

УДК 616.12-008.331.1

DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.1.2017.17

Т.Г. Слащева, І.М. Марцовенко, Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко

**ОСОБЛИВОСТІ КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
В РІЗНИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ**

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України»

Резюме. Метою дослідження було оцінити залежно від регіону України результати тримісячного лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) практичними лікарями (n=531), що базується на результатах обстеження 7935 пацієнтів, які залежно від місця проживання були розподілені на сім груп. Усім пацієнтам проводилося офісне вимірювання артеріального тиску (АТ), електрокардіограма, оцінка прихильності до лікування до та через три місяці лікування переважно препаратами вітчизняних компаній.

Встановлено, що за допомогою вітчизняних препаратів можна досягати цільового АТ у більшості пацієнтів з АГ.

Проте в різних регіонах України частота досягнення цільового офісного АТ різна (від 52,5 до 70 %) і найбільшою в таких регіонах, як м. Київ, Полтавська/Вінницька області, Запорізька/Дніпропетровська області; найменшою - у Донецькій/Луганській областях та південних областях. Визначено причини недостатнього контролю АТ у вказаних регіонах, які були різними для кожного регіону.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, контроль артеріального тиску, регіони України, багатоцентрове дослідження.

Вступ. Однією з основних причин виникнення таких ускладнень, як інфаркт міокарда (ІМ), інсульт, ниркова та серцева недостатність (СН) є неконтрольована артеріальна гіпертензія (АГ) [2, 5, 6, 8, 10]. У США, за даними 1999-2000 рр., знають про АГ 70% хворих на АГ, лікується з них 59 % та 34 % досягають цільового артеріального тиску (АТ) [10]. В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність АГ становить 29,3 % серед міського та 36,8 % серед сільського населення [1, 2, 3]. Лікуються відповідно 48,6 та 37,4 %, а контролюють АТ відповідно 18,7 та 8,0 %. При цьому, чоловіки значно гірше контролюють АТ – лише 9 та 2,7 % пацієнтів у міській та сільській популяції. За даними італійських дослідників, тільки 33,4 % пацієнтів контролюють АТ, причому контроль систолічного АТ (САТ) значно гірший за контроль діастолічного АТ (ДАТ) [9, 11]. Тому пошуки причин недостатньо ефективного лікування та його оптимізації є актуальною проблемою сучасної кардіології.

Мета дослідження. Оцінити ефективність антигіпертензивного лікування в Україні в географічному розподілі.

Матеріал і методи. У роботі проаналізовано дані багатоцентрового дослідження «Можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків», в яке включено 10158 пацієнтів (середній вік 59,9±0,15 року), що мешкали в 62 містах України (табл. 1).

Дослідження проводилося в 2008-2009 рр. Жінки склали більшість осіб – 6248 (61,5 %). У 3066 (30,2 %) пацієнтів АГ була вторинною. У 8870 (87,3 %) пацієнтів АГ існувала в середньому (112,3±0,93) місяця. Середня маса тіла становила 81,2±0,24 кг, середній зріст 168,7±0,22 см. У 1288 (12,7 %) хворих АГ виявлена вперше. 2312 (26,1 %) пацієнтів із тих, хто знав про наявність у них АГ, не приймали ніяких ліків для контролю АТ. Регулярно приймали ліки лише 1587 (17,9 %) пацієнтів. 6810 (67 %) осіб мали досвід прийому

інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ). Інсульт перенесли 1645 (16,2 %) пацієнтів. Діагноз ішемічної хвороби серця (ІХС) діагностований у 5261 (51,8 %) пацієнта. ІМ перенесли 978 (9,6 %) пацієнтів. Стенокардію напруги I функціонального класу (ФК) мали 3367 (33,2 %) хворих, II ФК – 2522 (24,8 %), III ФК – 839 (8,3 %). СН I ФК (NYHA) – у 3379 (33,3 %), II ФК (NYHA) – у 649 (6,4 %), III ФК (NYHA) діагностована у 42 (0,4 %) пацієнтів. Цукровим діабетом страждали 1208 (11,9 %) хворих, що включені в дослідження. Захворювання нирок діагностовано в 1898 (18,7 %) пацієнтів. При цьому рівень креатиніну сироватки крові був підвищеним у 531 (5,2 %) пацієнта. Ретинопатія об'єктивізована у 5952 (58,6 %) осіб, підвищений рівень загального холестерину сироватки (> 5 ммоль/л) – у 5244 (51,6 %). Спадковий анамнез за наявністю АГ у близьких родичів мали 6100 (60,1 %) пацієнтів.

У дослідження включені пацієнти віком від 18 років з рівнем АТ 140/90 мм рт.ст. і більше, які були спроможними регулярно відвідувати лікаря. Критеріями виключення були вагітні або збиралися завагітніти, хворі з декомпенсованими хронічними захворюваннями, які б могли зашкодити оцінці результатів лікування, пацієнти з онкологічними захворюваннями, з психоневрологічними розладами, не спроможні відвідувати лікаря регулярно.

Залежно від регіону, в якому мешкали пацієнти та проводилось дослідження, пацієнтів розподілили на сім груп. До першої групи увійшли 1784 хворих, що мешкали в Донецькій та Луганській областях, до другої – 569 мешканців м. Київ, до третьої – 2895 осіб, що проживали в Західній Україні (Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька, Тернопільська, Волинська, Закарпатська області), до четвертої – 280 мешканців Чернігівської та Житомирської областей, до п'ятої – 657 жителів Полтавської та Вінницької областей, до

шостої – 954 хворих із Запорізької та Дніпропетровської областей, до сьомої – 796 пацієнтів Херсонської, Миколаївської, Одеської областей та міст Сімферополь і Севастополь. Таким чином, у даній статті проаналізовано результати обстеження і лікування 7935 пацієнтів з АГ.

Загалом залучено 531 лікаря (список учасників представлено в попередніх публікаціях [4]), які на свій розсуд призначали пацієнтам з АГ переважно антигіпертензивні препарати виробництва вітчизняної компанії «Фармак» (Україна): бісопролол («Бісопрол®»), фіксована комбінація еналаприл+гідрохлортіазид («Еналозид®12,5» або «Еналозид®25»), еналаприл («Еналозид®-Моно»), амлодипін («Аладин®»), ніфедипін короткої дії («Фармадипін®») для лікування гіпертензивних кризів у дозах, які вони вважали за потрібним призначити. Лікарі мали можливість проводити як монотерапію, так і комбіновану терапію, застосовувати антигіпертензивні препарати інших виробників, якщо вони вважали це необхідним, вибирати дози препаратів, згідно із своїм баченням тактики ведення хворого. Проте обов'язковим було намагання лікарів досягнути цільового АТ. При цьому лікарі, безумовно, знали, що наприкінці дослідження буде проводитися оцінка ефективності лікування.

Отже пацієнт, включений у дослідження, робив чотири візити. Протокол дослідження представлено в попередній публікації [4]. Збір анамнезу проводили згідно зі свідченнями пацієнтів та медичної документації.

Офісний АТ вимірювали в положенні сидячи, вранці між восьмою та десятою годинами. Реєстрацію САТ та ДАТ проводили на одній і тій же руці три рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнилися більш як на 5 мм рт.ст. При виявленні більшої різниці між отриманими величинами - проводили четверте вимірювання та обчислювали середнє значення з трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали після другого вимірювання. Реєстрацію електрокардіограми (ЕКГ) у 12 стандартних відведеннях проводили на початку лікування. Визначали наявність загальноприйнятих ознак гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) (індекс Соколова ($SV_1 + RV_5/RV_6$), вольтажний індекс Корнела ($R_{aVL} + SV_3$), порушення серцевого ритму, динаміку ЕКГ (наявність патологічного зубця Q, зміни сегмента ST, зміни хвилі T). Визначення серцево-судинного ризику проводили на початку та наприкінці дослідження згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства артеріальної гіпертензії (2007), які діяли на той час [6].

На етапах лікування проводилася оцінка свого стану самим пацієнтом, який мав вибрати відповідь на питання «як змінився його стан від моменту початку лікування: не змінився, погіршився, покращився».

На кожному візиті проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни

антигіпертензивної терапії (АГТ). Окрім того, у випадку, коли пацієнт припиняв участь у дослідженні, проводили визначення причини: призначення іншого лікаря, наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор та інша.

На початку дослідження усім пацієнтам запропоновано відповісти на запитання анкети: «чи палите ви ?, якщо палите, то скільки цигарок?, скільки років палите?, чи вживаєте алкоголь регулярно?, скільки порцій на тиждень?, якому алкогольному напою ви надасте перевагу?, яку освіту ви маєте?, чи працюєте ви зараз?, чи займаєтесь ви фізичною активністю?, якщо так, то скільки часу ви приділяєте виконанню фізичних навантажень?, чи вживаєте ви солону їжу?, чи вживаєте ви свіжі овочі?, як часто ви вживаєте свіжі овочі?».

Прихильність до АГТ визначалася за допомогою спеціальної анкети на основі бальної системи [7, 12]. Пацієнт мав відповісти на шість запитань. Якщо пацієнт ствердно відповідав на три і більше запитань, вважалось що прихильність такого пацієнта дуже низька (менше 50% призначених ліків приймається). Якщо він набрав 1-2 бали, прихильність визначалась як помірна (50-79% призначених ліків приймається) і якщо жодного бала, то прихильність дуже висока (80% і більше призначених ліків приймаються).

Статистичну обробку результатів проводили після створення баз даних у системах Microsoft Excel. Середні показники обстежених пацієнтів визначали за допомогою пакета аналізу в системі Microsoft Excel. Усі інші статистичні розрахунки проводили за допомогою програми SPSS 13.0. Достовірність різниці середніх між групами визначалась методом незалежного t-тесту для середніх за допомогою програми SPSS 13.0. Порівняння динаміки показників в одній і тій же групі на етапах лікування проводили за допомогою парного двовідбіркового t-тесту для середніх. Порівняння достовірності різниці між групами з непараметричним розподілом (відсоткові показники) проводили за Mann-Whitney тестом.

Результати дослідження та їх обговорення.

У дослідження початково було включено 10158 пацієнтів з різним ступенем підвищення АТ. Проте повністю дані щодо рівня і САТ, і ДАТ були внесені у картки лише 9857 пацієнтів. На початку дослідження рівень САТ/ДАТ були значно підвищеними – $166,5 \pm 0,23/96,7 \pm 0,11$ мм рт.ст. Більшість склали пацієнти з помірною АГ – 47,6 % (рис.), що дещо відрізняється від даних українського популяційного дослідження, в якому 50 % становили пацієнти з м'якою АГ [1]. Окрім того, у дослідження включено 137 пацієнтів, у яких рівень АТ був менше 140/90 мм рт.ст. Це пацієнти, у яких рівень цільового АТ мав бути нижчим, ніж 140/90 мм рт.ст. (пацієнти високого ризику виникнення ускладнень).

На початку дослідження групи достовірно не відрізнялися між собою за рівнем офісного САТ і

Таблиця 1

Перелік міст України, в яких було залучено пацієнтів до участі у дослідженні

Донецьк, Київ, Маріуполь, Суми, Тернопіль, Харків, Черкаси, Чернівці, Чернігів, Львів, Артемівськ, Васильків, Севастополь, Слов'янськ, Біла Церква, Житомир, Рівне, Вінниця, Луганськ, Запоріжжя, Полтава, Дніпро, Ужгород, Луцьк, Одеса, Авдіївка, В.Глибочицька, Василівка, Волноваха, Вольнянськ, Глобіно, Гуменці, Дніпродзержинськ, Докучаїв, Засвіздя, Івано-Франківськ, Кіровоград, Кобеляки, Комсомольськ, Константинівка, Краматорськ, Кременчук, Лисецьк, Макіївка, Мангуш, Миколаїв, Мукачево, Новоазовськ, Новомосковськ, Орехов, Оброшино, Підгірне, Радча, Новотроїцьк, Семидово, Сімферополь, Щастенське, Урало-Кавказ, Херсон, Хмельницьк, Янець, Ясиновата.
--

Таблиця 2

Динаміка систолічного, діастолічного артеріального тиску та частоти серцевих скорочень у пацієнтів обстежених груп

Показники	1-ша гр. n=1784	2-га гр. n=569	3-тя гр. n=2895	4-та гр. n=280	5-та гр. n=657	6-та гр. n=954	7-ма гр. n=796
САТ до лікування, мм рт.ст.	166,9± 0,45	166,9± 0,99	165,5±0,42	168,3±1,5	165,8±1,1	167,3±0,92	168,6±0,6
САТ через 3 місяці, мм рт.ст.	136,9± 0,46*	130,6± 0,5* #	134,8±0,28 *#	133,0± 0,81 *#	132,4±0,53 *#	132,4± 0,55 *#	137,5±0,6*
ДАТ до лікування, мм рт.ст.	96,2± 0,36	96,2± 0,36	97,7±0,22	96,6±0,62	96,2±0,41	96,4±0,31	96,5±0,33
ДАТ через 3 місяці, мм рт.ст.	81,6± 0,19*	81,4± 0,34*	81,8±0,19*	82,4±0,6*	80,0±0,3*	80,6±0,2*	81,1±0,27*
ЧСС до лікування, уд. за хв	81,2± 0,27	80,9± 0,48#	81,3±0,22	77,7± 0,85~	81,4±0,49	81,8±0,35	83,4±0,42
ЧСС через 3 місяці, уд. за хв	71,9± 0,46*	70,3± 0,32*##	70,8±0,14* ###	69,0± 0,81* ###	70±0,36*	71,9±0,2*^^&	71,4±0,22*

Примітка. 1. \$ – достовірність різниці між показниками порівняно з 1-ю групою P<0,001; 2. # – достовірність між показниками порівняно з 7-ю групою P<0,001; 3. “ – достовірність між показниками порівняно з 2-ю групою P<0,001, “” – P<0,05; 4. ^ – достовірність між показниками порівняно з 3-ю групою P<0,001, ^^ – P<0,05; 5. * – достовірність між показниками на етапах лікування в одній і тій же групі, P<0,001; 6. & – достовірність між показниками порівняно з 5-ю групою P<0,02; 7. ~ – достовірність між показниками порівняно з усіма групами P<0,001

Таблиця 3

Частота досягнення цільового артеріального тиску та достовірність різниці між групами в обстежених хворих залежно від регіону України

Група, частка пацієнтів, що досягли цільового АТ	2-га гр. 67,2 %	3-тя гр. 58,8 %	4-та гр. 61,1 %	5-та гр. 67,4 %	6-та гр. 70 %	7-ма гр. 52,5 %
1-ша група 55,3 %	<0,001	0,01	<0,001	<0,001	<0,001	НД
2-га група 67,2 %	-	0,03	0,05	НД	НД	<0,001
3-тя група 58,8 %	-	-	НД	<0,001	<0,001	0,006
4-та група 61,1 %	-	-	-	НД	0,001	0,01
5-та група 67,4 %	-	-	-	-	НД	<0,001
6-та група 70 %	-	-	-	-	-	<0,001

Таблиця 4

Основні показники, за якими достовірно відрізнялися групи пацієнтів, включених у дослідження

Показники	1-ша гр. n=1784	2-га гр. n=569	3-тя гр. n=2895	4-га гр. n=280	5-та гр. n=657	6-га гр. n=954	7 – ма гр. n=796
Вік, роки	60,0±0,43&	60,9±0,94&	60,8±0,36&	57,9±2,4	56,5±0,75	60,7±0,57&	60,3±0,61&
РПАГ, % (n+)	21,8 (1641)	12,7 (503)*	21,8 (2694)#	33,2 (226)*#^	24,7 (603)#	29,3 (905)#^&&&	24,1 (665)#####
Інсульти, % (n+)	17,5 (1465)	11,8 (510)*	9(2766)*	17,8 (225)#####^	15,4 (638)^	19,5 (938)#&&&&^	11,2 (748) *,&&&&\$\$\$
Ішемічна хвороба серця, % (n+)	58,4 (1718)	53,1 (516)***	53,1 (2776)*	51,5 (229)***	52,1 (651)**	41,7 (947)*#	58,4 (754)
Серцева недостатність, % (n+)	47,9 (1467)	40,2 (478)**	51 (2490)#	58,6 (220)^^^*#	44,4 (572)**\$	38,4 (791)*\$	48,2 (691)*&&^^^
Інфаркт міокарда, % (n+)	8,4 (1694)	9,3 (516)	13,1(2750) *###	10,7(224)	11,7(635)***	8,4(926)^&&&	8,9(750)^
Індекс Соколова, мм	32,2±0,33	35,1±0,44*'	34,8±0,22*'	34,4±0,65*'	35,6±0,43*''	36,8±0,27*	34,4±0,39*'
Частка пацієнтів, у яких виникли побічні реакції, n (%)	59 (3,3)	32 (5,6)***	120 (4,1)**	24 (8,6)^^^	26 (4)*\$\$\$	104 (10,9)&#^	34 (4,3)\$\$\$'
Частка пацієнтів, що отримували бісопролол, n (%)	929 (52,1)	279 (49)*	1972 (68,1)*#	178 (63,6)*#	423 (64,4)*#	710 (74,4)*#^\$	534 (67,1)*#
Середня добова доза бісопрололу, мг	6,8±0,18	5,9±0,17*	6,3±0,14***	9,5±0,94**#^	6,4±0,2\$\$	7,3±0,17***#\$\$\$&	6,3±0,15***\$'
Частка пацієнтів, що отримували фіксовану комбінацію еналаприлу та гідрохлортіазиду, n (%)	1240 (69,5)	450 (79,1)*	1972(68,1)#	178 (63,6)*** #	423 (64,4)*** #	710(74,4)***####&	534 (67,1)#
Середня добова доза гідрохлортіазиду, що входив до складу фіксованої комбінації, мг	17,7±0,3	22,0±0,56*	18,1±0,32#	11,9±1,0*#^	19,2±0,8##\$	19±0,5***#&	19,7±0,54***##&
Частка пацієнтів, що отримували еналаприл не у фіксованій комбінації, n (%)	446 (25)	79 (13,9)*	633 (21,9)* **#	120 (42,9)*#^	109 (16,6)\$*^ ^	187 (19,6)&***# #\$	192 (24,1)'##&&&
Частка пацієнтів, що отримували амлодіпін, n (%)	534 (30)	150 (28,1)	108 (3,7)*#	137 (56,1)*#^	648 (98,6)*#^ \$	319 (33,4)^\$&	319 (40,1)#^\$&
Середня добова доза амлодіпін, мг	6,2±0,16	7,9±0,35*	11,1±0,94*	3,1±1,1***#^	6,8±0,5^\$\$\$	7,2±0,24*^\$	6,6±0,19##^\$\$\$'
Частка пацієнтів, що отримували ніфедипін короткої дії, n (%)	535 (30)	118 (20,7)*	41 (1,4)*#	168 (60)*#^	637(97)*#^\$	314 (32,9)*#^\$ &	368 (46,2)*#^\$'
Частка пацієнтів, що отримували Пам'ятку, % (n+)	1543 (86,5)	488 (85,8)	2551 (88,1)	218 (77,8)*#^	558(84,9)\$\$\$^^^	874(91,6)*#^^	703 (88,3)''''

ДАТ (табл. 2). У четвертій групі на початку лікування відзначалася достовірно найменша ЧСС. Під впливом призначеного лікування спостерігалася достовірне зменшення рівня САТ, ДАТ та ЧСС в усіх групах спостереження. У середньому, по групах рівень досягнутого АТ був меншим за цільовий. Проте частота досягнення цільового АТ (табл. 3) становила в першій групі 55,3 %, у другій – 67,2 %, у третій – 58,8 %, у четвертій – 61,1 %, у п'ятій – 67,4 %, у шостій – 70 %, у сьомій – 52,5 %. Тобто, існувала достовірна різниця між регіонами в частоті досягнутого цільового АТ. Найрідше цільовий АТ досягався в Донецькій/Луганській та Південних областях України. Найбільша частка пацієнтів із досягнутим цільовим АТ була в Запорізькій/Дніпропетровській областях, м. Києві та Полтавській/Вінницькій областях. У подальшому, для встановлення можливих причин недостатнього контролю АТ, ми спробували виявити основні показники, за якими достовірно відрізнялися групи обстежених пацієнтів (табл. 4).

Як видно з табл. 4, лише п'ята група характеризувалася достовірно меншим середнім віком пацієнтів. Усі інші групи достовірно не відрізнялися за віком. Частота наявності ренопаренхімної АГ була найвищою в пацієнтів 4-ї групи, а найнижча – у 2-ї групи. Інсульт в анамнезі найчастіше траплявся в пацієнтів 6-ї групи, тобто в групі з найвищою частотою досягнення цільового АТ. У цій же групі була найбільш виражена (за даними ЕКГ) ГЛШ (найбільший індекс Соколова). ІХС та СН навпаки, частіше супроводжували АГ у пацієнтів із груп, в яких частка пацієнтів із досягнутим цільовим АТ найнижча. Таким чином, не можна сказати, що пацієнти з регіонів з гіршим контролем АТ характеризувалися тяжчим контингентом. Проте відомо, що після інсульту частіше спостерігається зниження АТ за рахунок порушення регуляції тиску, що, можливо частково, і мало місце в пацієнтів 6-ї групи з найкращим контролем АТ.

При порівнянні кількості препаратів, що призначалися, спостерігалася тенденція до меншої кількості призначених препаратів у групах із кращим контролем АТ (2-га, 5-та, 6-та групи) та більшої кількості в групах із гіршим контролем АТ (1-ша, 7-ма, 4-та групи). Серед препаратів частіше призначалися бісопролол (6-та група), комбінацію еналаприл+гідрохлортiazид (2-га та 6-та групи) та амлодипін (5-та група) саме в регіонах, у яких частота досягнення цільового АТ була найвищою. У групах із гіршим контролем АТ частіше, ніж в інших групах призначали еналаприл (1-ша, 4-та, 7-ма групи). Середні добові дози вказаних препаратів дещо відрізнялися між групами. Так, бісопролол у 6-ї групі призначався в середній дозі $7,3 \pm 0,17$ мг, що достовірно вище, ніж у групах 1-й, 2-й, 3-й, 5-й та 7-й. У групах із кращим контролем АТ добова доза гідрохлортiazиду, що входив до складу фіксованої комбінації еналаприл+гідрохлортiazид, була більшою, ніж в

інших групах, що означає більшу кількість призначених таблеток даного препарату. Добова доза амлодипіну також була вищою у 2-й, 6-й та 5-й групах, ніж в інших, за виключенням 3-ї групи, де середня доза амлодипіну 11,1 мг, але амлодипін призначався в цій групі найменшій кількості пацієнтів.

Найчастіше побічні реакції траплялися в 6-й групі, що можна пояснити більш агресивним лікуванням у цій групі.

Таким чином, можна дійти висновку, що групи з кращим контролем АТ характеризувалися більш агресивним лікуванням АГ – більшими дозами препаратів та частим застосуванням фіксованої комбінації еналаприл+гідрохлортiazид.

У групі пацієнтів із найбільшою частотою досягнення цільового АТ достовірно частіше пацієнти отримували письмову «Пам'ятку пацієнта з АГ», що могло сприяти більшій прихильності хворих до лікування. Для виявлення можливого впливу прихильності хворих до лікування на контроль АТ нами порівняно групи за розподілом пацієнтів з високою, помірною та низькою прихильністю (табл. 5). Як видно з таблиці 5, на початку дослідження найбільша частка пацієнтів із високою прихильністю була у 5-й групі, тобто в групі з достатньо високою частотою досягнення цільового АТ (67,4 %). Інші групи (2-га та 6-та) з кращим контролем АТ значно не відрізнялися між собою та від інших груп, за винятком 4-ї та 7-ї груп, де частка пацієнтів із високою прихильністю була найменшою. Низька прихильність до лікування на початку дослідження частіше спостерігалася в пацієнтів 4-ї групи, що, можливо, й впливало на гірший контроль АТ у даній групі.

Під впливом лікування спостерігалася збільшення прихильності до лікування в усіх групах. Найбільший приріст частки пацієнтів із високою прихильністю та зниження частки пацієнтів з низькою був у 4-й групі. Проте порівняно з іншими групами частка пацієнтів із низькою прихильністю в цій групі залишалася високою наприкінці дослідження, що могло вплинути на результати лікування. У 7-й групі під впливом лікування майже не змінилася частка пацієнтів із високою прихильністю і наприкінці дослідження вона була найменшою серед інших груп. В інших групах спостерігалися майже однаковий ступінь і спрямування змін частки пацієнтів із низькою та високою прихильністю.

Таким чином, можна сказати, що прихильність хворих до лікування могла вплинути на результати АГТ лише в окремих групах (4-й, 7-й, 5-й). Інші групи суттєво не відрізнялися між собою за початковою прихильністю та її динамікою на фоні лікування.

Відомо, що на ефективність АГТ лікування впливає не лише правильне призначення ліків та прихильність хворого до терапії, але і модифікація способу життя. У таблиці 4 представлено основні показники, що характеризують спосіб життя пацієнтів, включених у дослідження, за якими

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів за рівнем прихильності до та на фоні лікування у групах

Прихильність	1-ша група	2-га група	3-тя група	4-та група	5-та група	6-та група	7-ма група
До лікування	n=1615	n=522	n=2620	n=280	n=496	n=921	n=742
Висока, n (%)	330 (20,4)	118(22,6)	725(27,7)###	27(9,6)##	159(32,1)*#\$	195(21,7)\$&	131(17,7)###^\$&
Помірна, n (%)	533 (33)	211(40,4)**	815(31,1)#	63(22,5)*##	141(28,4)#	322(35)###^&&&	318(42,9)*^&&''
Низька, n (%)	752 (46,6)	193(37)*	1080(41,2)*	196(67,9)##^	196(39,5)***	404(43,9)###	293(39,5)**
На лікуванні	n=1602	n=519	n=2532	n=225	n=486	n=914	n=748
Висока, n (%)	438(27,3)	164(31,6)	1033(40,8)**	61(27,1)##	188(38,7)*###\$\$\$	315(34,5)*^&\$\$\$	143(19,1)*##^\$\$\$&&'
Помірна, n (%)	661(41,3)	211(40,7)	898(35,5)*###	84(37,3)*##	181(37,2)	343(37,5)***\$\$	393(52,4)*##^&&'
Низька, n (%)	503(31,4)	144(27,7)	601(23,7)*	80(35,5)###^	117(24,1)**\$\$	256(28)^&&\$\$\$	213(28,5)^&&\$\$\$
Динаміка (Δ%)							
Висока	+6,9	+9	+13,1	+17,5	+6,6	+12,8	+1,4
Помірна	+8,3	+0,3	+4,4	+14,8	+8,8	+2,5	+9,5
Низька	-15,2	-9,3	-17,5	-32,4	-15,3	-15,9	-11

Примітка. * – достовірність різниці між показниками порівняно з 1-ю групою; ** P<0,001; *** P<0,0005; # – достовірність різниці між показниками порівняно з 2-ю групою; # – P<0,05; ## P<0,005; ### P<0,001; ^ – достовірність різниці між показниками порівняно з 3-ю групою; ^ – P<0,001; ^^ P<0,005; ^^ P<0,0005; \$\$\$ – достовірність різниці між показниками порівняно з 4-ю групою; \$\$\$ – P<0,001; \$\$\$ – P<0,005; \$\$\$ – P<0,0005; && – достовірність різниці між показниками порівняно з 5-ю групою; && – P<0,001; && – P<0,005; &&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 6-ю групою; &&& – P<0,001; &&& – P<0,005; &&& – P<0,0005; &&&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 7-ю групою; &&&& – P<0,001; &&&& – P<0,005; &&&& – P<0,0005; &&&&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 8-ю групою; &&&&& – P<0,001; &&&&& – P<0,005; &&&&& – P<0,0005; &&&&&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 9-ю групою; &&&&&& – P<0,001; &&&&&& – P<0,005; &&&&&& – P<0,0005; &&&&&&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 10-ю групою; &&&&&&& – P<0,001; &&&&&&& – P<0,005; &&&&&&& – P<0,0005; &&&&&&&& – достовірність різниці між показниками порівняно з 11-ю групою; &&&&&&&&& – P<0,001; &&&&&&&&& – P<0,005; &&&&&&&&& – P<0,0005.

групи відрізнялися. Як видно з табл. 4, групи з гіршим контролем АТ (1-ша, 4-та, 7-ма) мали найбільшу частку пацієнтів, які палили, на відміну від груп з кращим контролем АТ (2-га, 5-та, 6-та). За соціальним статусом ми не спостерігали ніяких тенденцій щодо різниці між групами з кращим та гіршим контролем АТ за винятком меншої частки пацієнтів, що знаходяться на соціальному утриманні у 2-й, 5-й та 6-й групах. У 2-й групі переважали пацієнти, що працювали, а в 6-й – хворі на пенсії. У 1-й та 4-й групах переважали пацієнти, які працювали. Найбільша кількість пацієнтів, що вживали солону їжу у великій кількості, мали групи з гіршим контролем АТ (1-ша та 7-ма), за винятком 4-ї групи, де частка цих пацієнтів не відрізнялася від інших груп. Найбільша частка пацієнтів, які вживали свіжі овочі щонайменше один раз на добу, була в 1-й (82,4%) та 4-й (83,3%) групах, тобто у групах із гіршим контролем АТ, але частка пацієнтів, які вживали свіжі овочі більше, ніж один раз на день, була найбільшою в 6-й групі.

Таким чином, можна дійти висновку, що цільовий АТ можна досягнути в більшості пацієнтів з АГ, у тому числі за допомогою препаратів вітчизняного виробництва. Проте в різних регіонах України частота досягнення цільового офісного АТ різна – найбільшою в таких регіонах, як м. Київ, Полтавська/Вінницька області, Запорізька/Дніпропетровська області; найменшою – у Донецькій/Луганській областях, західних областях, Чернігівській області та південних областях. Причини недостатнього контролю АТ у вказаних регіонах були різними для кожного регіону. Так, пацієнти Донецької/Луганської областей характеризувалися низькою прихильністю до лікування, недостатньою динамікою збільшення прихильності на фоні терапії, більшою часткою таких, які вживали солону їжу та палили, рідшим застосуванням у них комбінованої АГТ та призначенням більшої кількості антигіпертензивних препаратів, що могло впливати на прихильність хворих дослідження. Позитивним у цій групі те, що частка хворих, які регулярно займаються фізичною активністю, найвища. У м. Києві дуже низька кількість пацієнтів, які регулярно займаються фізичною активністю. Збільшення фізичної активності могло б сприяти в подальшому збільшенню контролю АТ. Позитивними у цій групі були менша частка пацієнтів із низькою прихильністю до лікування, більш часте призначення фіксованої комбінації еналаприл+гідрохлортиазид, застосування більших доз антигіпертензивних препаратів. У західних регіонах прихильність до лікування та її динаміка були достатньо високими. Проте лікування характеризувалося низькою частотою засто-

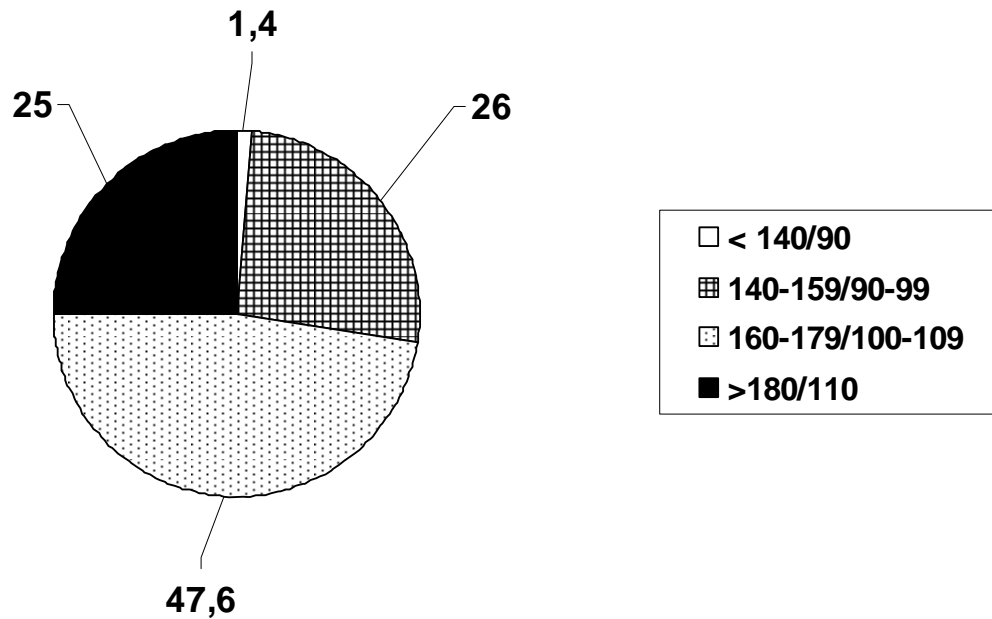


Рис. Розподіл пацієнтів залежно від рівнів підвищення артеріального тиску на початку дослідження

сування дигідропіридинових антагоністів кальцію (амлодипіну). У Чернігівській області пацієнти характеризувалися низькою прихильністю до лікування та більшою часткою пацієнтів, що палили. Проте в цій групі спостерігалось чи не найбільше збільшення прихильності до лікування на фоні терапії, що, можливо, при більших строках спостереження сприяло б покращенню контролю АТ. У Полтавській/Вінницькій областях переважали хворі молодшого віку, з високою прихильністю до лікування, лікування було достатньо агресивним (частіше призначали амлодипін та більші дози компонентів фіксованої комбінації еналапріл+гідрохлортiazид). Проте в цій групі спостерігалася найнижча кількість пацієнтів, що регулярно займалися фізичною активністю ≥ 5 -6 разів на тиждень. Пацієнти Запорізької/Дніпропетровської областей характеризувалися високою початковою прихильністю до лікування (можливо, це пов'язано з тим, що в цій групі переважали пенсіонери), яка на фоні лікування значно збільшувалася, що, можливо, пов'язано з тим, що в цій групі частіше пацієнти отримували «Пам'ятку пацієнта з АГ». Окрім того, АГТ у цій групі була достатньо агресивною – частіше та в більших дозах призначали бисопролол, комбінація еналапріл+гідрохлортiazид. У цій групі спостерігалася достатньо висока частка пацієнтів, котрі вживали овочі більше, ніж один раз на добу. Група хворих, які проживали в південних регіонах України, характеризувалася дуже низькою початковою прихильністю до лікування, яка не дуже змінилася на фоні лікування, незважаючи на те, що достатньо високий відсоток пацієнтів отримав «Пам'ятку хворого з АГ». Тобто, видача «Пам'ятки» – це не єдиний захід щодо підвищення ефективності лікування. Пацієнти цієї групи потребували більш значних заходів щодо модифікації способу життя (висока кількість пацієнтів, що вживали надмірно солону їжу, палили).

Висновки

1. Цільовий артеріальний тиск можна досягнути в більшості пацієнтів з артеріальною гіпертензією, у тому числі за допомогою відносно недорогих препаратів вітчизняного виробництва, за певної наполегливості лікарів.

2. У різних регіонах України частота досягнення цільового офісного артеріального тиску була різною – найбільшою в таких регіонах, як м. Київ (67,2 %), Полтавська/Вінницька області (67,4 %), Запорізька/Дніпропетровська області (70 %); найменшою – у Донецькій/Луганській областях (55,3 %) та південних областях (52,5 %).

Перспективи подальших досліджень. Подальших досліджень потребують причини недостатнього контролю АТ та шляхи його стабілізації за покращення АГТ для різних регіонів України.

Література

1. Горбась І.М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень / І.М. Горбась // Укр. кардіол. ж. – 2007. – № 2. – С. 21-26.
2. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / В.М. Коваленко, М.І. Лутай, Є.П.Свищенко [та ін.]. – К.: Віпол, 2004. – 84 с.
3. Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии / Е.П. Свищенко, В.Н. Коваленко. – К.: Либідь, 2003. – 504 с.
4. Сіренко Ю.М. Програма «МЕКАТ – можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою комбінованого лікування препаратами українського виробника» / Ю.М. Сіренко, Г.Д.Радченко. – Донецьк: Заславський, 2010. – 82 с.
5. 1999 WHO – ISH guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 11. – P. 905-916.
6. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105-1187.
7. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un

- service specialize / X. Girerd, O. Hanon, K. Anagnostopoulos [et al.] // Presse Med. – 2001. – Vol. 30. – P. 1044-1048.
8. Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Basic science? Population science and clinical management. Fourth edition. From the council on high blood pressure research American Heart Association. – Lippincott Williams & Wilkins: Dallas, 2008. – 610 p.
 9. Maresca G. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study / G. Maresca, A. Sessa // Am. J. Hypertens. – 2006. – Vol. 19. – P. 140-145.
 10. Mensah G. Controlling high blood pressure: the art of the soluble and the hope of progress / G. Mensah // J. Clinical Hypertens. – 2007. – Vol. 9. – P. 827-830.
 11. Patterns of management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy: Scientific Committee of the Italian Pharmacoepidemiological Survey on Antihypertensive Therapy / E. Ambrosioni, G. Leonetti, A. Pessine [et al.] // J. Hypertens. – 2000. – Vol. 18. – P. 1691-1699.
 12. The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients / X. Girerd, J. Fourcade, G. Brillet [et al.] // J. Hypertens. – 2001. – Vol. 19. – P. 74.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Т.Г. Слащева, И.М. Марцovenko, Ю.Н. Сиренко, Г.Д. Радченко

Резюме. Целью исследования было оценить в зависимости от региона Украины результаты 3-месячного лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) практикующими врачами (n=531).

Исследование базируется на результатах обследования 7935 пациентов, которые в зависимости от места проживания были разделены на семь групп. Всем пациентам проводилось офисное измерение артериального давления (АД), электрокардиограмма (ЭКГ) исследование, оценка приверженности к лечению до и через три месяца лечения препаратами преимущественно отечественного производства.

Установлено, что с помощью отечественных препаратов можно достигнуть целевой уровень АД у большинства пациентов с АГ. Но, в различных регионах Украины частота достижения целевого офисного АД была различной (от 52,5 до 70 %) – наибольшей в таких регионах, как г. Киев, Полтавская/Винницкая, Запорожская/Днепропетровская областях, наименьшей – в Донецкой/Луганской и южных областях. Причины недостаточного контроля АД были разными для разных регионов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, контроль артериального давления, регионы Украины, многоцентровое исследование.

FEATURES OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN DIFFERENT REGIONS OF UKRAINE

T.G. Slashcheva, I.M. Martsovenko, Y.M. Sirenko, G.D. Radchenko

Abstract. The aim of the study was to evaluate the results of 3 month treatment of patients with arterial hypertension by primary care physicians (n=531) depending on the region of Ukraine.

The study is based on the results of examinations of 7935 patients with arterial hypertension, who had been divided into 7 groups depending on the place of their living. All the patients were measured their office blood pressure (BP), ECG, evaluation of the compliance by X. Girerd questioner tests baseline 3 months before and after the treatment using mostly the drugs made in Ukraine.

It has been established that using domestic drugs you can achieve the target blood pressure in most patients. But in different regions of Ukraine the percentage of patients with controlled blood pressure was different – from 52,5 to 70 %. The causes of poor blood pressure control were different for different regions.

Key words: Hypertension, blood pressure control, regions of Ukraine, multicenter study.

SI «National research center «M.D. Strazhesko Institute of cardiology» NAMS of Ukraine»

Рецензент – проф. В.К. Тащук

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 1. – P. 76-84

Надійшла до редакції 01.02.2017 року