

Артеріальна гіпертензія: медично-соціальні результати і шляхи виконання Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії

В.Ф. Москаленко, В.М. Коваленко

Міністерство охорони здоров'я України,
Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: артеріальна гіпертензія, Національна програма, медично-соціальні результати

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найпоширеніших хвороб людини. За даними статистики, за 2001 р. частота виявлення АГ становила майже 20%, тобто вона діагностована у 8 400 330 дорослого населення. За останній рік поширеність АГ збільшилася на 9,9% і становить 20687,1 на 100 000 дорослого населення. Така ж тенденція відзначена в усіх областях України (табл. 1). Показники поширеності АГ по областях України досить різні (табл. 2). Необґрунтовано низький цей показник у Харківській області та АР Крим, що свідчить про недостатню увагу до активного виявлення АГ у цих регіонах.

Заслуговує на увагу аналіз тимчасової непрацездатності, спричиненої АГ як фактором амбулаторно-поліклінічного лікування таких хворих (табл. 3).

Надзвичайно великі розбіжності цього показника свідчать і про відсутність стандартизованого підходу до амбулаторного нагляду та лікування хворих з АГ. Це підтверджується й даними про диспансеризацію хворих на АГ. Зниження цього показника, можливо, зумовлене віднесенням до групи хворих на АГ пацієнтів, у яких артеріальний тиск становить 140/90 мм рт. ст. і вище, відповідно до останніх рекомендацій ВООЗ. Раніше деяких із цих хворих відносили до групи з пограничною АГ, яка не завжди підлягала диспансерному оглядові.

Необхідно звернути увагу на подальше вдосконалення і забезпечення ефективної диспансеризації, основною метою якої повинно бути зниження показників тимчасової та стійкої втрати працездатності, поліпшення якості життя пацієнтів і зменшення частоти основних наслідків АГ, зокрема, інфаркту міокарда та інсульту. Встановлено, що інфаркт міокарда виникає у 3–4 рази частіше за наявності АГ, а в популяції хворих, які померли від цереброваскулярних розладів або мозкового інсульту, АГ виявлена у 27,8%, в тому числі у 43,4% – працездатного віку.

АГ суттєво впливає на показники смертності при цереброваскулярних розладах (рис. 1). Майже у 50% померлих артеріальний тиск був підвищений. За останні роки відзначена тенденція до зменшення зростання смертності при цереброваскулярних розладах на фоні АГ у категорії працездатного населення.

Щодо первинної інвалідності, спричиненої гіпертонічною хворобою, слід відзначити тенденцію до зменшення цього показника, у 2001 р. він становив 1,2 на 10 000 дорослого населення. Поряд із цим залишається високим показник первинної інвалідності, зумовленої цереброваскулярними розладами. Він становить 8,2 на 100 000 і посідає перше місце серед хвороб системи кровообігу, маю-

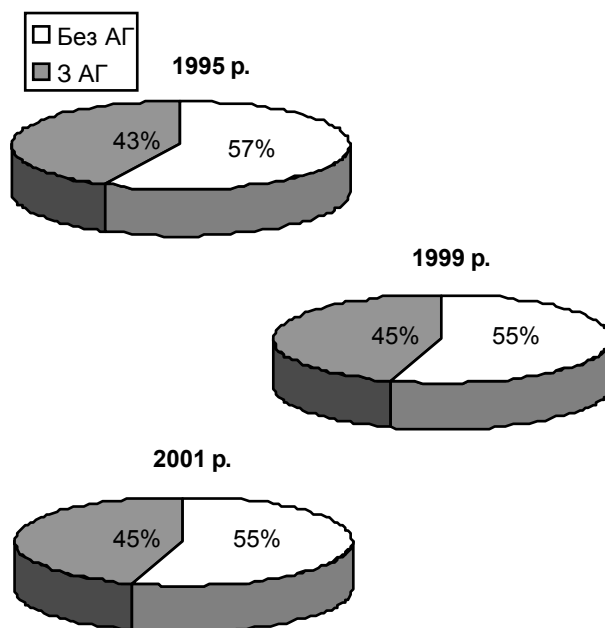


Рис. 1. Структура і динаміка смертності працездатного населення України при цереброваскулярних розладах на фоні артеріальної гіпертензії.

Таблиця 1

Артеріальна гіпертензія, всі форми, поширеність (1) та захворюваність (2), 2001 р. на 100 000 населення

Область	Дорослого		Жінок (15-100 років і старші)		Чоловіків (15-100 років і старші)		Працездатного віку		Пенсійного віку	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Волинська	2437,4	2990,5	2714,3	3350,5	21 161,9	2573,3	14509,3	24 10,2	51 784,1	47 21,7
Закарпатська	20857,4	4038,2	24 187,7	4493,5	17 157,4	3532,4	15483,2	3339,7	40 945,0	67 79,6
Івано-Франківська	17748,0	3067,6	19886,8	3394,5	15282,0	2690,7	11610,6	2569,4	35 568,0	46 39,5
Львівська	17712,8	21 10,2	20 102,3	2332,9	14989,0	1856,4	10883,3	1656,9	37 324,7	34 81,0
Рівненська	17696,1	2302,9	19458,8	2493,9	15676,3	2084,2	11723,8	2228,1	35 991,0	27 07,1
Тернопільська	23267,9	1567,8	24613,8	1651,1	21654,9	1467,9	13747,8	1242,7	46 345,7	24 05,3
Чернівецька	20617,0	1282,2	21775,4	1343,0	19244,1	1210,2	19522,1	1372,0	25 064,6	11 38,7
АР Крим	1656,7	1433,8	18718,6	1621,1	13565,4	1210,7	1041 1,8	1432,0	33 782,4	15 44,9
Дніпропетровська	19588,5	2137,8	22092,1	2355,2	16569,8	1875,6	11498,4	1686,6	41 177,2	34 10,8
Запорізька	20513,7	1676,8	22350,7	17 13,4	18281,3	1632,4	10289,6	1317,7	47 955,4	2 704,1
Миколаївська	22225,5	2233,3	25217,4	2432,4	18642,5	1994,9	11560,2	1674,8	52 884,8	39 20,4
Одеська	19432,3	2231,1	22115,5	2517,6	16244,7	1890,6	11110,8	1660,0	43 403,5	39 40,4
Херсонська	20834,3	2486,7	23209,8	2707,1	18013,4	2225,1	14096,5	2163,0	41 226,9	35 83,1
Севастополь	31963,1	2559,8	3848 1,2	2856,7	24323,0	2211,7	10154,1	2012,6	96 534,2	43 02,4
Донецька	20707,9	2340,9	23550,0	2528,1	17276,3	2114,9	12540,1	1 761,4	41 456,1	38 67,1
Луганська	24234,7	2809,2	26764,6	2905,2	21191,4	2693,7	14427,7	2192,6	49 405,3	44 74,4
Полтавська	22952,7	3146,0	24552,3	3277,7	20969,2	2982,7	14500,3	2581,5	42 154,9	45 18,4
Сумська	21193,6	3062,5	24379,1	3339,4	17261,3	2720,7	11138,9	2235,0	44 256,6	50 36,7
Харківська	13991,6	1605,9	16067,7	1709,9	1 1451,5	1478,7	7745,6	1249,5	30 621,1	26 05,4
Чернігівська	17807,7	1976,7	20385,2	2148,9	14522,4	1757,1	11230,2	1776,7	30 802,4	24 42,2
Вінницька	22372,0	3351,0	24421,8	3537,6	19792,3	3116,1	15465,6	3067,3	37 417,4	41 01,2
Житомирська	25753,5	2159,2	29367,7	2435,6	21380,3	1828,2	14821,5	2123,4	51 061,8	23 72,2
Київська	17292,9	1664,7	18956,2	1841,3	15284,4	1451,3	10543,1	1317,0	34 550,4	26 04,7
Кіровоградська	24120,9	2506,4	25795,4	2540,0	22058,5	2465,0	15750,8	2430,8	44 200,9	28 26,3
Черкаська	24566,6	2498,5	26021,2	2667,4	22744,6	2287,0	16685,5	2193,2	42 441,2	32 79,7
Хмельницька	24732,4	1871,0	26886,7	2140,6	22101,8	1541,8	13561,3	1501,6	50 390,8	27 83,0
Київ	24074,7	2959,6	28569,6	3299,4	18824,5	2562,7	14078,2	2402,5	60 373,3	51 11,3
Разом	20687,1	2335,3	23182,6	2534,0	17692,7	2097,0	12533,1	1919,6	42 322,7	32 53,7

Таблиця 2

Поширеність в Україні артеріальної гіпертензії (на 100 000 населення, 2001 р.)

Максимальна	Мінімальна
Житомирська область – 25733,5	Харківська область – 13991,6
Хмельницька область – 24732,4	АР Крим – 16367,7
Черкаська область – 24566,6	Київська область – 17292,9
Україна: 1999 р. – 15947,1; 2001 р. – 20687,1 (+29,7 %)	

чи пряме відношення до якості диспансерного нагляду і ефективності лікування гіпертонічної хвороби.

Аналіз динаміки смертності населення України за останні 10 років у зв'язку з мозковим інсультом свідчить про позитивну динаміку, особливо серед працездатного населення (рис. 2). Смертність населення від мозкового інсульту за 1990–1994 рр. зросла на 35%, проте темп зростання зменшився з 35 до 12% за наступні 6 років, до 9% (2001 р.), з 1994 до 2001 р. смертність зменшилася на 19%, з 2000 до 2001 р. – на 7%. Можливо, це пов'язане з

Таблиця 3

Тимчасова непрацездатність в Україні, зумовлена артеріальною гіпертензією (у календарних днях на 100 працюючих, 2001 р.)

Максимальна	Мінімальна
Київ – 43,4	Чернівецька область – 7,0
Луганська область – 33,6	Закарпатська область – 10,5
Дніпропетровська область – 27,0	Хмельницька область – 11,7
Україна: 2000 р. – 19,4; 2001 р. – 20,5 (+5,9 %)	

активною роботою з виявлення АГ, втіленням нових технологій лікування і реалізацією Національної програми профілактики і лікування АГ.

Реалізація Програми здійснювалася на всіх рівнях виконавчої вертикалі: державному, обласному (міському), районному (місцевому). Були враховані не тільки медичні, а й соціальні аспекти виконання Програми, включаючи роботу щодо забезпечення профілактичних заходів.

Першочерговим завданням у перші роки виконання Програми було активне виявлення АГ серед

населення України. Ця робота передбачала такі напрямки:

- інформування населення по радіо, телебаченню, в медичних виданнях та засобах масової інформації;

- навчання лікарів у системі післядипломної освіти, школах, на симпозиумах, засіданнях товариств, конференціях тощо;

- освітні програми у рамках Національних кардіологічних конгресів, пленумів, конференцій;

- міжнародне співробітництво за участю вчених з різних країн;

- систематичне проведення організаційно-методичних і підсумкових нарад за участю АМН України та МОЗ України головних терапевтів, кардіологів, а також суміжних спеціалістів (невропатологів, ендокринологів, нефрологів тощо) щодо виконання основних розділів Програми;

- наукові програми, що здійснюються науково-дослідними інститутами АМН та МОЗ України, а також медичними університетами та академіями, з профілактики й лікування АГ, у тому числі 7 наукових програм, згідно з їх фінансуванням Національною програмою.

У законодавчому аспекті ця робота регламентована у доповненні до Наказу МОЗ України № 247, в якому наведені нормативи щодо контрольних показників поширеності АГ, адаптованих відповідно до рекомендацій ВООЗ населенню держави, а також основні рекомендації ВООЗ щодо класифікації і методів виявлення АГ. Крім того, ця робота доповнена в Наказі МОЗ України № 54 від 14.02.02, де конкретизована термінологія, номенклатура і класифікація хвороб системи кровообігу, в тому числі АГ, а також наведена класифікація гіпертоні-

чних кризів згідно з сучасними підходами та вимогами до лікування АГ.

Наслідком цієї роботи стала суттєво більша кількість виявлення АГ, яка досягла 20%. Проте в епідеміологічних дослідженнях, проведених Інститутом кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, встановлено, що поширеність АГ серед дорослого населення України становить 34%. Крім того, згідно з останніми рекомендаціями ВООЗ, наявність АГ встановлюють, якщо артеріальний тиск перевищує 140/90 мм рт. ст., що дає підстави до перегляду контрольних показників поширеності АГ серед населення України. Робочою групою Товариства та Асоціації кардіологів України рекомендовано орієнтуватися на рівень контрольного показника 25%. Наведена ситуація свідчить про необхідність подальшої роботи, спрямованої на виявлення АГ.

Інформаційна робота повинна проводитися не тільки серед медичних працівників, а й серед населення, яке має і володіти інформацією стосовно підвищеного артеріального тиску і бути обізнаним, як запобігти його зростанню. Цього можливо досягти шляхом пропаганди здорового способу життя, обмеження факторів ризику, систематичного контролю артеріального тиску. Надзвичайно важливим є забезпечення кваліфікованого й ефективного лікування АГ з обов'язковим досягненням цільового артеріального тиску. За даними, отриманими співробітниками Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, в популяції населення України з АГ про це знають лише 47% сільських і 69% міських мешканців, з них лікуються відповідно 12,4 і 28,5%, ефективно лікуються – 6,2 та 16%, що свідчить про необхідність принципового перегляду подальших позицій щодо боротьби з АГ в Україні. Пріоритетами діяльності у цьому напрямку мають бути активне, правильне та ефективне лікування всіх пацієнтів з АГ з обов'язковим досягненням цільового рівня артеріального тиску, який відповідає рекомендаціям ВООЗ.

Поряд із цим важливе значення має усунення факторів ризику, наявність яких або їх поєднання з АГ негативно впливає на перебіг гіпертонічної хвороби і зумовлює виникнення ускладнень (інсульт, інфаркт міокарда, серцева недостатність тощо). Отримані в Україні дані (І.П. Смірнова) свідчать про значну поширеність факторів ризику, які негативно впливають на перебіг АГ (рис. 3).

Роботу з оптимізації виявлення АГ серед населення України не слід вважати закінченою, вона повинна продовжуватися, особливо в тих регіонах, де поряд із незадовільними показниками пошире-

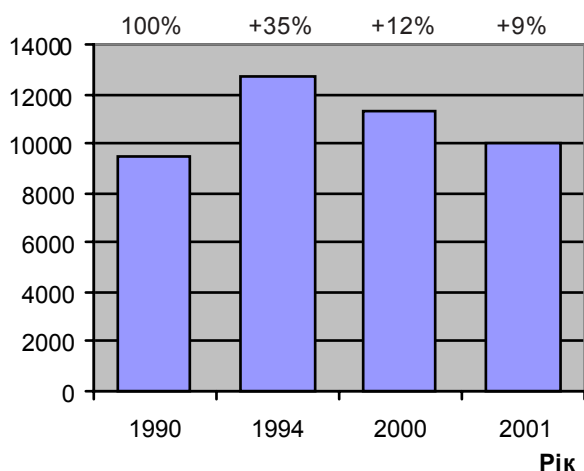


Рис. 2. Динаміка смертності працездатного населення України від мозкового інсульту (абсолютні дані).

ності АГ виявляють її основні наслідки – інфаркт міокарда, інсульт, серцеву недостатність тощо.

Робота з активного виявлення АГ, упровадження нових методів лікування і особливо інформаційне забезпечення лікарів має певні позитивні результати, про які свідчать показники державної статистичної звітності, а саме тенденція до зменшення частоти виникнення інсульту в Україні за останні 2 роки відповідно на 8,4 та 6,9% (рис. 4). Крім того, за даними 1999–2000 рр., смертність, пов'язана з АГ, знизилася у вікових групах 55–59 та 60–64 роки відповідно на 18,9 та 4,2%, а кількість хворих, яким уперше встановлена інвалідність з приводу АГ, серед дорослого населення зменшилася на 7,1%, в тому числі серед осіб працездатного віку – на 6,7%.

Аналіз стратегії, спрямованої на активне виявлення підвищеного артеріального тиску, свідчить про правильний вибір напрямку і необхідність його подальшого розвитку, включаючи просвітницьку роботу серед населення. Недостатньою є профілактична робота серед лікарів амбулаторно-поліклінічної ланки, яка займає майже 5% у структурі виробничої діяльності. Саме цей розділ роботи є ефективним щодо усунення факторів ризику виникнення АГ.

Удосконалення диспансерного нагляду і його ефективна реалізація – одна з основних ланок ефективного лікування АГ та запобігання виникненню її основних ускладнень. Ця робота за статистичними даними (табл. 2) проводиться задовільно. Проте частота виявлення ускладнень АГ, особливо у працездатного населення, свідчить про значні недоліки. Реалізація вимог, викладених у Наказі

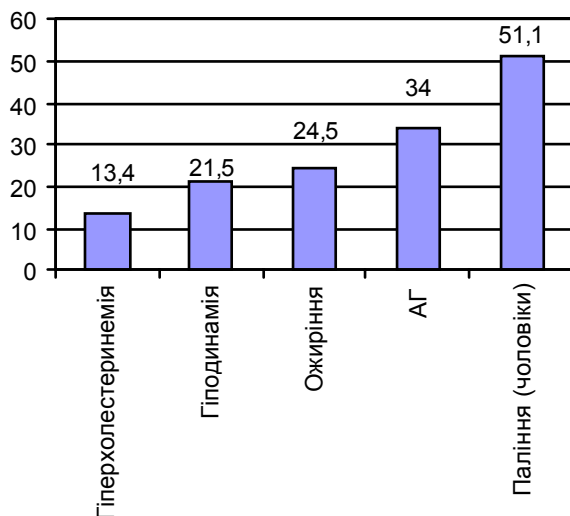


Рис. 3. Поширеність факторів ризику серед працездатного населення України (%).

МОЗ України від 8 грудня 2000 р. № 327 «Про відновлення диспансеризації населення та запровадження моніторингу стану його здоров'я», сприятиме усуненню цих недоліків у розв'язанні проблеми ефективного лікування АГ. Удосконалення цього розділу роботи під час виконання Програми передбачає стратифікацію хворих на АГ відповідно до груп підвищеного ризику і проведення диспансерного нагляду.

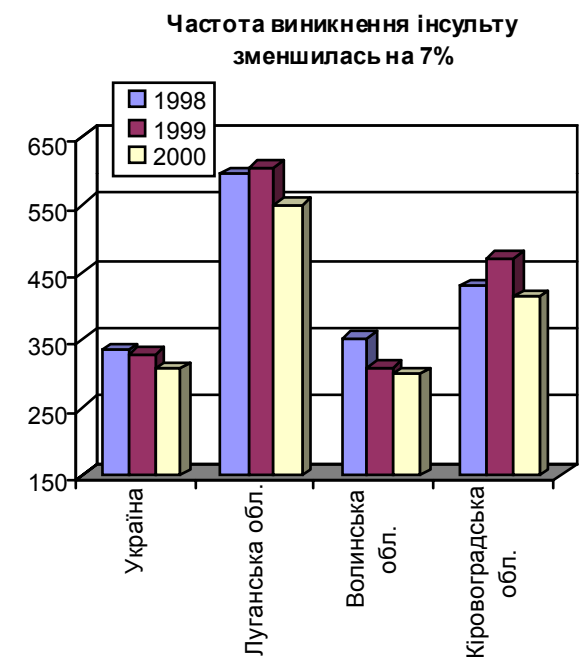
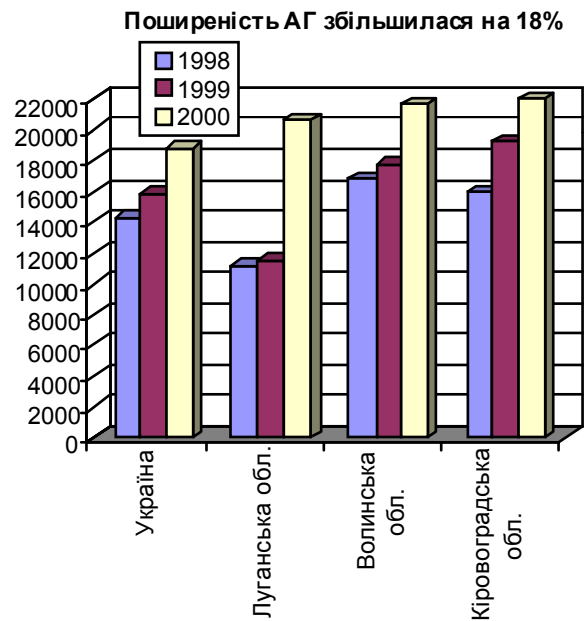


Рис. 4. Динаміка основних показників здоров'я у 1998–2000 рр. На 100 000 населення.

Науковцями Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України запропонований прогностичний підхід з виділенням груп пацієнтів з помірним, середнім і високим ризиком виникнення мозкового інсульту зі строками прогнозування 3–5 років, розроблений алгоритм лікування хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Важливим розділом Програми є забезпечення лікування пацієнтів з поєднаними факторами ризику та АГ, з огляду на останні наукові розробки щодо «метаболічного синдрому».

Моніторинг АГ і ефективне лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах є одними з основних факторів досягнення кінцевих позитивних результатів Програми щодо зниження частоти інсульту, інфаркту міокарда, збільшення тривалості життя, поліпшення його якості, зменшення показників тимчасової непрацездатності і первинної інвалідності.

Поряд із цим, потребує вдосконалення робота із забезпечення соціальних заходів боротьби з АГ. Найсамперед, це достатня поінформованість населення, формування ментальності щодо високого артеріального тиску та його наслідків, забезпечення відповідних верств населення необхідними антигіпертензивними засобами, доступність визначення та постійного контролювання артеріального тиску, особливо його підвищення, достатнє фінансування заходів, спрямованих на профілактику і лікування АГ.

Необхідно відзначити недостатню роботу з профілактики АГ у засобах масової інформації (телебачення, радіо), незважаючи на те, що відповідні державні комітети, ради, установи тощо входять до складу співвиконавців Програми.

Потребує вдосконалення робота з упровадження у практику роботи лікарів та медичних працівників заходів, спрямованих на формування здорового способу життя та обмеження впливу факторів ризику виникнення АГ, а також належного ставлення пацієнтів до лікування АГ.

Пріоритетні напрямки подальшої реалізації Національної програми профілактики і лікування АГ в Україні

- Подальше виявлення АГ у населення;
- стратифікація груп ризику АГ;
- диспансеризація пацієнтів з АГ;
- інформаційне забезпечення населення щодо небезпеки АГ та її наслідків;
- активне формування здорового способу життя, виключення або обмеження негативного впливу факторів ризику;
- забезпечення ефективного лікування хворих на АГ;
- упровадження нових технологій лікування АГ;
- наукові дослідження, спрямовані на вивчення механізмів виникнення АГ, запобігання появі ускладнень, поліпшення якості життя хворих;
- навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників.

Таким чином, виконання Національної програми профілактики і лікування АГ є пріоритетною ланкою в системі охорони здоров'я України. Успішна реалізація Програми спрямована на зменшення частоти ускладнень, пов'язаних з високим артеріальним тиском (інфаркт міокарда, інсульт), забезпечення високої якості та тривалості життя хворих на гіпертонічну хворобу.

Надійшла 16.05.2002 р.

Arterial hypertension: medical and social consequences and the ways of the National Programme realisation

V.F. Moskalenko, V.M. Kovalenko

The current state of the problem of arterial hypertension in Ukraine is characterized, as well as problems that need solution. The data of the main medical and social consequences of the arterial hypertension are presented. The work of cardiological service of the Ministry of Public Health of Ukraine concerning realisation of the National Programme for prophylactics and treatment of arterial hypertension during last years is analyzed.