

Особливості захворюваності на артеріальну гіпертензію та міжвізитна варіативність артеріального тиску у мешканців Хмельницької області

Т.І. Німцович

КНП «Хмельницький обласний серцево-судинний центр» Хмельницької обласної ради, м. Хмельницький
ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Мета дослідження: визначення і порівняльний аналіз показників поширеності артеріальної гіпертензії (АГ) серед мешканців сільської та міської місцевості Хмельницької області та встановлення частки пацієнтів із високою міжвізитною варіативністю артеріального тиску (МВАТ) серед сільських мешканців.

Матеріали та методи. Аналіз показників захворюваності на АГ та її основні ускладнення (інфаркт міокарда та гостре порушення мозкового кровообігу) у мешканців сільської місцевості та міст Хмельницької області проводили на підставі даних офіційної статистичної звітності (форма 12) у динаміці протягом 2016–2018 рр. Міжвізитну варіативність АГ у хворих на АГ вивчали шляхом обстеження пацієнтів, які мешкають у сільській місцевості за принципом випадкової вибірки. Обстежено 160 чоловіків, хворих на неускладнену АГ. Пацієнтам вимірювали систолічний артеріальний тиск (САТ), діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) і пульсовий артеріальний тиск (ПАТ) під час кожного візиту до лікаря. Показники МВАТ розраховували за величиною стандартного відхилення (SD) від відповідних вимірювань офісного АГ протягом 4 візитів до лікаря. Також розраховували коефіцієнтні варіації (КВ) АГ – відношення SD до середнього значення АГ.

Результати. Встановлено, що рівень загальної захворюваності на АГ мешканців Хмельницької області залишається високим (39 352,5 на 100 тис. населення), що супроводжується більшою частотою інсультів порівняно із середніми даними захворюваності на інсульт в Україні. Серед мешканців сільських районів поширеність АГ перевищує таку серед міського населення, відзначено значні коливання рівнів захворюваності між окремими сільськими районами області. Високу МВАТ виявлено в 51,25% випадків серед хворих на АГ чоловіків, які мешкають у сільській місцевості. Висока МВАТ у даній когорті переважно обумовлена значними коливаннями САТ (50,62%), високу МВ ДАТ спостерігали лише в 12,5% випадків. У хворих на АГ з високою МВАТ частіше виявляли гіперліпідемію та ураження органів-мішеней (серця, нирок) порівняно з хворими на АГ з низькою варіативністю АГ.

Заключення. Серед мешканців Хмельницької області виявлено високу поширеність АГ, причому рівень ураженості сільського населення вищий, ніж міського. Наслідком високої захворюваності на АГ є високі показники захворюваності на інсульт із негативною динамікою протягом останніх років. Однією з причин негативної динаміки може бути висока питома вага пацієнтів з АГ (понад 50%) з високою міжвізитною варіативністю АГ.

Ключові слова: захворюваність, артеріальна гіпертензія, міжвізитна варіативність артеріального тиску, сільське населення.

Peculiarities of arterial hypertension prevalence and intervisit variability of blood pressure in Khmelnytskyi region

T.I. Nimitsovych

The objective: to carry out the comparative analysis of arterial hypertension (AH) prevalence in rural and city population of Khmelnytskyi region, and to establish the frequency of patients with high intervisit variability of blood pressure (IVBP) in rural population.

Materials and methods. We carried out the analysis of prevalence of AH and its major complications (myocardial infarction and cerebrovascular accident) in rural and city population of Khmelnytskyi region in dynamics during the period 2016–2018, based on official statistical data (form 12). The IVBP was studied in a random sample of 160 rural males with uncomplicated AH. Systolic blood pressure (BP), diastolic BP and the pulse BP were measured at each visit to doctor. IVBP was assessed by the standard deviation (SD) value, calculated from the BP recordings at the four visits to doctor. We also calculated the variation coefficient as a SD/average BP ratio.

Results. It was established that the prevalence of AH in the population of Khmelnytskyi region was high (39 352,5 per 100 000 inhabitants), accompanied by the higher prevalence of stroke, in comparison with average stroke prevalence in Ukraine. The prevalence of AH in rural population exceeded the corresponding index in the urban population, and was characterized by considerable variations in certain rural areas. The frequency of high IVBP in rural AH males was 51,25%. The high IVBP among males was mainly caused by significant variation of systolic BP (50,62%), and high variability of diastolic BP was observed only among 12,5% of patients with AH. The lipid profile changes and hypertension-mediated organ damage (namely heart and kidneys) were more pronounced in patients with high IVBP, as compared to males with low IVBP.

Conclusions. The prevalence of AH in the population of Khmelnytskyi region is high, with the higher value in rural population as compared to the city one. The prevalence of stroke in Khmelnytskyi region remains high, with the tendency to increase during the last several years. Such unfavorable dynamics could be at least partially related to the high frequency (more than 50%) of patients with AH and high IVBP.

Key words: prevalence, arterial hypertension, intervisit variability, blood pressure, rural population.

Особенности заболеваемости артериальной гипертензией и межвизитная вариабельность артериального давления у жителей Хмельницкой области

Т.И. Нимцович

Цель исследования: определение и сравнительный анализ показателей распространенности артериальной гипертензии (АГ) в сельской и городской местностях Хмельницкой области и установление доли пациентов с высокой межвизитной вариабельностью артериального давления (МВАД) среди сельских жителей.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости АГ и ее основные осложнения (инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения) в сельской местности и городах Хмельницкой области проводили по показателям официальной статистической отчетности

(форма 12) в динаміці на протязі 2016–2018 гг. МВАД у больних АГ, проживаючих в сільській місцевості, изучали путем обстеження по принципу случайной выборки. Обстежували 160 мужчин, больних неосложненной АГ. Пациентам измеряли САТ, ДАТ и ПАД на каждом визите к врачу. Показатели МВАТ рассчитывали по величине SD от соответствующих измерений офисного АД в течение 4 визитов к врачу. Также рассчитывали коэффициент вариации (КВ) АД – соотношение SD к среднему значению АД.

Результаты. Уровень общей заболеваемости АГ среди жителей Хмельницкой области остается высоким (39 352,5 на 100 тыс. населения), что сопровождается большей частотой инсультов по сравнению со средними данными по Украине. Среди жителей сельских районов показатели распространенности АГ превышают таковые для городского населения, отмечены значительные колебания уровней заболеваемости среди отдельных сельских районов области.

Высокая МВАД выявлена в 51,25% случаев среди больных АГ мужчин, проживаючих в сільській місцевості. Высокая вариабельность АД у мужчин преимущественно обусловлена значительными колебаниями систолического АД (50,62%), а высокая вариабельность диастолического АД наблюдалась только в 12,5% случаев. У пациентов с АГ и высокой МВАД показатели липидного спектра (гиперлипидемия) и поражения органов-мишеней (сердца, почек) были более выраженными по сравнению с больными с низкой вариабельностью АД.

Заключение. Среди жителей Хмельницкой области выявлена высокая распространенность АГ, уровень поражения сельского населения выше по сравнению с городским. Заболеваемость инсультом в целом в области остается высокой, и на протяжении последних лет отмечается тенденция к ее росту. Большой удельный вес (более 50%) пациентов с высокой МВАД среди больных АГ может быть одной из причин негативной динамики в развитии осложнений АГ.

Ключевые слова: заболеваемость, артериальная гипертензия, межвизитная вариабельность артериального давления, сельское население.

За офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ, в Україні зареєстровано понад 12 млн хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що становить близько третини дорослого населення. Поширеність АГ серед мешканців міст становить 30%, сільської місцевості – 36%. Частка осіб працездатного віку становить 43,5% загальної кількості зареєстрованих хворих та 55,4% серед вперше виявлених випадків АГ [1].

Проведені 2006–2011 рр. епідеміологічні дослідження довели, що в нашій державі обізнаними про наявність АГ є 81% міських і 68% сільських мешканців із підвищеним артеріальним тиском (АТ), приймають будь-які антигіпертензивні препарати відповідно 48% і 38%, а ефективність лікування становить лише 19% у міській і 8% у сільській популяціях. Значні відмінності спостерігаються і в показниках смертності. Так, сільські мешканці помирають на 35% частіше, ніж міські; сільські жінки помирають майже в 1,7 разу частіше міських, а чоловіки – в 1,4 разу [2, 3].

Неконтрольована АГ вважається одним із найвагоміших чинників зменшення тривалості життя населення, тому ця проблема вимагає системного ставлення до неї та розв'язання на загальнодержавному рівні. За результатами проспективних досліджень, наявність АГ підвищує ризик загальної смерті: для чоловіків у 4,5 разу, для жінок – вдвічі. Ризик виникнення ускладнень та смерті збільшується відповідно до кількості супутніх АГ факторів ризику. В українській популяції, за результатами досліджень, проведених співробітниками Національного наукового центру «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, лише 1% пацієнтів із підвищеним АТ не мають додаткових факторів ризику (ФР), у кожного восьмого пацієнта АГ поєднується з одним, у кожного четвертого – з двома, у 61% – із трьома і більше ФР [3, 4].

Протягом останніх років з'являється дедалі більше інформації про те, що крім рівнів АТ, значущим показником, що впливає на прогноз, є варіативність АТ. Під варіативністю АТ розуміють коливання АТ із плином часу. Саме інтервали між вимірами покладено в основу класифікації варіативності АТ, що перевищує фізіологічну норму. Сьогодні на перший план виходить феномен варіативності клінічного АТ, або так званої міжвизитної варіативності (МВ) АТ. Існують досить переконливі докази, що вона є незалежним прогностичним фактором виникнення ускладнень АГ, а також може слугувати новим індикатором ефективності терапії [5, 8].

У дослідженні ASCOT уперше було встановлено, що міжвизитна варіативність артеріального тиску (МВАТ) є потужнішим предиктором розвитку як інсульту, так і коронарних подій, порівняно з рівнем середнього АТ. За результатами аналізу варіативності між візитами систолічного АТ (САТ) виявлено збільшення у 4 рази ризику розвитку інсульту й у 2–3 рази – коронарних ускладнень [5].

Мета дослідження: визначення і порівняльний аналіз показників поширеності АГ серед мешканців сільської та

міської місцевостей, а також встановлення частки пацієнтів з високою МВАТ серед сільських мешканців Хмельницької області.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналіз показників захворюваності на АГ та її основні ускладнення (інфаркт міокарда – ІМ та гостре порушення мозкового кровообігу) серед жителів сільської місцевості та міст Хмельницької області проводили шляхом оцінювання показників офіційної статистичної звітності (форма 12) у динаміці протягом 2016–2018 рр. Визначення частоти високої МВАТ серед хворих на неускладнену АГ вивчали шляхом окремого обстеження 160 чоловіків, відібраних за принципом випадкової вибірки, які мешкають у сільській місцевості, спостерігались і отримували лікування в обласному кардіологічному диспансері м. Хмельницький у період 2016–2019 рр.

Усім пацієнтам вимірювали САТ, діастолічний АТ (ДАТ) і пульсовий АТ (ПАТ) на кожному візиті до лікаря. Показники МВАТ розраховували за величиною стандартного відхилення (SD) від відповідних вимірювань офісного АТ протягом щонайменше 4 візитів до лікаря. Також розраховували коефіцієнтні варіації (КВ) АТ – відношення SD до середнього значення АТ на даних візитах.

Усіх хворих стратифікували на групи відповідно до наявності в них низької або високої МВАТ. Критерієм високої МВАТ було значення стандартного відхилення (SD) коливання САТ і ДАТ, що перевищувало 15/15 мм рт.ст. (день/ніч) і 14/12 мм рт.ст. (день/ніч) відповідно. Пацієнтів включали у групу з високою варіативністю за перевищення щонайменше одного з чотирьох критичних значень. Додатково 160 хворим проаналізовано показники ліпідного спектра та ураження таких органів-мишеней, як серце та нирки. Дані ліпідограми, показники ехокардіографії (ЕХОКГ) – товщина стінки лівого шлуночка (ТСЛШ), маса міокарда (ММ) та швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) й альбумінурії отримано зі стаціонарних або амбулаторних карт пацієнтів.

Дослідження проводили відповідно до етичних норм Гельсінської декларації. Середній вік хворих наведено у формі $M \pm m$, порівняння двох середніх значень здійснювали за допомогою t-тесту Стьюдента у двобічному варіанті. За умови невідповідності числового ряду параметричних показників Пуассонівському розподіленню його характеризували медіаною з відповідними 25-ю та 75-ю перцентиллями (ПЛ). Порівняння медіан проводили за U-критерієм Манна–Уїтні. Наявність істотних розбіжностей визнавали за рівнем помилки менше від 0,05. Цифрові дані аналізували за допомогою програмного забезпечення пакетів Statistica 10.0 (StatSoft, США) та MedCalc 12.5.0.0 (MedCalcSoftwarebvba, Бельгія).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Контроль АТ у популяції вважається одним із провідних напрямів у системі не лише лікування, а й профілактики серцево-судинних захворювань. У регіональному розрізі за частотою хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) спостерігаються значні відмінності. За даними проведеного дослідження «Індекс здоров'я. Україна», організованого та проведеного Міжнародним фондом «Відродження», дані зібрано Київським міжнародним інститутом соціології у червні–липні 2018 року, а також попередніми 2016 і 2017 роками, до областей із високою частотою хворих на ГХ належать Луганська, Київська, Житомирська, Полтавська та Чернігівська. Найменший рівень поширення захворювання на ГХ відзначено у Волинській, Одеській, Хмельницькій областях і Києві [3].

Навпаки, результати офіційної статистики поширеності ГХ серед населення Хмельницької області за останні 3 роки свідчать, що показник поширеності АГ у ній є одним із найвищих серед областей України і 2017 року він становив 39 352,5 на 100 тис. населення (для порівняння – середній показник по Україні становить 29 844,1 на 100 тис. населення), а 2018 року серед мешканців області було зареєстровано 400 315 хворих на АГ, тобто 38 711,0 на 100 тис. населення.

Порівнюючи показники міського та сільського населення Хмельниччини слід зазначити, що у 2018 році, як і в Україні загалом, ураженість ГХ була вищою в сільських районах (39 092,2 на 100 тис. населення) порівняно з міськими (37 888,8 на 100 тис. населення). Разом із тим, за показниками поширеності хворих на ГХ спостерігаються значні відмінності в різних сільських районах. Так, найвищими вони є в Білогірському (47 599,3 на 100 тис. населення), Дунаєвському (46 474,9 на 100 тис. населення) та Славутському (44 116,7 на 100 тис. населення) районах. Летичівський і Старосинявський райони є наступними за рівнем поширеності ГХ – 31 921,4 і 34 931,2 на 100 тис. населення відповідно, а в м. Нетішин показник поширеності становив лише 12 490,3 на 100 тис. населення. Наведені дані свідчать, що проблема діагностики АГ наразі залишається актуальною для окремих районів і населених пунктів Хмельницької області.

Важливим показником ефективності надання медичної допомоги хворим на АГ є рівень захворюваності на ІМ та інсульт, оскільки АГ є одним із основних факторів ризику цих захворювань. Аналізуючи основні ускладнення АГ, слід зазначити, що у 2018 році у Хмельницькій області було зареєстровано 1609 хворих на ІМ, (15,56 на 10 тис. населення) та 3541 інсультів (34,24 на 10 тис. населення), що суттєво не відрізняється від показників захворюваності в Україні загалом. На думку науковців-кардіологів, офіційний рівень показників захворюваності на ІМ у нашій державі залишається вкрай низьким і не відповідає реальному [2, 9].

Невисокими також є офіційні показники захворюваності серед сільських мешканців Хмельниччини. Так, найнижчі показники захворюваності на ІМ у 2018 році спостерігались у Кам'янець-Подільському (10,4 на 10 тис. населення), Городоцькому та Деражнянському районах (11,1 і 11,9 на 10 тис. населення відповідно), значно вищими показники були у Старосинявському – 28,2 на 10 тис. населення та Білогірському – 21,2 на 10 тис. населення районах, а у м. Нетішин цей показник становив лише 8,8 на 10 тис. населення.

Такі розбіжності в показниках захворюваності на ІМ в окремих районах Хмельниччини вимагають детальнішого вивчення й аналізу. За даними досліджень, проведених у Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, встановлено, що для отримання реальних даних про рівень захворюваності на ІМ необхідно суттєво поліпшити діагностику ІМ серед осіб похилого та старечого

віку та серед пацієнтів старших вікових груп, які мешкають у сільській місцевості [6, 9].

Що стосується рівнів захворюваності на всі форми інсультів, то у мешканців міста та сільських районів показники захворюваності суттєво не різняться і становлять 35,6 на 10 тис. та 33,6 на 10 тис. населення відповідно, а в цілому захворюваність на інсульт у Хмельницькій області становить 34,6 на 10 тис. населення. Рівень захворюваності жителів області на інсульт залишається досить високим і перевищує показники більшості регіонів, а середній показник по Україні у 2017 році становив 27,9 на 10 тис. населення.

Отже, аналізуючи показники захворюваності ГХ протягом останніх років, слід зазначити, що Хмельниччина належить до регіонів України з високою поширеністю ГХ, а серед мешканців сільських районів загальна захворюваність на АГ перевищує показники для міського населення. Наслідком такої захворюваності на АГ є високі показники захворюваності на інсульт із негативною динамікою останніми роками. Звертає увагу значна розбіжність показників поширеності АГ та її ускладнень в окремих районах області, що вимагає детальнішого вивчення якості діагностики, достовірності обліку та аналізу причин таких розбіжностей.

Другу частину даної роботи присвячено дослідженню показників міжвізитної варіативності АТ серед чоловічого населення сільської місцевості. Зважаючи на отримані протягом останніх років наукові результати про вплив високої МВАТ на розвиток порушень мозкового кровообігу, а також дані про рівні захворюваності на інсульт серед жителів Хмельницької області, ми провели аналіз медичних карток амбулаторного хворого 160 чоловіків, хворих на АГ І та ІІ ст.

Для усієї когорти обстежених з АГ середній вік становив $50,40 \pm 6,12$ року, серед факторів ризику частота випадків ожиріння становила 26,87% (43 із 160), обтяженого родинного анамнезу – 76,87% (123 із 160), звички тютюнокуріння – 46,25% (74 із 160) і вживання алкоголю частіше, ніж раз на тиждень – 16,25% (26 із 160). Рівень глюкози в крові дорівнював $4,55 [4,20; 5,01]$ ммоль/л, загальної холестерину – $6,54 [5,48; 7,38]$ ммоль/л, тригліцеридів – $2,71 [1,92; 3,28]$ ммоль/л, ХС-ЛПНЩ – $4,44 [3,31; 5,18]$ ммоль/л, ХС-ЛПДНЩ – $1,00 [0,81; 1,23]$ ммоль/л, ХС-ЛПВЩ – $1,09 [0,88; 1,27]$ ммоль/л.

У загальній когорти обстежених медіани значення САТ, ДАТ і ПАТ становили $161,16 [153,00; 167,16]$ мм рт.ст., $92,00 [86,16; 98,16]$ мм рт.ст. і $68,50 [61,66; 76,83]$ мм рт.ст. відповідно. Показники стандартного відхилення становили для SD (САТ) і SD (ДАТ) $12,61$ мм рт.ст. $[4,94; 15,85]$ мм рт.ст. і $6,74 [3,94; 10,66]$ мм рт.ст. відповідно.

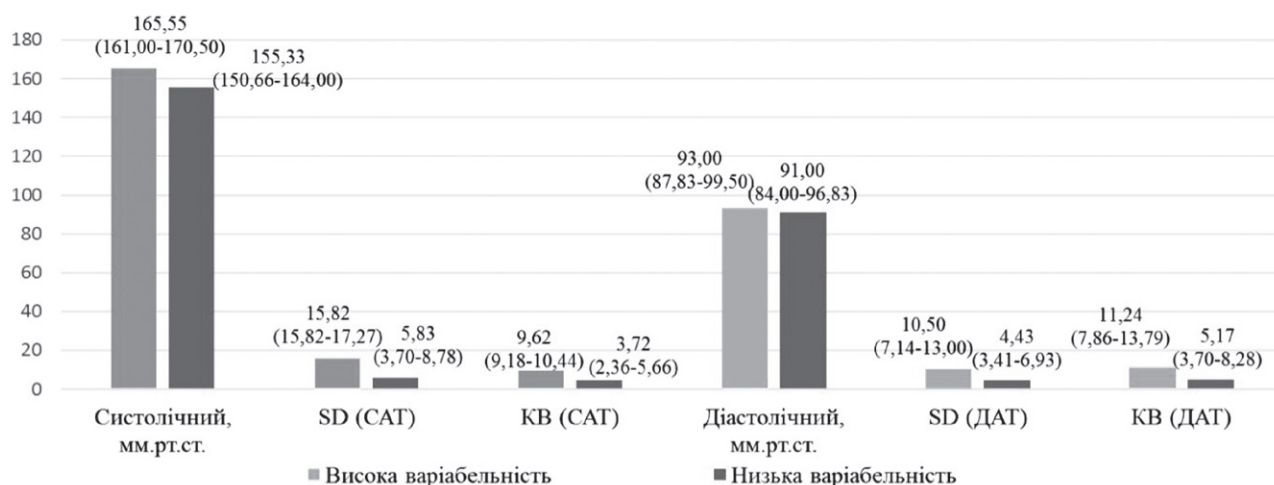
У групі обстежених КВ САТ, КВ ДАТ і КВ ПАТ становили $7,74 [3,54; 9,63]$, $7,43 [4,53; 11,43]$ і $8,21 [4,11; 12,06]$ відповідно.

Високі МВ САТ або ДАТ виявлено в 51,25% (82 із 160) випадків серед хворих на АГ чоловіків, які мешкають у сільській місцевості Хмельницької області. У подальшому загальну когорту пацієнтів розподілили на групи з високою ($n=82$) і низькою ($n=78$) МВАТ. Середній вік у групах із високою та низькою МВАТ не різнився та становив $50,65 \pm 6,14$ року та $50,26 \pm 6,27$ року відповідно ($p=0,689$).

Показники САТ, ДАТ, SD і КВ у групах пацієнтів із високою та низькою МВАТ наведено на малюнку.

Високий рівень МВ САТ виявлено в 50,62% ($n=81$), а МВ ДАТ – в 12,5% ($n=20$) випадків. Високу МВ САТ у хворих на АГ фіксували частіше, ніж МВ ДАТ (81 із 160 проти 20 із 140; $p<0,0001$). У групі з високим рівнем МВАТ виявлено значуще більші медіани стандартного відхилення SD (САТ), SD (ДАТ), SD (ПАТ) і КВ (САТ), КВ (ДАТ), КВ (ПАТ) (таблиця).

Проаналізовано клініко-лабораторні показники у групах. За даними ліпідограми встановлено, що в групі хворих на АГ із високою МВАТ були більшими показники концентрації в крові загальної холестерину ($7,33 [6,95; 8,08]$ ммоль/л про-



Показники САТ, ДАТ, SD і KB у хворих на АГ із високою та низькою варіативністю АТ

Рівні АТ і показники варіативності АТ у пацієнтів із високою та низькою МВАТ

Показник	Група		P
	Висока МВАТ, n=82	Низька МВАТ, n=78	
САТ середнє	165,50 [161,00; 170,50]	155,33 [150,66; 164,00]	<0,0001
SD (САТ)	15,82 [15,17; 17,27]	5,83 [3,70; 8,78]	<0,0001
KB САТ	9,62 [9,18; 10,44]	3,75 [2,36; 5,66]	<0,0001
ДАТ середнє	93,00 [87,83; 99,50]	91,00 [84,00; 96,83]	0,021
SD (ДАТ)	10,50 [7,14; 13,00]	4,43 [3,41; 6,93]	<0,0001
KB (ДАТ)	11,24 [7,86; 13,79]	5,17 [3,70; 8,28]	<0,0001
ПАТ середнє	71,66 [65,33; 78,83]	66,66 [60,00; 72,00]	<0,0001
SD (ПАТ)	7,49 [4,56; 11,19]	4,69 [3,41; 6,37]	<0,0001
KB (ПАТ)	10,61 [6,71; 14,73]	7,36 [5,24; 9,11]	<0,0001

ти 5,49 [5,23; 5,77] ммоль/л; $p=0,0003$), тригліцеридів (3,20 [2,9; 3,85] ммоль/л проти 1,93 [1,80; 2,30] ммоль/л; $p=0,002$), ХС-ЛПНЩ (5,17 [4,87; 6,02] ммоль/л проти 3,33 [3,17; 3,68] ммоль/л; $p<0,0001$), ХС-ЛПДНЩ (1,21 [1,07; 1,29] ммоль/л проти 0,81 [0,73; 0,91]; $p<0,0001$) і меншою – концентрація ХС-ЛПВЩ (0,89 [0,83; 0,96] ммоль/л проти 1,27 [1,19; 1,37] ммоль/л; $p<0,0001$), ніж у пацієнтів із низьким її значенням.

Також у пацієнтів із високою МВАТ визначено вищий рівень креатиніну у сироватці крові (119,00 [115,00; 124,00] мкмоль/л проти 101,00 [93,00; 111,00] мкмоль/л; $p<0,0001$), частіше виявляли альбумінурію (30,20 [26,50; 33,20] мг/ммоль проти 7,30 [5,50; 9,40] мг/ммоль) і меншою була швидкість клубочкової фільтрації нирок (59,50 [56,00; 64,00] мл/хв/1,73 м² проти 74,00 [66,00; 82,00] мл/хв/1,73 м²; $p<0,0001$).

За даними ЕХОКГ, у хворих із високою МВАТ виявлено більші показники товщини задньої стінки лівого шлуночка (1,36 [1,30; 1,42] см проти 1,20 [1,14; 1,24] см; $p<0,0001$), міжшлуночкової перегородки (1,40 [1,35; 1,49] см проти 1,23 [1,17; 1,28] см; $p<0,0001$) також була більшою маса міокарда (254,40 [297,94; 358,92] г проти 231,72 [215,10; 249,52] г; $p<0,0001$).

Отже, за клінічними, лабораторними та інструментальними показниками встановлено тяжчий клінічний перебіг АГ у пацієнтів із високою МВАТ, що дозволяє віднести їх до групи більшого ризику.

Узагальнюючі результати дослідження, слід зазначити, що серед мешканців Хмельницької області поширеність АГ залишається високою, причому рівень ураженості сільського населення перевищує такий для міського. Показники захворюваності на інсульт в області перевищують середні дані по Україні.

Останніми роками відзначається тенденція до їхнього зростання. Однією з причин негативної динаміки може бути питома вага пацієнтів (понад 50%) із високою МВАТ. Отримані результати підтверджують важливість оцінювання показників варіативності АТ між візитами та необхідність їхнього урахування для вибору гіпотензивної терапії.

ВИСНОВКИ

Рівень загальної захворюваності на артеріальну гіпертензію (АГ) мешканців Хмельницької області залишається високим (39 352,5 на 100 тис. населення), що супроводжується більшою частотою інсультів порівняно із середніми даними захворюваності на інсульт в Україні.

Серед мешканців сільських районів показники поширеності АГ перевищують дані про поширеність АГ серед міського населення, відзначено значні коливання рівнів захворюваності серед населення окремих сільських районів області.

Високу міжвізитну варіативність артеріального тиску (МВАТ) виявлено в 51,25% випадків серед хворих на АГ чоловіків, які мешкають у сільській місцевості.

Високу варіативність артеріального тиску (АТ) у чоловіків переважно обумовлено значними коливаннями САТ, які виявлено в 50,62% випадків, тоді як високу варіативність ДАТ зафіксовано лише в 12,5% випадків серед хворих на АГ.

У хворих на АГ із високою МВАТ виявлено більшу частоту порушень ліпідного профілю (гіперліпідемію) та ураження органів-мішеней (серця, нирок) порівняно з показниками пацієнтів із низькою варіативністю АТ.

Сведения об авторе

Нимцович Татьяна Ивановна – КНП «Хмельницький обласний серцево-судинний центр» Хмельницького обласного совета, 29001, г. Хмельницький, ул. Владимирская, 85; тел.: (097) 833-02-00. Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, 01014, г. Киев, ул. Верхняя, 5

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html.
2. Дяченко Л.О. та ін.; за ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. Актуальні проблеми здоров'я та мінімізація їх в умовах збройного конфлікту в Україні // Посіб. – К., 2018. – С. 214.
3. Степурко Т.Г. та ін. Результати загальнонаціонального дослідження // Індекс здоров'я. Україна. – 2018.
4. Горбась І.М., Смирнова І.П., Вакалюк І.П. та ін. Епідеміологічна ситуація щодо артеріальної гіпертензії у сільській популяції України // Ліки України. – 2013. – № 7. – С. 88–91.
5. Дорогой А.П. та ін.; за ред. Коваленка В.М., Корнацького В.М. Стрес і хвороби системи кровообігу: посіб. – К.: СПД ФО «Коломидин В.Ю». – 2015. – С. 354.
6. Кравченко А.М., Пасько В.С. Інфаркт міокарда: проблемні питання діагностики та лікування // Кардіологія: от науки к практике. – 2015. – Т. 17, № 4. – С. 69–78.
7. Дячук Д.Д., Коломоєць М.Ю., Кравченко А.М. Стратегія лікування гострого інфаркту міокарда у реальній клінічній практиці: результати семирічного одноцентрового відомчого реєстру в Україні // Клінічна та профілактична медицина. – 2017. – № 2. – ел. видання.
8. Stevens SL, Wood S, Koshiaris C, et al. Blood pressure variability and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. – 2016. – № 354. – P. 4098.
9. Rothwell P.M, Howard S.C, Dolan E. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension // *Lancet*. – 2010. – № 375. – P. 895–905.

Статья поступила в редакцию 06.12.2019