

**ПРОБЛЕМАТИКА КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**
(за матеріалами медичної газети “Здоров’я України” №11/1 за 2008 р.)

Стаття розповідає про актуальні проблеми артеріальної гіпертензії в різних країнах.

Статья рассказывает об актуальных проблемах артериальной гипертензии в разных странах.

The article tells about the issues of the day of arterial hypertension in different countries.

Пропонуємо виклад 2 статей Олега Мазуренка: “Контроль артериальной гипертензии в Украине и России: нам есть чему учиться друг у друга” та “В центре внимания – контроль артериальной гипертензии” (за матеріалами XVIII наукової конференції ESH-ISH-2008).

Серед колишніх республік СРСР Україна першою звернула увагу на проблему АГ і в 1998-1999 рр. була розроблена Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в Україні, яка затверджена Указом Президента України від 04.02.1999 р. В 2000 р. створена координаційна рада для оперативного керівництва заходами з реалізації програми. В Росії подібна програма затверджена лише в 2001 р.

Головний кардіолог МОЗ України, керівник відділу симптоматичних артеріальних гіпертензій ННЦ “Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеска”, АМН України, д.м.н.проф. Ю.М. Сіренко розповідає, що за 2007 рік показник розповсюдження АГ серед дорослого населення сягнув 29,9%, тобто відмічається значне зростання АГ (табл. 1), що може свідчити як про покращення діагностичної кардіологічної та терапевтичної служб, так і про зростання причин, що викликають погіршення здоров’я населення.

Таблиця 1.

Розповсюдження АГ в Україні		
Рік	Абсолютна кількість осіб	На 100000 населення
2000	7645306	18816,5
2007	11340580	29899,0

Розповсюдженість АГ в окремих регіонах суттєво відрізняється (в Полтавській - 36262 випадки на 100000 населення, в АР Крим – 24626 випадки на 100000 населення). Охоплення диспансерним спостереженням також відрізняється суттєво (в м. Севастополі – 8,5%, в Закарпатській області – 73,8%, в середньому по Україні – 37,8% хворих з АГ).

У США програма боротьби з АГ здійснюється з 1972 р. За цей час смертність внаслідок інсульту знизилась на 60%, ішемічної хвороби – на 53%. Встановлено, що своєчасне лікування АГ дозволяє знизити захворюваність та смертність внаслідок інсульту на 36-40%, а також попередити 25% випадків інфаркту міокарду. Економічні втрати від тимчасової непрацездатності, інвалідності, смертності внаслідок захворювання АГ перевищують декілька мільярдів гривень.

Контроль АГ серед населення є одним з основних напрямків в системі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях серцево-судинної системи. Яка ж ситуація на практиці? Серед міських жителів 81% хворих (58% чоловіків та 88% жінок) знають про хворобу, антигіпертензивні ліки приймають 48% осіб (36% чоловіків та 56% жінок), лікування ефективне лише у 19% пацієнтів (9% чоловіків, 25% жінок).

Покращився стан контролю АГ в сільській місцевості. Поінформованість сільського населення про наявність АГ зросла з 22 до 68%, рівень антигіпертензивного лікування зріс з 6 до 38%, але ефективність лікування зросла лише з 3 до 8% (!).

Дослідження показали, що стереотипи медикаментозної терапії АГ не відповідають сучасним концепціям лікування. 29% мешканців сільської місцевості використовують в якості монотерапії препарати другої лінії. Серед комбінованих препаратів лідером є каптопрес (46%), на другому місці адельфан (23%), далі – тенорик (14%).

Визначені пріоритетні напрямки Національної програми профілактики та лікування АГ в Україні: подальша робота по виявленню АГ серед населення; стратифікація груп ризику розвитку АГ; диспансеризація хворих АГ; відповідне інформаційне забезпечення населення щодо наслідків АГ; активна пропаганда здорового способу життя, виключення факторів ризику; забезпечення ефективного лікування хворих АГ; впровадження нових технологій лікування АГ; проведення наукових досліджень в галузі АГ; навчання та підвищення кваліфікації медпрацівників.

Генеральний секретар Всеросійського наукового товариства кардіологів професор С.А. Шальнова повідомляє, що за результатами вибіркового обстеження населення РФ встановлено, що кількість хворих АГ віком старше 15 років сягнула цифри 41,6 млн. осіб. У 2001 р. була прийнята Федеральна цільова програма “Профілактика та лікування АГ в Російській Федерації на 2002-2008 рр.”

Провідну роль в профілактиці, діагностиці та лікуванні неускладнених форм АГ традиційно відводиться дільничним лікарям-терапевтам та сімейним лікарям.

Спеціалізовану допомогу дають в 26 кардіологічних диспансерах, з яких 18 мають стаціонари на 55,2 тис. кардіологічних ліжок, в 2652 кардіологічних кабінетах, існують 1162 спеціалізовані кардіологічні бригади швидкої медичної допомоги. Загальна чисельність лікарів-кардіологів складає 9,2 тис. осіб.

Частота АГ серед жіночого населення Росії складає 40,1%, чоловічого – 37,2%. Незважаючи на обізнаність населення про дану хворобу (у чоловіків – зростання з 37 до 75%, серед жінок – з 58 до 90%, лише у 9,4% чоловіків та 13% жінок виявлений адекватний контроль АГ. У 2006 р. в РФ померло від ІХС 602000 осіб, від цереброваскулярних хвороб – 433000 осіб. Найбільш розповсюдженими препаратами для лікування АГ є інгібітори АПФ (32%), β -адреноблокатори (27%), діуретики (21%), антагоністи кальцію (15%). Препарати центральної дії призначаються рідко.

Починаючи з 2000 р. конференції Європейського товариства по вивченню АГ (The European Society of Hypertension, ESH) відбуваються щорічно разом з Міжнародним товариством по вивченню артеріальної гіпертензії (The International Society of Hypertension, ISH). XVIII наукова конференція відбулася 14-19 червня 2008 р. в Берліні, де було розглянуто широке коло клінічних та експериментальних питань, результатів дослідження, що представлені у вигляді лекцій, доповідей, постерних сесій, пленарних засідань, навчальних семінарів, сателітних симпозіумів.

Контроль АГ вимагає зменшення інертності лікарів. Контроль АГ в Європі невисокий. Відповідно до даних ESH рівень контролю АГ коливається від 12% в Польщі до 33% у Франції, Греції та 35,7% в Іспанії. В багатьох дослідженнях було встановлено, що основною причиною неадекватного контролю АГ були: поганий комплаєнс, недостатня ефективність препаратів, ефект “білого халату” і т.п.

Проф. С.Е. Кьельдсен з Норвегії з колегами встановили, що основною причиною неефективності лікування АГ у досліджувальної групи пацієнтів була незмінність дози гіпотензивних препаратів, тобто інертність лікарів.

В іншому дослідженні ASCOT цільового рівня АТ (< 140/90) через 6 міс. лікування не досягнули 44% пацієнтів і 28% через 4 роки. З цієї групи біля 25-35% пацієнтів залишились на початковому рівні дозування препаратів.

В дослідженні VALUE лише 22% пацієнтів досягнули контролю АТ. В кінці дослідження 58% пацієнтів, що застосовували валсартан та 63% пацієнтів, що отримували амлодипін, досягнули цільових значень систолічного АТ. Встановлено, що через 24 міс. від початку дослідження VALUE майже 40% пацієнтів отримували монотерапію і 30% з них не досягнули цільового рівня АТ. Через 6 міс. після початку дослідження VALUE, коли стало зрозумілим, що “швидкість” нормалізації АТ почала падати, був складений список пацієнтів з високим АТ і розісланий спеціалістам країн, що брали участь в експерименті. Через 3 місяці було встановлено, що рівні систолічного тиску знову почали знижуватися упродовж ще 30 місяців.

В дослідженні ACCOMPLISH застосовані комбінації гіпотензивних засобів. Біля 90% пацієнтів досягли цільового рівня АТ до 30 місяців, тобто “втручання у втручання” дійсно дає результати. Проф. Р.Е. Шмідер (Німеччина) наголосив, що поганий контроль АГ, обумовлений частково обережністю при терапії. Сучасні керівництва рекомендують комбіновану терапію в 2 випадках: при неефективності монотерапії і в якості ініціального лікування пацієнтів високого серцевого ризику.

Доктор Г. Шункерт (Німеччина) відмітив, що при лікуванні більшості пацієнтів потрібна комбінована терапія.

Проф. Н.Р. Поултер (Лондонський імперський коледж) відмітив, що результати досліджень ACCOMPLISH та ASCOT-BPLA є доброю доказовою базою для використання інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину (БРА) в комбінації з антагоністами кальцію.

Тривале спостереження (медіана 5,4 роки) за понад 19000 пацієнтів з АГ було призупинено, дякуючи більшій ефективності комбінації амлодипін/периндопріл в порівнянні з комбінацією атенолол/тіазидний діуретик.

Лікар Шункерт відмічав сильну гіпотензивну ефективність комбінації БРА/гідрохлоротиазид у пацієнтів з резистентною АГ, гіпертрофією лівого шлуночку, ізольованою систолічною АГ та ожирінням, що було підтверджено в дослідженні LIFE.

Фіксовані комбінації. На сателітному симпозиумі проф. М. Бурн'є (Швейцарія) позитивно оцінив фіксовану комбінацію інгібітора АПФ беназепрілу з антагоністом кальцію амлодипіном, що забезпечило додаткові переваги в зменшенні летальності.

В дослідженні INCLUSIVE продемонстровано, що комбінація БРА ірбесартана та діуретика гідрохлоротиазиду ефективна і добре переноситься пацієнтами. В дослідженні RAPIND терапія хворих з АГ комбінацією ірбесартана та гідрохлоротиазиду дала швидкий ефект.

Доктор Р. Кройтц (Німеччина) повідомив, що комбінація олмесартана та амлодипіна в низьких дозах виявилася набагато ефективнішою в порівнянні з високими дозами в монотерапії АГ.

Контроль АГ досягається, про що свідчить канадський досвід. Розповсюдженість АГ продовжує зростати у всьому світі. Ні освітні програми, ні клінічні рекомендації не допомагають зупинити цю неінфекційну пандемію.

Саме канадська програма є цікавою. З 1995 р. по 2005 р. розповсюдженість АГ в канадській провінції Онтаріо зростає на 60%. Одночасно покращився контроль АГ з 12,1% до 65,7% в 2006 р. Усвідомленість про підвищення АТ складає 87%, а охоплення лікуванням складає 82%. Вважається, що це є заслугою освітньої програми Canadian Hypertension Education Program (CHPEP).

ЛІТЕРАТУРА

1. Здоров'я України, №11/1, 2008 р. – С.5, 9, 12-13

В. М. БОЧКОВСЬКИЙ

ЗАСТОСУВАННЯ ВІСЦЕРАЛЬНОГО ЕКОТЕНАЖЕРНОГО МАСАЖУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ

Стаття присвячена аналізу застосування вісцерального масажу для профілактики багатьох захворювань.

Стаття посвящена аналізу применення висцерального массажа для профилактики многих болезней.

The article is devoted the analysis of application of visceral'nogo massage for the prophylaxis of many diseases.

Сучасна медицина ефективно лікує майже всі захворювання внутрішніх органів. Фармакологічні фірми безперестанку озброюють лікарів і пацієнтів новими, більш ефективними в лікуванні медикаментами. Хірургічні методи постійно удосконалюються і дають високий процент добрих результатів. Найсучасніші діагностичні апарати виявляють патологію на ранніх стадіях розвитку і дають інформацію лікарю в найменших подробицях.

З якою б швидкістю не розвивались сучасні методики лікування, які б високі результати не досягалися, профілактика і попередження хвороби безперечно будуть стояти в медицині на першому місці. Ні для кого не секрет, що попереджувати хворобу набагато економніше, легше і корисніше для нашого організму, ніж лікувати її. Через це медицина всіх країн світу в першу чергу акцентує увагу на розвитку методів профілактики і попередження хвороби.

Профілактика і попередження хвороб включає в себе раціональне харчування натуральними продуктами, дозовані тренуючі навантаження, лікувальні масажі всього тіла і внутрішніх органів.

На сьогоднішній день вісцеральна хіропрактика дипломованих спеціалістів приносить високі результати по усуненню дисфункцій внутрішніх органів. Спеціалісти вісцеральної хіропрактики використовують для цього ряд мануальних технік, навчають хворих самостійно лікуватися мануальними методами. На допомогу хворим Разумовський К. В. винайшов еко-тренажер-масажер, який після довготривалого випробувального терміну показав відмінні профілактичні властивості. Метод вісцерального еко-тренажерного масажу широко використовують в практиці ведучі