

УДК 616.12-008.331.1-084-085

¹Н.В. ІВАНЬО, ¹М.А. КОРАБЕЛЬЩИКОВА, ²В.В. СВИСТАК, ²Т.В. ІВАНЬО¹Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини; ²Ужгородська міська поліклініка, Ужгород**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА БАЖАННЯ ХВОРИХ ЛІКУВАТИСЯ**

У статті проаналізовано особливості захворюваності та розповсюдженості гіпертонічної хвороби та симптоматичних артеріальних гіпертензій в м. Ужгород за період існування Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні. З метою вивчення бажання хворих лікуватися вивчено призначене немедикаментозне та медикаментозне лікування 150 хворим з вперше виявленою гіпертонічною хворобою. Виявлено резерви для покращення бажання хворих лікуватися.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, поширеність, бажання лікуватися

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики в Україні в 2009 році зареєстровано 11 889 737 хворих, що складає 26 % всього населення країни. Щорічно виявляється близько мільйона нових хворих [2].

Артеріальна гіпертензія відноситься до проблем, що обумовлює цілу низку причинно-наслідкових зв'язків, які негативно впливають на ризик розвитку різних хвороб і ускладнень. Артеріальна гіпертензія є основним чинником ризику розвитку мозкових інсультів, інфаркту міокарда, серцево – судинної смерті та зменшення тривалості життя. За даними проспективних досліджень внесок артеріальної гіпертензії у смертність осіб середнього віку від хвороб системи кровообігу складає 40 %. Чоловіки і жінки, які мають систолічний артеріальний тиск 180 мм.рт.ст. і вище, живуть на 10 років менше у порівнянні із тими, які мають систолічний артеріальний тиск менше 120 мм.рт.ст. Шляхом активного виявлення і регулярного лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією можна на 40-50 % знизити смертність від інсульту і на 15-20 % від ішемічної хвороби серця. Таким чином, при ефективному лікуванні артеріальної гіпертензії можна було б теоретично зберегти приблизно третину життів [5].

В Україні за останнє десятиліття епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань значно погіршилася [2].

Встановлені факти обумовили необхідність розробки національної програми з виявлення й боротьби з АГ. Такі програми активно розробляються й успішно впроваджуються в багатьох країнах світу. Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 затверджено «Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» (далі – Програма) з метою зниження захворюваності населення на артеріальну гіпертензію, ІХС, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень АГ, підвищення тривалості і якості життя хворих на ССЗ.

Метою дослідження. Вивчити розповсюдженість та захворюваність на артеріальну гіпертензію

в м.Ужгород за період виконання Програми (1999-2009 роки) та порівняти показники по Закарпатській області та по Україні в цілому, а також оцінити бажання хворих із гіпертонічною хворобою м.Ужгород лікуватися, розробити практичні рекомендації щодо покращення бажання хворих з гіпертонічною хворобою лікуватися.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було зібрано та проаналізовано статистичні звіти кардіологічної служби м.Ужгорода та області за 1999, 2009 роки порівняння отриманих даних з показниками по Україні. Проведено обстеження 150 хворих з гіпертонічною хворобою, у яких рік тому (в 2009) році вперше виявлено гіпертонічну хворобу, моцінувалося призначене немедикаментозне та медикаментозне лікування та бажання хворих лікуватися.

Програма обстеження включала: опитування за анкетною, за допомогою якої виявляли виконання хворими рекомендацій щодо немедикаментозного лікування (відмова від паління, регулярне виконання динамічних фізичних навантажень, обмеження вживання кухонної солі, зменшення ваги тіла за наявності надмірної маси тіла або ожиріння, обмеження вживання алкоголю); вимірювання артеріального тиску; визначення рекомендованого медикаментозного лікування та реальний прийом хворими гіпотензивних препаратів; виявлення причини відмови частини хворих від лікування.

В дослідження включали групу осіб з гіпертонічною хворобою, з рівнем систолічного артеріального тиску, який дорівнював або перевищував 140 мм.рт.ст і/або діастолічного артеріального тиску, що дорівнював або був більшим за 90 мм.рт.ст. і після обстеження була виключена вторинна артеріальна гіпертензія.

При опитуванні виявляли курців, які палять хоча б 1 цигарку на добу. До малорухливого способу життя відносили осіб, які не виконують регулярне або помірне аеробне навантаження – ходьба протягом 30-45 хвилин 5 разів на тиждень. Надмірна маса тіла та ожиріння оцінювали за допомогою індексу маси тіла (ІМТ), що визначається як відношення маси

тіла в кілограмах до квадрату зросту в метрах. У групу з надлишковою масою тіла віднесли осіб зі значенням ІМТ від 25,0 до 29,9 кг/м², а ожиріння діагностували при значенні ІМТ 30,0 кг/м² і більше.

Всі обстеження виконані на базі Ужгородської міської поліклініки. Статистичну обробку даних проводили з застосування t критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. На кінець 1999 року в м. Ужгород було виявлено 4092 хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ), що склало 40,6 ‰. Всього було зареєстровано 19 787 хворих з ГХ, або 196,5 ‰.

Динаміка захворюваності та поширеності гіпертонічної хвороби в м. Ужгород в порівнянні з обласними показниками та показником по Україні наведена у таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка захворюваності та поширеності ГХ у м. Ужгород

Захворюваність	1999			2009		
	м. Ужгород	Обласний показник	Показник по Україні	м. Ужгород	Обласний показник	Показник по Україні
абсолютні числа	4092	26451	-	3707	31637	-
На 1 тис. дор. нас.(‰)	40,6	27,0	14,94	40,1	33,4	25,8
Хворобливість						
абсолютні числа	19789	187847	6476767	33159	333677	11889737
На 1 тис. дор. нас.(‰)	196,5	140,7	159,8	358,4	351,9	314,7

Як захворюваність, так і поширеність гіпертонічної хвороби в м. Ужгороді на початку виконання Програми в 1999 році була більше обласного показника і показника по Україні, що збігається з даними офіційної статистики і свідчить про краще виявлення гіпертонічної хвороби у міській популяції [1, 2].

Протягом наступних років зусилля кардіологічної служби м. Ужгород та дільничної мережі були спрямовані на виконання Програми. Завдяки цьому розповсюдженість ГХ в м.Ужгороді збільшилася у 1,8 разу, що є свідченням ефективної роботи в першу чергу дільничної мережі по виявленню цієї патології.

Разом з тим, за час виконання Програми поширеність гіпертонічної хвороби в Закарпатській області збільшилася у 2,5 разу, а по Україні зросла в 2 рази. Більш високе зростання поширеності ГХ по Закарпатській області та по Україні пов'язано зі значною поширеністю гіпертонічної хвороби в м. Ужгород на початку виконання програми. На кінець 2009 року гіпертонічна хвороба була виявлена майже у 36 % дорослого населення міста Ужгород.

Існують певні розбіжності між даними офіційної статистики і результатами епідеміологічних досліджень. За даними різних авторів, реальна кількість хворих з артеріальною гіпертензією в Україні складає 36 – 40 % [2, 3]. Така ж кількість гіпертензивних хворих реєструється в інших європейських країнах та США.

В м. Ужгород виявлено майже 90 % всіх гіпертоніків і близько 13 тисяч хворих вперше дізналися про існування свого «мовчазного вбивці».

Однією з умов виконання програми є підвищення інформованості населення про наявність артеріальної гіпертензії до 90 %, тобто кардіологічна служба м. Ужгород з цим завданням впоралася.

Вторинні артеріальні гіпертензії складають 5-10 % всіх випадків АГ [4].

В 1999 році в м. Ужгороді було зареєстровано 390 хворих із вторинними артеріальними гіпертензіями, що склало 1,9 % всіх хворих з артеріальною гіпертензією, а в 2009 році було виявлено значно більше хворих з симптоматичними АГ – 870 хворих, що склало 2,6 % всіх артеріальних гіпертензій.

Таким чином, в м. Ужгород є тенденція до покращення виявлення хворих з вторинними артеріальними гіпертензіями, однак у 50-75 % хворих з вторинною артеріальною гіпертензією її причина залишається нез'ясованою, що свідчить про недостатнє виявлення вторинних артеріальних гіпертензій в м. Ужгород.

Для зниження ризику розвитку важких ускладнень АГ важливим є призначення антигіпертензивної терапії, як медикаментозної, так і немедикаментозної. Метою лікування хворих з гіпертонічною хворобою є досягнення максимального зниження ризику серцево-судинної смертності, що приведе до покращення якості та продовження тривалості життя. Із 3708 хворих з ГХ, виявлених в 2009 році, було обстежено 150 осіб, що склало 4 % від загальної кількості виявлених хворих.

Загальна характеристика обстежених хворих подана у таблиці 2.

Загальна характеристика обстежених хворих за віком та статтю

Вік (у роках)	Разом n=150 (100 %)	Чоловіки n=92 (61 %)	Жінки n=58 (39 %)
Середній (M±m)	53 ± 5	48 ± 5	53 ± 4
Діапазон	32 -69	32 -65	46 – 69
Працездатний вік (чол. < 60 р., жін. < 55 р.)	93 (62 %)	61 (66 %)	32 (55 %)
Пенсійний вік (чол. > 60 р., жін. >55 р.)	57 (38 %)	31 (34 %)	26 (45 %)

Серед обстежених хворих переважали чоловіки (61 %), більшість з них були працездатного віку (66 %).

В численних дослідженнях остаточно доведена висока ефективність у лікуванні ГХ таких немедикаментозних заходів, як припинення паління, підвищення рівня фізичної активності, зменшення вживання солі, зменшення ваги тіла при надмірній

масі тіла або ожирінні, зменшення вживання алкоголю. Перелік цих заходів як обов'язковий увійшов у останній посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії [3].

Оцінка динаміки немедикаментозного лікування обстежених хворих наведена в таблиці 3.

Таблиця 3

Динаміка немедикаментозного лікування (корекція способу життя) обстежених хворих

	2009		2010	
	n = 150	%	n= 150	%
Паління	42	28	39	26
Малорухливий спосіб життя	69	46	69	46
Зменшення вживання солі (досолювання їжі)	73	49	65	43
Зменшення ваги тіла (разом)	98	65	98	65
В т.ч. при надмірній масі тіла	45	30	45	30
В т.ч. при ожирінні	53	35	53	35
Зменшення вживання алкоголю	130	87	127	85

Із обстежених хворих з гіпертонічною хворобою в 2009 році палили 28 %, вели малорухливий спосіб життя 46 %, вживали велику кількість солі (досолювали їжу) 49 %, мали надмірну вагу тіла або ожиріння 65 % хворих, вживали алкоголь 87 % хворих.

Через рік після виявлення ГХ у хворих суттєвих змін у немедикаментозному лікуванні (модифікація способу життя) не відбулося. Продовжували вести малорухливий спосіб життя ті ж 46 % хворих, зменшення ваги тіла при надмірній масі тіла та ожирінні також не відбулося.

Зменшилась на 2 % кількість хворих, що палять та вживають алкоголь. Найбільш суттєво зменшилась кількість хворих, що перестали досолювати їжу – на 6 %.

Це свідчить, з одного боку, про недооцінку хворими з ГХ важливості немедикаментозного лікування, а з іншого – про відсутність акценту з боку медичних працівників відносно важливості корекції способу життя усім хворим з ГХ.

Акцент робиться на призначенні антигіпертензивних препаратів. Усім обстеженим хворим при виявленні ГХ в 2009 році були призначені гіпотензивні препарати. Монотерапію отримали 92 хворих (61 %), а 58 хворих (39 %) – комбіновану терапію з використанням не менше 2 груп гіпотензивних препаратів.

Частота призначень антигіпертензивних препаратів при монотерапії наведена в таблиці 4.

Частота призначень антигіпертензивних препаратів при монотерапії

Класи препаратів	Кількість хворих n = 92	%
Інгібітори АПФ	49	53
Бетаблокатори	23	25
Антагоністи рецепторів АТ – II	7	8
Антагоністи кальцію	7	8
Діуретики	6	6
Препарати 2-ої лінії	0	0

Відповідно до сучасних вимог при лікуванні ГХ перевагу слід віддавати препаратам 1-ої лінії, до яких відносять діуретики, бетаблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію тривалої дії, антагоністи рецепторів АТ – II. При монотерапії найбільш часто призначали інгібітори АПФ (53 % хворих), на 2 місці по частоті призначень були бетаблокатори (25 %), на 3 та 4 місцях з однаковою частотою призначались антагоністи ангіотензину – II та антагоністи кальцію. Найменш часто призначались в якості монотерапії сечогінні препарати. Препарати 2-ої лінії, які на сьогоднішній день не є препаратами вибору і не відповідають вимогам тривалої терапії, жодному хворому не були призначені.

Разом з тим при монотерапії забезпечити ефективний контроль артеріального тиску досить важ-

ко, близько 70 % всіх хворих з ГХ мають приймати комбіновану терапію [5].

В м. Ужгород, на жаль, комбіновану терапію отримували тільки 58 хворих із обстежених, що склало 39 %. Найбільш поширена комбінація складалася із інгібіторів АПФ тривалої дії у поєднанні з сечогінними. Відрадно підкреслити, що каптопрес, як препарат короткотривалої дії, для програмного лікування не призначався.

Через рік після призначеного гіпотензивного лікування продовжували приймати гіпотензивні препарати тільки 84 хворих, що склало 56 %. Епізодично приймали гіпотензивні препарати (тільки при погіршенні самопочуття) ще 12 хворих – 8 %. Інші 54 хворих (36 %) через рік після виявлення у них ГХ перестали приймати гіпотензивні препарати.

Причини відмови від лікування наведені в таблиці 5.

Таблиця 5

Причини відмови хворих із ГХ від гіпотензивного лікування через 1 рік після виявлення захворювання

	Кількість хворих n = 54	%
Суб'єктивно задовільне самопочуття	27	50
Фінансові проблеми	18	33
Не можуть вказати точну причину	7	13
Побічні ефекти гіпотензивних препаратів	2	4

Як видно з наведеної таблиці основною причиною відмови хворих від лікування є суб'єктивно задовільне самопочуття. Це свідчить про недостатню освітню роботу серед мешканців міста відносно небезпечності ГХ та її ускладнень. На 2 місці – фінансові труднощі, що потребують диференційованого призначення гіпотензивної терапії хворим із різним рівнем достатку.

Поява побічних ефектів гіпотензивної терапії привела до припинення лікування у 4 % хворих. 13 % хворих не можуть точно вказати причину припинення вживання медикаментів.

Висновки.

1. Протягом 10 років виконання Програми відбулося істотне зростання поширеності гіпертонічної хвороби в місті Ужгород, що

відповідає епідеміологічним дослідженням розповсюдженості ГХ в країні і свідчить про ефективну роботу дільничної мережі по виявленню цієї патології.

2. Завдяки зростанню поширеності гіпертонічної хвороби в м. Ужгород збільшилась кількість хворих, обізнаних про наявність у них ГХ.

3. Виявлення симптоматичних артеріальних гіпертензій потребує значного покращення.

4. При лікуванні хворих із ГХ не використовується ефективно немедикаментозне лікування, найбільш вірогідно через недооцінку хворими та практикуючими лікарями важливості цієї терапії.

5. При медикаментозному лікуванні перевага надається монотерапії, при якій забезпечити кон-

троль артеріального тиску досить важко, у більшості випадків доцільно використовувати комбіновану терапію.

6. Основною причиною відмови хворих від лікування є суб'єктивно задовільне самопочуття хворих, що потребує активізації санітарно – освітньої роботи серед населення міста відносно небезпечності АГ та її ускладнень.

7. При призначенні іпотензивного лікування та з урахуванням необхідності позитивного прийому медикаментів доцільно враховувати фінансові можливості хворих.

Практичні рекомендації.

1. Проводити роз'яснювальну роботу серед хворих з гіпертонічною хворобою в індивідуальному порядку та через ЗМІ про необхідність медикаментозного лікування – корекції способу життя та боротьбу з факторами ризику.

2. Активізувати санітарно-освітню роботу серед мешканців міста відносно необхідності позитивного прийому гіпотензивної терапії при наявності ГХ

3. При медикаментозному лікуванні ширше використовувати комбіновану терапію препаратами 1-ої лінії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Горбась І.М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево — судинних захворювань / І.М. Горбась // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2. — С.13—18
2. Кованленко В.М. Демографія і стан здоров'я народу України. Аналітично — статистичний посібник / В. М. Кованленко; М.В. Корнадського. — Київ, 2010. — 143 с.
3. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — Київ : Віпол, 2008. — 83 с.
4. Свищенко Є.П. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии / Є.П. Свищенко, В.Н. Коваленко. — Киев : Либідь, 2003. — 504 с.
5. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії. / Ю.М. Сіренко. — Донецьк : Видавець Заславський О.Ю., 2011. — 288 с.

Стаття надійшла до редакції 3.03.2011

N.V. IVANO, M.A. KORABELSHIKOVA, V.V. SVISTAK, T.V. IVANO

¹Uzhhorod national university, faculty of postgraduate education, chair of therapy and family medicine,

²Uzhhorod municipal polyclinic, Uzhhorod

PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION AND PATIENTS' WILL FOR TREATMENT

In the article the features of morbidity and prevalence of hypertensive illness and symptomatic hyperpiesiss are analysed in Uzhhorod for the period of the Programme of prevention and treatment of arterial hypertension in Ukraine. To study the adherence to the treatment of patients studied and designed nonmedication treatment of 150 patients with hypertension, which was discovered at first. Reserves of patients to improve adherence to treatment.

Key words: hypertension, prevalence, adherence to treatment