

ФАКТОРИ РИЗИКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

К. В. Жавріченко

*Костянтинівський медичний коледж
ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті проаналізовано фактори ризику виникнення гіпертонічної хвороби в Україні та за її межами, а також фактори, що спричиняють виникнення цього захворювання.

FACTORS OF THE RISK OF HYPERTENSIVE DISEASE

K. V. Zhavrichenko

*Konstantynov Medical College
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University*

The article analyzes the risk factors for the occurrence of hypertension in Ukraine and beyond, as well as factors contributing to the occurrence of this disease.

Вступ. Актуальність проблеми гіпертонічної хвороби для сучасної медицини полягає у значному поширенні захворювання, відсутності ефективних методів лікування, ранньому розвитку тяжких ускладнень і смерті внаслідок них.

Гіпертонічна хвороба – хронічне захворювання, основним клінічним симптомом якого є потенційно підвищений артеріальний тиск (АТ) (гіпертензія). Причиною підвищення АТ є ціла низка так званих факторів ризику: вік, стать, спадковість, маса тіла, кава, куріння, аліментарні та психоемоційні фактори, соціально-екологічний статус, фізична активність. Було висунуто припущення, що провідними факторами ризику артеріальної гіпертензії є генетична схильність, фізична активність і маса тіла, а також взаємозв'язок між цими факторами з артеріальною гіпертензією [2].

Основна частина. Однією з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні є зростаюча поширеність серцево-судинних захворювань (ССЗ). Вони посідають перше місце в структурі захворюваності, зумовлюють майже 2/3 усіх випадків смерті та третину причин інвалідності населення. Це пов'язано не лише зі значними втратами людського та економічного потенціалу, а й негативно впливає на тривалість і якість життя конкретних людей. Нині смертність від

хвороб системи кровообігу в Україні у 2–4 рази вища, ніж у розвинутих країнах світу. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України на ССЗ припадає 65,8 % усіх смертей у країні, в той час як у Європі цей показник становить 37,5 %. Зростання кількості ССЗ спостерігають здебільшого зі збільшенням віку. Найпоширенішими серцевими недугами у людей похилого віку є артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічна серцева недостатність (ХСН). Сьогодні у нашій країні – понад 14 млн пенсіонерів (а це близько 1/3 населення). Крім того, у більшості країн світу спостерігають тенденцію до збільшення питомої ваги літніх людей, і Україна – не виняток. Мабуть тому з 1991 р. Генеральна Асамблея ООН рекомендувала дату 1 жовтня вважати Міжнародним днем людей похилого віку і спеціально використовувати його для залучення уваги громадськості та урядових структур до медико-соціальних проблем людей літнього віку. Як приклад можна навести Всеукраїнську соціальну ініціативу «60+ Кардіо», яка ось уже декілька років поспіль збирає широкую аудиторію медиків та пацієнтів для обговорення якості та повноцінності життя людей похилого віку. Медична статистика свідчить, що підвищений рівень артеріального тиску реєструють у 50–60 % осіб зрілого віку, а АГ є найпоширенішим захворюванням серцево-судинної системи. Нині в нашій

країні близько 40 % дорослого населення має підвищений рівень АТ. При цьому про хворобу здогадуються близько 37 % чоловіків і 58 % жінок, а лікуються – 22 і 46 % відповідно. Проте реально контролюють рівень АТ лише 5,7 % чоловіків і 17,5 % жінок [5].

Гіпертонічна хвороба – це одна з форм АГ, найпоширеніше захворювання. В Україні від АГ страждають майже 13 млн людей. Проблема АГ є нині національною. Указом Президента України в 1999 р. введена в дію «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», метою якої є зниження захворюваності та смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості та якості життя хворих [3].

Найпоширенішою в етіопатогенезі гіпертонічної хвороби є центрогенно-нервова теорія Г. Ф. Ланга (1935), який розглядав це захворювання як наслідок психічного перевантаження людини, впливу на його психічну сферу негативних емоцій (психічна травматизація). Більшість учених і тепер підтримує концепцію щодо ролі центральних відділів симпатичної нервової системи у виникненні гіпертонічної хвороби.

Насамперед важливо з'ясувати термінологічні особливості різних станів, що проявляються підвищеним

АТ – м'якою, помірною, тяжкою, ізольованою систолічною, межевою гіпертензією тощо. Нормальний АТ становить: систолічний <130 мм рт. ст., діастолічний <85 мм рт. ст. Згідно з класифікацією артеріальної гіпертензії за рівнем АТ (ВООЗ, 1999), розрізняють оптимальний АТ – <120/80 мм рт. ст., нормальний АТ – <130/80 мм рт. ст., високий нормальний АТ – 130–139/85–89 мм рт. ст., I ступінь гіпертензії (м'яку) – 140–159/90–99 мм рт. ст. (підгрупа – межева артеріальна гіпертензія – 140–149/90–94 мм рт. ст.), II ступінь гіпертензії (помірну) – 160–179/100–109 мм рт. ст., III ступінь гіпертензії (тяжку) – понад 180/110 мм рт. ст. та ізольовану систолічну гіпертензію – >140 і <90 мм рт. ст. (табл. 1). Окремо виділяють хворих на прегіпертензію, коли рівень АТ у межах 120–139/80–89 мм рт. ст. Останнє є рекомендацією VII доповіді Американського Національного об'єднаного комітету із запобігання, діагностики та лікування підвищеного АТ (Joint National Committee. – JNC-7, 2003). За цими рекомендаціями пропонують виділяти лише два рівні підвищення АТ: гіпертензія I ступеня – 140–159/90–99 мм рт. ст. та гіпертензія II ступеня >160/100 мм рт. ст. В Україні прийнято виділяти три стадії АГ.

Таблиця 1. Диспансерне спостереження залежно від початкового рівня АТ

Артеріальний тиск (мм рт. ст.)		Рекомендації
САТ	ДАТ	
≤130	≤85	Перевіряти тиск кожні 2 роки
130–139	85–89	Перевіряти тиск щорічно
140–159	90–99	Підтвердити наявність АГ протягом 2 місяців, рекомендувати змінити спосіб життя
160–179	100–109	Підтвердити діагноз АГ та почати лікування протягом 1 місяця
≥180	≥110	Підтвердити діагноз АГ та почати лікування залежно від клінічної ситуації або терміново, протягом життя

Межеву артеріальну гіпертензію спостерігають в 10 % населення. У віці до 50 років вона частіше буває в чоловіків, а після 50 років – у жінок. Це не нозологічна одиниця, а дисрегуляторний стан організму. У третині випадків цей стан трансформується в гіпертонічну хворобу.

Тривалий час гіпертонічна хвороба перебігає без жодних клінічних ознак. Часто АГ виявляють випадково під час обстеження чи диспансеризації. Інші хворі відчують підвищення АТ під час або після фізичних чи психоемоційних навантажень. Згодом хворих починає турбувати головний біль, який може тривати впродовж кількох днів або місяців. Особливо виснажливий тупий головний біль буває зранку після сну. Його локалізація може бути різною: у потилиці, скронях, лобній чи тім'яній ділянках. Головний біль часто має

характер мігрені або виникає у вигляді нападу, триває впродовж багатьох годин і завершується блюванням, іноді перебігає за типом церебрального ангіогіпотонічного кризу з ознаками набряку мозку [1].

При гіпертонічній хворобі часто бувають запаморочення та шум у вухах. Запаморочення є наслідком порушення тону судин головного мозку і розладу церебрального кровообігу. Хворі ще скаржаться на швидку втомлюваність, безсоння, серцебиття.

Додаткові методи обстеження і роль медичної сестри в їх проведенні.

Пацієнти з АГ повинні перебувати на диспансерному обліку:

> вимірюючи АТ, пацієнтам необхідно повідомляти його показники і пояснювати їх значення;

› давати рекомендації щодо ведення здорового способу життя.

Обстеження диспансерних пацієнтів охоплює такі заходи:

- › вимірювання АТ на обох руках;
- › вимірювання АТ на ногах (у осіб віком до 45 років);
- › загальний аналіз крові;
- › загальний аналіз сечі;
- › аналіз сечі за методом Нечипоренка (Амбурже);
- › визначення рівня креатиніну в плазмі крові;
- › визначення рівня калію в плазмі крові;
- › визначення рівня глюкози в плазмі крові;
- › визначення рівня холестерину в плазмі крові;
- › реєстрація ЕКГ;
- › офтальмологія очного дна;
- › УЗД серця та нирок.

Перед призначенням лікування хворим на АГ проводять спочатку цілодобовий моніторинг АТ. Це необхідно для встановлення профілю артеріальної гіпертензії. Методика цілодобового моніторингу АТ дуже проста: на плече хворому накладають манжетку з датчиком, яка з'єднана з електронним пристроєм. За допомогою цього пристрою в манжетку кожні 15 хв удень і кожні 30 хв уночі автоматично подається повітря, щоб датчик «зміг» зазначити систолічний та діастолічний АТ. Після закінчення дослідження комп'ютер дає детальний висновок щодо величини АТ, його коливання впродовж 24 чи 48 год, фіксує в динаміці ЧСС тощо. Хворим рекомендують зменшення вживання алкоголю; регулярне виконання фізичних вправ (динамічних); відмова від навантажень ізометричного типу; обмеження споживання кухонної солі (до 6 г на добу); достатнє приймання калію, кальцію, магнію; повна відмова від куріння; зменшення споживання насичених жирів та холестерину; організація здорового побуту, відпочинку та нормальної трудової діяльності з виключенням факторів, які травмують психіку; нормалізація сну; припинення приймання ліків, які підвищують АТ (гормональних контрацептивних засобів, нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів, анаболічних, адреноміметичних засобів), продуктів, що містять свинець, кадмій, талій [4].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алмазов В. А. Мягкая артериальная гипертензия / В. А. Алмазов // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. кардиологов. – СПб., 1999. – С. 304–305.

Зниження надлишкової маси тіла досягається насамперед за рахунок зменшення споживання висококалорійної їжі та солі. В осіб із підвищеним АТ кількість споживаної солі варто обмежити до 6 г на добу. До харчових продуктів, багатих на натрій, яких потрібно уникати, належать: картопляні чіпси, солоні крекери, печиво, тістечка, гамбургери, оливки, кетчуп, юшка, шинка, ковбаса, копчене м'ясо та риба. Приймання калію, навпаки, варто стимулювати (абрикоси, курага, банани, боби, квасоля, морква, гриби, апельсини, персики, чорнослив, шпинат).

Хворим на АГ необхідно виключити вживання алкоголю або звести його до мінімуму. Раніше допускалося, що щоденна доза алкоголю не повинна перевищувати 60 мл горілки, 500 мл пива або 200 мл вина. Тепер доведено, що й ці дози хворим на гіпертонічну хворобу зайві.

Ризик розвитку АГ зменшується при помірній фізичній активності – швидке ходіння впродовж 30–40 хв зі швидкістю 3–5 км/год. Не менше ніж 3–4 рази на тиждень у поєднанні зі щоденною ранковою гігієнічною гімнастикою (20–30 хв).

Важливо, щоб хворий на АГ мав нормальний сон, виключив фактори, які травмують його психіку, організував нормальний ритм на праці та відпочинку, припинив приймання ліків, які можуть спричинити підвищення АТ.

Висновки. Артеріальна гіпертензія є найпоширенішим синдромом. В Україні 44 % дорослого населення мають підвищений тиск $\geq 140/90$ мм рт. ст. Підвищення АТ викликають такі фактори ризику, як вік, стать, спадковість, маса тіла, кава, куріння, аліментарні та психоемоційні чинники, соціально-економічний статус, фізична активність. Немедикаментозна терапія АТ спрямована на: зменшення маси тіла за наявності ожиріння; зменшення вживання алкоголю; регулярне виконання динамічних фізичних вправ; обмеження споживання кухонної солі; достатнє приймання калію, кальцію і магнію; відмову від куріння; зменшення споживання насичених жирів і холестерину.

2. Беркінбаев С. Ф. Гіпертонічна хвороба: етіологія, патогенез, класифікація, клінічний перебіг, діагностика і лікування Актобе / С. Ф. Беркінбаев, 2000.

3. Диагностика и лечение внутренних болезней / за ред. Ф. И. Комарова. – М. : Медицина. – 1999. – 528 с.
4. Влияние патохарактерологических расстройств на течение гипертонической болезни / А. Л. Сыркин, В. Э. Медведев, Ф. Ю. Копылов, С. А. Висуров // Журнал Врач. – 2007. – № 4. – С. 10–12.
5. Гіпертонія. Діагностика, лікування та профілактика гіпертонічної хвороби [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.hypertoniya.com.
6. Бабушкина Г. В. Ишемическая болезнь сердца [Текст] / Г. В. Бабушкина, А. В. Картелишев // Низкоинтенсивная лазерная терапия. – М. : Фирма «Техника». – С. 492–526.
7. Бабушкина Г. В. Применение комбинированной лазерной терапии при ишемической болезни сердца [Текст] / Г. В. Бабушкина, А. В. Картелишев // VII международная научно-практическая конференция по квантовой медицине. – М., 2001. – С. 83–85.
8. Боголюбов В. М. Общая физиотерапия [Текст] : учебник для студентов мед. вузов / В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – М. : Медицина, 1999. – 430 с.
9. Булич Э. Г. Здоровье человека [Текст] : биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. – К. : Олимпийская литература, 2003. – 424 с.
10. Гогин Е. Е. Гипертоническая болезнь [Текст] / Е. Е. Гогин. – М. : Известие, 1997. – 400 с.

Отримано 08.04.19