

УДК 616.12-008.331.1

СТАН МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА ЗАКАРПАТТІ

Рішко О.А., Фатула М.І., Шютєв М.М., Блецкан М.М., Свистак В.В., Ігнатко Я.І., Іваньо Н.В.

Ужгородський національний університет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, медикаментозне лікування

Вступ. Основними проблемами сучасної медицини і надалі залишаються серцево-судинні захворювання та їх ускладнення, перш за все мозкові інсульти та інфаркт міокарда. Однак, якщо у розвинених країнах світу спостерігається тенденція до зниження захворюваності та смертності як від інфаркту, так і від інсультів, то у нас спостерігається подальше зростання та омолодження контингенту хворих та померлих.

У світлі сучасних поглядів в основі цієї ситуації лежить проблема атеротромбозу, тобто атеросклерозу, ускладненого тромбозом, у залежності від домінуючої локалізації котрого і виникає відповідне, часто смертельне, ускладнення – мозковий інсульт, інфаркт міокарда чи раптова коронарна смерть.

У свою чергу, основним фактором ризику як атеросклерозу, так і його ускладнення – атеротромбозу – слід розглядати артеріальну гіпертензію (АГ), яка є найпоширенішим захворюванням в Україні: згідно з даними МОЗ України [1] спостерігається ріст поширеності артеріальної гіпертензії з 8400330 у 2001 році до 9107613 у 2002 році, і її питома вага серед усіх зареєстрованих хвороб досягла 41%; спостерігається і зростання смертності від артеріальної гіпертензії з 147 на 100 тис. дорослого населення у 2001 році до 159 на 100 тис. дорослого населення у 2002 році.

Тобто, за даними статистики, 22,6% населення України є гіпертоніками. В той же час проведені епідеміологічні дослідження свідчать, що істинна поширеність артеріальної гіпертензії є у 1,5-2 рази вищою за статистичну, тобто реально гіпертоніками є 30-40% дорослого населення України. Підтвердженням цього може бути і те, що в країнах Західної Європи поширеність АГ серед осіб 35-64 років становить від 38% до 55%, навіть у США, де цей показник найнижчий, він становить 27,8% [5]. В той же час більшість хворих не лікується або лікується неефективно (без досягнення цільового рівня АТ– <140/90 мм рт.ст.). Так, у Європі приймають антигіпертензивні препарати 25-32% хворих, а ефективно лікуються тільки 5-9%. Найкращими ці показники є в США – відповідно 59% та 34% [5]. При цьому популяційні дослідження переконливо свідчать, що середньопопуляційне зниження артеріального тиску на 9/5 мм рт. ст. знижує ризик інсульту на 40%, а загальну серцево-судинну смертність на 24% [2].

Мета дослідження. Метою даного дослідження було вивчення сучасного стану антигіпертензивної

терапії хворих на гіпертонічну хворобу на Закарпатті, оцінка її відповідності сучасним світовим та національним стандартам, розробка практичних рекомендацій щодо її покращення з метою зниження серцево-судинної смертності в регіоні. При цьому виходили з того, що згідно з об'єднаними Рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів від 2003 року [6], основними принципами сучасного лікування артеріальної гіпертензії є поступове досягнення та наступне постійне утримання індивідуально-цільового рівня АТ шляхом корекції способу життя та використання антигіпертензивних препаратів тривалої дії з так званого I ряду, до якого відносяться бета-адреноблокатори, діуретики, інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину-II (БРА-II), антагоністи кальцію, з наданням переваги комбінації 2-3 препаратів у малій чи середній дозі над монотерапією у максимальній дозі, з регулярним контролем, в т.ч. самоконтролем артеріального тиску, необхідність контролю та корекції й інших важливих факторів загального серцево-судинного ризику (паління, надмірної маси тіла чи ожиріння, дисліпідемії, цукрового діабету) при активній та свідомій участі хворого.

Матеріали та методи. Протягом 2004 року було вивчено амбулаторні картки, проведено анкетування та фізичне обстеження 300 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії (за критеріями ВООЗ 2003 року) працездатного віку (192 жінки, 108 чоловіків; середній вік – 52 роки), жителів різних регіонів Закарпаття.

Адекватність лікування оцінювалась за досягненням та утриманням цільового рівня артеріального тиску (<140/90 мм рт.ст.). Усім обстеженим проводилось вимірювання артеріального тиску (АТ) за стандартизованою методикою та частоти серцевих скорочень (ЧСС). З метою оцінки маси тіла визначали індекс маси тіла (ІМТ = маса тіла(кг) / зріст(м)²).

Оцінка ІМТ: <20 – недостатня маса тіла,
20-24,9 – нормальна маса тіла,
25-29,9 – надмірна маса тіла,
≥30 – ожиріння:
30-34,9 – I ступінь,
35-39,9 – II ступінь,
≥40 – III ступінь.

Рівні глюкози та холестерину крові фіксувались при їх наявності в амбулаторній картці.

Зміст медикаментозного лікування оцінювався шляхом зіставлення рекомендацій лікаря в амбулаторній картці з реальним, що приймав хворий. Принципи лікування (регулярний прийом ліків та контроль АТ) вивчались шляхом анкетування. Подібним чином вивчались і причини відмови від медикаментозного лікування чи його нерегулярність, а також обізнаність пацієнтів з нормативами

АТ, іншими основними факторами ризику серцево-судинних ускладнень (паління, надмірна маса тіла чи ожиріння, гіперхолестеринемія, гіперглікемія), сучасними принципами та критеріями адекватності антигіпертензивної терапії.

Результати досліджень та їх обговорення. Зведені дані отриманих результатів наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Стан антигіпертензивного лікування на Закарпатті (2004 рік)

Показники	Хворі на ГХ II стадії	
	n	%
Знає про наявність АГ, але на момент обстеження не лікується	147	49 %
Лікується, але цільового рівня не досягнуто	108	36 %
Лікується з досягненням цільового рівня	45	15 %
Не знає свій цільовий рівень	192	64 %
Рівень артеріального тиску не контролює	99	33 %
Не має власного тонометра	216	72 %
Палять	72	24 %
Надмірна маса тіла (ІМТ 25–30 кг/м ²)	95	32 %
Ожиріння (ІМТ > 30 кг/м ²)	48	16 %
Рівень глюкози крові невідомий	95	32 %
Рівень холестерину крові невідомий	111	37 %
Медикаментозне лікування:		
= Бета-блокатори	172	57 %
= Інгібітори АПФ	202	67 %
– короткої дії	144	48 %
= Діуретики	253	83 %
= Антагоністи кальцію	137	46 %
– короткої дії	110	37 %
= Блокатори рецепторів А-II	–	–
= Антиадренергічні засоби	143	48 %
= Статини	35	12 %
= Аспірин	139	46 %
Не приймають медикаменти (або приймають нерегулярно):	147	100 %
= почуваються задовільно	83	56 %
= тільки при значному підвищенні АТ	98	67 %
= висока ціна ліків	109	75 %
= побічні ефекти ліків	15	9 %

Аналіз отриманих результатів виявив, що майже половина гіпертоніків (49%) на момент обстеження не приймала антигіпертензивних медикаментів, третина (36%) приймала, але в недостатній дозі чи комбінації, без досягнення цільового рівня АТ. Тобто, тільки у 15% пацієнтів антигіпертензивна терапія була адекватною. Хоч це і не гірше, ніж в інших країнах Європи, але ніяк не може нас задовольняти. Більше половини (56%) тих, що не приймали ліки, не приймали їх тому, що почували себе задовільно, дві третини (67%) приймають ліки тільки при значному підвищенні тиску з погіршенням самопочуття. На жаль, для значної частини (75%) пацієнтів регулярний прийом сучасних ефективних антигіпертензивних препаратів представляє економічні труднощі. Саме це є і основ-

ною причиною того, що тільки 28% гіпертоніків мають власний апарат для вимірювання АТ. Слід відзначити і погану поінформованість хворих про нормативи АТ, необхідність його регулярного контролю, в т.ч. і самоконтролю. Так, 64% хворих не знали свій цільовий рівень АТ, а говорили про робочий тиск; 33% хворих не знали свій тиск і не контролювали його.

З метою оцінки змісту медикаментозного лікування проаналізовано рекомендації лікарів всім пацієнтам, тобто і тим, які на момент обстеження їх не дотримувались. Як позитивний фактор слід відзначити широке використання інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ) (67% хворих), бета-адреноблокаторів (57% хворих) та антагоністів кальцію (46% хворих), в т.ч. і в ком-

бінації з діуретиками (83% хворих). Правда, ще часто призначаються препарати короткої дії: ІАПФ – каптоприл (48%), антагоністи кальцію – не ретардні форми ніфедипіну, дилтіазему чи верапамілу (37%), антиадренергічні препарати – ралунатин, клофелін, адельфан (48%); практично не призначаються блокатори рецепторів ангіотензину-II, що пояснюється дешевизною перших двох груп та дороговизною останніх.

Те, що 24% гіпертоніків продовжують палити, 48% мають надмірну масу тіла чи вже ожиріння, у третини хворих невідомими є показники глюкози та холестерину крові, незначна кількість хворих приймає статини (8%), та і ті тільки періодично, свідчить про відсутність мультифакторального підходу як до оцінки загального ризику серцево-судинної смертності, так і, відповідно, її профілактики, адже поряд з АГ саме паління, надмірна маса тіла чи ожиріння, пов'язані з ними метаболічний

синдром чи вже цукровий діабет 2 типу, дисліпідемія, є основними факторами ризику останньої [3,4].

Висновки. 1. Антигіпертензивна терапія є адекватною тільки у 15% гіпертоніків Закарпаття, що, з одного боку, свідчить про незадовільний стан вторинної профілактики у них серцево-судинних ускладнень, а з іншого – про значні резерви зниження серцево-судинної смертності серед цієї популяції населення.

2. Основними факторами незадовільної антигіпертензивної терапії є: погана обізнаність гіпертоніків з основними факторами серцево-судинного ризику та особливою роллю АГ навіть при її безсимптомному перебігу, з основними принципами та сучасними підходами адекватної антигіпертензивної терапії; висока вартість сучасних ефективних препаратів тривалої дії та тонометрів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Свіщенко Є.П. Основні напрями реалізації Національної програми з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Здоров'я України. – 2003. – №15-16. – С.3.
2. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Артериальная гипертензия. Практическое руководство / Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Морион, 2001. – 528 с.
3. De Backer G. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1601-1610.
4. Mokdad A., Ford E., Bowman E. Prevalence of obesity, diabetes and obesity-related health risk factors // JAMA. – 2003. – №289. – P. 76-79.
5. Wolf-Maier K., Cooper R., Banegas J. Hypertension prevalence and blood pressure levels in European countries, Canada and the United States // JAMA. – 2003. – №289. – P. 2363-2369.
6. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension.- 2003. – Vol. 21. – P.1011-1053.

SUMMARY

STATE OF PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN TRANSCARPATIA
Rishko O.A., Fatula M.I., Shutev M.M., Bleckan M.M., Svistak V.V., Ignatko Ya.I., Ivanyo N.V.

Treatment of 300 working people with II stage of hypertension was analyzed in different regions of Transcarpathia in order to learn the level of antihypertensive therapy, its correspondence with contemporary world and national standards. It was noticed that only 15% of patients are treated adequately, with reaching and supporting the needed arterial pressure with regular dose of contemporary antihypertensive drugs and control of arterial pressure in the background. The main reasons for such unsatisfactory state is inadequate knowledge of hypertensives on main factors of total cardiovascular risk and specific role of arterial hypertension even without any symptoms, on main principles and contemporary approaches to adequate antihypertensive therapy; high prices for contemporary effective drugs with long-term effect and tonometers.

Key words: hypertension, pharmacotherapy