

REFERENCES

1. Interview to the head of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation Tatyana Golikova. *Tematicheskoe prilozhenie k gazete «Kommersant»*. 2010; 33; 29 sentyabrya (in Russian).
2. Normative documents and comments. *Zdravookhranenie*. 2009; 7: 105—9 (in Russian).
3. *Mironov S.P., Mattis E.P., Trotsenko V.V.* The concept of the first stage of standardization in traumatology and orthopedics. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2006; 2: 5—8 (in Russian).
4. *Leonov S.A., Ogryzko E.V., Andreeva T.M.* Dynamics of the main indicators of road traumatism in the Russian Federation. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2009; 3: 86—91 (in Russian).
5. *Shchedrenok V.V., Gumanenko E.K., Moguchaya O.V.* The organization of medical care by the victim with the combined craniocerebral trauma in the cities with different population and ways of its improvement. *Vestnik travmatologii i ortopedii im. N.N. Priorova*. 2008; 1: 3—6 (in Russian).
6. *Shmidt I.Z., Kashigina E.A., Litvina E.A., Sukhov S.B.* Experience of treatment of a polytrauma in resuscitation unit of traumatologic clinic. *Vestnik Rossijskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2003; 5: 6—10 (in Russian).

Поступила после доработки 27.07.13

© М.А. ГАМЗАЕВ, 2014

УДК 616.12-008.331.1-055.2-058:614.2

*М.А. Гамзаев**

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева Минздрава
Азербайджанской Республики, 1012, Баку, Республика Азербайджан

*Гамзаев Мехман Агаверди оглы. E-mail: mekhman_az@hotmail.com

♦ С помощью медико-социального проспективного исследования изучали особенности формирования и распространенность артериальной гипертензии (АГ), а также ее значимость в снижении репродуктивного потенциала женщин. При анкетировании выявили наличие АГ у $28,7 \pm 0,9\%$ женщин, причем чем они были старше, тем чаще у них отмечались более тяжелые формы АГ. На фоне АГ среди женщин в среднем в 1,91 раза чаще наблюдаются различные репродуктивные потери. Среди факторов риска формирования АГ прежде всего следует назвать напряженность в семейных отношениях, недостаточную физическую активность, избыточную массу тела и чрезмерное употребление соленей (соль). Устранением данных факторов риска можно не только ограничить распространенность АГ среди женщин, но и снизить обусловленные ею репродуктивные потери.

Ключевые слова: социологическое исследование; репродуктивные потери; артериальная гипертензия

M.A. Gamzayev

THE ARTERIAL HYPERTENSION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

The A. Aliyev state institute of post-graduate education of physicians of Minzdrav of the Republic of Azerbaijan,
1012 Baku, the Republic of Azerbaijan

♦ The prospective medical social study was implemented to research the characteristics of formation and prevalence of arterial hypertension and its significance if decreasing reproductive potential of women. The analysis of results of questionnaire survey established that $28.7 \pm 0.9\%$ of women suffered from arterial hypertension. At that, the older were women the more frequently the more severe forms of arterial hypertension were diagnosed. In women, against the background of arterial hypertension, various reproduction losses were observed 1.91 times more often. The family relationship stress, insufficient physical activity, surplus body mass and excessive consumption of curring (salt) are among major risk factors of formation of arterial hypertension. The elimination of these risk factors can both limit prevalence of arterial hypertension among women and decrease reproduction losses conditioned by this disease.

Keywords: sociological survey, reproduction losses, arterial hypertension

Артериальная гипертензия (АГ) относится к основным проблемам современной медицины, являясь в общей популяции значимой причиной фатальных осложнений и связанных с ними инвалидизации и смертности. Широкая эпидемическая распространенность и системное воздействие на здоровье, снижение трудоспособности и качества жизни населения превращают это заболевание в одну из ключевых глобальных медико-социальных проблем. АГ у женщин является наиболее распространенным хроническим заболеванием сердечно-сосудистой системы, достигающим 50% в общей женской популяции [1—4].

По данным ВОЗ, гипертензивный синдром — вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20—30% в его структуре. Перинатальная смертность (30%) и преждевременные роды (10—12%) у беременных, страдающих хронической гипертензией, значительно превышают соответствующие показатели у беременных без нее. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты и может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии и массивных кровотечений [5—7].

АГ встречается у 15—20% беременных, с ней связано большое количество осложнений беременности и родов. Так, у женщин с имевшейся до беременности АГ частота мертворождаемости составляет 3,8%, преждевременных родов — 15,3%, внутриутробной задержки развития плода — 16,6%, угрожающего состояния плода — 25,8% [8, 9].

Среди женщин в пременопаузальном периоде характерно появление кардиальных и церебральных расстройств и начальных признаков снижения умственной работоспособности. При менопаузе дополнительно наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, снижение парасимпатической активности вегетативной нервной системы. По мере развития у женщин постменопаузального метаболического симптомокомплекса нарастает тяжесть АГ с формированием тревожно-депрессивного расстройства, вегетативной дисрегуляцией и снижением психической работоспособности [2, 3, 10, 11]. Особенно выраженное воздействие на репродуктивное здоровье женщин оказывает АГ в сочетании с ожирением [12—14]. Поэтому требуются изучение распространенности АГ среди женщин, особенностей ее формирования, изыскание безопас-

ных средств лечения и рациональных подходов в профилактике с целью повышения эффективности мер по охране репродуктивного здоровья женщин [15—18].

Провели свободное анонимное социологическое проспективное исследование среди женщин репродуктивного возраста г. Баку. На основании международного стандартизованного вопросника WHO, предложенного M. Hunter [19], разрабатывали азербайджанскую версию анкеты, адаптированную к местным условиям. Анкета состоит из 9 блоков (всего 98 вопросов), один из которых отражал традиционную симптоматику и перечень факторов риска формирования АГ, частоту и характер репродуктивных потерь женщин. Анкеты раздавали родителям (женщинам) в дошкольных учреждениях, школах и детских поликлиниках в Сабайльском, Ясамальском, Сабунчинском и Азизбековском районах г. Баку. В раздаче анкет и их обратном сборе активно участвовали руководители, учителя и медицинские работники этих учреждений, которые сами также заполняли анкеты и вовлекали в анкетирование родственников и соседей. В общей сложности раздали 8000 ($33,4 \pm 0,5\%$) анкет, обратно собрали 5233 ($65,4 \pm 0,5\%$), из них 2674 полностью содержали ответы на поставленные вопросы. Возраст женщин варьировал от 17 до 42 лет, все они были азербайджанской национальности.

По данным анкеты, симптоматику АГ выявили у 768 ($28,7 \pm 0,9\%$) женщин. По частоте, продолжительности и выраженности симптоматики у 249 ($9,3 \pm 0,0\%$) женщин диагностировали I степень АГ. К врачам эти пациентки не обращались и лекарства не принимали. II степень АГ определили у 314 ($11,7 \pm 0,6\%$) женщин, из них 176 периодически обращались к врачам, однако назначаемую антигипертензивную терапию прерывали при улучшении самочувствия, а остальные 138 к врачам практически не обращались и периодически занимались самолечением. С III степенью АГ было 205 ($7,7 \pm 0,5\%$) женщин. Они систематически посещали врачей поликлиник и регулярно принимали антигипертензивные средства. Выявленная среди женщин АГ имеет выраженную возрастную зависимость.

С возрастом у женщин возрастает частота АГ. В частности, если в возрастной группе не старше 20 лет заболеваемость АГ составляет $16,3 \pm 0,4\%$, то в группе старше 35 лет она достигает уже $39,0 \pm 2,1\%$. С возрастом у женщин диагностируют более тяжелые случаи АГ. Об этом свидетельствует то, что I степень АГ имеет обратную возрастную динамику, снижаясь с $12,7 \pm 1,7$ до $3,6 \pm 0,8\%$, т. е. неконтролируемый характер I степени АГ приводит со временем к ее утяжелению, и у женщин старших возрастных выявляют АГ более тяжелой степени. Так, частота АГ II степени с возрастом повышается с $2,8 \pm 0,8\%$ у женщин до 20 лет до $24,3 \pm 1,9\%$ у женщин старше 35 лет. Аналогичная динамика у женщин с АГ III степени: повышение частоты с возрастом с $0,8 \pm 0,4$ до $11,1 \pm 1,4\%$. Таким образом, АГ довольно распространена и среди очень молодых женщин, что в репродуктивном отношении весьма нежелательно.

Без учета генетических и индивидуальных свойств организма АГ относится к социально зависимым заболеваниям,

Таблица 1

Фактор	Частота риска, %		p
	с АГ (n = 768)	без АГ (n = 1906)	
Материальное неблагополучие	$5,6 \pm 0,8$	$12,1 \pm 0,7$	< 0,001
Неудовлетворительные жилищно-бытовые условия	$7,7 \pm 1,0$	$11,9 \pm 0,7$	< 0,001
Напряженность в семейных взаимоотношениях	$15,8 \pm 1,3$	$8,5 \pm 0,6$	< 0,001
Непривлекательная профессия	$5,3 \pm 0,8$	$10,0 \pm 0,7$	< 0,001
Недостаточная физическая активность	$14,2 \pm 1,3$	$9,1 \pm 0,6$	< 0,001
Избыточная масса тела	$16,4 \pm 1,3$	$9,9 \pm 0,7$	< 0,001
Нерациональное питание	$7,2 \pm 0,9$	$12,8 \pm 0,8$	< 0,001
Чрезмерное употребление солений (соли)	$15,0 \pm 1,3$	$8,2 \pm 0,6$	< 0,001
Табакозависимость	$6,3 \pm 0,9$	$8,9 \pm 0,6$	< 0,05
Злоупотребление алкоголем	$6,6 \pm 0,9$	$8,6 \pm 0,6$	> 0,05

ведущую роль в ее формировании играет целый ряд социальных факторов риска. В связи с этим эффективное лечение и профилактика АГ во многом зависят от выявления доминирующих факторов риска и их устранения. В анкетах наряду с симптомокомплексом АГ мы представили всевозможные факторы риска АГ и предложили женщинам отметить наиболее значимые из них. В общей сложности женщины указали на 38 факторов, но 10 из них содержались в более 75% анкет. Результаты сопоставления удельного веса этих факторов среди 768 женщин с АГ разной степени и 1906 женщин, которые в период проведения настоящего исследования не предъявили жалоб по поводу АГ (контроль), представлены в табл. 1.

Среди женщин без АГ распространенность всех перечисленных факторов риска оказалась практически на одном уровне, их удельный вес варьировал от $8,5 \pm 0,6$ до $12,8 \pm 0,8\%$. Тогда как среди женщин с АГ доминируют четыре фактора: напряженность в семейных взаимоотношениях, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела и чрезмерное употребление солений (соль). Частота этих факторов у женщин с АГ была достоверно выше, составив от $14,2 \pm 1,3$ до $16,4 \pm 1,3\%$. Удельный вес остальных факторов риска, отмеченных женщинами данной группы, не превышал $7,7 \pm 1,0\%$.

При анализе анкет у 907 ($33,9 \pm 0,9\%$) из 2674 женщин отметили различные виды репродуктивных потерь, причем у многих из них — двух видов и более. Частота репродуктивных потерь среди женщин с АГ разной степени и без АГ приведена в табл. 2.

Таблица 2

Репродуктивная потеря	Частота потерь, %		p
	с АГ (n = 768)	без АГ (n = 1906)	
Нарушение менструального цикла	$26,2 \pm 1,6$	$11,8 \pm 0,7$	< 0,001
Позднее наступление беременности	$19,1 \pm 1,4$	$10,5 \pm 0,7$	< 0,001
Отягощенная беременность	$28,4 \pm 1,6$	$8,7 \pm 0,6$	< 0,001
Угроза прерывания беременности	$7,6 \pm 1,0$	$2,3 \pm 0,3$	< 0,001
Преждевременные роды	$4,7 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,2$	< 0,001
Тяжелые роды	$5,9 \pm 0,9$	$1,9 \pm 0,3$	< 0,001
Патология новорожденных	$4,7 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,2$	< 0,001
Мертворождение	$2,5 \pm 0,6$	$0,6 \pm 0,2$	< 0,001
Бесплодие	$9,5 \pm 1,1$	$4,2 \pm 0,5$	< 0,001
Прочие	$8,9 \pm 1,0$	$3,3 \pm 0,4$	< 0,001
Всего...	$51,3 \pm 1,8$	$26,9 \pm 1,0$	< 0,001

Различные репродуктивные потери отметили в анкетах у $51,3 \pm 1,8\%$ женщин с АГ разной степени. Часто та этих потерь у женщин, не имеющих АГ, была намного меньшей, составив $26,9 \pm 1\%$. Частота всех видов репродуктивных потерь у женщин с АГ была в 1,82—4,27 раза больше, чем у женщин без АГ, что свидетельствует о том, что АГ является самостоятельным фактором риска, приводящим к выраженному снижению репродуктивного потенциала женщин.

Таким образом, у $28,7 \pm 0,9\%$ женщин репродуктивного возраста выявили АГ, причем чем они старше, тем чаще у них диагностируют более тяжелые формы АГ. На фоне АГ среди женщин в среднем в 1,91 раза чаще наблюдаются различные репродуктивные потери. Среди факторов риска формирования АГ ведущими являются напряженность в семейных отношениях, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела и чрезмерное употребление солей (соль). Профилактические мероприятия, направленные на снижение активности данных факторов риска, позволяя не только ограничить распространенность АГ среди женщин, но и снизить обусловленные этим заболеванием репродуктивные потери.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляревский С.П. Современные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Сердце. 2004; 6: 14—7.
2. Колбасников С.В., Бахарева О.Н. Особенности клинических, вегетативных и когнитивных расстройств у женщин с артериальной гипертензией. Терапевтический архив. 2006; 10: 64—7.
3. Harrison-Bernard L.M., Raji L. Postmenopausal hypertension. Curr. Hypertens. Res. 2000; 2 (2): 202—7.
4. Wiklund I., Gerg G., Hammar M. Long-term effects of hormonal therapy on aspects of quality of life women. Maturitas. 2007; 14: 225—36.
5. Мрочек А.Г., Пристром А.М. Применение β -адреноблокаторов в лечении артериальной гипертензии у беременных. Кардиология. 2009; 7—8: 76—83.
6. Gifford R.M., August P.A. et al. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on high blood pressure in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 183: 1—22.
7. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J. 2007; 28: 1462—536.
8. Невзорова В.А., Родионова Т.В., Кайгородова Л.А. и др. Артериальная гипертензия беременных (учебное пособие). Владивосток: Медицина; 2005.
9. Стрюк Р.И., Бортникова В.Н. Синдром «гипертензии белого халата» у беременных. Кардиология. 2006; 11: 44—7.
10. Майчук Е.Ю., Юренева С.В., Печенкина И.В., Мартынов А.И. Особенности формирования артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе. Русский медицинский журнал. 2003; 9: 507—10.
11. Pines A., Fisman E.Z. Hypertension in postmenopausal women — a special case, for special treatment. J. Gynecol. Endocrinol. 2001; 15: 397—405.
12. Байкова О.А., Носов В.А., Евсиков Е.М. и др. Характер изменений уровня половых гормонов у женщин, больных артериальной гипертензией, с ожирением в разные периоды генеративной активности. Кардиология. 2004; 3: 52—7.
13. Кан Н.И. Репродуктивное здоровье женщин при ожирении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2004.
14. Posner B.M., Copples L.A., Miler D.R. Diet, menopause and serum cholesterol levels in women; the Framingham Study. Br. Heart J. 2003; 125: 483—9.
15. Белокрицкая Т.Е., Филее А.Н., Баркан В.С. Дифференцированный подход к лечению артериальной гипертензии у беременных. Российский кардиологический журнал. 2006; 2: 18—22.

16. Вебер В.П., Шляпникова О.В. Возможности дифференцированной фармакотерапии у больных артериальной гипертензией женщин с различной длительностью менопаузального периода. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002; 1: 30—40.
17. Ивлева Л.А. Медико-социальные аспекты осложнений беременности и родов и пути их профилактики в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань; 2004.
18. Podymow T., August P. Update on the use of antihypertensive drugs in pregnancy. Hypertension. 2008; 51: 960—9.
19. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development, standardization and application of a measure of women's emotional and physical health. Qual. Life Res. 2000; 9: 733—8.

REFERENCES

1. Giljarevskij S.P. Current approaches to the prevention of cardiovascular disease in women. Serdce. 2004; 6: 14—7 (in Russian).
2. Kolbasnikov S.V., Bahareva O.N. Features of clinical, autonomic and cognitive decline in women with hypertension. Terapevticheskij arhiv. 2006; 10: 64—7 (in Russian).
3. Harrison-Bernard L.M., Raji L. Postmenopausal hypertension. Curr. Hypertens. Res. 2000; 2 (2): 202—7.
4. Wiklund I., Gerg G., Hammar M. Long-term effects of hormonal therapy on aspects of quality of life women. Maturitas. 2007; 14: 225—36.
5. Mrochek A.G., Pristrom A.M. The use of-blockers in the treatment of hypertension in pregnancy. Kardiologija. 2009; 7—8: 76—83 (in Russian).
6. Gifford R.M., August P.A. et al. Report of the National high Blood Pressure Education Program Working Group on high blood pressure in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 183: 1—22.
7. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J. 2007; 28: 1462—536.
8. Nevzorova V.A., Rodionova T.B., Kajgorodova L.A. et al. Hypertension and other pregnant women (manual). Vladivostok: Medicina, 2005 (in Russian).
9. Strjuk R.I., Bortnikova V.N. Syndrome of "white coat hypertension" in pregnant women. Kardiologija. 2006; 11: 44—7 (in Russian).
10. Majchuk E.Ju., Jureneva S.V., Pechenkina I.V., Martynov A.I. Peculiarities of hypertension in postmenopausal women. Russkij medicinskij zhurnal 2003; 9: 507—10 (in Russian).
11. Pines A., Fisman E.Z. Hypertension in postmenopausal women — a special case, for special treatment. J. Gynecol. Endocrinol. 2001; 15: 397—405.
12. Bajkova O.A., Nosov V.A., Evsikov E.M. et al. The nature of changes in the level of sex hormones in women with hypertension, obesity in different periods of the generative activity. Kardiologija. 2004; 3: 52—7 (in Russian).
13. Kan N.I. Reproductive health of women with obesity: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow; 2004 (in Russian).
14. Posner B.M., Copples L.A., Miler D.R. Diet, menopause and serum cholesterol levels in women; the Framingham Study. Br. Heart J. 2003; 125: 483—9.
15. Belokrickaja T.E., Filee A.N., Barkan B.C. A differentiated approach to the treatment of hypertension in pregnancy. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2006; 2: 18—22 (in Russian).
16. Veber V.P., Shljapnikova O.V. The possibility of differentiated drug therapy in patients with arterial hypertension women with different duration of menopausal period. Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. 2002; 1: 30—40 (in Russian).
17. Ivleva L.A. Medical and social aspects of pregnancy and birth complications and ways to prevent them in modern conditions: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Rjazan'; 2004 (in Russian).
18. Podymow T., August P. Update on the use of antihypertensive drugs in pregnancy. Hypertension. 2008; 51: 960—9.
19. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development, standartization and application of a measure of women's emotional and physical health. Qual. Life Res. 2000; 9: 733—8.

Поступила 12.06.13