

Проблемні статті

616.12-008.331.1

Т.М. Бойчук, В.К. Тащук

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ – ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проблема лікування артеріальної гіпертензії, з огляду на очікувану кількість у 2025 р. в 1,5 млрд осіб з підвищенням артеріального тиску, демонструє необхідність впровадження як сучасних методів діагностики, так і найефективніших підходів до лікування,

чому і присвячене впровадження на засадах принципів «комплаєнса» і «едгіренса» механізмів реімбурсації.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, артеріальний тиск, лікування, реімбурсація.

У 1711 р. англійський священик Стівен Гейлс проводить зондування серця коня, застосувавши як катетер латунну трубку в стегнову артерію тварини та з'єднавши з вертикально встановленою скляною трубкою - після зняття затиску з артерії кров у трубці піднялася на висоту 250 см і її рівень став коливатися синхронно зі скороченням серця. Описи гіпертонії, як хвороби, надані Томасом Юнгом у 1808 р. і Річардом Брайтом у 1836 р., а першу доповідь про підвищений артеріальний тиск (АТ) у людини без ознак захворювання нирок зробив Фредерік Акбар Магомед (1849-1884 рр.). Взагалі артеріальна гіпертензія (АГ), як нозологічна одиниця, реалізована після винаходу стетоскопа Рене Лаеннеком (1816 р.) та сфїгмоманометра на основі манжети Сципіоном Ріва-Роччі (1896 р.), а в 1905 р. Микола Коротков удосконалив техніку, описавши «звуки Короткова», які звучали, коли артерії вислуховуються за допомогою стетоскопа в той час, як манжета сфїгмоманометра зменшує тиск [10].

Сьогодні у світі, за даними ВООЗ, не знають про АГ 56,7%, знають про АГ, але не лікують, ще 28,8 %, лікують АГ, але не контролювано, 14,5 %; контроль АГ на рівні менше 140/90 мм рт.ст. не досягається у 69 % пацієнтів, а підвищений АТ реєструється в США у 76.400.000 мешканців (33,5 % старших 20 років) [9], у світі у 2000 р. налічували 972 млн хворих на АГ, зараз – 1 млрд, у 2025 р. – їх очікується 1,5 млрд. Згідно з виступами міністра охорони здоров'я України, члена-кореспондента НАМН України Р.В. Богатирьової та директора ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», академіка НАМН В.М. Коваленка в Україні поширеність провідних хвороб системи кровообігу серед дорослих в аналогічний період свідчить про подібний розподіл (табл. 1) [1-3].

Аналіз стандартизованих за віком показників поширеності АГ, обізнаності про наявність АГ, охоплення медикаментозним лікуванням та його ефективність, продовжують потребувати невпинної уваги лікарів (табл. 2) [1-3].

А отже, питання первинної і вторинної профілактики АГ повинні посідати чільне місце в

науково-лікувальному напрямку сучасного спрямування розвитку кардіологічної складової діяльності лікаря і науковця як стосовно модифікованих (підвищений АТ, куріння, дисліпідемія, цукровий діабет, ожиріння, дієтичні чинники, тромбогенні чинники, недостатня фізична активність, надмірне вживання алкоголю), так і немодифікованих (наявність ішемічної хвороби серця, обтяжена спадковість, вік, стать) факторів ризику. За даними ВООЗ, третина смертей серед 10 ризик-факторів (недовиношеність, небезпечний секс, підвищений АТ, тютюн, алкоголь, ненадійна вода, очищення і гігієна, високий холестерин, дим від твердих палив, залізодефіцит), якраз і корелює з факторами ризику для АГ.

В останніх рекомендаціях і настановах [5, 6, 7] зазначено, що серед показників, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень АГ, домінуючими є: вік (у чоловіків >55 р., у жінок >65 р.), високий пульсовий тиск у осіб літнього віку (≥ 60 мм рт.ст.), куріння, дисліпідемія (загальний холестерин (ЗХС) >5,0 ммоль/л або ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) >3,0 ммоль/л, або ХС ЛП високої щільності (ЛПВЩ) <1,0 ммоль/л у чоловіків і <1,2 ммоль/л у жінок, або тригліцеридів (ТГ) >1,7 ммоль/л), глюкоза плазми натще 5,6-6,9 ммоль/л, порушення толерантності до глюкози, абдомінальне ожиріння (окружність талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок), серцево-судинні захворювання в сімейному анамнезі (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок).

Є декілька питань, що формують наш сьогоденний світогляд щодо АГ.

1. Що ми визначаємо як АТ? Тільки маркер для більшої проблеми!

2. Чи є правдою визначення АГ як складної нозології? АГ – мультиорганне, системне захворювання!

3. Чи є проблемою діагностика і лікування АГ? Асимптомність АГ спостерігається у 85 % випадків!

Відоме правило «половини» – на кожні 800 осіб у суспільстві:

1) у 400 АГ (підвищений систолічний АТ (САТ) або діастолічний АТ (ДАТ), або підвищення САТ і ДАТ);

2) з них у 200 – діагностують АГ;

3) з них у 100 – розпочнуть лікування;

4) з них у 50 – адекватне лікування;

5) з них у 25 – досягнуть цільового АТ, а отже, всього 25 із 400 (тобто 6 %) досягнуть цільовий АТ, що в тому числі реалізується через довіру до призначень лікаря, оскільки терміни «комплаєнс»/«едгіренс»/«конкорданс» (англ. compliance/adherence/concordance – згода/прихильність/відповідність) у сьогоденній терапії АГ є широко вживаними з огляду на готовність, здатність, бажання й обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря, а термін «едгіренс» – як прихильність або більший ступінь відповідальності пацієнта щодо рекомендованої поведінки (дієта, модифікація способу життя, медикаментозна тактика) та втягнення хворих у систему медичної турботи про власний стан здоров'я є заакцептованим, визначається позитивним ставленням до лікаря, довірою до системи медичної допомоги, ознайомленням з рекомендаціями з лікування АГ, а їх імплементація зумовлює ефективність лікування.

Отже, діагностика АГ і реалізація Наказу МОЗ України №384 потребують оптимізації діаг-

ностики і раннього виявлення АГ, у тому числі за активного впровадження показників, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень (вивлення ознак гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) згідно з ЕКГ-критеріями Соколова-Лайона >38 мм та Корнельським вольтажним індексом >2440 мм/мс і ехокардіографічними критеріями – індексу маси міокарда ЛШ для чоловіків > 125 г/м² і для жінок > 110 г/м², ультразвукових ознак потовщення стінок судин (товщина інтими-медії сонної артерії >0,9 мм) або наявності атеросклеротичної бляшки; швидкості пульсової хвилі 12 м/с; індексу АТ гомілка/плечевої артерії < 0,9; підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115-133 мкмоль/л, у жінок – 107-124 мкмоль/л); зниження розрахункового показника швидкості клубочкової фільтрації; мікроальбумінурія (30-300 мг/добу).

Найбільш придатними і простими у використанні для практичного лікаря є оцінка індексу АТ гомілка/плечевої артерії, який складається з наступної процедури:

1) одночасне вимірювання АТ на обох руках у положенні сидячи (тричі з обчисленням середньої величини). При цьому визначити руку, на якій АТ вищий;

2) одночасне вимірювання АТ на руці з більшим рівнем АТ та на нозі в положенні лежачи

Таблиця 1

Поширеність провідних хвороб системи кровообігу серед дорослих в Україні (2010)

Хвороби	Поширеність	
	Абсолютна кількість	На 100 000 населення
Хвороби системи кровообігу	25 896 126	68 687,3
Гіпертонічна хвороба	12 122 512	32 154,0
Ішемічна хвороба серця	8 843 165	23 455,8
Гострий інфаркт міокарда	50 004	132,6
Цереброваскулярні хвороби	3 198 061	8 482,6
Інсульт	106 427	282,3

Таблиця 2

Стандартизовані за віком показники поширеності артеріальної гіпертензії, обізнаності про наявність артеріальної гіпертензії, охоплення медикаментозним лікуванням та його ефективність серед дорослих в Україні

Показники	Міська популяція			Сільська популяція		
	чол.	жін.	обидві статі	чол.	жін.	обидві статі
Поширеність АГ	30	29	30	38	35	36
Обізнаність про наявність АГ	60	68	63	56	87	68
Охоплення медикаментозним лікуванням	27	54	38	23	56	38
Ефективність лікування	10	25	14	3	15	8

(тричі з обчисленням середньої величини на одній, а потім тричі на іншій нозі);

3) обчислення гомілково-плечевого індексу як співвідношення середнього рівня САТ окремо на правій та лівій гомілці до середнього рівня САТ на плечі руки з вищим АТ;

4) при його величині менше 0,9 – стенотичне ураження артерій на відповідному боці.

Необхідно позиціонування пацієнта на правильності вимірювання АТ. Згідно з рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2007) [7] проведення вимірювання АТ складається з наступних заходів:

1) визначається у спокійній обстановці після 5 хв відпочинку;

2) за 30 хв до вимірювання не курити чи не пити кави;

3) манжета повинна охоплювати не <80 % окружності плеча і покривати 2/3 його довжини (вужька/коротка манжета – завищує АТ, широка – занижує АТ). Стандартна манжета дорівнює 12–13 см у ширину та 35 см у довжину;

4) нижній край манжети накладається на 2–2,5 см вище ліктьової ямки, між манжетою і поверхнею плеча – проходить палець;

5) доцільно визначити САТ пальпаторним методом (оцінити пульс на a.radialis, швидко на-

качати повітря в манжету до 70 мм рт.ст., далі по 10 мм рт.ст. до значення, при якому зникає пульсація – показник відновлення пульсу дорівнює САТ, що допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультативним провалом» (зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи), далі повторно повітря накачують на 20–30 мм рт.ст. вище значень САТ, які були визначені пальпаторно;

6) далі випускати повітря повільно (2 мм рт.ст./с) з визначенням I фази тонів Короткова (появу – тобто САТ) і V фази (зникнення – ДАТ), АТ округлюють до найближчих 2 мм рт.ст., вимірювання проводиться не менше двох разів з інтервалом 2-3 хв, при розходженні результатів >5 мм рт.ст. – виконується повторно через декілька хв, АТ контролюється на обох руках, у положенні сидячи, стоячи і лежачи, до уваги беруть більш високі значення.

Якості критерій ГЛШ при скринінговому дослідженні є придатним контроль ЕКГ-критеріїв Соколова-Лайона та Корнельського вольтажного індексу. Рекомендованим є визначення індексу Соколова-Лайона, як суми $S_{V1} + R_{V5}$ або $v_6 > 38$ мм, та модифікованого Корнельського вольтажного індексу для жінок $[RaVL (мм) + SV3 (мм) + 6] \times QRS (мс)$ та чоловіків $[RaVL (мм) + SV3 (мм)] \times$

Фактори стратифікації	Рівень АТ, мм рт. ст.				
	Нормальний САТ 120-129 ДАТ 80-84	Вис. норм. САТ 130-139 ДАТ 85-89	АГ 1-го ступеня САТ 140-159 ДАТ 90-99	АГ 2-го ступеня САТ 160-179 ДАТ 100-109	АГ 3-го ступеня САТ > 180 ДАТ > 110
Немає факторів ризику	Середній ризик в популяції		Додатковий низький	Додатковий помірний	Додатковий високий
1-2 фактори ризику	Додатковий низький	Додатковий низький	Додатковий помірний	Додатковий помірний	Додатковий дуже високий
Множинні фактори ризику, ураж. органів-мішеней, МС, ЦД	Додатковий помірний	Додатковий високий	Додатковий високий	Додатковий високий	Додатковий дуже високий
Серцево-судинні захворювання	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий	Додатковий дуже високий

Рис. 1. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у хворих з АГ



Рис. 2. Патогенетично обґрунтована терапія АГ

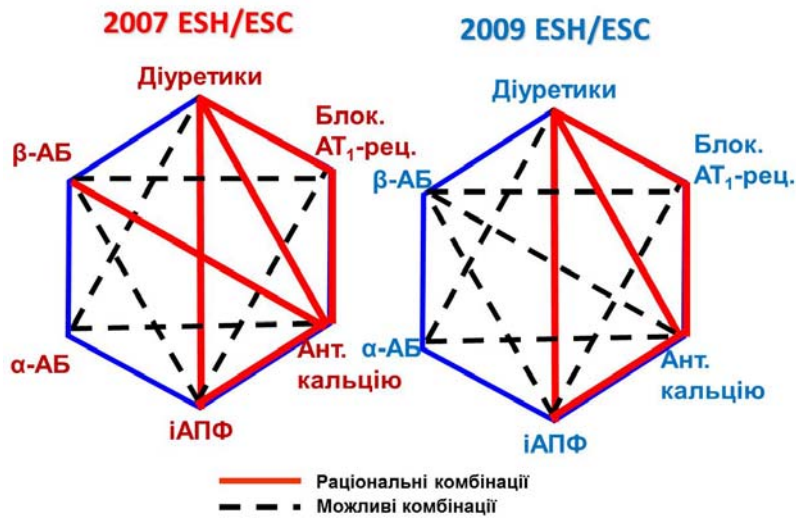


Рис. 3. Рациональні комбінації лікування артеріальної гіпертензії

Анатомо-терапевтично-хімічний код	Міжнародна непатентована назва українською мовою	Міжнародна непатентована назва англійською мовою
Засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему		
C09AA02	Еналаприл	Enalapril
C09AA03	Лізиноприл	Lisinopril
Блокатори бета-адренорецепторів		
C07AB07	Бісопролол	Bisoprolol
C07AB02	Метопролол	Metoprolol
C07AB12	Небіволол	Nebivolol
Антагоністи кальцію		
C08CA01	Амлодипін	Amlodipine
C08CA05	Ніфедипін	Nifedipine

Рис. 4. Препарати для лікування артеріальної гіпертензії в системі реімбурсації

QRS (мс), ГЛШ визначається при показниках індексу, що більші 2440 мм · мс (>2440 mV·ms).

Одним із показників, використання яких є доцільним, визначено оцінку зниження розрахункового показника швидкості клубочкової фільтрації (за формулою MDRD) (<60 мл/хв/1,73м²) або розрахункового кліренсу креатиніну (за формулою Кокрофта-Гаулта) (<60 мл/хв), що представлено формулами:

1) обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Гаулта:

$$ШКФ (мл/хв) = \frac{[140 - вік (роки)] \times МТ(кг) \times 0,85(для жінок)}{Креатинін (мкмоль/л) \times 0,81}$$

2) обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) креатиніну (Кр) плазми за формулою MDRD:

$$eШКФ = 186 \times (Кр \times 0,0113) - 1,154 \times Вік - 0,203,$$

$$eШКФ = 0,742 \times 186 \times (Кр \times 0,0113) - 1,154 \times Вік - 0,203 (для жінок).$$

Використання контролюючих методів дозволяє врешті-решт прогнозувати ризик АГ, а отже вплинути на його перебіг (рис. 1).

Коли починати лікування АГ? Згідно з рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології (2007) відразу – при АТ≥180/110 мм рт.ст., за ураження органів-мішеней або супутніх захворювань! Слід призначати лікування – при повторних вимірюваннях АТ≥160/100 мм рт.ст.; за рівня АТ 140/90-155/99 мм рт.ст. – медикаменти при високому ризику ускладнень та при АТ≥140/90 мм рт.ст. з низьким або помірним ризиком ускладнень за одного-трьох міс. спостереження і підвищеним АТ≥140/90 мм рт.ст. Отже, ризик АГ є одним з основних чинників впливу лікаря на необхідність стабілізації ситуації, а завдяки впровадженню останніх рекомендацій він є чітко визначеним (рис. 1).

Еволюція лікування АГ чітко прослідковується в рекомендаціях Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC, США).

Так згідно з JNC-I (1977) і JNC-II (1980) у лікуванні АГ запропонований ступінчастий підхід, препаратами 1-го вибору стали тiazидові діуретики, а за їх недостатньої ефективності, послідовно призначали резерпін, гідралазин, клонідин, метилдопа, пропранолол, гангліоблокатори. Розвиток уявлень про АГ змінювали JNC-III (1984), а отже, класом засобів першого вибору визначили β -адреноблокатори (β -АБ), антигіпертензивна терапія стає менш структурованою, тактика лікування – індивідуалізованою. За впровадження JNC-IV (1988) – препаратами вибору в лікуванні АГ визнані антагоністи кальцію та інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), пропонується немедикаментозне зниження АТ – у цей період доведено ефективність дієти – згідно з дослідженням DASH [8, 11] використання низькосольової дієти з фруктами, овочами та продуктами з низьким вмістом жирів дозволяє знизити АТ на 11,4/5,5 мм рт.ст., зменшення маси тіла – втратити 5-20 мм рт.ст. на кожні 10 кг, використання гіпонатрієвої дієти – ще 2-8 мм рт.ст., реалізація фізичної активності – додатково 4-9 мм рт.ст., обмеження вживання алкоголю – також 2-4 мм рт.ст.

Подальша модифікація лікування АГ у рекомендаціях JNC-V (1993) пов'язана з включенням α -адреноблокаторів; доведенням необхідності лікування АГ у літніх осіб та ізольованої систолічної АГ; впровадженням комбінованої антигіпертензивної терапії; створюється нова градація рівнів АТ - відлік стадій АГ вперше почали з показників 140/90 мм рт.ст.

Згідно з JNC-VI (1997) визначені критерії оцінки ризику пацієнтів з АГ залежно АТ і факторів ризику, зворотного розвитку органних уражень; диференційоване призначення антигіпертензивних засобів відповідно до клінічної ситуації: при неускладненій АГ призначаються діуретики і/або β -АБ, при цукровому діабеті 1-го типу з нефропатією – іАПФ, при серцевій недостатності (СН) – іАПФ і/або діуретики, після інфаркту міокарда з дисфункцією ЛШ – іАПФ і/або β -АБ, у літніх осіб – діуретики і/або дигідропіридинові антагоністи кальцію тривалої дії.

У рекомендаціях JNC VII (2003) уведено термін «передгіпертонія» для позначення осіб із САТ у діапазоні 120-139 мм рт.ст. і ДАТ 80-89 мм рт.ст., що пов'язане з роллю факторів ризику та метою зосередити увагу на сегменті населення, який знаходиться на більш високому ризику серцево-судинних захворювань, приділена увага затвердженню здорового способу життя для досягнення мети, у тому числі в пацієнтів із діабетом або хронічними захворюваннями нирок. Рішення про застосування антигіпертензивних препаратів має бути засноване на глобальному ризику серцево-судинних подій, а не на конкретних рівнях АТ у спокої [12].

Алгоритм лікування АГ наприкінці ХХ сторіччя включав наступні групи препаратів:

1) діуретики (гідрохлоротіазид, спіронолактон, індапамід, фуросемід, торасемід, еплеренон, ксипогама, іноді комбіновані – модуретик);

2) β -АБ (пропранолол, метопролол, атенолол, бисопролол, бетаксол, небіволол);

3) антагоністи кальцію (ніфедипін-ретард, дилтіазем, верапаміл, амлодипін, лерканідипін);

4) іАПФ (каптоприл, еналаприл, лізиноприл, раміприл, моєксиприл, квінаприл, периндоприл, трандолаприл, фозіноприл, зофеноприл);

5) антагоністи АТ₁-рецепторів до ангіотензину (лозартан, ірбесартан, вальсартан, кандесартан, телмісартан, епросартан);

6) α_1 -адреноблокатори (празозин, доксазозин);

7) α_1 -адреноблокатори / блокатори серотинінових рецепторів (урапідил);

8) $\alpha+\beta$ -адреноблокатори (карведилол);

9) центральні α_2 -агоністи (резерпін (адельфан), метилдопа, клонідин, моксонідин);

10) агоністи імідазолінових (I₁) рецепторів (моксонідин).

Терапія АГ дозволяє контролювати багатогранність та мозаїчність її виникнення, а отже, використовувати впливи на зменшення затримки солі і води (діуретики), активовану ренін-ангіотензин-альдостеронову систему та процеси ремоделювання (інгібітори АПФ, сартани, антагоністи альдостерону, β -АБ), зменшення поверхневого стресу та роботи серця (β -АБ), впливу процесів запалення (статини, антагоністи альдостерону, ацетилсаліцилова кислота) та метаболічного синдрому (агоністи I₁-імідазолінових рецепторів), перебігу в умовах аденони і вагітності, за ролі ліпідної ланки (статини) та тромбоцитарної агрегації (ацетилсаліцилова кислота) тощо (рис. 2).

У той же час раціональні комбінації лікування АГ обмежуються 6-4 класами антигіпертензивних препаратів, як представлено на рисунку 3.

Найбільш чітко регулює комбінації лікування АГ Постанова № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб із гіпертонічною хворобою» з використанням механізму визначення порівняльних (референтних) цін, вмотивованою реімбурсацією (reimbursement — виплата компенсацій) та представленими на рисунку 4 препаратами. Як зазначає у своїй статті колектив авторів під керівництвом професора Ю.М.Сиренка [4], безкоштовна видача ліків є найбільш ефективним заходом, незважаючи на те, що система страхової компенсації в країнах Заходу (reimbursement) і так робить придбання необхідних прописаних лікарем препаратів практично безкоштовним.

Таким чином, питання діагностики і лікування АГ залишаються в зоні щільної уваги науковців і клініцистів, організаторів охорони здоров'я в Україні і світі, а проблема АГ визначається не тільки 17 травня – у Всесвітній день боротьби з гіпертонією, заснований Всесвітньою лігою боротьби з гіпертонією за підтримки ВООЗ (проводиться з 2005 р.).

Література

1. Богатирьова Р.В. Артеріальна гіпертензія: державна стратегія профілактики, лікування і упередження

- ускладнень / Р.В. Богатирьова // 2012. – Режим доступу: www.moz.gov.ua/docfiles/AG-10.05.12_ppt
2. Державна служба статистики // 2012. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
 3. Коваленко В.М. Національна стратегія боротьби з артеріальною гіпертензією в Україні: соціальні та медичні аспекти / В.М. Коваленко // 2012. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2012/05/7-%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE.pdf>
 4. Лікарська інерція як важливий чинник на шляху до ефективного лікування АГ / Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, О.О. Торбас, І.М. Марцовенко // Артеріал. гіпертензія. – 2012. – № 1 (21). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/26386>
 5. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» // 2012. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/print/dn_20120524_384.html
 6. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів // Укр. кардіол. ж. – 2009. – № 1. – Режим доступу: http://www.rql.kiev.ua/cardio_j/2009/1/working_group1.htm
 7. 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) / G. Mansia, G. De Backer, A. Dominiczak [et al.] // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25, № 6. – P. 1105-1187.
 8. Effects of dietary approaches to stop hypertension (DASH)-style diet on fatal or nonfatal cardiovascular diseases-incidence: a systematic review and meta-analysis on observational prospective studies / A. Salehi-Abargouei, Z. Maghsoudi, F. Shirani, L. Azadbakht // Nutrition. – 2013. – Vol. 29, № 4. – P. 611-618.
 9. Heart disease and stroke statistics–2012 update: a report from the American Heart Association / V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. – 2012. – Vol. 125, № 1. – P. e2-e220.]. – Available from: http://www.mc.uky.edu/cvrc/PDF%20documents/e2_full.pdf
 10. Karnath B. Sources of error in blood pressure measurement / B. Karnath // Hosp. Physician. – 2002. – Vol. 38, № 3. – P. 33-37]. – Available from: http://www.turner-white.com/pdf/hp_mar02_error.pdf
 11. The Effect of Sodium Restricted Diet on Plasma Visfatin Levels in Hypertensive Patients with Visceral Obesity / S. Rotkegel, J. Chudek, U. Spiechowicz-Zaton [et al.] // Kidney Blood Press Res. – 2013. – Vol. 37, № 2-3. – P. 124-131.
 12. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure – Complete Report / A.V. Chobanian and National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee // 2004. – Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Т.Н. Бойчук, В.К. Ташчук

Резюме. Проблема лечения артериальной гипертензии, учитывая ожидаемое количество в 2025 г. в 1,5 млрд человек с повышенным артериальным давлением, демонстрирует необходимость внедрения как современных методов диагностики, так и самых эффективных подходов к лечению, чем и посвящено внедрение на основе принципов «комплаенса» и «эдгиренса» механизмов реимбурсации.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, лечение, реимбурсация.

ARTERIAL HYPERTENSION - THE PROBLEM OF THE PRESENT

T.M. Boychuk, V.K. Tashchuk

Abstract. The problem of treating arterial hypertension, taking into account an expected number of 1.5 milliards persons with an elevation of the blood pressure in 2025, demonstrates a need of introducing both modern methods of diagnostics and the most effective approaches to a treatment. The introduction on the basis of the principles of "compliance" and "adherence" of the mechanisms of reimbursement is dedicated to these approaches.

Key words: arterial hypertension, blood pressure, treatment, reimbursement.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. Т.О. Ілащук

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 3-8

Надійшла до редакції 29.04.2013 року