

ВІД РЕДАКТОРА



Європейське товариство з артеріальної гіпертензії (ESH) та Європейське товариство кардіології (ESC) опублікували і представили на конгресі ESH (14–17 червня 2013 р., Мілан) нове спільне керівництво з лікування артеріальної гіпертензії (АГ). На сьогодні у світі, за даними ВООЗ, підвищений артеріальний тиск (АТ) мають 1,5 млрд людей. Тому президент ESC Дж. Редон (Іспанія) зазначив, що головна мета нового керівництва полягає у зниженні показників захворюваності і смертності, асоційованих з АГ.

Рішення про призначення антигіпертензивної терапії ґрунтується на сумарному рівні ризику, враховуючи й інші чинники (зокрема, наявність чи відсутність цукрового діабету, хронічної хвороби нирок і клінічних проявів серцево-судинної патології).

Як і в попередній версії керівництва з АГ (2007 р.), пацієнти поділені на чотири категорії: з високим нормальним АТ (САТ 130–139 мм рт.ст. або ДАТ 85–89 мм рт.ст.), АГ I ст. (САТ 140–159 мм рт.ст. або ДАТ 90–99 мм рт.ст.), АГ II ст. (САТ 160–179 мм рт.ст. або ДАТ 100–109 мм рт.ст.), АГ III ст. (САТ > 180 мм рт.ст. або ДАТ > 110 мм рт.ст.). Крім ступеня АГ, при виборі лікування слід урахувати наявність або відсутність інших чинників кардіоваскулярного ризику і ураження органів-мішеней (повний алгоритм оцінки ризику наведено у керівництві).

У новому керівництві спрощена мета антигіпертензивної терапії. У всіх пацієнтів рекомендується досягати САТ < 140 мм рт.ст. і ДАТ < 90 мм рт.ст. **Виняток становлять хворі на цукровий діабет: для них слід знижувати ДАТ < 85 мм рт.ст.** У пацієнтів похилого віку допускається дещо вищий рівень САТ (140–150 мм рт.ст.), однак можливий і САТ < 140 мм рт.ст. при задовільному загальному стані і збереженні когнітивних функцій.

Серед заходів, які сприяють зниженню АТ, у керівництві вказується зменшення споживання солі (до 5–6 г/добу). Зазвичай людина з АГ щоденно вживає 10–12 г солі. Зменшення вживання солі до 5 г/добу супроводжується зниженням АТ на 1–2 мм рт.ст. у людей із нормальним АТ і на 4–5 мм рт.ст. — у пацієнтів з АГ.

Слід зазначити, що оптимальний індекс маси тіла (ІМТ) у керівництві не встановлений, однак рекомендується досягати ІМТ < 25 кг/м² і окружності талії < 102 см у чоловіків і < 88 см у жінок. Зменшення маси тіла на 5 кг дозволяє знизити САТ на 4 мм рт.ст. З допомогою регулярних фізичних навантажень також можливе зниження САТ у пацієнтів з АГ на 7 мм рт.ст.

У нових рекомендаціях акцент робиться на амбулаторний моніторинг АТ. Головна перевага вимірювання АТ поза кабінетом лікаря полягає в тому, що воно забезпечує більшу кількість вимірювань у звичному для пацієнта

ента середовищі. У той же час за офісним АТ залишається статус золотого стандарту в діагностиці АГ. Офісний і амбулаторний АТ надають різну інформацію і повинні розглядатися як взаємно доповнюючі показники.

У керівництві підкреслюється висока значущість комбінованої антигіпертензивної терапії, адже багатьом пацієнтам для контролю АТ потрібно декілька препаратів. Хворим на АГ з високим ризиком комбінована терапія рекомендується вже на старті лікування. У той же час пацієнтам, які належать до групи низького або середнього ризику кардіоваскулярних подій, лікування розпочинають з монотерапії.

Головним аспектом терапії залишається зниження АТ незалежно від того, яким лікарським засобом або нефармакологічним методом це досягається. Усі основні класи антигіпертензивних препаратів (діуретики, β -блокатори, блокатори кальцієвих каналів, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, блокатори рецепторів ангіотензину II) ефективно знижують АТ і мають належну ефективність стосовно зниження ризику кардіоваскулярних подій. Перевагу віддають комбінаціям тiazидного діуретика з блокаторами рецепторів ангіотензину II, блокаторами кальцієвих каналів або інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту; блокаторів кальцієвих каналів із блокаторами рецепторів ангіотензину II або інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту.

Не рекомендується подвійна блокада ренін-ангіотензинової системи (РАС), тобто одночасне призначення інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, блокаторів рецепторів ангіотензину II і прямих інгібіторів реніну внаслідок підвищеного ризику гіперкаліємії, гіпотензії і ниркової недостатності.

Європейське агентство з лікарських засобів нещодавно ініціювало поглиблене вивчення безпечності подвійної блокади РАС на основі метааналізу, опублікованого в *British Medical Journal* (2013), де вказувалося на підвищений ризик несприятливих подій при комбінуванні інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту і блокаторів рецепторів ангіотензину II. Ризик виникнення раку при лікуванні блокаторами рецепторів ангіотензину II залишається недоведеним.

Тепер про справи внутрішні. На офіційному сайті МОЗ України розміщений наказ № 618 від 18 липня 2013 року «Про затвердження Медичних рекомендацій щодо призначення хворих на цукровий діабет препаратами інсуліну». Текст цього наказу разом з методичними рекомендаціями (без будь-яких граматичних і стилістичних правок) опублікований в цьому числі журналу. Перше знайомство з цими методичними (саме методичними, а не медичними!) рекомендаціями, яких МОЗ України пропонує дотримуватися керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я, викликало низку запитань.

У п. 3.8 зазначено, що здійснювати планову щорічну госпіталізацію хворих на цукровий діабет слід **виключно стаціонарно на базі профільних ендокринологічних відділень**. Якщо врахувати лише хворих на цукровий діабет, які потребують інсулінотерапії (понад 200 ти-

сяч), число спеціалізованих ліжок по Україні (майже 3500), середню тривалість лікування (принаймні 10 днів), то для виконання цього пункту методичних рекомендацій необхідно мати стаціонарну мережу ендокринологічних ліжок у кількості не менше ніж 5700. А як стосовно хворих з іншими ендокринопатіями? За умов подальшого зменшення кількості ліжок у стаціонарах виконання цього пункту методичних рекомендацій практично неможливе. До того ж визнано, що акцент у наданні допомоги хворим на цукровий діабет робиться саме на амбулаторно-поліклінічну мережу, а не на збільшення кількості ліжок у стаціонарах.

Не розглядається варіант, коли хворий на цукровий діабет перебуває на стаціонарному лікуванні в іншому відділенні (наприклад, хірургічному, кардіологічному тощо) із виникненням невідкладної потреби в інсулінотерапії за відсутності спеціалізованого ендокринологічного відділення. У той же час, згідно з рекомендаціями, хворого слід скерувати виключно в профільний стаціонар.

У п. 3.12 вказується, що хворому слід призначити інсулінотерапію **через 6 місяців** після відсутності позитивної динаміки вуглеводного обміну при лікуванні пероральними цукрознижувальними препаратами. Подібна тактика не витримує критики: хворий півроку має перебувати в стані декомпенсації і аж тоді думати про інсулін. Як це зіставити з вимогами міжнародних рекомендацій, настанов, зрештою, Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу, затвердженого наказом МОЗ України 21.12.2012 р. (№ 1118)? До речі, у протоколі детально і чітко розписані обґрунтування і показання до інсулінотерапії, її варіанти, загальні рекомендації щодо старту, оптимізації та інтенсифікації інсулінотерапії при цукровому діабеті 2-го типу.

У нових рекомендаціях 2013 року запропоновано при призначенні інсулінотерапії хворим на цукровий діабет 2-го типу **відавати перевагу генно-інженерним формам інсуліну вітчизняного виробництва** (хотілося б конкретизувати ці форми за виробниками). А якщо генно-інженерний інсулін невітчизняного виробництва за ціною значно дешевший?

Нарешті, що лікарю-ендокринологу в районній лікарні робити з хворим, який відмовляється «від отримання форм та видів препаратів інсуліну, які визначено наказом МОЗ України від 23 березня 2011 року № 60»? Коли лікар вислухає все, що думає пацієнт про лікаря, медицину і МОЗ України, йому не залишається нічого, як чемно порекомендувати **хворому підписати письмову відмову в амбулаторній картці, а самому зробити відповідну позначку у реєстрі хворих на цукровий діабет (п. 3.14)**. Після цього чекати на скаргу хворого у вищі інстанції, яка повернеться з вимогою розібратися, і знову... самому давати відповідь пацієнту й пояснення у вищі інстанції. Крайнім, як завжди, буде лікар-ендокринолог.

Оскільки зазначені методичні рекомендації випущені на виконання п. 1 завдань і заходів Державної цільової програми «Цукровий діабет», постає запитання, чи розглядалися ці рекомендації на засіданні Ко-

ординаційної ради з виконання зазначеної програми, чи враховувалася думка профільних установ НАМН і МОЗ України, самих ендокринологів? Зазвичай у всіх методичних рекомендаціях вказується організація-розробник, а також рецензенти.

Вітання читачам із замку Мон-Сен-Мішель — восьмого дива світу, острова-фортеці, що навіки завмер над Ла-Маншем. Це один із приголомшливих зразків монументальної архітектури середньовічної цивілізації.

Коли з туману постає Мон-Сен-Мішель — абатство серед сипучих пісків, води і зелених лугов, слів не залишається — тільки усвідомлення реалізації свого великого бажання й удачі, що зміг побачити це. З першого погляду острів біля узбережжя Нормандії зачаровує всіх, хто туди потрапляє. На скелі виростають стіни старовинного абатства. Довкола — море. Лише двокілометрова гребля поєднує острів із материком. Дихається легко, пахне морською сіллю й водоростями. До фортеці, яка примостилася на скелі заввишки майже 80 метрів, під час припливів добираються човном. Адже вода в такі моменти прибуває зі швидкістю до 20 км/год. Зате коли відплив, сюди можна легко дістатися сушею. Мон-Сен-Мішель, як запевняють місцеві, стає островом лише двічі на рік. Упродовж століть примхливе море відступило, і тепер майже з усіх боків гора оточена пісками. Тільки під час осіннього і весняного рівнодення вона пригадує минуле. За день рівень води тут підіймається на 10 метрів!

За однією з легенд, саме у Мон-Сен-Мішелі закінчилася битва архангела Михаїла із сатаною в образі

дракона. Згодом на острові з'явилася базиліка святого Михаїла, гору назвали Сен-Мішель, а на самому вершечку шпиля, на висоті більше ніж півтори сотні метрів над рівнем моря, завмерла позолочена фігура сто рожа райських воріт.

Віктор Гюго був так вражений Мон-Сен-Мішелем, що назвав його пірамідою в океані. Справді, цей небесний Єрусалим на Землі є одним із популярних визначних місць Франції. Самі французи вважають, що це місце має якийсь містичний магнетизм. Мон-Сен-Мішель визнаний державним історичним монументом і входить до переліку об'єктів Всесвітньої спадщини ЮНЕСКО.

Мабуть, неможливо було знайти більш відповідного місця, щоб прославляти святого Михаїла, який керує світлими силами в їх вічній боротьбі проти сил тьми. Залишивши Мон-Сен-Мішель у спадок людству, Середньовіччя передало йому своє сприйняття світу, у якому уявне й реальне не лише не суперечать одне одному, але й об'єднуються, щоб зміцнити це єднання й увічнити велике творіння.

На жаль, у сучасному жорсткому світі не так часто, як хотілося б, ми зустрічаємо доброту. Наше життя — це вічна боротьба добра зі злом в ім'я перемоги добра. Тож творіть добро, і воно повернеться до вас сторицею!

*З найкращими побажаннями,
професор В.І. ПАНЬКІВ,
член Національної спілки журналістів України*