
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830;
перереєстрований у Міністерстві юстиції України 18.11.2010

№ 4 (54)
(жовтень - грудень)

Одеса 2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобей (науковий редактор), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, О. І. Верба, М. І. Голубятніков, Ю. І. Гульченко, В. М. Євстаф'єв, О. В. Кузнєцов, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов, Н. Ф. Петренко, С. А. Праник, Е. М. Псядло, В. Г. Руденко, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула

РЕДАКЦІЙНА РАДА

О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), А. М. Войтенко (Одеса), С. А. Гуляр (Київ), В. М. Запорожан (Одеса), М. Ф. Измеров (Москва), С. Іднані (Індія), Н. К. Казимирко (Луганськ), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харьків), І. Ф. Костюк (Харьків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кундієв (Київ), Т. Л. Лебедева (Одеса), В. І. Лузін (Луганськ), В. В. Поворознюк (Київ), А. М. Пономаренко (Київ), М. Г. Проданчук (Київ), А. М. Сердюк (Київ), В. П. Сіденко (Одеса), Ю. Б. Чайковський (Київ)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63
e-mail nymba@mail.ru
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, 2010

*С. А. Тихонова, В. А. Штанько, О. В. Хижняк, В. Б. Яблонська,
Паннір Селвам Вімаланатхан*

**ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ
ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ**

Одеський національний медичний університет

Реферат. С. А. Тихонова, В. А. Штанько, А. В. Хижняк, В. Б. Яблонская, Паннир Селва Вималанатхан **ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА.** Проанализированы 120 медицинских карт стационарных больных в возрасте от 45 до 81 лет (средний возраст - $62,3 \pm 4,7$ лет), госпитализированных с основным или сопутствующим диагнозом АГ. Проведенный анализ эффективности лечения пациентов с АГ, госпитализированных в терапевтическое отделение Центра реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) Одесского национального медицинского университета в 2008-2010 гг, в зависимости от возраста и уровня сердечно-сосудистого риска. Сделан вывод, что у пациентов в возрасте до 55 лет сердечно-сосудистый риск остается высоким при адекватном контроле уровня АД вследствие, прежде всего, высокой распространенности и недостаточного контроля факторов риска, которые могут быть модифицированы, а у более старших пациентов (≥ 55 лет) - также из-за высокой частоты и тяжести сопутствующих заболеваний. Направлениями улучшения контроля риска у исследованных пациентов должны стать более интенсивная борьба с факторами риска, связанных со стилем жизни, использование фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов и профилактика атеротромбоза.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сердечно-сосудистый риск, возраст, эффективность лечения.

Реферат. С. А. Тихонова, В. А. Штанько, О. В. Хижняк, В. Б. Яблонська, Паннір Селвам Вімаланатхан **ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ.** Проаналізовані 120 медичних карт стаціонарних пацієнтів віком від 45 до 81 років (середній вік – $62,3 \pm 4,7$ років), госпіталізованих з основним або супутнім діагнозом АГ. Проведений аналіз ефективності лікування пацієнтів з АГ, госпіталізованих в терапевтичне відділення Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету в 2008–2010 рр., залежно від віку та рівня серцево-судинного ризику. Зроблено висновок, що у пацієнтів віком до 55 років серцево-судинний ризик залишається високим при адекватному контролі рівнів АД через, насамперед, високу поширеність та недостатній контроль факторів ризику, що можуть бути модифіковані, а у більш старших пацієнтів (≥ 55 років) – також через високу частоту та важкість супутніх захворювань. Напрямами покращення контролю ризику у досліджених пацієнтів мають стати більш інтенсивна боротьба з факторами ризику, що пов'язані зі стилем життя, використання фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів та профілактика атеротромбозу.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, серцево-судинний ризик, вік, ефективність лікування.

Summary. S. A. Tykhonova, V. A. Shtanko, O. V. Khyzhyak, V. B. Iablonska, Panneer Selvam Vimalanathan **ACHIEVEMENT GOAL POINTS OF TREATMENT IN THE PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION IN DEPENDENCE ON AGE AND CARDIOVASCULAR RISK LEVEL.** **BACKGROUND:** The objectives of this study were to estimate the achievement of treatment goals in the patients with primary hypertension in dependence on age and cardiovascular risk level. **METHODS:** The study population consisted of 120 male (41) and female (79) residents of University Clinics of Odessa National Medical University hospitalized with hypertension between 2008–2010. In all of them the presence of cardiovascular risk factors, concomitant diseases and efficacy of management were estimated. **RESULTS:** Overall, among both men and women, patients were significantly more likely to have 2nd degree of hypertension with a lot of modified cardiovascular risk factors. Among patients, age differences in the frequencies of concomitant diseases (atrial fibrillation and chronic kidney disease) were revealed, that was a reason of prevalence individuals with high and very high cardiovascular risk. At time of discharge despite on achievement of goal blood pressure level the mostly patients keep high cardiovascular risk, because of non adequate control of dislipidemia and poor prevention of atherothrombosis. **CONCLUSIONS:** More targeted treatment approaches during hospitalization for high risk hypertensive patients are needed for elderly and older patients to improve their prognosis.

Key words: arterial hypertension, cardiovascular risk, age, efficacy of treatment.

Актуальність проблеми. За результатами міжнародних епідеміологічних досліджень в економічно розвинених країнах АГ спричиняє майже половину всіх випадків серцевої недостатності, а її внесок в розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС) сягає 35%. Прогностичне значення АГ щодо виникнення кардіоваскулярних захворювань зростає з віком. Серед осіб з АГ 2 ступеня ризик їх розвитку змінюється з 1% у віковій групі 25–34 роки до 30% в осіб віком 65–74 роки [1].

Для зниження ризику розвитку ускладнень АГ важливим є своєчасне призначення антигіпертензивної терапії, яка обов'язково повинна включати і заходи щодо змін способу життя. Адекватне лікування сприяє збільшенню середньої тривалості життя хворих у середньому на 8 років та істотній зміні структури летальності, насамперед, за рахунок зменшення вдвічі кількості фатальних мозкових інсультів (МІ) та інфарктів міокарду (ІМ). Проведені в Україні дослідження показали, що на рівні первинних структур охорони здоров'я в лікуванні недооцінюється важливість застосування немедикаментозних методів корекції підвищеного АТ, а стереотипи медикаментозної терапії АГ не відповідають сучасним концепціям [2].

Недостатній відсоток хворих, що ефективно лікуються, – проблема майже всіх країн. В європейських державах цей відсоток змінюється від 9 до 32% [3]. Разом з тим, існуючий міжнародний досвід успішного контролю АГ та зниження середніх рівнів АТ в популяції демонструє їх значення для зменшення смертності населення [4].

Проблема ефективного контролю АГ серед населення України потребує подальшої активізації зусиль медичних працівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів, спрямованих на мотивацію пацієнтів з підвищеним АТ до тривалого, а не епізодичного, медикаментозного лікування і корекцію супутніх факторів ризику (ФР).

Останнє визначило *мету* даного дослідження – аналіз ефективності лікування пацієнтів з АГ, госпіталізованих в терапевтичне відділення Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету в 2008–2010 рр., залежно від віку та рівня серцево-судинного ризику.

Матеріал та методи. Проаналізовані 120 медичних карт стаціонарних пацієнтів віком від 45 до 81 років (середній вік – 62,3±4,7 років), госпіталізованих з основним або супутнім діагнозом АГ. За віком пацієнти були розділені на три групи: 1 гр. (n=40) – хворі віком 45–54 роки; 2 гр. (n=40) – 55–64 роки; 3 гр. – 65 та більше років. Оцінювали наявність ФР серцево-судинних захворювань згідно Рекомендацій Європейського та Українського товариств кардіологів з ведення пацієнтів з АГ (2007–2009 рр.). Відповідно до них оцінювали серцево-судинний ризик, відповідність сучасним стандартам обстеження, терапії та досягнення цільових точок лікування.

Статистичну обробку даних виконували за допомогою програм Microsoft Excel'2003 та системи STATISTICA 5,0 (StatSoft). Результати наведені у вигляді середнього значення (M) і стандартного відхилення (σ SD). Для оцінки достовірності різниці показників (p) між групами за кількісними ознаками при розподіленні, близькому до нормального, використовували критерій *t* Стюдента. Для перевірки статистичної вірогідності різниці частотних показників використовували критерій χ^2 . Різницю вважали статистично достовірною при $p < 0,05$; при $0,05 < p \leq 0,1$ констатували тенденцію до різниці.

Отримані результати. Серед госпіталізованих пацієнтів домінувала АГ 2-го ступеня, яка зареєстрована у приблизно 2/3 осіб в 1 і 2 групах, та більш ніж у 90% хворих в 3 гр. У кожного п'ятого пацієнта в 1 гр. та кожного шостого в 2 гр. визначена АГ 3-го ступеня, що свідчить про недостатній контроль гіпертензії у пацієнтів цих вікових груп на амбулаторному етапі (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристики пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом АГ, залежно від віку (2008–2010 р.р.)

Характеристики	1 гр. 45–54 років (n=40)	2 гр. 55–64 років (n=40)	3 гр. ≥65 років (n=40)	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Вік (M±SD), роки	50,9±3,0	59,9±3,1	76,8±8,1	-		
Чоловіки, %	37,5	35	30	0,771		
Жінки, %	62,5	65	70			
Стадія АГ, %:				0,0001		
I	5	-	-			
II	27,5	22,5	12,5			
III	67,5	78,5	87,5			
Ступінь АГ, %:				0,065		
1	7,5	15	5			
2	72,5	70	92,5			
3	20	15	2,5			
ЧСС, уд/хв.	82,4±10,1	75,9±12,2	70,7±4,8	0,124	0,036	0,342
Фактори ризику, %						
1. паління	100	97,5	50	нд	0,001	0,003
2. надмірне вжив. алкоголю	57,5	25	22,5	0,001	0,001	нд
3. надмірна вага та ожир.	80	85	65	нд	0,036	0,002
4. дисліпідемія	62,5	75	50	нд	нд	0,069
Супутні захворювання, %:						
- ІХС: стенокардія	70	72,5	75	нд	нд	нд
- Перенесений ІМ	15	12,5	15	нд	нд	нд
- ФП	-	7,5	22,5	-	-	0,06
- Екстрасистолічна аритмія	2,5	15	17,5	0,08	0,082	нд
- Цукровий діабет	25	40	30	0,002	0,024	нд
- ХЗН	10	27,5	27,5	0,09	0,09	нд
Серцево-судинний ризик, %:				0,023		
- середній	5	-	-			
- високий	25	12,5	5			
- дуже високий	70	87,5	95			

Визначення стадії АГ доводить (табл.1), що асоційовано з віком збільшується число випадків ускладнених форм АГ. Серед пацієнтів віком 55 і більше років була найбільшою частота виявлення III стадії АГ (2 і 3 гр.) через достовірно більше число порушень ритму серця (в 3 гр.), насамперед, фібриляції передсердь (ФП), та випадків хронічного захворювання нирок (ХЗН).

Отримані дані свідчать, що у госпіталізованих пацієнтів АГ часто поєднується з іншими ФР. Виявлена надзвичайно висока поширеність таких чинників ризику (табл. 1), як паління (100% пацієнтів в 1 гр.), надмірна вага тіла та ожиріння, дисліпідемія. Майже кожний другий пацієнт вікової групи 45–54 роки та кожний п'ятий у віці 55 і більше років надмірно вживають алкоголь. Треба підкреслити, що висока поширеність серед осіб з АГ ФР, більшість з яких пов'язані зі способом життя і можуть коригуватися, – свідчення незадовільної роботи лікарів первинних структур охорони здоров'я щодо вторинної профілактики АГ. Високий та дуже високий ризик АГ у досліджених пацієнтів також був зумовлений високою частотою цукрового діабету (ЦД) – більш ніж у кожного третього пацієнта кожної з груп (див. табл. 1).

Серед госпіталізованих з АГ більш ніж 60% склали жінки. Це можна пояснити двома причинами. По-перше, жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю, частіше звертаються за медичною допомогою, ретельніше виконують рекомендації лікаря; по-друге, у віці старше 55 років в жіночій популяції порівняно з чоловіками прогресивно зростають, як число випадків серцево-судинних захворювань, так і їх ускладнень [2, 3].

При аналізі результатів лікування виявлено, що серед включених до аналізу пацієнтів антигіпертензивну терапію отримували 100%. Пацієнтам були призначені препарати 1-ої лінії (табл. 2), що відповідає сучасним стандартам ведення хворих з АГ. Відповідно до того, що серед госпіталізованих пацієнтів переважали особи з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком, всі вони отримували комбіновану терапію АГ. На момент виписки (в середньому через $14,6 \pm 3,9$ днів) цільових показників АТ менше 140/90 мм. рт. ст досягнули всі пацієнти.

Таблиця 2

Перелік медикаментозної терапії пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом АГ, залежно від віку (2008 – 2010 р.р.)

Класи препаратів	1 гр. 45–54 роки (n=40)	2 гр. 55–64 роки (n=32)	3 гр. ≥65 років (n=40)
Антигіпертензивні препарати, % пацієнтів			
ІАПФ і/або сартани	47,5	60	70
Діуретики:			
1. петльові	65	50	80
2. тiazидні	7,5	7,5	7,5
3. антагоністи альдостерону	2,5	7,5	-
Бета-адреноблокатори	55	45	50
Антагоністи кальцієвих каналів			
	20	25	27,5
Інші	10	-	-
Фіксовані комбінації	7,5	5	10
Препарати для корекції серцево-судинного ризику, % пацієнтів			
Статини	27,5	42,5	12,5
Антитромбоцитарні препарати	70	57,5	70
Антикоагулянти	2,5	10	5

Разом з тим, оцінка складу комбінацій антигіпертензивних препаратів виявила, що найпоширенішим було комбіноване призначення інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (ІАПФ) і/або сартанів з петльовими діуретиками та бета-адреноблокаторів з петльовими діуретиками. Слід відзначити низьку частоту призначення сечогінних тiazидного ряду – 7,5%, антагоністів кальцію та фіксованих комбінацій. Згідно даних доказової медицини [5, 6] найбільш ефективними щодо профілактики серцево-судинних ускладнень АГ є призначення комбінації ІАПФ з антагоністами кальцію пролонгованої дії, та з тiazидними діуретиками.

За даними оцінки ліпідогрaми виявлена висока частота дисліпідемії в кожній групі пацієнтів (див. табл. 1), що свідчить про незадовільний контроль цього ФР на амбулаторному етапі ведення пацієнтів. Разом з тим, до клінічного діагнозу дисліпідемія увійшла лише у 5% пацієнтів з цим станом в 1 гр., у третини – в 2 гр., та у 10% – в 3 гр. Це,

можливо, було однією з причин неадекватного призначення статинів. Також це свідчить про недотримання рекомендацій та стандартів [5, 6, 7] надання медичної допомоги пацієнтам з високим та дуже високим кардіоваскулярним ризиком.

Низькою також виявилася частота призначення антитромбоцитарних препаратів (див. табл. 2) навіть з урахуванням протипоказань до їх прийому через наявність супутньої гастроентерологічної патології з високим ризиком розвитку кровотеч.

Серед пацієнтів похилого віку (Згр.) ФП виявлена у 22,5%. Але антикоагулянти були призначені лише 30% з них.

На момент виписки зі стаціонару приблизно 2/3 пацієнтів, незважаючи на активний та адекватний контроль АТ, залишилися в групі високого та дуже високого серцево-судинного ризику.

Висновки

1. По відношенню до значної кількості пацієнтів з АГ високого та дуже високого серцево-судинного ризику його контроль залишається незадовільним як на амбулаторному, так і стаціонарному етапах ведення, насамперед, через недостатню корекцію дисліпідемії та факторів ризику, які пов'язані зі стилем життя.

2. У пацієнтів віком до 55 років серцево-судинний ризик залишається високим при адекватному контролі рівнів АТ через, насамперед, високу поширеність та недостатній контроль факторів ризику, що можуть бути модифіковані, а у більш старших пацієнтів (≥ 55 років) – також через високу частоту та важкість супутніх захворювань.

3. Напрямами покращення контролю ризику у досліджених пацієнтів мають стати більш інтенсивна боротьба з факторами ризику, що пов'язані зі стилем життя, використання фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів та профілактика атеротромбозу.

Література

1. Борьба с артериальной гипертонией. Доклад комитета экспертов ВОЗ. – Женева, 1996. – 139 с.

2. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного проспективного дослідження: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2008. – 40 с.

3. Ong K.L. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States Adult 1999–2004 / K.L. Ong, B.M.Y. Cheung, Y.B. Man [et al.] // Hypertension. – 2007. – Vol. 49. – P. 69–73.

4. Unal B. Modeling the decline in coronary heart death in England and Wales, 1981–2000: comparing contribution from primary prevention and secondary prevention / B. Unal, J.A. Critchley, S. Capewell // Brit. Med. J. – 2005. – Vol. 331. – P. 614–625.

5. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії : Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів [Електронний ресурс] / Є.П. Свіщенко, А.Е. Багрій, Л.М. Єна [та ін.] // Укр. Кардіолог. Журнал. – 2009. – №1(3). – Режим доступу до журн.: <http://www.ukrcardio.org/index.php/id/229>.

6. J.R. Banegas. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study / J.R. Banegas, E. Lopez-Garcia, J. Dallongeville, E. Guallar [et al.] // European Heart J. – 2011. – Vol. 32. – P. 2143 – 2152.

7. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology and the European Atherosclerosis Society Developed with the special contribution of: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation / Task Force Members: Z. Reiner, A.L. Catapano, G. De Backer, I. Graham [et al.] // European Heart J. – 2011. – Vol. 32. – P. 1769 – 1818.