

0 $\frac{4}{600}$

14.00.17

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՆԱԴԻՆԵ ԱԳՐԻԲԱԶՈՒ ՄՈՒՐԱՐՅԱՆ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳՈՒՄ ԳՅՈՒՂԱԲԱԿ
ԱԶԳԱԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԳԵՂՃՆԵՄԱՆ ՌԻՍԿԻ
ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ԱՌԱՋՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԲՈՒԺԿԱՆՆԱԳԵԼԻՉ ՀԱՄԱԼԻ
ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԺՂ. 00.17 «Հանրային առողջություն և առողջապահության կազմակերպում»
մասնագիտությամբ բժշկական զիտությունների թեկնածուի զիտական աստիճանի
հայցման ասեկախոսության

ԵՐԵՎԱՆ – 2014

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

МУРАДЯН НАРИНЕ АГРИБАЗОВНЫ

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ
СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРВИЧНОЙ СИСТЕМЕ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности 14.00.17 – "Общественное здоровье и организация здравоохранения"

ЕРЕВАН – 2014

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Ս.Խ. Ավրաբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտի գիտական խորհրդի նիստում:

Գիտական ղեկավար	բ.գ.դ., պրոֆ. Ս.Գ. Հովհաննիսյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ	բ.գ.դ., պրոֆ. Ս.Գ. Գալստյան բ.գ.դ. Ս.Ս. Ամիրյան
Առաջատար կազմակերպություն	ՀՀ ԱՆ «Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ» ՓԲԸ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2014 թվականի ապրիլի 22-ին, ժամը 14⁰⁰-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՁ-ի «Առողջապահության կազմակերպման» 045 մասնագիտական խորհրդի նիստում (հասցե՝ 0025, Երևան, Կոյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2014 թվականի մարտի 21-ին:

045 մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  բ.գ.դ., պրոֆ. Ա.Կ. Հայրապետյան

Тема диссертации утверждена на заседании ученого совета национального института здравоохранения имени С. Х. Авдальбекяна МЗ РА

Научный руководитель:	д.м.н., проф. С. Г. Оганесян
Официальные оппоненты:	д.м.н., проф. С.Г. Галстян д.м.н. С.С.Амирян
Ведущая организация:	ЗАО „НИИ курортологии и физической медицины“, МЗ РА

Защита диссертации состоится 22 апреля 2014г. в 14⁰⁰ часов на заседании специализированного совета ВАК РА 045- “Организация здравоохранения” при Ереванском государственном медицинском университете им. М.Гераци (адрес: 0025, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского государственного медицинского университета им. М.Гераци.

Автореферат разослан 21 марта 2014г.

Ученый секретарь специализированного совета՝  д.м.н., проф. А.К. Аврапетян



11-600

ԱՄԵՆԱՌՈՍՈՒԹՅԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը

Զարկերակային Գերճնշումը (ԶԳ) գտնվում է ժամանակակից բժշկության ուշադրության կենտրոնում, քանի որ իր առաջացրած բարդություններով և մահացության պատճառ հանդիսանալով համարվում է սրտանոթային հիվանդություններից (ՍԱՀ) ամենատարածվածը (Lancet 2002): Առաջնային (եսենցիալ) գերճնշումը ամենահաճախ հանդիպող տեսակն է, որը կազմում է ԶԳ բոլոր դեպքերի 90-95% (Chow C.K., Teo K.K., Rangarajan S., Islam S., Gupta R., Avezum A., Bahonar A., 2013):

Գրեթե բոլոր ժամանակակից հասարակություններում տարիքի հետ աչյան զարկերակային ճնշումը (ԶՃ) բարձրանում է, համապատասխանաբար բարձրանում է նաև զարկերակային գերճնշման զարգացման վտանգը (Van de Vliet S., Oti S., Addo J., de Graaf-Aikins A., Agyemang C., 2013): ԶԳ-ը հանդիսանում է սրտանոթային հիվանդությունների (ՍԱՀ) կառավարելի ռիսկի գործոններից (ՌԳ) մեկը, որի իջեցումը բերում է ՍԱՀ-ներով հիվանդացության և մահացության նկատելիորեն նվազմանը (WHO. World Health Statistics 2006):

Ամբողջ աշխարհում ՍԱՀ մահացությունը կազմում է ընդհանուր մահացության մոտ 30%-ը (Yusuf S, 2001), իսկ ՍԱՀ-ների հիվանդության և մահացության մեջ մոտ 45% դեպքերում՝ որպես ՌԳ առկա է ԶԳ-ը (Ezzati M., 2005):

Չնայած խնդրի վերաբերյալ հասկացողության կարևորությանը, բազմաթիվ հակահիպերտենզիվ դեղորայքների կիրառմանը, ԶՃ նպատակային մակարդակի հասնելը գործնականում հնարավոր է ոչ ավելի, քան 5-31% դեպքերում (Kearney P.M., 2004): Կանադայում չուլիսիսս բնակչության շրջանում 4,2 մլն մարդ, գրեթե հինգ մարդուց մեկը (22%), ունի ԶԳ, որոնցից մոտ կեսը՝ 43%-ը չգիտեն իրենց հիվանդ լինելու մասին, իսկ իմացողների միայն 16%-ն է դիմում բժշկի և ստանում համապատասխան բուժում (Joffres M., Falaschetti E., Gillespie C., Robitaille C., Loustalot F., 2013): 2004-2007 թթ. Գ.Ա. Պողոսյանը կատարել է հետազոտություններ Երևան քաղաքի չափահաս բնակչության շրջանում: Պարզվել է, որ 748 հետազոտվողներից 27,4% ունի ԶԳ: Օխախտի օգտագործման տարածվածությունը կազմել է 31,1%: Ընտրանքի ավելի քան 11%-ը մոլի ծխող է (օրական 20 զգանակից ավելի): Ակտիվ օգտագործել է հետազոտվածների 71,9%-ը, որից 3,0%-ը՝ ամեն օր, իսկ 11,0%-ը՝ շաբաթական մի քանի անգամ: Այսպիսով, ակտիվի չարաշահման տարածվածությունը Երևանի չափահաս

բնակչության շրջանում 14,0% է: Ավելցուկային բաշխի և զիրուքյան տարածվածությունը Երևանի չափահաս բնակչության շրջանում կազմել է 51,4%, այդ թվում՝ ավելցուկային բաշխ՝ 32,5%, իսկ զիրուքյունը՝ 18,8% (Պոպոսյան Գ.Ա., 2009):

Սակայն վերը նշված հետազոտություններում չկան ուսումնասիրություններ բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների կիրառման պայմաններում ԶԳ ՌԳ վերահսկման առանձնահատկությունների վերաբերյալ:

Այսօր գյուղական բժշկությունը համարվում է մեր հայրենիքի «ցավոտ կետը», քանի որ չկան լայնածավալ խորացված հետազոտություններ ԶԳ ՌԳ տարածվածության, հիվանդների իրազեկվածության, բուժկանխարգելիչ համալիր շարունակական և հետևողական միջոցառումների կիրառման մասին տվյալներ: Այդ իսկ պատճառով արդիական է վերը նշված հետազոտությունների անհրաժեշտությունը և բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների կիրառման իրականացումը ՀՀ գյուղաբնակ ազգաբնակչության շրջանում:

Հետազոտության նպատակը և խնդիրները

Հետազոտության նպատակն է՝ ուսումնասիրել գյուղաբնակ ազգաբնակչության շրջանում զարկերակային գերճնշման ռիսկի գործոնների առանձնահատկությունները, իրականացնել բուժկանխարգելիչ համալիր շարունակական և հետևողական միջոցառումներ, գնահատել զարկերակային ճնշման շարժը և կապը ռիսկի գործոնների հետ դիսամֆիկայում և դրանց արդյունքների հիման վրա առաջարկել բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների օպտիմալացում:

Նպատակն իրականացնելու համար առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները.

1. Ուսումնասիրել Բջնի գյուղի 18 տարեկանից բարձր բնակչության շրջանում զարկերակային գերճնշման տարածվածությունը, իրազեկվածությունը և կապը ռիսկի գործոնների հետ:
2. Ջարկերակային գերճնշում և բարձր նորմալ զարկերակային ճնշում (ԲՆՁՃ) ունեցող անձանց խմբերում ուսումնասիրել և դիսամֆիկայում գնահատել զարկերակային ճնշման շարժը և կապը ռիսկի գործոնների հետ:
3. Ջարկերակային գերճնշում և բարձր նորմալ զարկերակային ճնշում ունեցող անձանց շրջանում իրականացնել ռիսկի գործոնների վերահսկմանն ու նվազեցմանն ուղղված բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումներ:

4. Վերլուծել և գնահատել զարկերակային գերճնշման և ռիսկի գործոնների կանխարգելմանն ուղղված բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների արդյունավետությունը դիսամֆիկայում:

5. Ջարկերակային գերճնշում ունեցող հիվանդների բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների օպտիմալացում:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

Առաջին անգամ առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների կիրառման պայմաններում գյուղաբնակ ազգաբնակչության շրջանում ուսումնասիրվել են զարկերակային գերճնշման ռիսկի գործոնների առանձնահատկությունները: Գնահատվել են զարկերակային գերճնշման զարգացման հաճախականությունը, բուժկանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետությունը, զարկերակային ճնշման շարժերը և կապը ռիսկի գործոնների հետ դիսամֆիկայում:

Բացահայտվել է բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների համատեքստում ռիսկի գործոնների նվազեցման և անձի վերաբերմունքի դերը զարկերակային գերճնշման զարգացման և վերահսկման, ինչպես նաև զարկերակային ճնշման թիրախ մակարդակի հասնելու գործընթացում:

Ապրելակերպի փոփոխման պայմաններում դիսամֆիկայում բացահայտվել է բարձր նորմալ զարկերակային ճնշում ունեցողների մեծամասնության շրջանում զարկերակային ճնշման հավաստի նորմալացում:

Աշխատանքի գործնական նշանակությունը և հետազոտության արդյունքների ներդրումը

ՀՀ-ում գյուղաբնակ ազգաբնակչության շրջանում բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների կիրառման պայմաններում իրականացվել է ԶԳ վերահսկման առանձնահատկությունների, ՁՃ և ՌԳ համատեղ ուսումնասիրության, փոխադարձ կապերի և փոխապայմանավորվածության օրինաչափությունների հետազոտություն, ինչը հնարավորություն կընձեռի բարելավել ԲՆՁՃ և ԶԳ կանխարգելումը:

Աշխատանքի արդյունքում ստեղծվել է հավաստի գիտական արդյունքների վրա հիմնված ելակետային շտեմարան, ինչը հնարավորություն է ընձեռում ներդնել կիրառված մոտեցումները գործնական առողջապահություն ԶԳ բուժկանխարգելիչ

համալիր միջոցառումների և հիվանդացության աճի կասեցմանն ուղղված միջոցառումների արդյունավետության գնահատման ուղղությամբ:

Աշխատանքի ընթացքում մշակվել և բոլոր հիվանդներին տրվել են խորհրդատվական թերթիկներ «առողջ ապրելակերպի», սրտանոթային և ուղեղանոթային հիվանդացության, հաշմանդամության և մահացության նվազեցման վերաբերյալ, որը կարելի է տարածել այլ բուժհաստատություններում ԲԼՁՃ ունեցողների շրջանում ԶԳ առաջացման, կանխարգելման, ինչպես նաև ԶԳ հիվանդների բուժման գործընթացում:

Պաշտպանության ներկայացվող հիմնական դրույթներն են՝

1. Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների շարունակական և հետևողական կիրառման արդյունքում հավաստիորեն նվազում են ԱԶԸ և ԴԶԸ միջին արժեքները:
2. Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ խորհրդատվության շարունակական և հետևողական կիրառման արդյունքում նվազում է ԲԼՁՃ անցումը ԶԳ:
3. ԶԳ, ՌԳ վերահսկման, բուժման շարունակականության ապահովման նկատմամբ անձի վերաբերմունքը հավաստի ազդեցություն ունի ԶԸ թիրախ մակարդակի հասնելու գործընթացում:

Աշխատանքի նախնական փորձաքննությունը

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունն անց է կացվել ԵՊԲ2 գիտակոորդինացիոն խորհրդի (05.06.2013թ.) նիստում: Աշխատանքի հիմնական դրույթները արտացոլված են հրատարակված 5 գիտական աշխատանքներում:

Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը

Ատենախոսության էջերի քանակը 119 է, բաղկացած է ներածությունից, չորս գլուխներից (առաջին գլուխը իր մեջ ներառում է գրականության տեսությունը, երկրորդ գլխում շարադրված են հետազոտության նյութը և մեթոդները, երրորդ և չորրորդ գլուխներում ներկայացված են սեփական հետազոտության արդյունքներն ու դրանց վերլուծությունը), ամփոփումից, եզրահանգումներից, գործնական առաջարկություններից, օգտագործված գրականության ցանկից, հավելվածից: Օգտագործված գրականության ցանկը ներառում է 103 գրականության աղբյուր, որից 5-ը՝ հայերեն, 19-ը՝ ռուսերեն, 79-ը՝ անգլերեն լեզուներով: Աշխատանքում ներկայացված է 28 աղյուսակ, 39 նկար:

ԱՏԵՆԱՊՈՍՈՒԹՅԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹՐ ԵՎ ՄԵԹՈՂՆԵՐԸ

Հետազոտությունն իրականացվել է WHO STEP wise approach մոդելային հարցաթերթիկի տեղայնացված տարբերակի տվյալների և գործիքային չափումների (ԶԸ չափում, հասակի, մարմնի քաշի չափում) արդյունքների հիման վրա:

Աշխատանքն ըստ տեսակի դիտողական (observation) հետազոտություն է, ըստ կառուցվածքի՝ լայնակի (cross-sectional study) և առաջընթաց ներդրված դեպք-վերահսկում (cohort with nested case control study) հետազոտություն է:

2009թ. մշակվել և վերլուծվել են 750 հետազոտվածների (Բջնի համայնքի 18 տարեկանից բարձր ազգաբնակչության 50%-ը) տվյալներ: ԶԳ հայտնաբերված հիվանդներին բաժանվել են վերը նշված հարցաթերթիկները, որտեղ ընդգրկվել են մատչելի գրված հարցեր՝ կապված անձի ծխելու և սննդային սովորությունների, ֆիզիկական ակտիվության, սոցիալ-տնտեսական մակարդակի, ընդունած բուժման վերաբերյալ: ԶԳ հայտնաբերված անձիք բաժանվել են երկու խմբերի: Առաջին խմբում, որտեղ ընդգրկված են եղել 53 բարձր նորմալ ԲԼՁՃ ունեցող անձիք, գնահատվել են արձանագրված ԶԸ շարժերը, ԶԳ զարգացման հաճախականությունը՝ ռիսկի գործոնների փոփոխման գործընթացում 1 տարի ժամանակաընթացքում: Երկրորդ խմբում, որտեղ ընդգրկվել են բոլոր 142 ԶԳ ունեցող անձիք, կիրառվել են ԶԳ բուժկանխարգելիչ համալիր շարունակական և հետևողական միջոցառումներ 1 տարի ժամանակաընթացքում՝ 1. սիրտ-անոթային ռիսկի ստրատիֆիկացիա 2. ռիսկի գործոնների նվազեցում կամ վերացում 3. Բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների կիրառում 4. ԶԸ վերահսկում:

2010թ. իրականացվել է 2009թ. հետազոտության արդյունքում հայտնաբերված ԶԳ ունեցող 142 և 53 ԲԼՁՃ ունեցող անձանցից բաղկացած հետազոտվողների խմբի կրկնակի հետազոտում:

Վերջինս իրականացվել է երեք փուլերով: Առաջին փուլում պարզվել է, որ ԶԳ ունեցող 142 հետազոտվածներից 5-ը մեկ տարվա ժամանակահատվածում մահացել են սրտանոթային և ուղեղանոթային բարդությունների պատճառով: Այսպիսով, ԶԳ ունեցողների հետազոտման խմբից ռեսպրիինիզիս մասնակցել են 137 հետազոտվողներ: Երկրորդ փուլում 2009թ. 750 մարդկանց սրբիսինիզի արդյունքում հայտնաբերված 53 ԲԼՁՃ ունեցող անձանց կատարվել է ռեսպրիինիզ:

Երրորդ փուլում համարադրվել և մշակման են ենթարկվել 29 ունեցող 137 և 53 ԲՆՁՃ ունեցող անձանց ռեսպրինիինգային հետազոտությունների արդյունքները:

Հետազոտության էթիկական կողմը ապահովելու նպատակով ընտրանքային հարցումը և սրբինինգը կատարվել են հետազոտության մասին հակիրճ տեղեկություն տրամադրելուց և հետազոտողների գրավոր համաձայնությունը ստանալուց հետո, առանց ինվազիվ մեթոդների կիրառման:

Տվյալների մուտքագրման, մշակման և վերլուծության համար օգտագործվել է MS Excel 2007 (Microsoft Corporation, ԱՄՆ), SPSS software package for Windows version 19.0 (SPSS Inc., ԱՄՆ) և MedCalc 12.4 (MedCalc Version 12.4, Բելգիա) համակարգչային ծրագրերը:

Նկարագրական վիճակագրական վերլուծության արժեքները ներկայացված են որպես միջին և միջին քարակուսային սխալ քանակական փոփոխականների համար և ստիչոս, ստանդարտ սխալ և 95%-ոց հավաստիության միջակայք (ՀՄ) նոմինալ փոփոխականների և հարաբերակցությունների համար:

Անկախ խմբերի միջև միջինների համեմատական վերլուծությունը կատարվել է զույգերի t-վերլուծական մեթոդի (Student's t-test) կիրառմամբ: Ոչ պարամետրիկ վերլուծությունները կատարվել են Մանն-Ուիլիսոնի (անկախ խմբերի համար) և Վիլկոնսոնի զույգավորված թեստի (կապակցված խմբերի համար) վիճակագրական հետազոտությամբ: Կորելյացիոն կապերի վերլուծությունները համեմատվող հատկանիշների տարափոխվող (վարիացիոն) շարքերի միջև իրականացվել Սփիրմենի գործակցի հաշվարկի մեթոդով:

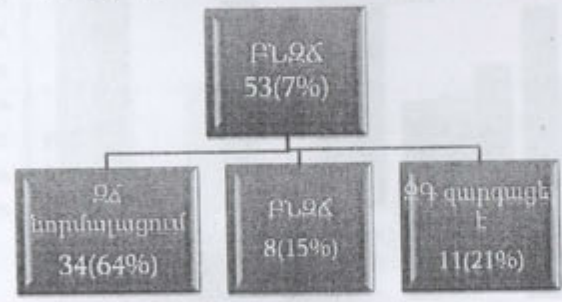
Համեմատվող անկախ խմբերի միջև տարբերությունների հավաստիությունը հաշվարկվել է Փիրսոնի «խի-քառակուսի» համապատասխանության գործակցի որոշմամբ կամ Ֆիշերի թեստի օգնությամբ՝ կախված համեմատվող ընտրանքների չափսից: Կապակցված խմբերի (օրինակ աղի օգտագործումը բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումներից առաջ և հետո) կատարվել է ՄակՆեմարի «խի-քառակուսի» համապատասխանության գործակցի որոշմամբ: Կատարվել է բազմագործոնային կատեգորյալ դիսպերսիոն վերլուծություն (ANOVA):

Հավաստիության արժեքները փոքր 0.05-ից ընդունվել են որպես հավաստի: Հիստոգրամները և սկատերային գծանկարները կատարվել են SPSS v13.0 համակարգչային ծրագրի օգնությամբ:

ՍԵՓԱԿՄԱ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՔՆՆԱԿՈՒՄ

2009թ. 750 հետազոտվածից (տղամարդ՝ 346, կին՝ 404) 29 հայտնաբերել և համալիր բուժկանխարգելիչ շարունակական և հետևողական հակազերճնումային միջոցառումներ են նշանակվել 142-ին (18,9%): Այսպիսով, 2009թ. Կոտայքի մարզի Բջնի գյուղի չափահաս բնակչության շրջանում 29 տարածվածությունը կազմում էր 18,9%: 2009թ. Կոտայքի մարզի Բջնի գյուղի 29 ունեցող չափահաս բնակչության շրջանում սրբինինգի ընթացքում մեր կողմից տրված այն հարցին, թե զիտե՞ք արդյոք, որ 29 >140/90 մակարդակը համարվում է զարկերակային զերճնում, 29 ունեցողների 51%-ը պատասխանել էին, որ չզիտեն, 49%-ը միայն զիտեին, որ 29 >140/90 մակարդակը համարվում է զարկերակային զերճնում: 29 ունեցողների 59%-ը չզիտեին, որ 29 բուժումը պետք է լինի ոչ թե «կուրսային», այլ՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում, զիտեին միայն 41%-ը, իսկ 29 ունեցողների 73%-ը ընդհանրապես չզիտեին էլ, որ իրենք ունեն 29, զիտեին միայն 27%-ը, այսինքն 29 ունեցող ազգաբնակչության իրազեկվածությունը իրենց հիվանդության վերաբերյալ կազմում էր 27%:

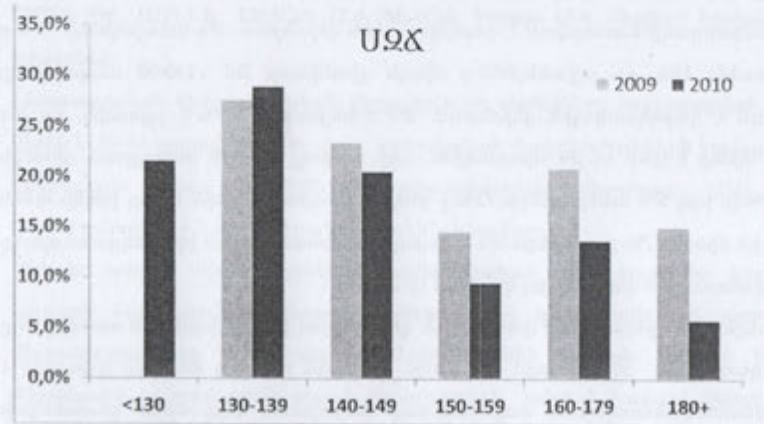
ԲՆՁՃ ունեցել և ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ խորհուրդներ են ստացել 53-ը (7,0%), տղամարդիկ՝ 30, կանայք՝ 23: 2010թ. 53 ԲՆՁՃ ունեցող անձանց շրջանում 1 տարի ժամանակահատվածում ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ ընտանեկան բժշկի խորհրդատվություններին հետևելու արդյունքում 29 կորմալացում ենկատվել է 34-ի (64%) շրջանում, իսկ մասամբ հետևելու կամ չհետևելու արդյունքում ԲՆՁՃ հայտնաբերվել է 8-ի (15%) շրջանում, իսկ 29 զարգացել է 11-ի (21%) շրջանում (նկ.1):



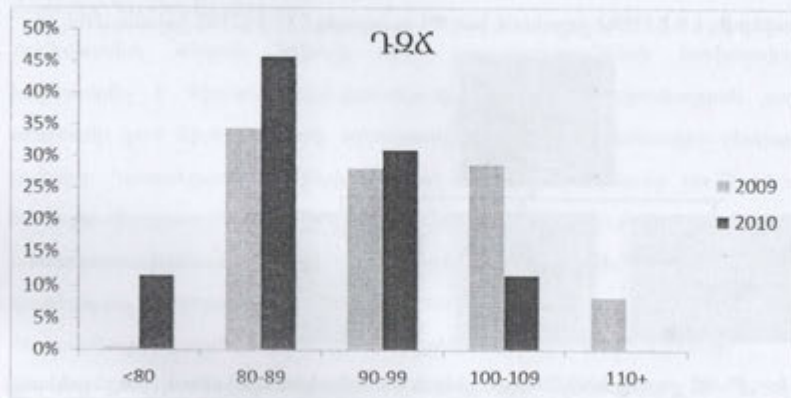
Նկար 1: ԲՆՁՃ շարժը 2009-2010թթ. ընկած ժամանակահատվածում՝ ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ խորհուրդներ ստանալուց հետո

2010թ. ՉՃ թիրախ մակարդակի է հասել 47-ի շրջանում (34,3%), որոնցից կանայք 21,9% (30), տղամարդիկ՝ 12,4% (17), այսինքն՝ *Կոտայքի մարզի Բջին գյուղի ՉԳ ունեցող չափահաս բնակչության շրջանում արդյունավետ բուժվել են 34,3%:*

2009-2010թթ միջև ընկած ժամանակաշրջանում առաջնային պահպանման համակարգում բուժվանխարզելիչ համալիր միջոցառումների շարունակական և հետևողական կիրառման պայմաններում ԱՉՃ և ԴՉՃ միջին արժեքները դինամիկայում հավաստիորեն նվազել են (2009թ.՝ ԱՉՃ=148.7±9.7մմ սս., ԴՉՃ=92.2±9.7մմ սս., $p < 0.0001$, 2010թ.՝ ԱՉՃ=128.5±3.6մմ սս., ԴՉՃ=80.0±0.0մմ սս., $p < 0.0001$, նկ. 2,3):

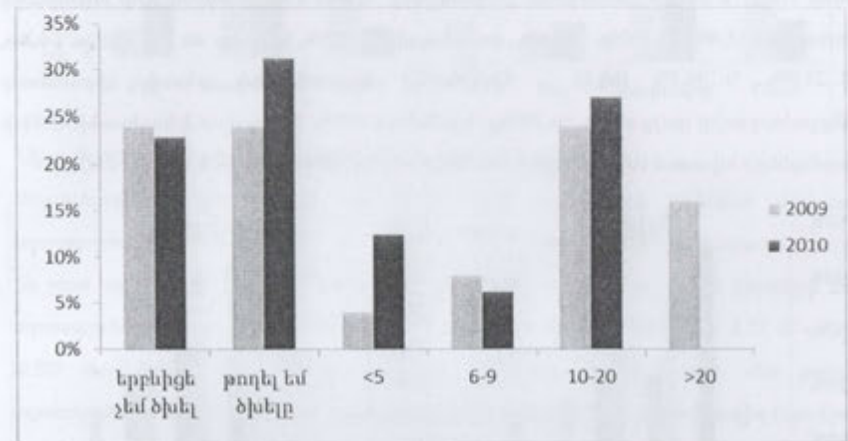


Նկար 2: ԱՉՃ միջին արժեքների բաշխումը 2009-2010թթ.

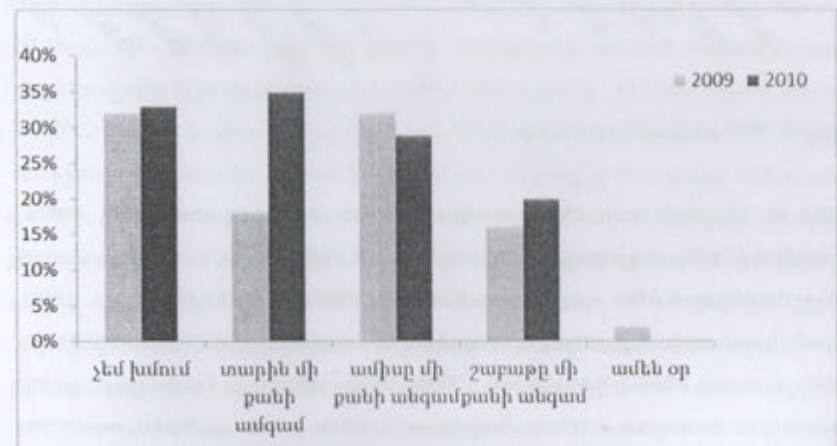


Նկար 3: ԴՉՃ միջին արժեքների բաշխումը 2009-2010թթ.

2010թ ՉԳ ունեցող 142 հետազոտվածներից 5-ը մեկ տարվա ժամանակահատվածում մահացել են, 137 չափահաս բնակչության շրջանում ծխախոտ օգտագործել են 23-ը (16,7%), (նախկինում 2009թ.՝ 28-ը(20,3%), բոլորը՝ տղամարդիկ (նկ. 4), 89 կանանցից ոչ ոք այդ պահին չէն ծխել (նախկինում 2009թ.՝ 4-ը (4,4%): 20 զրտակից ավել ծխողտղամարդկանց թիվը նվազել է 16,7%-ով (95% ՀՄ՝ 4,35-16,7%, $p=0,0078$):



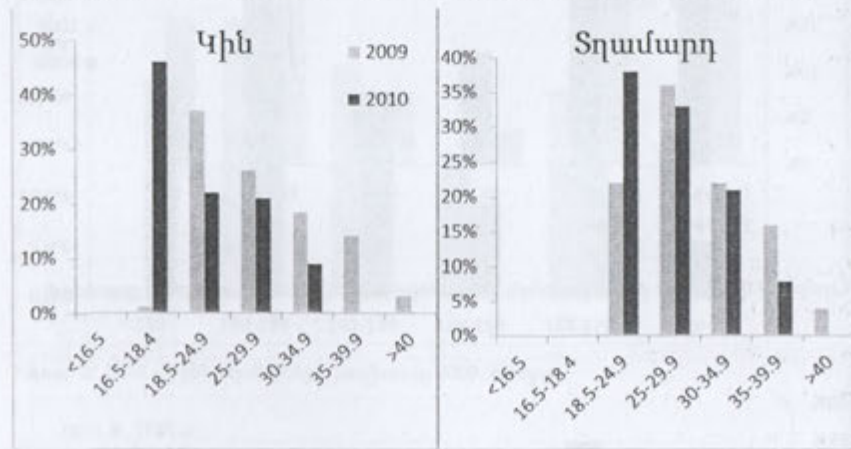
Նկար 4: Մխախոտի օգտագործման տարածվածությունը տղամարդկանց շրջանում



Նկար 5: Ավելի քան 20 օգտագործման տարածվածությունը տղամարդկանց շրջանում

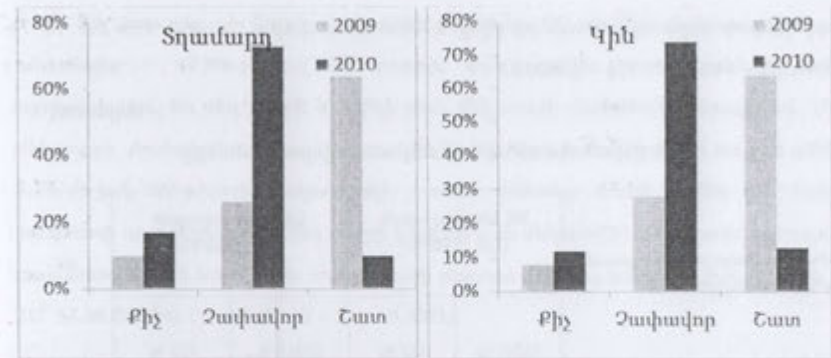
Ակոնոլ օգտագործել են 36-ը (26,3%), տղամարդիկ՝ 68%, կանայք՝ 4%, (նախկինում 2009թ.՝ 38-ը (26,8%), տղամարդիկ՝ 66%, կանայք՝ 4%): Ակոնոլի չարաշահողների թիվը՝ բոլորը տղամարդիկ (ամեն օր կամ շաբաթը մի քանի անգամ) նվազել է 16,7%-ով (95% շՄ՝ 0,55-16,7%, $p = 0.039$, նկ.5):

2010թ. Տղամարդկանց 62% (նախկինում՝ 78 %) , իսկ կանանց 54% (նախկինում՝ 62 %) ունի ՄՁԳ ≥ 25 կգ/մ քառակուսի ցուցանիշներ: ՄՁԳ ≥ 25 կգ/մ քառակուսի արժեքները նվազել են 11,4%-ով(2009թ.՝ 67,6%, տղամարդիկ՝ 27,5%, կանայք՝ 40,1%, 2010թ.՝ 56,2%, Տ.՝ 21,9%, Կ.՝ 34,3% (նկ.6) : Վիկլինսոնի գույզավորված թեստի կիրառմամբ վերլուծությունը ցույց տվեց, որ 2009թ. համեմատ 2010թ. նկատվում է հավաստի ՄՁԳ-ի արժեքների նվազում (ՄՁԳ միջին \pm ՍԾ՝ 29,19 \pm 5,36 (2009թ.), 27,47 \pm 4,739, $p = 0.0001$):



Նկար 6: ՄՁԳ բաշխումը ըստ սեռի

2010թ.-ին կերակրի աղի մեծ քանակ օգտագործում են տղամարդկանց 10%-ը (նախկինում՝ 64%, տարբերություն՝ 54,17%, 95% շՄ՝ 39,84-54,17%, $p = 0.0001$) և կանանց 13%-ը (նախկինում՝ 64%, տարբերություն՝ 49,44%, 95% շՄ՝ 41,49- 49,44%, $p = 0.0001$): Կերակրի աղի չափավոր քանակ օգտագործում են տղամարդկանց 73%-ը (նախկինում՝ 26%), կանանց 74%-ը (նախկինում՝ 28%), իսկ կերակրի աղի քիչ քանակ համապատասխանաբար՝ 17%-ը (նախկինում՝ 10%), և 12%-ը (նախկինում՝ 8%): Կերակրի աղի մեծ քանակ օգտագործողների թիվը նվազել է 51,7% -ով (նկ.7):



Նկար 7: Կերակրի աղի օգտագործման տարածվածությունը

Վերլուծությունը ցույց տվեց, որ 2010թ. ՄՁԳ արժեքները կախված չեն աղի օգտագործումից, սակայն $\chi^2 = 6,446$, $df = 2$, $p = 0,040$ արժեքները հավաստի բարձր են շատ աղ օգտագործող տղամարդկանց շրջանում: Կանանց շրջանում կերակրի աղի օգտագործումը կապված չէ ՄՁԳ՝ $\chi^2 = 0,635$, $df = 2$, $p = 0,728$, և $\chi^2 = 3,17$, $df = 2$, $p = 0,203$ արժեքների հետ: 2009թ. Կանանց շրջանում կերակրի աղի մեծ քանակ օգտագործելու և ՄՁԳ ≥ 140 մմ.սս. արժեքների միջև առկա էր կոռելացիոն ուղիղ (դրական) կապ ($p = 0.001$):

2010թ. ռեսպրինիզի արդյունքում այն հարցին, թե ունե՞ք արդյոք տանը զարկերակային ճնշումը չափող սարք, ԱՅՈ պատասխանել է ՁԸ թիրախ մակարդակի հասած անձանցից 80,9%-ը, ՈՉ՝ 19,1%-ը, իսկ ՁԸ թիրախ մակարդակի չհասած անձանցից տանը զարկերակային ճնշումը չափող սարք ունեն 38,9%-ը, չունեն՝ 61,1%-ը, Ֆիշերի թեստ $p = 0,000002$: Առկա է հավաստի տարբերություն ՁԸ թիրախ մակարդակի հասած անձանց և ՁԸ թիրախ մակարդակի չհասած խմբերում ըստ ճնշումը չափող սարքի առկայության (42,00%, 95% շՄ՝ 24. 20-56,21%, $\chi^2 = 20,23$, $df = 1$, $p < 0.0001$): Այն հարցին, թե որքա՞ն հաճախ եք չափում Ձեր զարկերակային ճնշումը, ռեսպրինիզի խմբում պարբերաբար չափել են 22,6%-ը(33), այսինքն՝ ՁԳ ունեցող անձանց ՁԸ անհրաժեշտ կերպով վերահսկվում է 22,6% շրջանում. ՁԸ թիրախ մակարդակի հասած անձանցից 42,6%-ը (20) պատասխանել է պարբերաբար, ՁԸ թիրախ մակարդակի չհասած անձանցից 87,8%-ը (79) պատասխանել են՝ վառ ինքնազգացողության ժամանակ, իսկ պարբերաբար պատասխանել է 12,2 % -ը (11), (աղ.1): ՁԸ թիրախ մակարդակի հասած անձանց խմբում

պարբերաբար ճնշումը չափողների թիվը հավաստի բարձր է (30,40%, 95% ՀՄ՝ 13, 72-46,79%, $\chi^2 = 14,61$, $df = 1$, $p = 0,0001$):

Աղյուսակ 1

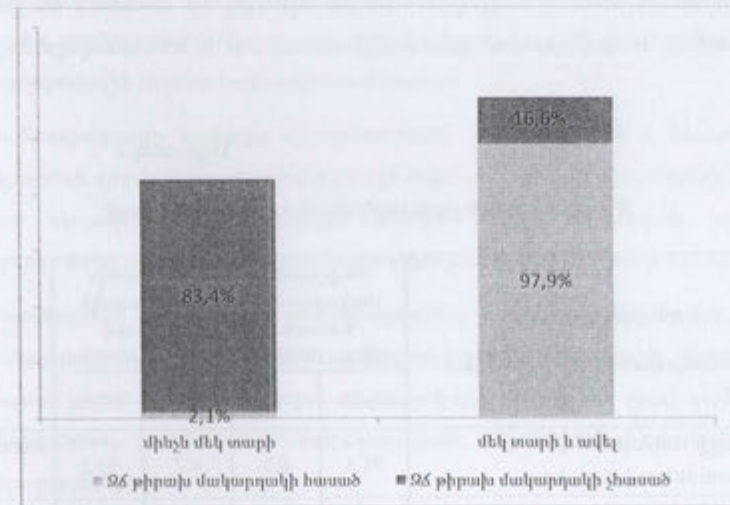
ԶԳ վերահսկման նկատմամբ անձի վերաբերմունքը

ԶԳ վերահսկման նկատմամբ անձի վերաբերմունքը	ԶՃ նորմալացած (ԶՃ <140/90)		ԶՃ չնորմալացած (ԶՃ ≥140/90)		p<
	ԱՅՈ %	ՈՉ %	ԱՅՈ %	ՈՉ %	
ԶՃ չափող սարքի առկայություն	80,9	19,1	38,9	61,1	0,000002
Պարբերաբար ճնշում չափողների թիվը	42,6	57,4	12,2	87,8	0,0001
Ճարպոտ սնունդը սահմանափակողների թիվը	97,9	2,1	82,2	17,8	0,0177
կերակրի աղի օգտագործումը սահմանափակողների թիվը	95,7	4,3	78,9	21,1	0,0192

Հարցաթերթիկում տրված այն հարցին, թե պատրաստ եք արդոք հրաժարվել վնասակար սովորություններից, ըստ հետազոտվողների պատասխանների, արդեն սահմանափակել են ճարպոտ սնունդը ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց 97,9%-ը, իսկ ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 82,2%-ը, կերակրի աղի օգտագործումը ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց 95,7%-ը, ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 78,9%-ը:

Բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների շարունակական և հետևողական կիրառման արդյունքում բացահայտվել են հավաստի տարբերություններ համեմատված ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց և ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց խմբերի միջև ըստ ԶԳ և ՈԳ վերահսկման նկատմամբ անձի վերաբերմունքի՝ ԶՃ չափող սարքի առկայության, պարբերաբար ճնշումը չափողների թվի, ճարպոտ սնունդը սահմանափակելու, կերակրի աղի օգտագործումը սահմանափակելու ուղղությամբ (աղ1):

Այն հարցին, թե ինչքան է տեղ բուժումը, ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանցից 97,9%-ը իսկ ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 2,1%-ը պատասխանել են մեկ տարի և ավելի քան մեկ տարի ժամանակաընթացքում: Մինչև մեկ տարի ժամանակաընթացքում բուժվել են ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց 2,1%-ը, իսկ ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 83,4% -ը (նկ. 8): Առկա է հավաստի տարբերություն (մեկ տարի և ավելի քան մեկ տարի) ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց և ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց խմբերի միջև (71,30%, 95% ՀՄ՝ 57,48-80,30%, $\chi^2 = 59,99$, $df = 1$, $p < 0,0001$):



Նկար 8: Բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների տևողության ազդեցությունը ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած և չհասած անձանց շրջանում

Կախված այն հանգամանքից, թե ինչ սխեմայով է ընթացել բուժումը, ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց 43-ը (91,5%) պատասխանել են՝ անընդհատ, առանց դեղորայքի կամ երանց քչացմամբ, իսկ ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 84-ը (93,3%) պատասխանել են՝ ընդհատումներով: Առկա է հավաստի տարբերություններ ԶՃ թիրախ մակարդակի հասած անձանց և ԶՃ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց խմբերի միջև՝ կախված բուժման անընդհատ, առանց դեղորայքի կամ դրանց դեղաչափի նվազեցմամբ (84,80%, 95% ՀՄ՝ 70,80-92,32%, $\chi^2 = 92,26$, $df = 1$, $p < 0,0001$):

Այն հարցին, թե ի՞նչն է խանգարում Ձեզ ընդունել հիպոտեկվի դեղամիջոցներ անընդհատ, ՁՁ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց 70,0%-ին խանգարում է դեղամիջոցների թանկությունը, 45,6%-ին խանգարում է այն հանգամանքը, որ մոռանում են ընդունել դեղահաբերը, 81,1%-ին դադարեցնում են դեղամիջոցի օգտագործումը ՁՁ նորմալացումից հետո:

Բացահայտվել են հավաստի տարբերություններ ՁՁ թիրախ մակարդակի հասած անձանց և ՁՁ թիրախ մակարդակի չհասած անձանց խմբերի միջև՝ կախված դեղամիջոցների թանկությունից, այն հանգամանքներից, որ մոռանում են ընդունել դեղահաբերը, դադարեցնում են դեղամիջոցի օգտագործումը ՁՁ նորմալացումից հետո (աղ.2):

Աղյուսակ 2

ՁԳ վերահսկման շարունակականության ապահովում

ՁԳ վերահսկման շարունակականության ապահովում	ՁՁ թիրախ մակարդակի հասած (ՁՁ < 140/90)		ՁՁ թիրախ մակարդակի չհասած (ՁՁ ≥ 140/90)		p<
	ԱՅՈՒ%	ՈՉ %	ԱՅՈՒ %	ՈՉ %	
դեղորայքի անընդհատ և ընդհատումներով ընդունում	91,5	8,5	6,7	93,3	0,0001
մոռանում են ընդունել դեղահաբերը	2,0	95,7	45,6	54,4	0,0002
դադարեցնում են դեղամիջոցի օգտագործումը ՁՁ նորմալացումից հետո	6,4	93,6	81,1	18,9	0,0001
դադարեցնում են դեղամիջոցի օգտագործումը ելևելով դեղամիջոցների թանկությունից	6,4	93,6	70,0	30,0	0,0001

ԵԶՐԱՆԱԳՈՒՄՆԵՐ

1. Բշնի համայնքի 750 չափահաս բնակչության շրջանում 2009թ. զարկերակային զերճնշման տարածվածությունը կազմել է 18,9%, բարձր նորմալ զարկերակային

ճնշման տարածվածությունը կազմել է 7%: Զարկերակային զերճնշման իրազեկվածությունը կազմել է 27%:

2. Առողջության առաջնային պահպանման համակարգում բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների շարունակական և հետևողական կիրառման պայմաններում սիստոլիկ զարկերակային ճնշման և դիաստոլիկ զարկերակային ճնշման միջին արժեքները դինամիկայում հավաստիորեն նվազել են:
3. Ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ ընտանեկան բժշկի խորհրդատվությունը շարունակական և հետևողական կիրառման արդյունքում դինամիկայում բարձր նորմալ զարկերակային ճնշում ունեցողների մեծամասնության շրջանում նկատվել է զարկերակային ճնշման հավաստի նորմալացում:
4. Բուժկանխարգելիչ համալիր միջոցառումների շարունակական և հետևողական կիրառման պայմաններում զարկերակային զերճնշում ունեցող հիվանդների 34,3%-ի մոտ նկատվել է զարկերակային ճնշման թիրախ մակարդակ, այսինքն՝ արդյունավետ բուժվել են զարկերակային զերճնշում ունեցող հիվանդների 34,3%:
5. Բացահայտվել են հավաստի տարբերություններ զարկերակային ճնշման թիրախ մակարդակի հասած անձանց և զարկերակային ճնշման թիրախ մակարդակի չհասած անձանց խմբերի միջև ըստ զարկերակային զերճնշման, ռիսկի գործոնների վերահսկման, բուժման շարունակականության ապահովման նկատմամբ անձի վերաբերմունքի:

ԳՈՐՄԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

22 Առողջապահության նախարարությանը

1. ՁԳ ունեցող հիվանդների և բնակչության շրջանում հիվանդացության աճի կասեցմանն ուղղված բուժկանխարգելիչ միջոցառումների արդյունավետության բարձրացման նպատակով ԱԱՊ բժիշկների կողմից կանխարգելիչ այցի կազմակերպման առողջության սրբինիսիզներում ներառել ոչ միայն զարկերակային զերճնշում ունեցող անձանց մշտադիտարկումը, այլ նաև բարձր նորմալ զարկերակային ճնշում ունեցող անձանց մշտադիտարկման սկզբունքները:

2. ԱԱՊ բժիշկների կողմից իրականացվող առողջության սքրինինգներում արյան շրջանառության հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման նպատակով կազմակերպել ՁԳ հիվանդների, բժիշկների, բուժույթների ուսուցողական դասընթացներ զարկերակային ճնշման չափման տեխնիկայի վերաբերյալ: Մշակել ուսուցողական ձեռնարկներ պացիենտների և բուժանձնակազմի համար «առողջ ապրելակերպի» վերաբերյալ՝ առաջնային օղակի բժիշկների ոչ դեղորայքային բուժման նկատմամբ հակվածությունը ավելացնելու, ինչպես նաև սրտանոթային և ուղեղանոթային բարդությունների, հաշմանդամության և մահացության նվազեցման նպատակով:
3. Համալիր բուժկանխարգելիչ միջոցառումների գործընթացում ներառել ՁԳ երկրորդային կանխարգելման օպտիմալացումը, այդ թվում նաև «<ՁԳ դպրոցների>> կազմակերպումը, որը կլսարձրացնի գյուղաբնակ ազգաբնակչության կյանքի որակը, կնպաստի ապրելակերպի փոփոխման վերաբերյալ անձի վերաբերմունքի փոփոխմանը, մոտիվացիային, վտանգավոր սովորույթներից հրաժարմանը, կնպաստի նրանց տեղեկացվածության բարձրացմանը:

Տպագրված աշխատանքները

Թեմայի վերաբերյալ տպագրված աշխատանքների ցուցակ

1. Հովհաննիսյան Ս., Մուրադյան Ն., Ջարկերակային զերճնշման վերահսկման և տարածվածության առանձնահատկությունները նախկին Խորհրդային Միության որոշ երկրներում, ԱԱԻ «Գիտաբժշկական Հանդես», Երևան, 2009, հ.4, էջ. 73-77:
2. Մուրադյան Ն., Մարմնի ավելցուկային քաշը և ճարպակալումը որպես զարկերակային զերճնշման ռիսկի գործոններ. ԱԱԻ «Գիտաբժշկական Հանդես», Երևան, 2010, հ. 4, էջ. 51-58:
3. Մուրադյան Ն., Հովհաննիսյան Ս., Ջարկերակային զերճնշումը և հիմնական ռիսկի գործոնները, «Բժշկություն, գիտություն և կրթություն», Երևան, 2012, ք.13 նոյեմբեր, էջ. 55-61:
4. Հովհաննիսյան Ս., Մուրադյան Ն., Ջարկերակային զերճնշման և նրա ռիսկի գործոնների տարածվածությունը Կոտայքի մարզի Բջնի գյուղի չափահաս

բնակչության շրջանում, ԵՊԲ2 Տարեկան հաշվետու գիտաժողով «Գիտական հոդվածների ժողովածու», Երևան, 2012, 15-16 նոյեմբեր, էջ. 266-271:

5. Hovhannisyán S., Muradyán N., Arshamyan A. The Prevalence of High Blood Pressure in Rural Population of Armenia: Cross-Sectional Study, YSMU «The New Armenian Medical Journal»-Yerevan, 2012, Vol.6, No 4, p. 65-69, 85:

РЕЗЮМЕ

Артериальная гипертензия (АГ) находится в центре внимания современной медицины и признается на сегодня одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) со своими осложнениями и высокими показателями смертности (Lancet 2002). Начиная с середины 20-го века инфекционные заболевания стали уступать место неинфекционным заболеваниям. К 2020 году в большинстве развитых стран мира одной из лидирующих причин заболеваемости и смертности станут неинфекционные заболевания и, в основном, сердечно-сосудистые, от которых смертность будет в 4 раза выше, чем от инфекционных заболеваний (WHO, 2008). По прогнозированию Kearney P. и соавт. (2005), к 2025 г. гипертонией будут страдать приблизительно 1,56 млрд. людей. Исследования в области АГ придается особое значение ввиду того, что АГ является одним из важнейших факторов риска ишемических и сосудисто-мозговых заболеваний с высоким уровнем смертности или приводящих к инвалидности. Наряду с этим обнаружено, что АГ является в значительной степени управляемым фактором риска ССЗ с возможностью снижения показателей смертности (WHO. World Health Statistics 2006). Однако, эта проблема мало изучена для сельского населения Армении. Исследование было проведено в районах, обслуживаемых медицинской амбулаторией села Бжни Котайкского марза. Было проведено поперечное исследование, до начала которого от каждого участника было получено письменное согласие. Амбулатория села Бжни обслуживает 1500 совершеннолетних жителей. Начальная выборка для исследования составила 750 (50%) человек – 346 мужчин (46%) и 404 женщины (54%), которые и приняли участие в исследовании.

Целью исследования являлось изучение особенностей факторов риска артериальной гипертензии в динамике в условиях применения комплексных лечебно-

профилактических мероприятий в первичной системе охраны здоровья среди сельского населения.

Научная новизна работы заключается в том, что впервые в РА в первичной системе охраны здоровья исследовались особенности факторов риска артериальной гипертензии среди сельского населения в условиях применения комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Оценивались частота развития АГ, эффективность проведенных комплексных лечебно-профилактических мероприятий, динамика изменения артериального давления (АД) и связь с факторами риска.

В контексте применения комплексных лечебно-профилактических мероприятий выявлены снижение факторов риска, а также роль отношения личности к развитию и контролю АГ и процессу достижения целевого уровня АД.

В динамике изменений образа жизни обнаружена статистически достоверная нормализация АД у большинства имеющих высокое нормальное артериальное давление. В Бжнинской сельской амбулатории были обследованы 750 человек, было выявлено 142 человека с повышенным артериальным давлением (ПАД). Распространённость ПАД в селе Бжни составила 18,9%. Распространённость высокого нормального артериального давления составила 7%. Информированность АГ составила 27%. В динамике изменений образа жизни обнаружена достоверная нормализация АД у большинства имеющих высокое нормальное артериальное давление.

В условиях применения комплексных лечебно-профилактических мероприятий в первичной системе охраны здоровья в динамике было выявлено достоверное снижение средних показателей САД и ДАД.

У 34,3% пациентов, имеющих ПАД, был выявлен целевой уровень АД.

В контексте роли отношения личности к развитию, контролю АГ и факторам риска (наличие измерительного прибора АД, ограничение жирной пищи и пищевой соли, избавление от лишнего веса) а так же отношения личности к продолжительности лечения (постоянное и прерывистое применение лекарств, длительность лечения 1 год и более, забывают принимать лекарство, или прекращают лечение) наблюдалось значимое различие между респондентами группы достигшей целевого уровня АД и не достигшей целевого уровня АД.

THE PECULIARITIES OF RISK FACTORS OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG RURAL POPULATION UNDER THE CONDITIONS OF PERFORMING COMPLEX MEDICAL PREVENTATIVE ACTIONS IN THE PRIMARY SYSTEM OF HEALTH CARE

SUMMARY

Now a days arterial hypertension is in the centre of attention of the modern medicine and is declared to be one of the most wide-spread cardio-vascular diseases with its complications and high death rates. Since the middle of the 20th century non-contagious diseases replaced infectious ones. By the year 2020, non-communicable diseases such as cardiovascular diseases (CVD) will be the major causes of morbidity and mortality in developing countries, accounting for almost four times as many deaths as from communicable diseases (WHO, 2008). P. Kearney and coworkers predicted that the burden of hypertension would increase approximately to 1.56 billion in the year 2025 (Kearney P. et al., 2005).

There searches in the field of arterial hypertension are considered so significant due to the fact that arterial hypertension is one of the most important risk factors of ischemic and vascular-cerebral diseases with a high death rate or those leading to physical disability.

At the same time, it has been discovered that arterial hypertension is largely a controllable risk factor of cardio-vascular diseases and presents a possibility of decreasing the death rate (WHO. World Health Statistics 2006) However, this problem is hardly researched for the rural population of Armenia.

The research was conducted in the districts, served by the ambulance station of village Bjni of Kotayk region. Before a transversal research was conducted, a written consent was received from every participant. The ambulance station of village Bjni serves 1500 adult citizens. The initial research selection made 750 (50%) participants – 346 men (46%) and 404 women (54%), who took part in the research.

The goal of the research is to study the peculiarities of risk factors of arterial hypertension in dynamics under the condition of exploiting complex medical-preventive actions in the initial system of health care among the rural population.

The scientific novelty of this work lies in the fact that for the first time in Republic of Armenia the peculiarities of risk factors of arterial hypertension under the condition of exploiting

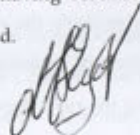
complex medical-preventive actions in the initial system of health care among the rural population were researched in the initial system of healthcare.

The frequency of arterial hypertension development, the effectiveness of conducted complex medical-preventive actions, the dynamics of change in blood pressure and the connection with the risk factors were evaluated.

In the context of exploiting complex medical-preventative actions the decrease of risk factors as well as the role of a personal attitude et awards arterial hypertension control and the process of attaining the target level of blood pressure were discovered.

A considerable normalization of blood pressure of a majority of people is discovered in the dynamics of changes of life conditions.

In the rural ambulance centre of Bjni 750 people were examined, 142 people with high blood pressure were discovered. The prevalence of high blood pressure in village Bjni constituted 18.9%. The prevalence of high normal blood pressure constituted 7%. The awareness of arterial hypertension constituted 27%. In the dynamics of change of life conditions proved normalization of blood pressure among a majority of people suffering from high blood pressure was detected. Under the conditions of exploiting complex medical-preventive actions the proved decrease of average indices of Systolic blood pressure and Diastolic blood pressure in the initial healthcare system was discovered. The target level of blood pressure АД was discovered among 34.3% patients suffering from high blood pressure. In the context of the personal attitude towards the development, the arterial hypertension АГ control and the risk factors (the availability of blood pressure measuring instrument, the restriction of rich food and white salt, excess weight loss) as well as the personal attitude et awards the treatment duration (constant and discontinuous use of medicines, treatment duration lasting one and more years, failing to remember to take the medicine or discontinuing the treatment) considerable difference between the respondents of the group having reached the target level of blood pressure and those having failed to do so was observed.



ՀՀ Ազգային գրադարան



NL0614697

