

нечности, что не может являться решением проблемы лечения как для пациента, так и для врача. Количество наблюдений классических форм ВЗ в последние годы имеет тенденцию к снижению. Ближайшие положительные послеоперационные результаты реконструктивных операций при ВЗ артерий составили 87 %, пятилетние результаты сохранности зоны реконструкции не превышают 23 %. Пятилетняя выживаемость больных составила 57 %. Для благоприятного решения пробле-

мы ВЗ аорты и магистральных артерий необходимо иметь устоявшееся современное научное представление о этиопатогенезе заболевания, что позволит эффективно проводить профилактику начальных симптомов ВЗ, инфекции, как пускового механизма патологического процесса и тромбоза. Необходимы санитарно-просветительные меры закаливания организма, противодействие чрезмерному приему алкоголя, рациональное отношение к своему здоровью.

О.И. Новохатько, В.В. Чернявский

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Артериальная гипертония (АГ) выявляется у 24 — 57 % больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) молодого возраста и у 34 — 61,8 % с началом заболевания после 60 лет. Практически одинаковая частота выявления АГ в разных возрастных категориях, несмотря на общеизвестное увеличение распространенности АГ пропорционально возрасту, может свидетельствовать о важной роли АГ в развитии ОААНК в молодом возрасте.

Изучена распространенность АГ в 2 группах больных ОААНК с началом заболевания в 32 — 44 года и 60 — 80 лет. Использована классификация уровней АД, критерии стратификации риска и диагностические критерии степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999) (ДАГ1, 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие АГ выявлено чаще у больных 2 группы (84 %) по сравнению с первой (60 %). Однако у больных с АГ в 1 группе выявлены более низкие абсолютные значения АД, соответствующие в основном I степени АГ (56,4 %), и, в меньшей степени, второй (28,2 %) и третьей (15,4 %). Во 2 группе отмечена равномерная частота выявления различных уровней АД (30,9, 40,5 и 28,6 % соответственно степеням АГ). Частота выявления больных с АГ I степени в первой группе по сравнению со второй статистически достоверно больше.

Обращает на себя внимание незнание большинством больных всех возрастов о наличии у них АГ. У 64,1 % больных 1 группы и 42,8 % второй на момент обследования ангиохирургом АГ была выявлена впервые. У 16 % больных 1 группы и у 28,6 % второй средняя продолжительность АГ составила до 5 лет, у 5,1 и 9,5 % соответственно группам — до 10 лет. Продолжительность АГ до 15, 20 и более 20 лет составила по 5,1 и 7 % больных соответственно груп-

пам. Однако 20 % больных, знавших о наличии у них АГ, никогда не лечились и не получали никаких рекомендаций врача. Только у 6 % больных 1 группы и 8,2 % второй лечение соответствовало стандартам, было эффективным, и значения АД достигали рекомендуемых целевых уровней.

У 49,1 % больных 1 группы выявлена наследственная предрасположенность к АГ, что в 1,3 раза чаще, чем во 2 группе (37,1 %).

Отмечено сочетание АГ с другими факторами риска развития ОААНК: соответственно группам у 33,8 и 74 % — с курением, у 12,3 и 32 % — с избыточной массой тела, у 7,8 и 24 % — с нарушением толерантности к углеводам. Сочетание с гиперхолестеринемией выявлено у 13,8 и 42 %, с гипертриглицеридемией — у 4,6 и 20 %, с гиперфибриногенемией — у 16,9 и 30 %. Нарушения углеводного и липидного обмена у подавляющего большинства больных ОААНК обеих групп также были выявлены впервые.

Таким образом, выявлены недостаточные организационные моменты в контроле АГ на популяционном уровне и недооценка АГ как фактора риска в патогенезе ОААНК врачами поликлинической службы и, соответственно, низкий охват лечением и низкий процент эффективно леченных. Согласно классификации, все больные ОААНК с АГ независимо от степени АГ относятся к 3 стадии тяжести АГ и к группе с очень высокой (IV степенью) общего риска развития осложнений (неблагоприятный индивидуальный прогноз, развитие мозгового инсульта или инфаркта миокарда в течение 10 лет у 30 %). В связи с этим всем больным ОААНК с АГ сразу после установления диагноза АГ независимо от возраста, от степени АГ и даже при наличии высокого нормального АД (130 — 139/85 — 89) наряду с изменением образа жизни показано назначение медикаментозной терапии, соответствующей стандартам.