

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 614.2 (477)

© В.М. Корнацький, В.А. Гандзюк, Т.С. Манойленко
Національний науковий центр

“Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска” АМН Украни

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ДЕРЖАВНО ПРОГРАМИ БОРЬБИ З ГІПЕРТЕНЗІЯМИ В УКРАЇНІ

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ДЕРЖАВНО ПРОГРАМИ БОРЬБИ З ГІПЕРТЕНЗІЯМИ В УКРАЇНІ – Проаналізовано виконання Державно програми боротьби з гіпертензіями в Україні за результатами 10-річного спостереження. Проблема артеріально гіпертензії є особливо актуальною для України, так як вона посідає перше місце серед причин смертності від серцево-судинних захворювань та формує основу для розвитку багатьох хвороб системи кровообігу і ускладнень, які є найчастішою причиною смерті. Показано, що виконання профілактичних програм, спрямованих на боротьбу з різними факторами ризику виникнення артеріально гіпертензії, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем у сфері збереження і покращання здоров'я. Вказано на реальну ефективність Державно програми та необхідність продовження розроблених заходів на наступні роки.

ДЕСЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ГОУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАМЫ БОРЬБЫ С ГИПЕРТЕНЗИЯМИ В УКРАИНЕ – Практика реализации Государственной программы борьбы с гипертонией в Украине за результатами 10-летнего наблюдения. Проблема артериальной гипертонии является особенно актуальной для Украины, так как она занимает первое место среди причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и формирует основу для развития многих болезней системы кровообращения и осложнений, которые являются наиболее частой причиной смерти. Показано, что выполнение профилактических программ, направленных на борьбу с разными факторами риска возникновения артериальной гипертонии, является реальным механизмом решения глобальных проблем в сфере сохранения и улучшения здоровья. Указано на реальную эффективность Государственной программы и необходимость продолжения разработанных мероприятий на последующие годы.

TEN YEAR EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION GOVERNMENT PROGRAM OF FIGHT AGAINST HYPERTENSION DISEASES IN UKRAINE – Implementation of the Government program of fight against hypertension diseases in Ukraine as a result of 10 years observation. A problem of arterial hypertension diseases is especially actual for Ukraine, because she takes first seat after cancer in a death rate of cardiovascular diseases and forms the background of development of many illnesses systems of circulation of blood and complications, which are the most frequent reason of death. It is shown that implementation of the prophylactic programs directed on a fight against the different factors of risk of origin of arterial hypertension diseases is the real mechanism of working out global problems in the field of saving and improvement of health. It is indicated on the real efficiency of the Government program and necessity of continuation of the developed measures on next years.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, фактори ризику, хвороби системи кровообігу.

Ключевые слова: артериальная гипертония, факторы риска, болезни системы кровообращения.

Key words: arterial hypertension, factors of risk, illnesses systems of circulation of blood.

Збереження і зміцнення здоров'я народу розглядається сьогодні як найважливіший напрям соціаль-

но політики і знаходить відображення в різноманітних програмах діяльності урядів різних країн. Відомо, що усунення факторів ризику в популяції та поліпшення детермінантів здоров'я супроводжуються зниженням рівнів захворюваності і смертності населення. Це покладено в основу концепції факторів ризику. На підставі розроблена та успішно впроваджується низка профілактичних програм, результатом яких є зменшення масштабів багатьох проблем громадського здоров'я [6].

Досвід розвинених країн світу щодо впровадження широкомасштабних профілактичних програм підтвердив можливість управління факторами ризику і зниження захворюваності населення, зокрема, системи кровообігу. Так, на початку 70-х років ХХ століття у США було розроблено і проведено цільові заходи щодо боротьби з артеріальною гіпертензією, які дали значні результати – смертність від мозкових інсультів за 20 років зменшилась вдвічі, від інфаркту міокарда – на 40 %. Від реалізації аналогічних програм в Японії смертність від інсультів скоротилась у 4 рази, у ФРН – в 2 рази [3].

Досвід реалізації міжнародно інтегровано програми профілактики неінфекційних хвороб (CINDI) підтвердив ефективність інтегрованих підходів у боротьбі з ними. Довгостроковий проект “Північна Кароліна” у Фінляндії показав, що зменшення таких факторів ризику, як артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія і тютюнокуріння знижують частоту ішемічно хвороби серця серед чоловіків працездатного віку на 80 %, а смертність від раку легень – на 60 %.

У цілому медико-соціальна ефективність профілактичних програм дуже висока за даними багатьох авторів, зниження на 1 % рівня холестерину в популяції дозволяє скоротити смертність від ішемічно хвороби серця на 2-4 %, а зменшення поширеності тютюнокуріння на 1 % попереджує 2 тис. смертей від цієї патології [3].

ВООЗ визначила провідні фактори ризику для здоров'я. Для багатьох країн, зокрема і для України, такими є: високий кров'яний тиск, підвищений вміст холестерину в крові, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, ожиріння та низька фізична активність. Прогнозні розрахунки свідчать, якщо цьому не протидіяти, то їх негативний вплив на здоров'я в майбутньому проявлятиметься ще сильніше. Тому аналіз впливу факторів ризику на формування є найоптимальнішим методом вивчення епідеміологічних процесів, їх прогнозних тенденцій та обґрунтування напрямків профілактики.

Питання боротьби з артеріальною гіпертензією є особливо актуальними для України, тому Указом Президента в 1999 році була затверджена Державна програма боротьби з гіпертензіями в Україні, про результати 10-річного виконання якої необхідно робити висновки [5].

Основними медико-соціальними проблемами здоров'я народу України на сучасному етапі є зростання захворюваності та поширеності найбільш соціально значущих хвороб системи кровообігу: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС). Високого рівня первинна інвалідизація, спричинена вказаними хворобами, а також значна смертність, особливо осіб працездатного віку, веде до зменшення тривалості життя.

Кількість дорослих, які мають хвороби системи кровообігу, складають близько 24,3 млн осіб, тобто більше 53 % населення, із них працездатного – 9,3 млн осіб. Найпоширеніша артеріальна гіпертензія – 11,7 млн осіб, а працездатного віку – 5,0 млн. Зареєстровано 8,5 млн випадків ішемічної хвороби серця (серед працездатних – 2,5 млн); більше 50 тис. інфарктів міокарда і 100 тис. інсультів. Причиною розвитку, тяжких ускладнень, а також смертності є сукупність різних факторів ризику [1].

Встановлено широку розповсюдженість у популяції таких факторів серцево-судинного ризику, як артеріальна гіпертензія (56,9 %), дисліпідемія (50,6 %), підвищений індекс маси тіла (44,1%), різноманітні порушення обміну речовин, у тому числі цукровий діабет (4 %). Доведено, що найбільше значення мають поєднання декількох [1, 4].

За останні п'ять років поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослих зросла на 1,9 млн осіб (+ 5,1 %), а захворюваність зменшилась на 121 тис. осіб (- 0,3 %). Найбільше зросла поширеність гіпертонічно (+ 9,4 %) та ішемічної хвороби серця (+ 8,7 %),

а інсультів, навпаки, знизилась на 9,8 %, при цьому захворюваність ними зросла на 4,9 %. У формуванні цих показників провідними є гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця та цереброваскулярна патологія, частка яких відповідно становить: 46,2 %, 33,8 %, 12,5 % та 42,1%, 28,1 %, 15,7 % (табл. 1).

Структура поширеності і захворюваності ХСК серед населення пенсійного віку подібна, як і для всього дорослого, але спостерігається зростання питомої ваги ішемічної хвороби серця та цереброваскулярної патології. У людей похилого віку перебіг цих захворювань тяжчий, часто призводить до ускладнень і смерті, причому у кожній наступній п'ятирічці життя смертність на 100 тис. населення зростає у 2-2,5 рази (табл. 2).

Хвороби системи кровообігу особливо негативно впливають на формування здоров'я населення працездатного віку і є провідною причиною інвалідності і смертності. Усі показники рівня здоров'я є значними для цієї вікової групи. Так, питома вага хворих працездатного віку при поширеності та захворюваності хвороб системи кровообігу відповідно складає 36,6 % та 50,2 %, гіпертонічною хворобою – 43,0 % та 57,2 %, ішемічною 29,7 % та 45,6 %, цереброваскулярною патологією – 21,6 % та 33,4 %, інфарктом міокарда – 32,0 % [4].

На кожні 100 тис. осіб працездатного віку у 2008 році вперше виявлено 1 244065 випадків хвороб системи кровообігу, що на 2,3 % більше, ніж у 2005 році. Поширеність ХСК за цей період зросла на 10 %. Найбільшу питому вагу має гіпертонічна хвороба серця (53,8 % при поширеності та 46,5 % при захворюваності) (табл. 3).

Незважаючи на поширеність гіпертонічної хвороби, за останні роки відмічається зниження первинної інвалідності від цієї патології (майже в 2 рази), що свідчить про дієвість заходів Державної програми.

Таблиця 1. Структура поширеності і захворюваності при хворобах системи кровообігу серед дорослих (18 і старше) у 2008 р. (на 100 тис. населення)

Назва нозології	Поширеність	Питома вага (%)	Захворюваність	Питома вага (%)
Х-би системи кровообігу	66722,8	100	6328,2	100
В т.ч.:				
Гіпертонічна х-ба (усі форми)	30809,6	46,2	2666,1	42,1
Ішемічна хвороба серця	22566,0	33,8	1777,8	28,1
Гострий інфаркт міокарда	133,0	0,2	133,0	2,1
Цереброваскулярні хвороби	8369,6	12,5	991,7	15,7
Інсульт (усі форми)	282,9	0,4	282,9	4,5

Таблиця 2. Структура поширеності і захворюваності при хворобах системи кровообігу серед дорослого населення (жінки 55 р. і старше, чоловіки 60 р. і старше) у 2008 р. (на 100 тис. населення)

Назва нозології	Поширеність		Питома вага (%)	Захворюваність		Питома вага (%)
	абс.дані	на 100 тис. нас.		абс.дані	на 100 тис. нас.	
Усі хвороби	30578257	275334,0	100	5689096	51226,0	100
Х-би системи кровообігу	16033120	144366,1	52,4/100	1180164	10626,5	20,7 /100
В т.ч.:						
Гіпертонічна х-ба (усі форми)	6648820	59867,6	41,5	432735	3896,5	36,7
Ішемічна хвороба серця	6006726	54086,0	37,5	365894	3294,6	31,0
Гострий інфаркт міокарда	34274	308,6	0,2	34274	308,6	2,9
Цереброваскулярні х-би	2486240	22386,7	15,5	249924	2250,4	21,2
Інсульт (усі форми)	79731	717,9	0,5	79731	717,9	6,8

Таблиця 3. Поширеність, захворюваність, динаміка та структура хвороб системи кровообігу серед населення працездатного віку (на 100 тис. населення)

Назва нозологі	Поширеність		Питома вага (%)		Захворюваність		Питома вага (%)	
	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.
Хвороби системи кровообігу	30297,6	33340,3	100	100	4939,4	4440,6	100	100
В т.ч.:								
Гіпертонічна х-ба (усі форми)	16240,7	17924,4	53,6	53,8	2038,8	2063,6	41,2	46,5
Ішемічна хвороба серця	8280,5	9060,2	27,3	27,2	1047,9	1096,8	21,2	24,7
Гострий інфаркт міокарда	57,9	57,4	0,2	0,2	57,9	57,4	1,2	1,3
Цереброваскулярні хвороби	2273,0	2438,1	7,5	7,3	450,1	448,3	9,1	10,1
Інсульт (всі форми)	114,5	97,8	0,4	0,3	95,1	97,8	1,9	2,2

На сьогодні про артеріальну гіпертензію можна говорити як про неінфекційну епідемію, що охопила у ХХ столітті країни всієї планети. Приблизно третина всього дорослого населення світу страждає від підвищеного артеріального тиску, що посідає перше місце серед смертності від серцево-судинних захворювань та формує основу для розвитку багатьох хвороб системи кровообігу і ускладнень.

За результатами досліджень вчених Міжнародного товариства із вивчення артеріальної гіпертензії, близько 54 % всіх інсультів, 47 % випадків ішемічної хвороби серця і 25 % інших серцево-судинних захворювань зумовлені наявністю АГ. У поєднанні з такими поширеними факторами ризику, як дисліпідемія, надмірна маса тіла, куріння і гіподинамія, артеріальна гіпертензія є причиною не менше 70-75 % всіх інсультів і 80-90 % випадків ішемічної хвороби серця. В даний час близько 8 млн смертей асоційовано з артеріальною гіпертензією.

Найбільш поширена артеріальна гіпертензія у старших вікових групах. В епідеміологічному дослідженні, дані якого опубліковані в журналі "The Lancet", показано, що з кожною десятирічкою життя поширеність збільшується близько на 10 %, досягаючи максимуму (75 %) у осіб старше 70 років, а поєднання АГ та ішемічної хвороби серця, яке зустрічається більше ніж у 60 % пацієнтів, значно підвищує ризик ускладнень, таких як інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність.

У 2008 році зареєстровано всього 6 648 820 осіб пенсійного віку з гіпертонічною хворобою (всі форми). Показник становить 59867,6 на 100 тис. населення. Працездатного віку – 5 021 591 осіб (17924,4 на 100 тис. населення). Таким чином, у молодому віці поширеність АГ нижча, але чим раніше вона розвивається, тим суттєвіше впливає на тривалість життя,

зменшуючи його. Відомо, що очікувана тривалість життя чоловіка, у якого у віці 35 років рівень артеріального тиску 120/80 мм рт. ст., складає 76 років, в той час як при значеннях артеріального тиску 150/100 мм рт. ст. – лише 55 років (при відсутності лікування) (табл. 2, 3).

Враховуючи поширеність та вплив на працездатність і якість життя, проведення адекватно антигіпертензивної терапії розглядають як пріоритетний напрямок первинно профілактики ускладнень. За прогнозом спеціалістів, кількість хворих на артеріальну гіпертензію буде постійно збільшуватися і до 2025 року у розвинених країнах досягне 413 млн, а в тих, що розвиваються, – 1,5 млрд осіб.

Поширеність артеріальної гіпертензії серед дорослого населення країни СНД складає близько 40 %, в Україні – 23 %. При цьому про наявність підвищеного артеріального тиску знають близько 77 % (67,8 % сільських і 80,8 міських жителів). З них лише 59 % чоловіків і 74,1 % жінок (38,3 % сільських і 48,4 % міських жителів) приймають антигіпертензивні препарати. Причому, лише 9,4 % чоловіків і 13,7 % жінок (8,1 % сільських і 18,7 % міських) підтримують цільові рівні артеріального тиску.

Завдяки реалізації Державної програми боротьби із гіпертензіями, вдалося досягти позитивної динаміки. Зростання показника поширеності АГ свідчить про краще виявлення цього захворювання та помітне зниження кількості випадків інсульту і смерті від нього, хоча рівень смертності від хвороб системи кровообігу майже на 90 % визначається ішемічною хворобою серця та цереброваскулярних захворювань, основною причиною яких є артеріальна гіпертензія. Поширеність хвороб системи кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією, у 2008 році серед дорослого населення і працездатних наведено у табл. 4.

Таблиця 4. Поширеність хвороб системи кровообігу, асоційованих з артеріальною гіпертензією, у 2008 році

Хвороби	Дорослі		Працездатні	
	абс. число	на 100 тис.	абс. число	на 100 тис.
Ішемічна хвороба серця	8544983	22566,0	2538257	9060,2
В т.ч. з артеріальною гіпертензією	5279549	13942,5	1438937	5136,2
%	61,8		56,7	
Цереброваскулярні хвороби	3169288	8369,6	683048	2438,1
В т.ч. з артеріальною гіпертензією	1989041	5252,8	390899	1395,3
%	62,8		57,2	
Інсульт, усі форми	107124	282,9	27393	97,8
В т.ч. з артеріальною гіпертензією	57954	153,0	14703	52,5
%	51,1		53,7	

Серед сільських мешканців України, хворих на АГ (всі форми), в 2008 р. було зареєстровано 3 513342 осіб (29867,6 на 100 тис. населення); тих, які звернулися вперше – 307 087 осіб (2610,6), що складає відповідно 46,2 % та 40,9 % в структурі хвороб системи кровообігу.

Поширеність АГ серед дорослих за останні п'ять років зросла на 970325 чоловік, тобто на 9,4 %. Щорічно виявляють більше мільйона нових захворювань. Показник захворюваності по Україні складає 2666,1 на 100 тис. населення. Найкраще виявлено цю патологію у Харківській (4723,4), Закарпатській (3997,1) та Львівській (3216,6) областях.

Показник смертності на 100 тис. населення перевищує середній по Україні (1,4) в 5 разів у Вінницькій області (7,0); майже у 3 рази в Дніпропетровській та Київській областях, а у Полтавській та Рівненській областях смертності від зазначеної патології не зареєстровано (табл. 5).

Аналогічна ситуація серед осіб працездатного віку. Про якісне проведення диспансерного спостереження свідчать показники первинного виходу на інвалідність та смертності: якщо у Закарпатській області його об'єм вищий (22660,5 на 100 тис. населення), то зазначені показники нижчі. У Київській в 1,5 рази менший середнього, а смертність і інвалідність вищі (табл. 6) [2, 4].

Взаємозв'язок між рівнем артеріального тиску і ризиком серцево-судинних захворювань неперервний, прямий, постійний і не залежить від інших фак-

торів ризику. Підвищений артеріальний тиск є фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця, інсульту, хронічно серцево-недостатності. Зокрема, якщо ризик смерті чоловіків з рівнем систолічного артеріального тиску менше 115 мм рт. ст. взяти за одиницю, то при рівні цього показника більше 160 мм рт. ст. ризик смерті від ішемічної хвороби серця збільшується у 4 рази, а від інсульту – майже у 9 разів. За даними проспективних досліджень, артеріальна гіпертензія серед смертності 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 порівняно з тими, які мають САТ менше 120 мм рт. ст. Шляхом активного виявлення і регулярного лікування пацієнтів з АГ можна на 40-50 % знизити смертність від інсульту і на 15-20 % від ІХС. Таким чином, при ефективному лікуванні артеріальної гіпертензії можна було би теоретично подовжити приблизно третину життів чоловіків і жінок.

Оскільки артеріальна гіпертензія найбільш поширена у старших вікових групах, то показники поширеності і захворюваності з ішемічною хворобою серця значно вищі (відповідно у 2,5 і 1,9 рази, ніж у групі "дорослі" та у 6,7 і 3,3 рази, ніж у групі "працездатні"). Відповідно регіони, де проживає значна частка населення похилого віку, мають також вищі, ніж середні по Україні (табл. 7).

Доведено вплив гіпертонічної хвороби у захворюваність на ЦВХ, оскільки поширеність цереброваску-

Таблиця 5. Показники ураження дорослого населення гіпертонічною хворобою (усі форми) в регіонах України

Найменування регіонів, областей	Поширеність (на 100 тис. населення)		Захворюваність (на 100 тис. населення)		Первинна інвалідність (на 10 тис. населення)		Смертність (на 100 тис. населення)	
	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.	2005 р.	2008 р.
АР Крим	24294,4	28501,9	1776,4	3071,4	1,0	0,4	0,9	0,6
Вінницька	31825,0	34240,4	3254,4	3091,4	1,3	1,4	4,7	7,0
Волинська	29715,2	32240,2	2488,3	2472,4	1,7	1,5	0,7	0,7
Дніпропетровська	29534,5	33583,2	2555,7	2771,7	1,0	0,6	2,0	4,6
Донецька	26824,7	29575,1	2858,5	2888,9	0,9	0,4	0,3	0,2
Житомирська	26619,3	29389,9	896,6	1354,8	0,7	0,6	0,6	0,2
Закарпатська	30906,8	34234,6	4498,1	3997,1	0,2	0,2	2,0	2,9
Запорізька	25596,4	28460,8	1209,5	1414,9	0,6	0,5	0,8	0,8
Івано-Франківська	27784,2	30921,4	3677,9	3120,0	1,0	0,6	0,7	0,6
Київська	28496,3	28884,2	2069,6	1727,8	0,2	0,3	2,4	4,0
Кіровоградська	29645,3	33647,2	1967,5	2067,6	0,3	0,02	0,4	0,4
Луганська	28840,0	30315,7	1526,1	1507,1	1,1	0,8	0,4	0,3
Львівська	22696,5	26526,1	2734,9	3216,6	0,6	0,5	1,5	2,0
Миколаївська	27601,1	31140,5	2290,9	2860,4	1,8	1,6	0,2	0,4
Одеська	27771,1	31524,6	2998,9	3151,2	1,6	1,5	0,4	0,2
Полтавська	34574,4	37290,6	2504,3	2448,0	1,1	1,0	1,8	0,0
Рівненська	25090,5	27113,8	2724,3	2432,3	1,5	0,4	4,0	0,0
Сумська	24344,9	25746,9	1569,3	1897,1	0,3	0,2	0,2	0,4
Тернопільська	27714,7	30650,2	1667,5	2093,2	0,7	0,2	0,7	0,5
Харківська	29206,2	29886,2	5356,2	4723,4	0,8	0,4	3,0	2,0
Херсонська	28314,8	30760,5	2418,1	2693,6	0,3	0,1	1,9	2,5
Хмельницька	29806,1	33504,8	2482,4	2894,4	0,6	1,1	1,0	1,1
Черкаська	32027,8	35307,8	2408,6	2353,8	1,8	0,6	1,2	0,5
Чернівецька	25638,4	30749,3	1574,8	1864,0	2,7	1,6	0,3	0,1
Чернігівська	22835,8	24981,4	2109,6	2154,9	0,8	0,6	0,7	0,1
м. Київ	31456,0	32084,2	2760,7	2523,5	0,5	0,2	0,9	0,7
м. Севастополь	40999,9	37766,1	1368,7	1239,7	0,1	-	0,8	0,3
Україна	28169,3	30809,6	2586,3	2666,1	0,9	0,6	1,3	1,4

Таблиця 6. Показники здоров'я населення працездатного віку в Україні (гіпертонічна хвороба серця, усі форми)

Найменування регіонів областей	2005 рік					2008 рік				
	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)	ПІ (на 10 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)	П (на 100 тис. населення)	З (на 100 тис. населення)	ДН (на 100 тис. населення)	ПІ (на 10 тис. населення)	С (на 100 тис. населення)
АР Крим	14083,0	1584,6	7639,2	1,2	1,15	16971,4	2761,5	13476,9	0,5	0,7
Вінницька	20200,7	2511,8	14100,6	1,2	3,32	22718,6	2451,8	19537,3	1,5	4,4
Волинська	19134,9	2154,0	10826,2	1,5	0,16	21269,9	2117,6	15723,9	2,0	0,7
Дніпропетровська	16092,5	2052,9	9425,9	1,3	1,14	18634,0	2132,8	15344,8	0,7	3,7
Донецька	14735,7	2000,0	8841,4	1,2	0,35	16680,4	2085,9	14576,0	0,5	0,2
Житомирська	13459,1	773,7	10874,8	1,0	0,39	14438,4	1091,1	12942,9	0,8	0,4
Закарпатська	22288,0	3407,9	19235,4	0,2	2,12	25729,6	3201,1	22660,5	0,2	2,2
Запорізька	12416,2	874,2	6994,3	0,8	0,26	13097,9	985,2	11960,4	0,6	0,4
Івано-Франківська	18856,4	2811,3	12337,3	1,3	0,24	21769,0	2472,9	20714,3	0,7	0,2
Київська	16344,8	1746,4	5713,4	0,3	1,81	16735,7	1399,8	9849,9	0,4	2,4
Кіровоградська	19172,0	1724,2	9017,5	0,3	0,32	21433,5	1865,8	17538,0	0,03	0,2
Луганська	15953,3	1182,9	9099,8	1,5	0,40	16250,5	1110,9	15288,5	1,0	0,4
Львівська	12532,0	2046,7	8680,6	0,7	1,37	14861,9	2257,4	12352,1	0,7	1,8
Миколаївська	14885,1	1645,0	9448,7	2,5	0,00	17007,3	2345,0	14445,3	1,7	0,1
Одеська	16169,7	2262,7	9145,0	2,2	0,41	19252,9	2428,7	16629,9	1,9	0,3
Полтавська	19975,7	1970,9	12047,3	1,3	1,54	20238,6	1764,6	18254,5	1,3	0,0
Рівненська	19249,7	2495,3	15004,0	1,9	2,94	20471,4	2264,2	18082,6	0,4	0,0
Сумська	12109,3	1153,2	8376,9	0,4	0,41	13850,3	1351,2	12855,5	0,3	0,6
Тернопільська	16084,6	1286,4	9889,2	0,8	0,62	18150,9	1572,5	13319,9	0,2	0,5
Харківська	17111,2	4517,6	8136,3	0,8	2,16	16729,7	3646,4	12826,3	0,5	1,8
Херсонська	17563,7	2010,7	10926,8	0,4	1,17	18442,6	2142,5	14889,5	0,2	2,2
Хмельницька	14449,2	1805,9	10991,1	0,8	0,51	17312,0	2073,0	14615,2	0,8	0,6
Черкаська	18040,1	1869,5	12439,1	2,3	0,65	19778,3	1793,2	16707,9	0,7	0,4
Чернівецька	22538,8	1607,4	15155,6	3,6	0,19	28155,9	1792,9	25709,5	2,0	0,2
Чернігівська	13237,1	1661,6	7639,0	1,2	0,30	13578,1	1588,8	12053,0	0,8	0,2
м. Київ	16799,3	2086,8	8662,9	0,7	0,69	17087,7	1818,7	12724,2	0,3	0,1
м. Севастополь	14673,3	819,3	3400,1	0,2	0,00	13327,9	679,2	8991,2	-	0,0
Україна	16240,7	2038,8	9802,1	1,2	0,96	17924,4	2063,6	15018,8	0,8	1,0

Примітки: П – поширеність; З – захворюваність; ДН – диспансерний нагляд; ПІ – первинна інвалідність; С – смертність.

лярних порушень з гіпертонічною хворобою серед дорослих складає 62,8 % (у працездатних – 57,2 %), у осіб пенсійного віку відповідно у 2,7 і 2,3 рази вище, а серед працездатного населення відповідно 26,6 % та 43,5 % у структурі усіх хворих (табл. 8).

Аналогічно внесок гіпертонічної хвороби у виникненні інсульту, де також поширеність і захворюваність з гіпертонічною хворобою серед дорослих складала 54,1 % у структурі інсультів усіх форм (у працездатних – 53,7 %). Населення старшої вікової групи хворіє частіше, ніж усі дорослі – у 2,5 рази, а у працездатних складає 34,3 % (табл. 9).

У структурі гострого порушення мозкового кровообігу переважає ішемічний інсульт (64,2 %), а частка геморагічного за останні роки зменшується, що пояснюється результатами виконання Державної програми боротьби із гіпертензіями, особливо серед населення працездатного віку.

Нормалізація артеріального тиску знижує ризик розвитку фатального і нефатального мозкового інсульту на 42 %, серцево-судинних ускладнень – на 14 %, смертності від серцево-судинних уражень – на 21 % та від інсульту головного мозку на 48 %. Адекватний контроль артеріального тиску приводить до зниження повторного інсульту на 28 %, який, на жаль, зареєстрований лише у 9,4 % чоловіків і 13 % жінок.

Серед причин низького рівня застосування антигіпертензивної терапії пацієнтами високого ризику можна виділити:

- велику кількість призначених препаратів (55,1 %);
- неефективний контроль артеріального тиску (30,8 %);
- високу ймовірність розвитку або наявність побічних ефектів (29,7 %);
- відсутність симптомів підвищення артеріального тиску (24,7 %);
- недостатню поінформованість хворих про необхідність постійного прийому препаратів (16,6 %) та висока вартість препаратів (4,2 %).

Необхідно підкреслити надзвичайну важливість не тільки лікування АГ, але і *первинної профілактики*, що включає навчання як лікарів, так і громадян правильно вимірювати артеріальний тиск, забезпечення доступними сучасними ліками і апаратами для вимірювання: зниження в популяції рівня артеріального тиску на 10 % приведе до зменшення смертності від серцево-судинних захворювань на 45 % [6, 7].

У США в результаті реалізації державних програм, спрямованих на поліпшення якості контролю гіпертензії, вдалося втричі (з 10 до 34 %) збільшити кількість пацієнтів із цільовими значеннями артеріального тиску.

Таблиця 7. Показники ураження населення ішемічною хворобою серця, в т.ч. з гіпертонічною хворобою у 2008 році (на 100 тис. населення)

Найменування регіонів областей	Доросле населення (18 років і старше)		Працевдатне населення		Сільське доросле населення		Жінки ≥ 55 років Чоловіки ≥ 60 років	
	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.
АР Крим	13501,7	1472,2	5325,8	1214,3	11294,3	1498,0	33452,0	1981,6
Вінницька	14624,0	1112,4	5394,7	609,2	13605,4	1109,9	33355,3	2100,2
Волинська	13198,9	810,6	4769,2	487,2	11826,7	852,0	35346,7	1616,7
Дніпропетровська	13274,7	866,1	5089,2	512,6	11688	819,5	32149,7	1649,5
Донецька	13379,3	1242,2	5109,4	694,6	9268,4	845,0	31462,8	2405,5
Житомирська	13122,2	404,7	1992,5	118,6	13115,3	516,0	37556,7	1025,1
Закарпатська	11559,8	1443,2	6409,6	899,9	10534,6	1441,8	26618,2	2992,8
Запорізька	10997,2	471,5	3750,5	270,4	11950	697,8	27649,7	916,0
Івано-Франківська	9367,5	958,6	5136,6	630,4	8456,9	943,3	19834,7	1737,2
Ки вська	19357,6	850,9	7758,5	598,2	20007,7	924,7	45899,8	1382,6
Кіровоградська	19377,3	935,1	8918,4	747,6	16584,8	1076,0	40561,3	1252,7
Луганська	17838,5	759,6	5817,2	467,2	17186,5	662,1	45078,2	1390,0
Львівська	7880,6	878,2	2786,9	399,5	7328,5	762,8	20870,6	2080,6
Микола вська	13809,4	1142,9	4643,1	813,8	10486,3	675,4	36275,8	1872,1
Одеська	13014,8	1156,7	5725,6	671,2	12040,4	1130,6	31021,0	2320,5
Полтавська	13265,3	929,7	5090,2	534,5	10683,6	631,4	30227,9	1720,7
Рівненська	12996,5	907,1	4580,9	593,1	12359,6	971,1	36316,0	1711,9
Сумська	10317,4	693,8	3371,7	327,2	10891,2	663,7	25316,9	1470,5
Тернопільська	14894,4	741,5	4658,6	381,5	14054,6	804,0	38539,8	1546,2
Харківська	16579,4	2154	7026,8	1266,4	15572,1	1628,8	39274,4	4198,8
Херсонська	10212,0	787,2	4966,2	530,7	8044,5	835,4	22913,4	1372,5
Хмельницька	10950,7	864,6	3123,7	426,2	10698	845,0	27672,7	1774,0
Черкаська	14289,6	912,7	4306,3	500,8	11755,8	660,8	34454,3	1712,7
Чернівецька	13691,0	745,2	7623,7	511,8	12815,4	787,3	28538,1	1285,8
Чернігівська	14593,1	1095,7	4869,9	635,7	15598,9	1106,0	32659,9	1915,9
м. Ки в	20000,8	1165,3	5045,0	470,7	0	0	65376,6	3243,0
м. Севастополь	18688,6	501,1	5266,2	245,2	0	0	50395,8	1091,2
Укра на	13942,5	1037,4	5136,2	610,5	12113,7	939,9	34581,8	1997,2

Таблиця 8. Показники ураження населення цереброваскулярними хворобами, з них: із гіпертонічною хворобою у 2008 році (на 100 тис. населення)

Найменування регіонів областей	Доросле населення (18 років і старше)		Працевдатне населення		Сільське доросле населення		Жінки ≥ 55 років Чоловіки ≥ 60 років	
	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.
АР Крим	7409,1	581,8	1752,7	210,7	7377,6	739,1	21432,7	1491,1
Вінницька	3469,1	582,2	1339,5	304,1	3886,3	585,2	7781,5	1131,8
Волинська	4475,4	429,8	1027,6	167,4	3144,1	411,4	13666,0	1116,6
Дніпропетровська	5200,8	532,4	1968,2	284,8	5222,6	539,9	12659,4	1089,1
Донецька	8898,9	850,2	1436,0	280,0	6984,5	620,0	25521,8	2103,9
Житомирська	1305,2	136,0	246,8	53,3	1195,1	144,7	3622,3	313,2
Закарпатська	1756,1	299,8	411,5	130,3	1387,7	269,3	5907,0	809,6
Запорізька	8917,1	397,2	1650,6	147,0	8878,1	525,7	25837,7	970,2
Івано-Франківська	4536,7	719,4	2273,9	462,5	4453,2	705,5	10202,7	1333,3
Ки вська	3228,8	415,8	1214,2	202,0	4023,8	445,0	7853,0	898,6
Кіровоградська	5126,4	454,9	1842,9	226,1	5404,7	484,0	11878,4	915,0
Луганська	4740,0	358,7	737,5	121,2	5540,5	397,0	13927,5	896,2
Львівська	2427,7	423,1	878,9	192,3	2626,8	434,2	6373,3	1002,9
Микола вська	5116,3	566,7	1651,4	275,2	4063,9	396,2	13621,0	1266,0
Одеська	6696,5	682,2	1749,4	248,3	5721,4	658,4	19178,4	1765,6
Полтавська	7214,9	560,5	2006,9	247,7	6289,3	520,1	18144,4	1204,2
Рівненська	1006,7	231,2	543,5	135,7	1067,2	244,0	2245,0	483,0
Сумська	7666,3	541,0	860,5	162,7	7293,8	533,6	22605,1	1359,9
Тернопільська	4923,1	608,0	2052,8	292,3	4619,6	593,3	11461,6	1318,7
Харківська	5832,1	936,7	1814,0	448,2	4929,7	644,1	15497,2	2088,1
Херсонська	5678,4	547,8	1708,2	300,4	4850,2	447,5	15545,8	1138,6
Хмельницька	3509,2	489,0	1050,0	170,1	2965,5	486,5	8755,8	1165,6
Черкаська	3278,3	273,0	1116,8	132,9	3455,8	322,6	7625,9	549,0
Чернівецька	2503,8	257,3	1427,8	145,9	2549,2	229,4	5126,3	529,0
Чернігівська	5020,2	548,0	972,2	208,1	5834,1	614,2	12631,9	1176,5
м. Ки в	3392,4	495,7	1072,2	248,5	0	0,0	10395,1	1224,7
м. Севастополь	15381,3	478,8	3450,3	144,7	0	0,0	43686,9	1266,7
Укра на	5252,8	542,1	1395,3	235,9	4382,3	487,5	14390,1	1253,4

Таблиця 9. Показники ураження населення інсультами (усі форми), з них: із гіпертонічною хворобою у 2008 році (на 100 тис. населення)

Найменування регіонів областей	Доросле населення (18 років і старше)		Працездатне населення		Сільське доросле населення		Жінки ≥ 55 років Чоловіки ≥ 60 років	
	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.	поширеність	захворюван.
АР Крим	129,1	129,1	45,9	45,9	60,3	60,3	333,2	333,2
Вінницька	187,7	187,7	64,2	64,2	183,2	183,2	439,1	439,1
Волинська	185,0	185,0	67,1	67,1	135,6	135,6	495,0	495,0
Дніпропетровська	145,2	145,2	53,9	53,9	150,9	150,9	356,0	356,0
Донецька	242,0	242,0	78,6	78,6	143,4	143,4	601,5	601,5
Житомирська	41,8	41,8	21,1	21,1	36,0	36,0	85,3	85,3
Закарпатська	99,0	99,0	41,9	41,9	82,6	82,6	271,2	271,2
Запорізька	166,7	166,7	52,1	52,1	161,8	161,8	431,0	431,0
Івано-Франківська	116,1	116,1	37,1	37,1	102,5	102,5	319,9	319,9
Київська	171,6	171,6	59,5	59,5	151,5	151,5	430,0	430,0
Кіровоградська	192,0	192,0	56,3	56,3	151,3	151,3	473,2	473,2
Луганська	192,9	192,9	65,8	65,8	147,5	147,5	480,5	480,5
Львівська	76,7	76,7	27,0	27,0	77,8	77,8	203,4	203,4
Миколаївська	107,6	107,6	40,0	40,0	86,2	86,2	272,6	272,6
Одеська	161,7	161,7	53,3	53,3	166,2	166,2	433,5	433,5
Полтавська	127,6	127,6	58,7	58,7	113,7	113,7	269,0	269,0
Рівненська	142,6	142,6	46,0	46,0	126,1	126,1	411,4	411,4
Сумська	111,8	111,8	45,6	45,6	83,2	83,2	253,4	253,4
Тернопільська	73,5	73,5	36,0	36,0	70,3	70,3	157,9	157,9
Харківська	105,3	105,3	47,5	47,5	111,4	111,4	242,0	242,0
Херсонська	88,3	88,3	42,7	42,7	98,8	98,8	198,7	198,7
Хмельницька	204,0	204,0	52,7	52,7	214,2	214,2	528,0	528,0
Черкаська	82,4	82,4	29,2	29,2	49,0	49,0	189,2	189,2
Чернівецька	65,0	65,0	29,0	29,0	45,0	45,0	155,2	155,2
Чернігівська	291,0	291,0	88,6	88,6	273,2	273,2	668,3	668,3
м. Київ	199,1	199,1	56,4	56,4	0,0	0,0	631,2	631,2
м. Севастополь	309,8	309,8	78,7	78,7	0,0	0,0	856,9	856,9
Україна	153,0	153,0	52,5	52,5	119,2	119,2	389,4	389,4

Згідно з сучасними рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії і Європейського товариства кардіологів, діагностика і лікування артеріальної гіпертензії повинні визначатися з позиції сумарного ризику.

Багаточисельні епідеміологічні дослідження показали, що лише незначна частина пацієнтів із гіпертензією мають тільки підвищений артеріальний тиск. Переважна ж більшість х демонструє наявність додаткових факторів ризику хвороб системи кровообігу. Гіпертензія метаболічно пов'язана з дисліпідемією, порушеною толерантністю до глюкози, абдомінальним ожирінням, гіперінсулінемією і гіперурикемією.

Приблизно 63 % випадків ІХС реєструють у чоловіків-гіпертоніків при поєднанні 2-х або більше додаткових факторів ризику.

Ці дані були взяті до уваги у рекомендаціях з профілактики хвороб системи кровообігу в клінічній практиці: інтенсивність втручання при формуванні профілактичного і терапевтичного підходу повинна бути зумовлена сумарним серцево-судинним ризиком.

У 2007 році Європейське товариство гіпертензії і Європейське товариство кардіологів удосконалили і обновили рекомендації щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Підкреслюється рекомендаційний (а не нормативний) характер розробок, освітня функція, а також різний рівень доведеності окремих положень, зумовлених включенням даних рандомізованих і обсерваційних досліджень, метааналізів, критичних оглядів, а також думок експертів.

Звернено увагу, що крім ступеня артеріальної гіпертензії, у всіх гіпертензивних пацієнтів повинен оцінюватися загальний кардіоваскулярний ризик, а вже він визначає лікувальну тактику – початок фармакотерапії, пороговий і цільовий артеріальний тиск, застосування комбінованої терапії, необхідність статинів тощо. При цьому рекомендують просту у використанні класифікацію загального кардіоваскулярного ризику низького, помірного, високого і дуже високого додаткового. Це дозволяє охопити категорію хворих із відносно невисоким, і навіть нормальним АТ.

Факторами, найбільш значимими при стратифікації ризику у гіпертензивних пацієнтів, є: демографічні, антропометричні, анамнестичні (сімейний анамнез, перенесені захворювання, куріння), а також показники артеріального тиску, вміст глюкози і ліпідів у крові, ступеня ураження органів-мішеней, наявність цукрового діабету та інших асоційованих клінічних станів.

За період 1990-2000 років в багатьох країнах світу було підведено підсумки щодо виконання профілактичних програм, які послуговувалися дороговказом для широкомасштабних профілактичних заходів на популяційному рівні. Саме профілактика, яка реалізується в межах національних стратегій на основі міжсекторального підходу, є реальним механізмом вирішення глобальних проблем у сфері збереження і покращання здоров'я [7].

Підсумки десятирічного досвіду виконання Державної програми боротьби з гіпертензіями в Україні показали реальну ефективність та необхідність продовження розроблених заходів на наступні роки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. Центр медично статистики. МОЗ. – Київ, 2009.
2. Здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я України, 2008 р. – К.: МОЗ України, Центр медично статистики, 2009.
3. Инвестирование в человеческий капитал. Концептуальные подходы к формированию новой профилактической стратегии в здравоохранении и общественном здоровье. Медик столиці. Інформаційний вісник. – 2010. – № 1 (82). – С. 4-7.
4. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Гандзюк В.А. та співав. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу // Аналітично-статистичний посібник. – Київ: МВЦ “Медінформ”, 2009. – 146 с.
5. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С. та співав. Хвороби системи кровообігу: динаміка та аналіз // Аналітично-статистичний посібник. – Київ: МПП “Лино”, 2008. – 111 с.
6. Концептуальні підходи до формування ново профілактично стратегії у сфері охорони здоров'я // Здоров'я України. Медична газета. 2009. № 21 (226). – С. 58-59.
7. Концептуальні підходи до формування ново профілактично стратегії у сфері охорони здоров'я // Здоров'я України. Медична газета. – 2009. – № 22 (227). – С. 26.

Отримано 11.05.10