

Prevalence of the modified risk factors is studied and the estimation of quality of life of 390 countrymen suffered with arterial hypertension (AH) from 16 districts of the Samara area, middle age – $52,5 \pm 11,9$ years, mainly with 1 degree of AH is lead. In research the questionnaires developed by the author - «Revealing of risk factors of various chronic diseases at working-aged patients»; "The factors influencing on the development of AH» were used; questionnaire SF-36 was applied to estimation of QL. Results of work allow to approve, that from risk factors at patients with AH - inhabitants of villages - smoking and alcohol, especially among men are most significant; the level of a psychoemotional strain and stress is high; considerably number of the patients having an error and disbalance in nutrition, but really not estimating the mass of a body; at the same time at the countrymen suffered from AH, high enough motor performance. Quality of life of countrymen is lowered ($p < 0,05$). It causes necessity of development the program referred on optimization of prophylaxis of disease at the given contingent of the population.

Key words: *arterial hypertension, countrymen of the Samara oblast, risk factors, quality of life*