

Борьба с артериальной гипертензией в Украине: не останавливаться на достигнутом

В 1998 г. специалисты ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины инициировали разработку и внедрение Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине. Рассказать о предварительных результатах этой программы, а также о выводах, сделанных на их основании, мы попросили руководителя отдела артериальной гипертензии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» АМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко.

— Вы являетесь одним из инициаторов разработки и внедрения Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине. Как начиналась работа над этим проектом?



— В создании программы участвовали ведущие отечественные специалисты в области лечения артериальной гипертензии (АГ) и проведения популяционных исследований, в частности профессор Е.П. Свищенко, профессор И.П. Смирнова, доктор медицинских наук И.М. Горбась. При разработке программы был использован опыт российских коллег, в ее усовершенствовании нам помогали лучшие международные эксперты, и в итоге был создан емкий и целостный документ. Четкое выполнение пунктов этой программы не могло не принести значимых результатов. Сегодня борьба с высоким уровнем сердечно-сосудистой (СС) заболеваемости и смертности не представляется без осуществления Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии, а 10 лет назад очень тяжело было убедить в необходимости принятия такого документа тех, от кого зависело его существование. Тем не менее в 1999 г. этот документ был утвержден указом Президента Украины и вступил в действие.

— Насколько удалось реализовать все пункты программы в течение прошедших 10 лет?

— К сожалению, далеко не весь потенциал этого проекта был реализован в силу неадекватного его финансирования. Сегодня из государственного бюджета финансируются в основном небольшие научные темы, выполняющиеся в рамках программы, остальные же мероприятия проводятся на местном уровне в тех объемах, которые позволяют местные бюджеты. Очень многое удалось сделать благодаря энтузиазму наших ученых и практических врачей, но экономические трудности не могли не отразиться как на интенсивности внедрения программы, так и на качестве ее исполнения.

Научно-исследовательские институты провели большую методологическую работу: выпущено огромное количество брошюр о причинах, течении и последствиях АГ для населения, ведущие ученые-кардиологи освещали эту тему в своих выступлениях по радио и на страницах газет, но этих мер сегодня недостаточно для широкомасштабного просвещения населения. К сожалению, нам не удалось привлечь к этой работе ни один государственный телевизионный канал. Однако даже те результаты, которые удалось получить, и те выводы, которые сделаны в ходе работы, являются для нас очень ценными.

— Какие результаты внедрения Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в нашей стране вы считаете наиболее значимыми?

— Ее выполнение позволило увеличить выявляемость больных АГ. До появления этого документа согласно данным эпидемиологических исследований распространенность АГ в Украине составляла около 30%, частота обращения — около 11%. В 2008 г. через несколько лет после того, как был запущен наш проект в Украине, эти два показателя фактически сравнялись, составив порядка 30% каждый. Следовательно, была достигнута первая очень важная цель — максимальное выявление больных АГ. Безусловно, мы делаем скидку на погрешности статистики, на степень достоверности данных и на другие моменты. Однако тот факт, что выявляемость АГ значительно выросла, является бесспорным. Это способствовало увеличению количества осведомленных о своем заболевании пациентов: в 1980 г. в городах Украины они составляли 34,3% от общего числа имевших это заболевание, а в 2005-м — 80,8% (И.М. Горбась и соавт., 2009). Что касается сельской местности, то количество лиц, осведомленных о наличии у них АГ, выросло с 22,3% в 1985 г. до 67,8% в 2008-м (И.П. Смирнова, И.М. Горбась, 2009).

Обращает на себя внимание разница в уровне заболеваемости АГ по данным официальной статистики в отдельных областях Украины, которую не всегда можно объяснить влиянием климатических условий или возрастными особенностями популяции конкретной области.

Например, в г. Севастополе и АР Крым, где климатические условия приблизительно одинаковы, наблюдается большая разница в заболеваемости АГ. Полтавская и Черниговская области, значительно не отличающиеся по возрастным характеристикам населения, также демонстрируют существенные отличия в значениях этого показателя. Вполне логичным представляется вывод о недоверности данных или о низком уровне работы первичного звена здравоохранения, направленной на выявляемость АГ в отдельных областях.

Безусловно, увеличение выявляемости больных АГ означает большую дополнительную нагрузку на первичное звено здравоохранения в связи с необходимостью диспансеризации этих пациентов. Поэтому, на мой взгляд, целесообразной и наиболее реальной в настоящее время является диспансеризация больных АГ, относящихся к группе высокого СС риска.

После выявления большого количества больных АГ (более 11 млн) в Украине необходимо было решать вопрос их адекватного лечения и эффективного контроля артериального давления (АД) с целью предотвращения тяжелых осложнений АГ. В этом отношении мы также достигли неплохих результатов. По данным тех же авторов — специалистов отдела популяционных исследований нашего института, охват медикаментозным лечением пациентов с АГ увеличился в городах до 48,4% (для сравнения — в 1980 г. эта цифра не превышала 14%, а в 2000 — 29%). Менее значительные результаты были достигнуты среди сельского населения, где охват медикаментозным лечением в 2005 г. составил только 38,3%. Если учесть, что в 1985 г. этот показатель находился на уровне 5,8%, то это очень существенный шаг вперед.

— Какие выводы можно сделать об эффективности лечения АГ на основании данных статистики?

— Эффективность лечения, безусловно, тоже увеличилась. Прежде всего это результат той большой образовательной работы среди практических врачей, которую проводили на протяжении последних лет отечественные ученые-кардиологи. Каждые два-три года мы обновляем рекомендации по лечению АГ, разработанные на основе европейских рекомендаций, проводим большое количество научно-практических мероприятий для врачей как в Киеве, так и в регионах.

В 2005 г. на пике выполнения программы по профилактике и лечению АГ эффективность лечения среди городского населения возросла до 18,7%, тогда как в 1980 г. она составляла 4,4%, а в 2000 — 9,7%. Эти цифры свидетельствуют не только о результативности проведенной работы, но и том, как много еще необходимо сделать для того, чтобы приблизиться к европейским показателям. Эффективность лечения АГ в сельской местности в 2005 г. находилась на уровне 8,1%. Это крайне низкий показатель, несмотря на то что он увеличился в 2,5 раза по сравнению с 1985 г.

Повышение эффективности лечения АГ отразилось на частоте случаев развития инсультов. За период с 2000 по 2008 г. частота инсультов снизилась со 120 тыс. до 107 тыс. случаев в год. Кроме того, в последние годы отмечается тенденция к снижению уровня цереброваскулярной смертности, а также некоторое увеличение продолжительности жизни больных АГ.

— И все же сегодня эффективный контроль АД в целом остается нерешенной проблемой для нашей страны. В чем, на ваш взгляд, причина недостаточно высокой эффективности лечения АГ?

— Причин несколько, и все они имеют место не только в нашей стране, но и во всем мире. Первая причина — некоторая инертность определенной части врачей, которые, несмотря на доказанную целесообразность использования комбинированной антигипертензивной терапии на старте лечения АГ, часто в течение долгого времени пытаются добиться результата путем подбора препарата для монотерапии. Вторая — плохая приверженность пациентов к лечению, которая, в свою очередь, определяется несколькими факторами. Например, в Украине в условиях отсутствия системы страхования очень значимым является такой фактор, как стоимость лечения. Напомню, что хроническое заболевание, каким является АГ, предполагает регулярный и длительный прием препаратов, польза

от которых проявляется не сразу, поэтому приверженность к лечению и определяет его успешность.

— Сегодня врачи имеют возможность назначать современные украинские препараты для длительного и безопасного лечения АГ, доступные большинству пациентов. Это помогает решить проблему приверженности лечению?

— Безусловно, доступность препаратов — такой же важный момент, как и их эффективность. Следует отметить, что при правильном назначении антигипертензивной терапии, соблюдении современных рекомендаций по использованию комбинированного лечения АГ, активном воздействии на модифицируемые факторы риска можно достичь ощутимых результатов при относительно небольших материальных затратах. Об этом свидетельствуют результаты уникального многоцентрового исследования «Можливості ефективного контролю артеріального тиску» (МЕКАТ), в ходе которого изучались возможности эффективного контроля АД при помощи комбинированного лечения препаратами украинского производства. Исследование проводилось специалистами Института совместно с модератором — украинской фармацевтической компанией, выпускающей антигипертензивные препараты разных классов. Это был очень большой проект с участием более 10 тыс. пациентов, осуществлявшийся в 62 городах Украины. Уникальностью этого исследования заключалась в том, что в нем приняли участие в основном участковые терапевты и семейные врачи. Таким образом, мы получили данные о возможностях лечения АГ в реальной клинической практике, а не в условиях тщательно спланированных исследований, в которых участвуют, как правило, крупные научно-исследовательские и клинические центры.

Одним из главных условий участия в исследовании МЕКАТ было назначение комбинированной антигипертензивной терапии пациентам с АГ на старте лечения с применением препаратов, выпускаемых отечественным производителем. В дальнейшем в случае неэффективности такого подхода врач имел право назначить лечение на свое усмотрение. Согласно результатам этого исследования за три месяца наблюдения у 60% больных эффективного контроля АД удалось достичь путем комбинированного назначения антигипертензивных препаратов отечественного производителя, то есть препаратов, относительно доступных большинству украинских пациентов. Помимо получения ощутимых результатов в плане контроля АД у пациентов, исследование МЕКАТ имеет большое значение еще и потому, что оно явилось попыткой сократить или устранить то расстояние, которое всегда существует между официальными рекомендациями по лечению какого-либо заболевания и возможностями реальной клинической практики. Как видим, попытка оказалась успешной, следовательно, у нас есть возможности и инструменты для выполнения современных рекомендаций по лечению АГ.

— Сегодня так же активно, как и на этапе внедрения, выполняется Программа профилактики и лечения артериальной гипертензии?

— В 2009 г. наблюдается некоторое снижение стандартизованных показателей: осведомленность о своем заболевании среди городского населения снизилась до 63,4%, охват медикаментозным лечением — до 37,5%, эффективность лечения — до 14,2%. Такая тенденция наблюдается во многих странах при выполнении ряда программ по профилактике и лечению каких-либо заболеваний. Очень часто после пика активного внедрения такого проекта и получения хороших результатов наступает небольшой спад. Однако отечественным врачам еще рано почитать на лаврах — мы только увидели, что предпринимаемые меры могут дать ощутимые результаты, но не достигли главных целей.

Мы выявили недостатки в лечении пациентов с АГ, но пока не обеспечили должной эффективности лечения этого заболевания в масштабах всей страны. Заставили многих задуматься о последствиях плохого контроля АД, но еще не вышли на тот уровень, когда пациент является партнером врача в борьбе за устранение факторов риска и достижение целевого уровня АД. Поэтому программа должна продолжать свое существование еще многие годы. Именно так происходит во многих странах, поскольку в конечном итоге успешная реализация этой программы является одной из составляющих успешной работы по снижению СС заболеваемости и смертности. Отмечу также, что 10 лет — слишком малый срок для того, чтобы повлиять на такой инертный показатель, как СС заболеваемость и смертность, для этого требуются многие годы работы по нескольким направлениям.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

