

І.М. Горбась, д.м.н., ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ

Епідеміологічні і медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії

У наш час не викликає сумніву той факт, що підвищений рівень артеріального тиску (АТ) – це патологічний стан, який спричиняє такі серйозні ускладнення, як гіпертензивний криз, порушення мозкового кровообігу, застійна серцева або ниркова недостатність, ураження аорти, периферійних артерій і судин сітківки. Крім того, артеріальну гіпертензію (АГ) розглядають як самостійний та істотний фактор розвитку і прогресування атеросклерозу. За результатами міжнародних епідеміологічних досліджень, вплив підвищеного рівня АТ на ризик серцево-судинних ускладнень є одним з найважливіших. ВООЗ зазначає, що приблизно 20% усіх серцево-судинних захворювань (ССЗ) у світі зумовлені АГ. В економічно розвинутих країнах вона спричиняє майже половину всіх випадків серцевої недостатності, а її внесок у розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС) сягає 35%.

За даними дослідження INTERHEART, популяційний атрибутивний ризик інфаркту міокарда (ІМ), зумовленого АГ, становить 8% як для чоловіків, так і для жінок незалежно від їх віку і країни проживання. Дослідження PROGRESS підтвердило, що підвищений рівень АТ – провідна причина кожного другого випадку смерті від мозкового інсульту (MI) і кожного четвертого від ІХС. В осіб з АГ у 3-4 рази частіше розвивається ІХС і в 7 разів частіше MI. Підвищена рівня систолічного АТ (САТ) на 20 мм рт. ст. або діастолічного (ДАТ) на 10 мм рт. ст. подвоює ризик MI або коронарної смерті.

Прогностичне значення АГ щодо виникнення ССЗ зростає з віком. Серед хворих на АГ 2 ступеня ризик їх розвитку коливається від 1% в осіб віком 25-34 роки до 30% у віці 65-74 роки.

У Росії АГ діагностують у 78% хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу. Її внесок у смертність від ССЗ становить 40%, а від MI – 80%.

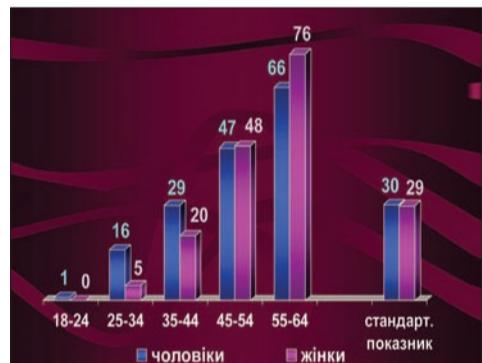


Рис. 1. Статево-вікова поширеність АГ у міській популяції України (%)

У дослідженні German Stroke Foundation частота виникнення гострого порушення мозкового кровообігу в 68% хворих віком понад 50 років зумовлена АГ. У Китаї смертність осіб віком понад 40 років з підвищеним рівнем АТ на 48% вища, ніж серед жителів з нормальними значеннями цього показника, а атрибутивний ризик АГ для загальної смертності становить 12%.

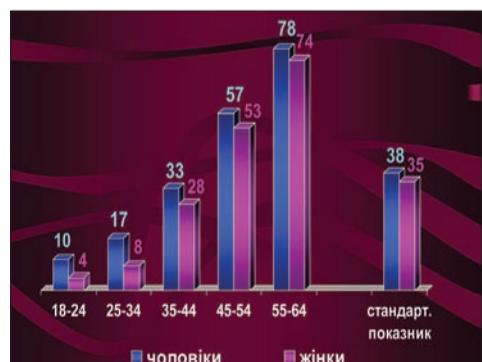


Рис. 2. Статево-вікова поширеність АГ у сільській популяції України (%)

До цього часу дискусійним залишається питання пріоритетності САТ і ДАТ у розвитку ССЗ. Деякі міжнародні проспективні дослідження свідчать про наявність лінійного асоціативного зв'язку САТ зі смертністю від хвороб системи кровообігу за повної відсутності такого для ДАТ. За даними Seven Countries Study, навіть одне

вимірювання САТ у чоловіків середнього віку дозволяє прогнозувати серцево-судинну і загальну смертність на наступні 30 років. Для осіб з нормальним рівнем АТ провідним предиктором є САТ, а для хворих на АГ прогностичне значення САТ і ДАТ рівноцінне.

Результати інших досліджень свідчать про важливу роль ДАТ у прогнозуванні розвитку ІХС, MI та смерті від них. Так, відносний ризик MI в осіб з рівнем ДАТ 110 мм рт. ст. і вище в 10-12 разів більший, ніж серед людей зі значеннями цього показника менше 79 мм рт. ст. Зменшення ДАТ на кожні 8 мм рт. ст. супроводжується зменшенням ризику MI на 46%.

За даними тривалих проспективних спостережень за різними когортами населення, ризик смерті від ССЗ для САТ і ДАТ одинаковий: підвищення на 10 мм рт. ст. рівня САТ і на 5 мм рт. ст. ДАТ зумовлює зростання ризику на 28%.

Греції підвищений рівень АТ реєструють у 37% чоловіків і в 25% жінок, у Польщі – у кожного третього жителя віком понад 18 років, у Росії – у 40% населення.

В Україні стандартизований за віком показник поширеності АГ у міській популяції становить 29,6% і ні відрізняється у чоловіків і жінок (рис. 1).

У сільській популяції розповсюдженість АГ вища – 36,3%, у тому числі серед чоловіків – 37,9%, серед жінок – 35,1% (рис. 2).

У структурі за рівнем АТ домінує АГ 1 ступеня, її реєструють у половини осіб з підвищеним рівнем АТ (рис. 3). У кожного третього хворого визначають АГ 2 ступеня, а в кожного п'ятого – АГ 3 ступеня.

Аналіз структури АГ за її окремими формами свідчить, що в обох популяціях найбільш поширою формує є змішана АГ, яку реєструють у 2/3 осіб з підвищеним рівнем АТ, а найменш розповсюджену – ізольована діастолічна АГ (рис. 4).



І.М. Горбась

форм ІХС є атеросклерозу судин нижніх кінцівок. Незалежно від того, супроводжується АГ скаргами чи перебігає безсимптомно, прогноз, як правило, однаковий.

На підставі аналізу смертності чоловіків віком 40-59 років у шести країнах доведено пріоритетне значення АГ у формуванні рівня смертності від ІХС. У дев'яти проспективних дослідженнях, у яких брали участь 42 тис. осіб, із середньою тривалістю спостереження десять років виявлено наявність лінійного зв'язку між значеннями ДАТ 90-110 мм рт. ст. і частотою виникнення ІХС. При стійкому підвищенні середнього рівня ДАТ на 5 мм рт. ст. ризик ІМ збільшується на 21%, а за підвищеного рівня ДАТ на 10 мм рт. ст. – відповідно на 37%. У дослідженні MRFIT установлено, що відносний ризик виникнення ІХС зростає від 1,0 при рівні САТ менше 120 мм рт. ст. і ДАТ менше 80 мм рт. ст. до 3,2 при підвищенні рівня САТ і ДАТ понад 160 і 110 мм рт. ст. відповідно.

За даними проведених нами епідеміологічних досліджень, поширеність ІХС зростає з підвищенням рівня АТ. Її частота серед осіб з АГ у 3,5 раза вища, ніж в обстежених без АГ. У кожного другого хворого на ІХС реєструють підвищений рівень АТ. Найчастіше ІХС асоціюється з ізольованою систолічною і змішаною АГ. Імовірність розвитку ІХС за високого САТ у чоловіків віком 40-49 років у 4,0 рази, а віком 50-59 років у 6,0 разів вища, ніж при низких його значеннях. Аналогічно для ДАТ ризик розвитку ІХС при високих значеннях у 40-49 років у 3,0 рази, а в 50-59 років у 5 разів вищий, ніж за низких його значень. Для жінок відносний ризик для САТ відповідно становить 2,7 і 5,0; для ДАТ – 2,0 і 3,0. У хворих на ІХС середній рівень АТ значно вищий, ніж серед обстежених без її проявів.

За результатами проведеного нами 20-річного проспективного дослідження, наявність АГ підвищує ризик загальної смертності в 4,5 раза у чоловіків і в 2,0 рази у жінок.

Аналіз рівня накопиченої смертності серед осіб з різними формами АГ показує, що виживання хворих з діастолічною АГ не відрізняється від такого у групі пацієнтів з нормальними показниками АТ (89% у жінок і 64% у чоловіків), у той час як серед обстежених зі змішаною систолічною формами кількість тих, хто вижив, значно менша (відповідно 38% і 40% у чоловіків, 58% і 68% у жінок).

Незалежно від статі найбільш несприятливий віддалений прогноз у хворих зі змішаною АГ. Так, серед чоловіків з цією формою показники смертності від усіх причин і від ССЗ відповідно у 2,4 і 1,9 раза вищі, ніж в осіб з діастолічною АГ, і відповідно на 20% і 30% вищі, ніж у хворих із систолічною АГ. У жінок за наявності змішаної форми АГ загальний ризик смерті від хвороб системи кровообігу в 1,6 раза вищий, ніж в осіб із систолічною формою АГ. Серед чоловіків зі змішаною формою АГ реєструють найвищі показники смертності від судинних уражень головного мозку.

Продовження на стор. 64.



Рис. 3. Структура АГ за рівнем АТ (%)

Оцінка внеску САТ і ДАТ у смертність чоловіків від ІХС показує, що у молодому віці детермінуючим показником є САТ, а в старших вікових групах значення САТ і ДАТ майже однакове. При зростанні рівня САТ на кожні 20 мм рт. ст. ризик смерті від ІХС збільшується на 32% серед осіб віком 18-39 років і на 2% у віковій групі 40-59 років. За зростання рівня ДАТ на кожні 10 мм рт. ст. ризик смерті збільшується на 20% і 26% відповідно.

За результатами іншого дослідження, самостійне прогностичне значення для ризику розвитку ІХС у чоловіків і жінок віком до 50 років має лише ДАТ, при цьому його зростання на кожні 10 мм рт. ст. сприяє збільшенню ризику на 34%.

Розповсюдженість АГ значно коливається серед населення різних країн і окремих регіонів. Найнижчу поширеність АГ реєструють серед населення Танзанії (3%) й Індії (3% серед чоловіків і 7% серед жінок). У США і Канаді частота АГ становить 30% серед чоловіків і 25% серед жінок, а в країнах Європи – 50% і 38% відповідно. Так, наприклад, серед населення



Рис. 4. Структура АГ залежно від форм (%)

І.М. Горбась, д.м.н., ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ

Епідеміологічні і медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії

Продовження. Початок на стор. 63.

Поєднання підвищеного рівня САТ і ДАТ не тільки збільшує ризик загальної смерті, а й істотно впливає на середню тривалість життя. Серед померлих зі змішаною формою АГ середня тривалість періоду від обстеження до смерті становить у чоловіків $10,9 \pm 2,1$ року, у жінок $12,7 \pm 3,8$ року, у той час як для осіб з діастолічною АГ – відповідно $14,3 \pm 2,4$ і $15,4 \pm 2,7$ року, а із систолічною АГ – $15,7 \pm 1,4$ і $16,0 \pm 2,4$ року.

Найбільше на смертність від ССЗ у чоловіків впливає підвищений рівень САТ. Він на 63% визначає смертність від судинних уражень головного мозку і на 40% – від ІХС. Внесок ДАТ відповідно становить 44% і 27%.

У жінок вплив підвищеного рівня САТ і ДАТ на ризик смерті від ІХС майже однаковий (51% і 49%), щодо смертності від судинних уражень головного мозку, як і в чоловіків, рівень САТ більш вагомий, ніж ДАТ (71% і 64% відповідно).

Для визначення оптимальних рівнів АГ у популяції, за наявності яких можна очікувати мінімальну смертність від серцево-судинних і інших захворювань, ми провели аналіз відносного ризику смерті в ряду розподілу САТ і ДАТ. Установлено, що мінімальний рівень загальної смертності протягом 20-річного періоду реєструють при значенні САТ 122 мм рт. ст. і менше й ДАТ 78 мм рт. ст. і менше. Результати тривального моніторингу рівня АГ серед населення свідчать, що реально існуючі середньопопуляційні показники істотно перевищують оптимальні (САТ: $128,9 \pm 0,7$ мм рт. ст. у чоловіків і $128,8 \pm 0,8$ мм рт. ст. у жінок; ДАТ: $81,9 \pm 0,4$ мм рт. ст. у чоловіків і $79,2 \pm 0,4$ мм рт. ст. у жінок).

Показник загальної смертності мультиплікативно зростає зі зростанням кількості супутніх з АГ факторів ризику. Відносний ризик серцево-судинної смерті зростає при ізольованій АГ у чоловіків від 1,0 до 7,9, якщо АГ поєднується з трьома чинниками ризику; у жінок – відповідно від 1,0 до 3,4.

Одержані нами дані свідчать, що в українській популяції АГ має високий рівень поєднання з іншими факторами ризику (рис. 5).

Лише в 1% хворих з підвищеним рівнем АГ цей фактор ризику реєструють як ізольований. У кожного восьмого АГ поєднується з одним, у кожного четвертого з двома, а в 61% хворих з трьома і більше чинниками ризику.

Серед чоловіків з ізольованими факторами ризику найвищий рівень смертності реєструють в осіб з АГ, удвічі менший у курців, третю сходинку посадають порушення ліпідного обміну й ожиріння. У жінок найбільше впливають на смертність АГ й ожиріння. Для чоловіків найбільш несприятливі такі поєднання двох факторів ризику, як АГ і куріння, АГ та ожиріння,

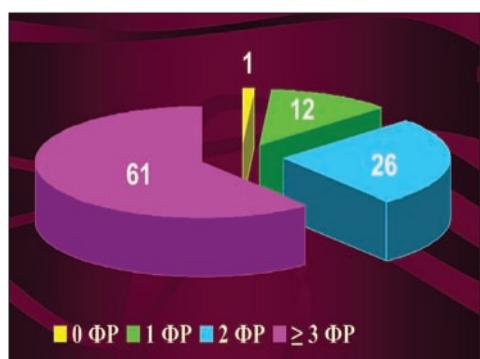


Рис. 5. Розподіл осіб з АГ залежно від кількості супутніх факторів ризику (%)

смертності від ІХС на 50%, а від МІ – на 70% у США.

Зниження на 8% середнього рівня АГ у популяції Нової Зеландії, на 6% в Ірландії, на 9,5% у Великій Британії, на 8% серед чоловіків і на 13% серед жінок Фінляндії дослідники розглядають як одну з детермінант стійкого й істотного зменшення смертності від ССЗ у цих країнах. Про зменшення поширеності АГ серед населення свідчать результати проведених досліджень у Швеції, Чехії та Словенії. У Німеччині протягом 10 років частота АГ залишається стабільною.

Поліпшення стану контролю АГ відіграє провідну роль у зниженні рівня смертності від ІХС та МІ. Більшість хворих на АГ (69%) у США знають про наявність у них підвищеного АГ, 58% з них лікуються медикаментозно, а ефективність лікування становить 31%. В Італії регулярно приймають антигіпертензивні лікарські засоби від 49% до 63% хворих на АГ, на Сейшелах – 59% осіб, а в Хорватії – 23%. За останні 15 років у Чехії значно зросла як інформованість населення про наявність захворювання (від 43% до 67%), так і охоплення медикаментозним лікуванням (від 35% до 49%). На Кубі за низького відсотка хворих, які лікуються (18%), реєструють високу ефективність лікування (39%). Обізнаність населення Греції про наявність АГ коливається від 19% до 54%, охоплення медикаментозним лікуванням – від 12% до 84%, а його ефективність – від 2% до 15%.

У близьких за соціально-економічним статусом і рівнем медичного обслуговування країнах, таких як Нідерланди, Франція, Ірландія і Швеція, при високій обізнаності населення (від 58% до 70%) значно коливаються показники ефективності лікування (від 32% у Франції до 9% у Швеції).

У Росії 37% чоловіків і 60% жінок знають про наявність у них АГ, з них лікуються тільки 21% чоловіків і 45% жінок, а ефективно – лише 6% і 18% відповідно.

Проведені нами дослідження показали, що знають про наявність АГ 81% міських жителів нашої країни і 68% сільських з підвищеним рівнем АГ. Приймають будь-які антигіпертензивні препарати відповідно 48% і 38% хворих, а ефективність лікування становить лише 19% у міській і 8% у сільській популяціях (табл.).

Таблиця. Стандартизовані за віком показники контролю АГ в Україні (%)

Показники	Міська популяція			Сільська популяція		
	чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі
Поширеність АГ	30	29	30	38	35	36
Обізнаність про наявність АГ	58	88	81	56	87	68
Охоплення медикаментозним лікуванням	36	56	48	23	56	38
Ефективність лікування	9	25	19	3	15	8

Відомо, що жінки більше уваги приділяють своєму здоров'ю, більш сумлінно ставляться до рекомендацій лікаря, ретельніше виконують його призначення. Тому серед них порівняно з чоловіками вірогідно більше осіб, які знають про підвищення рівня АГ, значно більший відсоток охоплених медикаментозним лікуванням і вищий показник його ефективності.

Інформованість населення про підвищений АГ, а також поширеність АГ залежить від освітнього рівня обстежених: з підвищенням рівня освіти зменшується частота АГ і зростає інформованість населення про захворювання.

Для зниження ризику розвитку тяжких ускладнень АГ важливим є своєчасне призначення антигіпертензивної терапії, яка обов'язково має включати заходи зі змінами 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 МІ та ІМ.

Проведені дослідження показали, що на рівні первинних структур охорони здоров'я майже повністю ігноруються випадки АГ 1 ступеня, у лікуванні має місце явна недооцінка важливості застосування немедикаментозних методів корекції підвищеного АГ, акцент робиться на призначенні лікарських засобів, а стереотипи медикаментозної терапії АГ не відповідають сучасним концепціям: 8% городян і 29% селян з підвищеним АГ для його корекції використовують препарати другої лінії.

За показниками контролю АГ ми майже наблизилися до країн, які мають великий досвід боротьби з нею. За останніми даними, регулярно приймають лікарські засоби від 49% до 63% хворих на АГ в Італії, 58% – у США, 59% – у Великій Британії, 53% – у Нідерландах.

Недостатній відсоток хворих, які ефективно лікуються, – проблема не лише нашої країни. Ці показники коливаються від 9% до 32% і в інших європейських державах. Разом з тим міжнародний досвід успішного контролю АГ та зниження середніх рівнів АГ у популяції демонструє їх значення для зменшення рівня смертності населення. Так, у результаті широкомасштабної програми профілактики і контролю АГ у США протягом 30 років середній рівень САТ знизився на 10 мм рт. ст., ДАТ – на 5 мм рт. ст., а кількість осіб, які досягли цільового рівня АГ, збільшилася від 10% до 38% серед осіб віком до 60 років. Це зумовило зниження смертності від МІ на 70% і від ІХС на 50%. У проекті «Північна Карелія» (Фінляндія) у результаті багатофакторної програми рівень САТ у популяції знизився на 5%, а рівень ДАТ – на 8%, що разом з позитивною динамікою частоти і рівнів інших факторів ризику спричинило зниження на 82% рівня смертності від ІХС.

Таким чином, проблема ефективного контролю АГ серед населення України потребує подальшої активізації зусиль медичних працівників первинних структур охорони здоров'я, спрямованих на виявлення хворих з підвищеним рівнем АГ, мотивацію їх до тривалого, а не епізодичного медикаментозного лікування і корекцію супутніх факторів ризику.

Успіх програм із збереження і зміцнення здоров'я населення значною мірою

залежить від науково-обґрунтованого вибору пріоритетів профілактичних втручань на популяційному рівні.

За результатами проведених нами досліджень, АГ – провідний чинник ризику в українській популяції: високий рівень САТ у 5 разів підвищує вірогідність смерті від ССЗ у чоловіків і в 2 разів у жінок, а високий рівень ДАТ – відповідно в 3 і 4 рази. Найбільш несприятливий прогноз відзначають у хворих зі змішаною формою АГ. Поєднання високого САТ і ДАТ не лише підвищує у 3-5 разів вірогідність смерті чоловіків від судинних уражень головного мозку і в 2-2,5 раза – смерті жінок від ІХС порівняно з ізольованими формами, а й істотно впливає на середню тривалість життя, скорочуючи її відповідно на дев'ять і сім років.

Оскільки АГ як ізольований чинник ризику реєструють лише в 1% хворих, а в 61% осіб вона поєднується з трьома і більше факторами ризику, які потенціюють її негативний вплив, профілактичні втручання мають бути багатофакторними.