

Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні

В.М. Коваленко, Ю.М. Сіренко, А.П. Дорогой

Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Програма, профілактика, лікування, артеріальна гіпертензія, мозкові інсульти, інфаркт міокарда, тривалість життя, смертність, диспансеризація

На початку 70-х років минулого століття в США на федеральному рівні були розроблені та проведені цілеспрямовані заходи щодо боротьби з артеріальною гіпертензією (АГ), які згодом дали феноменальні результати – смертність від мозкових інсультів за 20 років зменшилася вдвічі, від інфаркту міокарда – на 40 %. Пізніше аналогічні програми були запроваджені в інших країнах. Так, в Японії смертність від інсультів скоротилася в чотири (!) рази, в ФРН – в 2 рази. Цілком очевидно, що успішна боротьба з АГ не тільки необхідна, а й реально можлива.

Починаючи з 50-х років ХХ ст., у клінічну практику запроваджуються один за другим низка ефективних антигіпертензивних препаратів. Частина із них, переважно оригінальні препарати, проходили багаточисельні контрольовані клінічні дослідження, на базі яких розроблялися безпечні і надійні технології лікування. Фактично, за відносно короткий час вдалося розробити нову концепцію лікування, засновану на засадах *доказової медицини*. Саме на таких принципах і була доведена можливість впливу на перебіг АГ та її наслідки за такими жорсткими критеріями, як загальна смертність, смертність від хвороб системи кровообігу (ХСК) та смертність від цереброваскулярної патології (ЦВП).

Одночасно в кардіології формувалася нова концепція – *концепція факторів ризику*, розуміння якої дало можливість закласти підвалини інтегрованого підходу в боротьбі з неінфекційною патологією ХСК, в першу чергу з ішемічною хворобою серця (ІХС), есенціальною гіпертензією (ЕГ), хворобами периферичних артерій та ЦВП. Фактори ризику класифікували на модифіковані (ті, що піддаються корекції) і немодифіковані/немодульовані (ті, що не піддаються впливу).

Важливою передумовою успіху були *популяційна стратегія впливу та концепція боротьби з інтегральними факторами ризику* розвитку хронічної неінфекційної патології. На такій основі в багатьох країнах були розроблені загальноосвітнянські

довготривалі (строком на 20 років і більше) національні програми боротьби з неінфекційною патологією взагалі та з ХСК зокрема. Як правило, виконання таких програм далеко виходило за рамки галузевого впливу. Здебільшого вони мали і мають міжсекторальний, загальнодержавний характер (стосувалися ІХС, АГ, атеросклерозу, цукрового діабету тощо).

У країнах, в яких розробляли і впроваджували у практику згадані новітні технології, стрімко змінювалася структура смертності населення. Так, у США в 1968 р. у структурі загальної смертності ХСК становили 66,9 % (242 на 100 000 населення), ЦВП – 19,1 % (71 на 100 000 населення). За наступні 14 років (1968–1982) показник загальної смерті зменшився на 25,5 % (від 744 до 554 на 100 000 населення), смертності від ХСК – на 34,2 % (від 362 до 238 на 100 000 населення), від ІХС – на 42,6 % (242 до 139 на 100 000 населення), від ЦВП – на 50,7 % (від 71 до 36 на 100 000 населення) і ревматизму – на 71,4 % (від 7 до 2 на 100 000 населення). Починаючи з 70-х років подібне зменшення смертності від ХСК, у тому числі і від ІХС та АГ, спостерігали в Англії, Фінляндії, Шотландії та інших країнах.

Серед багатьох відкриттів фундаментальних наук і результатів численних досліджень за останню чверть ХХ ст. найголовнішим було те, що фактично була доведена реальна можливість запобігання розвитку таких ХСК, як АГ, ІХС, атеросклероз периферичних судин, прецеребральних та церебральних артерій. З іншого боку, стало цілком очевидно, що можна реально змінити перебіг таких хвороб, суттєво впливати на їх наслідки, запобігати розвитку ускладнень або відстрочувати їх, змінювати їх тяжкість. Кінцевим результатом впровадження таких технологій у медичну практику стало стрімке зростання тривалості життя населення (табл. 1).

Вважають, що тривалість життя населення віддзеркалює стан його здоров'я. За визначенням ВООЗ, здоров'я населення будь-якої країни роз-

Таблиця 1
Тривалість життя населення країн Європи

Країна	Статистичні показники			
	Населення, млн осіб	Тривалість життя		Частка ВВП на охорону здоров'я, %
		чоловіків	жінок	
Великобританія	74,5	74,5	79,6	6,9
Італія	57,0	74,9	81,3	6,9
Німеччина	81,1	74,0	80,3	10,5
Польща	39,0	67,9	76,6	3,8
Франція	57,7	74,5	82,2	9,9
Україна	47,8	62,5	73,7	3,2

глядають як найважливіший чинник *національної безпеки*.

Тривалість життя чоловіків в Україні нижча за середню в Італії на 12,4 року, жінок порівняно з Францією – на 8,5 року. При цьому збитки у потенційно втрачених (не прожитих) роках у перерахунку на 2003 р. становили 790 417 (!) років (чоловіки – 468 882, жінки – 378 277 років).

На тривалість життя впливають багато соціальних та медичних чинників. Серед них найважливішим є такий соціальний чинник, як відсоток валового внутрішнього продукту (ВВП), що виділяється на охорону здоров'я населення. В Україні він один із найнижчих. Країна перебуває в середині 7-го десятку із 126 країн світової спільноти. У Швеції цей показник становить 8,6 %, в Австрії – 7,9 %, у Фінляндії – 7,3 %, у США – 14,0 %.

Згідно з розрахунками ВООЗ: якщо частка валового національного прибутку на потреби системи охорони здоров'я населення становить менше 6 %, то галузь не може успішно розвиватися, бути ефективною і рентабельною.

Рівень здоров'я населення в цілому віддзеркалює стан і розвиток економіки. Доведена чітка залежність між очікуваною тривалістю життя (ОТЖ) і рівнем ВВП на душу населення. У країнах Західної і Центральної Європи ОТЖ збільшується, в той час як у нових незалежних державах Східної Європи і колишніх республіках СРСР спостерігають тенденцію до зниження тривалості життя. У цих країнах населення помирає на 10 років раніше, ніж у країнах Західної Європи, а чоловіки помирають на 11 років раніше, ніж жінки. Драматичне зменшення тривалості життя відбувається у період небувалого для мирного часу зниження рівня життя населення.

За показником ОТЖ чоловіків (62,5 року) Україна посідає серед інших країн світу 54-те, жінок (73,7 року) – 47-ме місце. В Японії ці показники становлять відповідно 75,8 і 81,9 року.

Серед інших факторів виділяють стан довкілля, якість питної води і клімато-географічні умови. Переважаючий помірний клімат в Україні вважається сприятливим природним фактором здоров'я.

Генетичні фактори – обтяжлива спадковість, вік, стать – вважаються немодульованими. Вони створюють серед населення групи підвищеного ризику. В таких випадках проведення індивідуальних наполегливих профілактичних заходів матиме певний успіх.

Дуже важливим, на наш погляд, є ставлення населення країни до свого здоров'я, збереження та його зміцнення. В цьому напрямку суспільство потребує розробки і втілення загальноосвітніх програм «Здоров'я», закріплення на популяційному рівні норм здорового способу життя.

Медичні аспекти здоров'я полягають у проведенні первинної профілактики виникнення і розвитку хвороб (боротьба з факторами ризику та шкідливими для здоров'я звичками) і вторинної, спрямованої на запобігання тяжкому перебігу хвороб, розвитку передчасних ускладнень та смертності.

Доведено, що складові здоров'я на 49–53 % залежать від прийнятого і культивованого способу життя серед населення, на 18–22 % зумовлені генетичними та біологічними факторами людини, на 17–20 % – станом навколишнього середовища, тобто екологічними факторами. Медичні фактори впливу на здоров'я не перевищують 8–10 %. Саме через призму такого бачення проблем охорони здоров'я населення необхідно привертати увагу всього суспільства до питань збереження і зміцнення здоров'я через заходи первинної профілактики та затвердження норм здорового способу життя.

Сьогодні в країні в основі профілактичної роботи, зокрема при проведенні первинної профілактики, задекларовані *популяційна стратегія впливу на провідні чинники розвитку ХСК та концепція боротьби з факторами ризику*.

Державна підтримка такої стратегії ґрунтується на тому, що профілактична робота в кардіології значно ефективніша за своїми соціальними наслідками, ніж клінічний підхід до розв'язання проблем. Розрив, який існує між профілактичною і клінічною медициною сьогодні, та академічний підхід до принципів профілактики хронічних неінфекційних хвороб взагалі і ХСК зокрема не дозволяє на сучасному етапі розвитку суспільства підвищувати рівень здоров'я населення тією мірою, як це зроблено у багатьох розвинених країнах. Первинна профілактика – не безкоштовна справа, вона потребує великих матеріальних ресурсів, але значно менших від тих збитків, які несе на собі суспільство сьогодні.

Концепція боротьби з факторами ризику і стратегії зміцнення здорового способу життя різних

країн були покладені в основу багатьох цільових загальноосвітніх програм з боротьби з ІХС, АГ тощо. Інтегральною основою втілення таких програм було визначення сумарного (глобального, абсолютного) ризику розвитку хвороби чи ускладнення від неї. Спочатку була розроблена система оцінки ризику у пацієнтів з ІХС на основі результатів Фремінгемських досліджень (США, 1998). 31 серпня 2003 р. на Конгресі Європейської спілки кардіологів (ЄСК) були представлені Європейські рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) у клінічній практиці, в яких запропонована система оцінки глобального ризику «SCORE». В основу цієї системи були покладені дані не американської популяції, а 12 європейських досліджень, в яких було обстежено 205 000 осіб у країнах Європи з високим і з низьким ризиком розвитку ССЗ. В системі «SCORE» при оцінці загального ризику враховувалися лише смертельні випадки, що значно підвищує об'єктивність оцінки ризику протягом 10 років. Критерієм високого ризику розвитку *фатальних* ССЗ, що визначається за шкалою з квадратами, вважається рівень ризику 5 % і вище. Звичайно, система «SCORE» і нові «*Рекомендації щодо профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці*» в цілому повинні бути ретельно вивчені, обговорені й адаптовані для практичного втілення в нашій країні.

Таким чином, ми є свідками того, як концепція факторів ризику, яка формувалася в другій половині ХХ ст., на початку ХХІ природно трансформувалася від ІХС і АГ в активну профілактичну стратегію ССЗ.

Однією із важливих складових проблеми серцево-судинних хвороб була і залишається АГ. У 2003 р. були вжиті надзвичайно важливі заходи щодо інтеграції досягнень науки і практики боротьби з АГ.

Сьома доповідь Об'єданого національного комітету США з профілактики, виявлення, оцінки і лікування АГ (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – JNC-7) внесла суттєві корективи в нові рекомендації з лікування АГ, які ґрунтуються на результатах багатьох обсерваційних і контрольованих клінічних досліджень. На відміну від попередніх рекомендацій (1997), у нових ключовими положеннями були такі.

– Починаючи з рівня артеріального тиску (АТ) 115/75 мм рт. ст., підвищення його на кожні 20/10 мм рт. ст. збільшує ризик розвитку ССЗ у 2 рази. У осіб з нормальним АТ у віці 55 років і більше ризик розвитку АГ досягає 90 %, що вимагає постійного дотримання відповідних профілактичних заходів.

– У осіб віком старше 50 років рівень систолічного АТ більше 140 мм рт. ст. доцільно вважати

значно вагомим фактором ризику розвитку ССЗ, ніж рівень діастолічного АТ, який у такому віці часто не підвищується, а навпаки, знижується у чоловіків після 60 років, у жінок після 70.

– Рівень систолічного АТ 120–139 мм рт. ст. або діастолічного АТ 80–89 мм рт. ст. віднесено до категорії «предгіпертензії». Таким пацієнтам треба змінити спосіб життя на такий, який запобігає виникненню ССЗ. Були об'єднані 2-га і 3-тя стадії АГ, тому тепер виділяють лише 1-шу і 2-гу стадії АГ.

– Якщо АТ переважає бажаний рівень на 20/10 мм рт. ст. і більше, терапію треба починати з двох антигіпертензивних препаратів, одним із яких повинен бути тіазидний діуретик.

– Для досягнення бажаного АТ (140/90 мм рт. ст. або 130/80 мм рт. ст. при цукровому діабеті або хронічних хворобах нирок) більшість пацієнтів з АГ потребують застосування двох і більше антигіпертензивних препаратів різних класів.

Дуже важливою складовою успіху при лікуванні АГ вважається достатня мотивація пацієнтів дотримуватися схем і рекомендацій з лікування.

У численних багатоцентрових контрольованих клінічних дослідженнях доведено, що ризик розвитку ССЗ знижують інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), β-адреноблокатори (β-АБ), блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА II), антагоністи кальцію (АК) і тіазидні діуретики. Ефективність такої антигіпертензивної терапії визначається зниженням розвитку мозкових інсультів на 35–40 %, інфаркту міокарда на 20 % і серцевої недостатності на 25 %. В нових рекомендаціях при неускладненій АГ як початкова терапія у більшості пацієнтів можуть бути застосовані тіазидні діуретики у вигляді монотерапії або в комбінації з іншими антигіпертензивними препаратами. При певних показаннях (серцева недостатність, перенесений інфаркт міокарда, наявність цукрового діабету, хронічні хвороби нирок, профілактика повторного мозкового інсульту, високий ризик розвитку ІХС) необхідно використовувати як препарати першої ланки ІАПФ, β-АБ, АК, БРА II.

У 2003 р. також були оприлюднені рекомендації Комітету експертів, призначених Європейською спілкою з вивчення артеріальної гіпертензії (ЄСАГ) і Європейською спілкою кардіологів (ЄСК), в яких вони намагалися уникати жорстких рекомендацій і розглядали їх більше як загальноосвітнянський документ, ніж як розпорядження регламентуючого характеру. Комітетом експертів ЄСАГ і ЄСК рекомендації опрацьовані вперше, тому що раніше за основу бралися рекомендації, підготовлені в 1999 р. ВООЗ і Міжнародною спілкою з вивчення АГ (МСАГ). Оскільки рекомендації ВООЗ/МСАГ стосувалися дуже широкої аудиторії країн з різним рівнем

організації охорони здоров'я і матеріальних ресурсів, то експерти ВООЗ/МСАГ пропонували розробку спеціалізованих рекомендацій з лікування АГ для кожного конкретного регіону. Отже, нові Європейські рекомендації були підтримані і МСАГ.

В Європейських рекомендаціях щодо діагностики і лікування АГ залишилася класифікація АГ ВООЗ/МСАГ (1999) (табл. 2) з поправкою на те, що реальний поріг рівня АТ при АГ повинен бути гнучким і може підвищуватися або знижуватися залежно від сумарного рівня ризику кожного пацієнта. Тому категорія «високий нормальний АТ» може розглядатися як «гіпертензія» у хворих з високим серцево-судинним ризиком і як прийнятний (допустимий) – при низькому ризикі. Підгрупа «межової АГ» за класифікацією ВООЗ/МСАГ (1999) у новій класифікації виключена.

Крім цього, в Європейських рекомендаціях була представлена класифікація по стратифікації сумарного ризику (звичайний, низький, середній, високий і дуже високий) для кількісного визначення прогнозу.

В нових рекомендаціях міститься таблиця з факторами, необхідними для визначення прогнозу. В ній є суттєві доповнення (1999), а саме:

1. Ожиріння визначається як «абдомінальне ожиріння», з метою привернути увагу до його значення як важливої ознаки метаболічного синдрому.

2. Цукровому діабету відведене певне місце з метою показати його надзвичайно важливе значення як фактора ризику, збільшуючи останній як мінімум удвічі.

3. Мікроальбумінурія визнана як ознака ураження органів-мішеней, тоді як протеїнурія є симптомом ураження нирок (асоційованим клінічним станом).

4. Незначне підвищення рівня креатиніну – 107–133 ммоль/л (1,2–1,5 мг/дл) – є також ознакою ураження органів-мішеней. Концентрація креатиніну більше 133 ммоль/л (1,5 мг/дл) засвідчує про наявність асоційованого стану.

5. До факторів ризику віднесли С-реактивний білок як маркер запалення. Його рівень визнано не менш значущим предиктором серцево-судинних ускладнень, ніж рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

6. До асоційованих клінічних станів віднесено набряк соска зорового нерва, крововиливи і ексудати. Генералізоване або вогнищеве звуження судин сітківки вилучено з ознак ураження органів-мішеней.

Таким чином, накопичений досвід боротьби з АГ та її наслідками, наявність сучасних результатів метааналізу обсерваційних та контрольованих клінічних досліджень на засадах доказової медицини, впровадження нової популяційної стратегії

Таблиця 2
Визначення і класифікація рівнів артеріального тиску

Категорія	Систолічний АТ, мм рт. ст.	Діастолічний АТ, мм рт. ст.
Оптимальний	<120	<89
Нормальний	120–129	80–84
Високий нормальний	130–138	85–89
Ступінь 1 (м'яка АГ)	140–159	90–99
Ступінь 2 (помірна АГ)	160–179	100–109
Ступінь 3 (тяжка АГ)	>180	>110
Ізольована систолічна АГ	>140	<90

боротьби з ХСК та інтегрований підхід до корекції факторів ризику, перенесення акцентів зі спрощеної оцінки гіпертонічної хвороби за одним симптомом – ступенем підвищення АТ – до інтегрованої оцінки глобального ризику розвитку ускладнень дають можливість об'єктивно оцінити перші зроблені кроки щодо реалізації програми боротьби з АГ в Україні і визначити наступні.

З метою поліпшення здоров'я населення та запобігання ССЗ Указом Президента України від 4 лютого 1999 р. № 117/99 була схвалена «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні». Передбачалося, що через 10–12 років цілеспрямованих зусиль можна буде очікувати зменшення смертності від мозкових інсультів на 20–30 %, від ІХС – на 10 %, що в цілому приведе до збільшення загальної тривалості життя.

Перший етап виконання Програми (1999–2000) був успішним. Головними його результатами були вибір пріоритетних напрямків, розробка основних заходів щодо реалізації Програми профілактики і лікування АГ, активне виявлення пацієнтів з АГ та широка інформаційна робота з населенням і пацієнтами щодо АГ та її наслідків, стратифікація груп ризику розвитку ускладнень, втілення нових технологій лікування, навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників тощо.

З 2001 р. ми приступили до другого, вирішального етапу реалізації конкретних заходів щодо досягнення цільових показників здоров'я населення. Вже проведені конкретні заходи щодо забезпечення населення доступними за цінами та ефективними вітчизняними антигіпертензивними засобами (метопролол, атенолол, амлодипін, ніфедипін-ретард, еналаприл, лізиноприл та низка комбінованих препаратів), проведені перші фармако-економічні розрахунки. Введені доповнення до Наказу МОЗ № 247 щодо механізмів реалізації Програми, запропонована і затверджена в Наказі МОЗ № 54 від 14.02.2002 р. термінологія, номенклатура і класифікація ХСК, у тому числі АГ і гіпертонічних кризів, видано цілу низку монографій, посібників, методич-

них рекомендацій та інформаційних матеріалів. Паралельно проводили заплановані наукові заходи (конгреси, пленуми, з'їзди, конференції) і дослідження (8 науково-дослідних робіт у 7 інститутах АМН України і 8 – у 8 установах МОЗ України).

Контроль за виконанням наукової частини Програми проводиться АМН України, за практичними показниками – МОЗ України на щорічних апаратних нарадах. В Інституті кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України запроваджено моніторинг базових показників здоров'я, зокрема поширеності АГ, захворюваності, ускладнення від АГ, мозкових інсультів та інфаркту міокарда, смертності та тривалості життя. Результати такого аналізу дають можливість своєчасно визначати тенденції розвитку і динаміки базових показників та своєчасно на них відповідати адекватними рішеннями та діями.

Запроваджені заходи щодо реалізації Програми дозволили практично досягти контрольних показників поширеності всіх форм АГ серед дорослого населення країни – 24,3 % (24339,4 на 100 000 населення) і 19,4 % серед працездатного (15048,2 на 100 000 населення) з певними відхиленнями у регіонах. Серед уперше виявлених з підвищеним АТ переважали пацієнти працездатного віку (61,8 %).

У структурі поширеності серед дорослого населення в 2003 р. АГ становила 39,2 %, АГ у поєднанні з ІХС – 43,2 %, АГ у поєднанні з ЦВП – 17,6 %. За п'ять останніх років проведення моніторингу названих показників відзначають тенденцію до зменшення поширеності самої АГ і до відповідного зростання (на 3,9 %) поширеності АГ у поєднанні з супутньою патологією. Збільшення виявлення (захворюваності) АГ на фоні супутньої патології за цей період досягло 8,8 %.

Динаміка цих показників свідчить про те, що якість діагностики АГ поступово зростає і більш своєчасно виявляються пацієнти з обтяжливим перебігом хвороби.

З іншого боку, виникають проблеми з диспансеризацією виявлених хворих (табл. 3). Показники диспансеризації за період виконання Програми в більшості випадків стали негативними. Лише 36,1 % (!) виявлених пацієнтів з усіма формами АГ були взяті на диспансерний облік у 2003 р. У працездатному віці цей показник також можна вважати недостатнім – 62,6 % при ХСК і 53,8 % – при АГ (усі форми).

Міністерство охорони здоров'я України від 03.05.2001 р. видало наказ № 168 «Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні». В ньому йдеться про поетапне відновлення диспансеризації населення, проведення медичних профілактичних оглядів як окремих контингентів, так і всьо-

Таблиця 3
Показники диспансеризації у пацієнтів з ХСК в Україні

Захворювання	Частота проведення, %					
	серед дорослих та підлітків			серед працездатних		
	1999 р.	2003 р.	±Δ, %	1999 р.	2003 р.	Δ, %
ХСК	57,9	51,5	-11,0	70,1	62,6	-10,7
АГ, усі форми	49,4	36,1	-26,9	67,9	58,3	-14,1
Інсульт	31,0	39,3	+27,8	47,5	46,6	-1,9
З них з АГ	57,5	42,0	-27,0	59,5	50,9	-14,4

го населення, відновлення роботи відділень та кабінетів профілактики, звітності з питань диспансеризації та запровадження системи моніторингу за диспансеризацією всього населення. В листопаді 2003 р. на Верховній Раді України слухали доповідь Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо запобігання смертності та інвалідності населення внаслідок серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань». У пункті 3 Постанови Верховної Ради України за № 1350-IV від 27.12.2003 р. вказується на необхідність вжиття «невідкладних заходів щодо поновлення практики регулярних комплексних медичних обстежень (диспансеризації) громадян та запровадження ефективного моніторингу стану здоров'я населення».

Рівень диспансеризації (в %) у країні за період 1999–2003 рр. при ХСК має тенденцію до зменшення. Серед усіх виявлених пацієнтів з ХСК у 2003 р. диспансерним наглядом було охоплено лише 51,5 % дорослих та підлітків і 62,6 % працездатних. Цей показник у дорослих та підлітків коливався від 28,8 (м. Київ) до 75,9 % (Закарпатська область), у працездатних – від 34,4 (м. Севастополь) до 82,6 % (Чернівецька область).

Найнижчий відсоток диспансеризації при гіпертонічній хворобі (всі форми) серед дорослих та підлітків становив 18,3 % (Київська область), серед працездатного населення – 13,1 % (Харківська область), найвищий – коливався в межах 81–82 % серед дорослих та підлітків і 85–89 % серед працездатних.

Проведення моніторингу динаміки і структури смертності населення на фоні АГ (табл. 4) дає можливість встановити рівень забезпеченості ефективними медичними технологіями при лікуванні АГ, особливо при поєднанні АГ з ІХС та ЦВП.

У цілому динаміку структури смертності не можна віднести до негативної, тому що покращилися виявлення АГ і посмертна діагностика. Помітно зменшилися питома вага померлих від АГ (більш ніж у 3 рази) і померлих з ЦВП у поєднанні

Таблиця 4

Динаміка структури смертності від артеріальної гіпертензії серед населення України

Причина	1999 р.		2003 р.		$\alpha_{1999-2003}$, %
	абс.	%	абс.	%	
ХСК	448 948	100	478 686	100	
АГ, всі форми	58 026	12,9	84 115	17,6	36,4
із них: АГ	1316	2,3	579	0,7	30,4
АГ+ІХС	25 788	44,4	48 395	57,5	29,5
АГ+ЦВП	30 922	53,3	35 141	41,8	921,6

Таблиця 5

Динаміка і структура смертності від мозкових інсультів у хворих з артеріальною гіпертензією в Україні

Діагноз	Період	Всі померлі	Кількість померлих									
			ПВ		16-49 років		старіші за ПВ		60-69 років		Понад 70 років	
			абс.	%	абс.	% від ПВ	абс.	% від всіх	абс.	% від старіших за ПВ	абс.	% від старіших за ПВ
MI	1999	30 922	4917	15,9	1933	39,3	25 988	84,0	8568	33,0	16 248	62,5
	2001	33 088	4634	14,0	1811	39,1	28 441	86,0	8335	29,3	19 248	67,7
	2003	35 141	4762	13,5	1794	37,7	30 378	86,4	8779	28,9	20 754	68,3
ГМІ	1999	8364	2813	33,6	1323	47,0	5537	66,2	2609	47,1	2390	43,2
	2001	9074	3032	33,4	1372	45,2	6032	66,5	2753	45,6	2871	47,6
	2003	8879	3191	35,9	1384	43,4	5687	64,1	2763	48,6	2489	43,8
ІМІ	1999	22 558	2104	9,3	610	29,0	20 451	90,7	5959	29,1	13 858	67,8
	2001	24 014	1602	6,7	439	27,7	22 409	93,3	5582	24,9	16 377	73,1
	2003	26 262	1571	6,0	410	26,1	24 691	94,0	6061	21,9	18 265	74,0
% ГМІ	1999	27,0	57,2	–	68,4	–	21,3	–	30,5	–	14,7	–
	2001	27,4	65,4	–	75,6	–	21,2	–	33,0	–	14,9	–
	2003	25,3	67,0	–	77,1	–	18,7	–	31,5	–	12,0	–
% ІМІ	1999	73,0	42,8	–	31,6	–	78,7	–	69,5	–	85,3	–
	2001	72,6	34,6	–	24,4	–	78,8	–	77,0	–	85,1	–
	2003	74,3	33,0	–	22,9	–	81,3	–	68,5	–	88,0	–

Примітка. ПВ – працездатний вік.

з АГ (на 21,6 %). Проте зросла (на 29,5 %) питома вага померлих з ІХС на фоні АГ. Ми звертаємо увагу на таку особливість тому, що у повсякденній практиці виникає чимало труднощів з лікуванням пацієнтів саме з такою поєднаною патологією. Безумовно, що на даному етапі виконання Програми вдосконалення медичної технології лікування в таких випадках є надто актуальним. Йдеться не тільки про запровадження сучасних стандартів лікування, а і про дослідження ліпідного спектра крові, електролітів, альбумінурії, вазоактивних речовин (альдостерон, ренін, адреналін, норадреналін тощо), С-реактивного протеїну.

Одним із тяжких, часто фатальних, ускладнень перебігу АГ є розвиток мозкових інсультів (MI) – геморагічних (ГМІ) і ішемічних (ІМІ) (табл. 5). За час виконання Програми питома вага померлих від MI у працездатному віці зменшилася з 15,9 до 13,5 %, у тому числі у віці 16–49 років. Позитивні тенденції до зменшення питомих ваги померлих спостеріга-

ють у віці 60–69 років, проте у віці старше 70 років вони стають негативними – показники зросли з 62,5 до 68,3 %.

Особливу загрозу, часто фатальну, становлять ГМІ. Їх частота поки що зростає, зокрема у старшому працездатному віці (більше 50 років) і у віці 60–69 років. Це свідчить про те, що терапія АГ у таких пацієнтів повинна бути агресивною до такої міри, щоб досягати цільових рівнів АТ.

Кількість ІМІ на фоні АГ зменшилася у працездатному віці з 9,3 до 6,0 %, проте зросла у пацієнтів старшого віку, особливо у віці більше 70 років.

У цілому, спостерігають тенденцію до зменшення розвитку ГМІ серед усього населення з 27 до 25,3 % і ІМІ – серед працездатного з 42,8 до 33 % (динаміка в табл. 5 виділена жирним шрифтом).

У структурі загальної смертності від ХСК слід відзначити зменшення кількості померлих від ЦВП з 25,8 до 22,4 %. За період виконання Програми питома вага померлих на фоні АГ у працездатно-

му віці зменшилася з 11,7 до 8,6 %, що суттєво вплинуло на загальну тривалість життя померлих від даної патології. В 1999 р. тривалість життя померлих від МІ з АГ становила 69,6 року, в 2003 р. – 71,3 року. Отже тривалість життя зросла на 1,7 року, що дало змогу запобігти втратам у 2003 р. 59 740 потенційних років життя.

Тривалість життя пацієнтів з ІХС і АГ збільшилася з 73,6 до 74,6 року. Збереження потенційних років життя у цьому випадку в 2003 р. становило 48 395 років. Характерно, що при ЦВП і ІХС без АГ тривалість життя не збільшилася, а навіть дещо зменшилася. Потенційні втрати життєвого потенціалу в 2003 р. становили відповідно 14 436 і 53 210 років.

Насамкінець торкнемося проблем посмертної діагностики. Як свідчать статистичні дані, питома вага хворих із поєднанням ІХС та АГ серед усіх пацієнтів з ІХС у 2003 р. становила 58,2 %, серед працездатних – 53,9 %, а частка хворих, померлих від ІХС з АГ, серед усього населення в цілому по країні становила лише 15,4 %, серед працездатних – 9,2 % (!). Навіть у м. Києві згадані показники становили відповідно 71,3 і 64,8 % та 8,9 і 2 %.

Таким чином, за п'ять років виконання Програми у країні досягнуті нормативні показники поширеності АГ. Знизилася питома вага померлих від судинних уражень мозку в працездатному віці та

збільшилася тривалість життя пацієнтів на фоні АГ. Досягнуто позитивної динаміки на медико-соціальному рівні. Разом з тим, виникли проблеми, які ми повинні розв'язувати вже сьогодні і в подальшому.

Одна із них стосується охоплення диспансерним наглядом усіх виявлених хворих з АГ. Розв'язання цієї проблеми бачиться через удосконалення самої системи та створення регіональних «Фондів диспансеризації», які стали б для виконання стимулом досягнення цільового результату і сприяли б підвищенню контролю за ефективністю призначеної терапії.

Друга проблема полягає в удосконаленні лікування пацієнтів з поєднаною патологією на фоні АГ, особливо ІХС з АГ. У таких випадках дуже важливо якнайширше запровадити дослідження ліпідного спектра крові, електролітів, С-реактивного протеїну та вазоактивних речовин.

Існуючі розбіжності щодо посмертної діагностики при АГ з супутньою патологією (ІХС, ЦВП) необхідно долати через обов'язкове проведення патологоанатомічних досліджень та судово-медичної експертизи.

Подальшому успішному виконанню Програми буде також сприяти всебічне вивчення міжнародного досвіду лікування АГ та приведення у відповідність до особливостей нашої країни і системи охорони здоров'я рекомендацій з лікування АГ.

Надійшла 01.12.2004 р.

The realization of the program of prophylactics and treatment of arterial hypertension in Ukraine

V.M. Kovalenko, Yu.M. Sirenko, A.P. Dorogoy

Beginning from 1970th, programs on treatment of arterial hypertension (AH) have been developed and realized in many countries. The population strategy of influence on risk factors and principles of evidence-based medicine have become the key element of these programs. The first period of realization of Ukrainian national program has been finished successfully. The positive dynamics has been achieved on medico-social level: in population aged <65 years the relative role of cerebrovascular death among causes of mortality has been decreased. The duration of life in patients with stroke increased from 69,6 to 71,3 years, and in patients with coronary artery disease and AH – from 73,6 to 74,6 years. These changes allowed to prevent the total loss of 108 135 years of patients' life. During last 5 years the AH prevalence level reached control level of 25 % among adults. Total numbers of patients with established elevated blood pressure increased to 10 million. However, only 36,1 % of them are under out-patient observation. In the working age this index reached only 62,5 %. It seems rational to develop system of care for AH patients creating some so-called «ambulatory aid funds» and possibly to stimulate physicians for targeting goals and improving the effectiveness of treatment. The second problem is to improve the care of patients with coronary artery disease and AH. It is important to spread routine estimation of serum lipids' spectrum, electrolytes, CRP and vasoactive substances. Some problems in postmortem diagnosis of AH with concomitant diseases exist as well. It is necessary to correct this situation via improvement of postmortem diagnosis in departments of pathology and expertise.