

сти медико-технических, достижений это имеет особенно важное значение, ибо они, как правило, через 5—7 лет утрачивают новизну, а на доведение такого изобретения до серийного выпуска затрачивается довольно много времени; поэтому при затратном процессе внедрения оно вообще может морально и технически устареть.

Следующей задачей является расширение радиуса внедрения предложений.

Решение этих двух задач в значительной мере определяется тем, насколько ему уделяют внимание главные специалисты. Как свидетельствуют сообщения в печати [1, 2], улучшению внедрения способствует создание специализированных групп или специальных советов по внедрению при МЗ АССР или облздравах. Являясь руководящим и контролирующим органом, они должны работать в контакте с главными специалистами.

Многое во внедрении зависит от самих авторов разработок. Из предложений по планам внедрения предыдущих лет наиболее широко в зоне внедрен метод компрессионного остеосинтеза спицами с упорами Ф. С. Юсупова, поскольку в этом принимал активное участие сам автор. Авторский надзор за внедрением повышает ответственность ученых и главных специалистов за результаты внедрения.

Важными резервами улучшения работы по внедрению является повышение участия в ней медсоветов, научных медицинских обществ, система морального и материального стимулирования за внедрение. В системе стимулирования работы по внедрению большую роль играют ежегодно проводимые институтом конкурсы на лучший отдел по изобретательству и рационализации и лучшего изобретателя и рационализатора.

Ряд вопросов, связанных с улучшением внедрения, требуют централизованного решения. Так, ни одним из приказов не вменяется в обязанности органов практического здравоохранения республик и областей внедрение предложений из планов институтов. Включение такого пункта в соответствующий приказ значительно облегчило бы задачу по внедрению. Совместные усилия НИИ и вузов, учреждений и органов практического здравоохранения по внедрению научных достижений в практику будут способствовать дальнейшему повышению его эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин В. Д., Лапрун Б. М. Сов. здравоохран., 1976, 11.— 2. Мухутдинов И. З., Хамитов Х. С., Измайлов Г. А. Казанский мед. ж., 1978, 3.

Поступила 17 октября 1978 г.

УДК 616.12—008.331.1:[362.147+616—036.2]

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Проф. К. В. Марков, канд. мед. наук Ю. В. Смирнов, А. А. Сапожникова, В. А. Табаков

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. К. В. Марков) Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова

Реферат. При обследовании мужчин в возрасте 40—54 лет на некоторых промышленных предприятиях г. Чебоксар артериальная гипертензия была выявлена в 16,5%. В результате диспансеризации более чем у половины больных было достигнуто снижение АД до нормального уровня.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, эпидемиология, лечение, диспансеризация.

1 иллюстрация. Библиография: 4 названия.

Массовые обследования населения показали [1—4], что значительная часть болеющих различными формами артериальной гипертензии не подозревает об этом, а те, кто знают, как правило, не подвергаются профилактике сердечно-сосудистых осложнений, так как не получают адекватного лечения. Целью настоящей работы являлось активное выявление лиц с артериальной гипертензией, организация дли-

тельного систематического наблюдения и лечения их на ряде промышленных предприятий г. Чебоксар: на Чебоксарском хлопчатобумажном комбинате (ЧХБК), чулочно-трикотажной фабрике (ЧТФ), лентоткацкой фабрике (ЛТФ) и Чебоксарском агрегатном заводе (ЧАЗ).

Обследование проводилось по программе Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР среди мужчин в возрасте 40—54 лет и включало два скрининга. На 1-м скрининге заполняли карту, содержащую анкетные данные, личный и семейный анамнез, а также анкету, позволяющую выявить стенокардию напряжения. Двукратно измеряли пульс и АД на правой руке. Согласно рекомендации ВОЗ, нормальным считалось АД ниже 140/90 мм рт. ст., «опасной зоной» — от 140/90 до 159/94 мм рт. ст. и повышенным — от 160/95 мм рт. ст. и выше.

Лиц с повышенным АД, а также тех, у кого в анамнезе были указания на гипертензию, направляли на 2-й скрининг для уточнения диагноза и назначения лечения. На 2-м скрининге заполняли анкету Роуза (1971), проводили физикальные обследования, запись ЭКГ, исследование глазного дна, общий анализ мочи и анализ мочи на сахар. При подозрении на вторичную артериальную гипертензию почечной этиологии больным назначали специальное исследование у уролога. Больных, у которых при двукратном измерении с интервалом 2 нед — 2 мес регистрировалось повышенное АД, подвергали лечению по схеме ступенеобразного назначения лекарств.

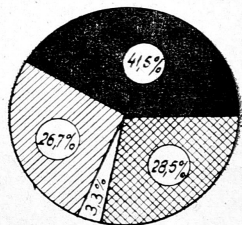
При стабильной первичной артериальной гипертензии больные посещали профилактические кардиологические кабинеты, организованные в поликлиниках медсанчасти ЧХБК и ЧАЗ, регулярно 1 раз в 2 нед. Лечение начиналось с назначения транквилизаторов, препаратов барвинка и спазмолитиков. При отсутствии эффекта в течение 2 нед применяли препараты раувольфии, мочегонные, затем гемитон или допегит. При назначении лекарств учитывали наличие противопоказаний для лечения по схеме (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гепатит, психические заболевания и т. д.). На индивидуальном лечении находились больные с сопутствующими заболеваниями (стенокардией, инфарктом миокарда, миокардитами, нарушениями мозгового кровообращения). После достижения гипотензивного эффекта (нормальное АД при двукратном измерении с интервалом 2 мес) дозу препаратов уменьшали до минимальной поддерживающей. При этом сроки наблюдения удлинялись сначала до 1 раза в мес, затем 1 раза в 2—3 мес и 1 раза в 6 мес. Всем больным запрещалось курение, употребление алкоголя, при ожирении рекомендовалась разгрузочная диета. Выявленные на 2-м скрининге подобные факторы риска требовали очень убедительной санитарно-просветительной работы среди пациентов.

Всего было обследовано 2272 чел, что составило 84,7% намеченной популяции. По суммарным данным артериальная гипертензия была выявлена у 374 человек (16,5%), кроме того у 511 мужчин (22,5%) АД было в «опасной зоне».

У 258 больных (69%) артериальная гипертензия была диастолической, у 107 (28,6%) оказалось повышенным как систолическое, так и диастолическое давление, и лишь у 9 (2,4%) было повышено только систолическое давление.

41,5% больных не знали, что АД у них повышено (см. рис.). Среди лиц, знавших о наличии у них артериальной гипертензии, 26,7% не получали гипотензивной терапии, 28,5% какое-то время лечились по поводу артериальной гипертензии, и лишь 3,3% больных принимали лечение в момент обследования, благодаря чему АД у них было ниже 160/95 мм рт. ст.

Нами проведено также изучение распространенности артериальной гипертензии среди мужчин в возрасте 40—54 лет на ЧХБК путем анализа учетной документации поликлиники. Из 183 больных,



- — НЕ ЗНАЛИ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ.
- ▨ — ЗНАЛИ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, НО НЕ ПОЛУЧАЛИ ЛЕЧЕНИЯ.
- ▩ — ЗНАЛИ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ЛЕЧЕНИЕ ПРИНИМАЛИ НЕРЕГУЛЯРНО.
- — ЗНАЛИ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ И РЕГУЛЯРНО ПРИНИМАЛИ ЛЕЧЕНИЕ.

Процентное соотношение осведомленных о заболевании и не осведомленных, леченных и не леченных среди обследованных лиц с артериальной гипертензией (мужчины 40—54 лет).

выявленных нами в ходе обследования, амбулаторные карты заведены на 124, причем артериальная гипертензия по данным карт зарегистрирована только у 27. Причина такого расхождения состоит, по-видимому, в том, что многие сердечно-сосудистые заболевания, и в их числе первичная артериальная гипертензия, могут длительное время протекать бессимптомно, не вызывая никаких субъективных расстройств. Лица, страдающие этими заболеваниями, долго не обращаются за врачебной помощью, и развившийся у них патологический процесс обнаруживается только при эпидемиологическом обследовании. Поэтому данные обращаемости, установленные на основе учета амбулаторных карт, не могут служить показателями действительной заболеваемости населения.

На 2-й скрининг было направлено 228 больных с повышенным АД, выявленных на ЧХБК, ЛТФ и ЧТФ. Среди них нами обследовано и взято на учет 212 человек (92,9%). При повторном обследовании у 112 из них (52,8%) АД оказалось равно или больше 160/95 мм рт. ст., 44 человека (20,8%) переведены в группу с нормальным АД и 56 (26,4%) — в группу с «опасной зоной» АД.

Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 52 из 212 больных (24,5%). Согласно результатам анкетирования по Роузу, 14 человек со стенокардией напряжения оказались среди лиц с нормальным уровнем АД, 12 — в «опасной зоне» и 26 — среди лиц с повышенным АД. Таким образом, проявляется тенденция к увеличению частоты ИБС при повышении АД. Однако в наших исследованиях эта тенденция статистически недостоверна из-за недостаточного числа наблюдений. Артериальная гипертензия в данной группе больных была определенным фактором риска возникновения ИБС, причем в 22% ишемическая болезнь сердца выявлена впервые.

В группе лиц с диастолическим артериальным давлением (ДАД), равным 96—105 мм рт. ст., ИБС была установлена в 38,8%, при ДАД=106—115 мм рт. ст. — в 9,2%, а при ДАД \geq 116 мм рт. ст. — в 1,8%. Это объясняется тем, что число больных с высокими цифрами АД в сочетании с ИБС среди работающих невелико, ибо такие больные часто утрачивают трудоспособность.

Эффективность наблюдения и лечения больных с первичной артериальной гипертензией проанализирована нами в группе лиц, которые в течение 6 мес являлись хотя бы на половину приглашений на прием, т. е. были активными, понимали важность и необходимость проводимых мероприятий. До начала лечения АД у этих больных превышало 160/95 мм рт. ст. Через 6 мес у 54,3% из них АД нормализовалось, у 28,6% перешло в «опасную зону», и лишь у 17,1% осталось повышенным. Подобные результаты можно считать удовлетворительными, однако необходимо усилить санитарную пропаганду, так как многие больные нерегулярно посещают врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А. А. Распространение гипертонической болезни среди мужского населения в 50—59 лет (по данным выборочного обследования одного из районов г. Москвы). Автореф. канд. дисс., М., 1973.— 2. Глазунов И. С. В кн.: Распространение гипертонической болезни и коронарного атеросклероза и условия жизни. Под ред. А. Л. Мясникова и И. А. Рывкина. М., Медицина, 1964.— 3. Гусева Н. И., Спирина П. В. Казанский мед. ж., 1961, 1.— 4. Константинова Л. М., Марков К. В. В кн.: Проблемы кардиологии и нефрологии. Материалы V Поволжской научно-практ. конф. терапевтов, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Зимницкого. Казань, 1973.— 5. Дж. Роуз, Г. Блэкберн. Методы исследования на сердечно-сосудистую систему. Женева, изд-во ВОЗ, 1971.

Поступила 30 января 1979 г.