

Досвід лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією за допомогою вітчизняних ліків

Ю.М. Сіренко, Г.Д. Радченко, І.М. Марцovenko від імені учасників дослідження*

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ;
Сумський кардіологічний диспансер

КЛЮЧОВІ СЛОВА: артеріальна гіпертензія, контроль артеріального тиску, антигіпертензивна терапія

Контроль артеріального тиску (АТ) є найефективнішим способом запобігання виникненню таких серцево-судинних ускладнень, як інфаркт міокарда, інсульт, серцево-судинна смерть, серцева недостатність тощо. Проте, за даними багатьох досліджень, контроль АТ у всіх країнах світу ще недостатній [1–6, 15, 17, 26, 27, 31, 32]. Є так зване «правило половини», коли тільки 50 % людей з підвищеним АТ знають про наявність у них артеріальної гіпертензії (АГ), 50 % з них лікуються та 50 % з них контролюють АТ [24]. За результатами NHANES III (National Health and Nutrition Survey), що включали дані 1991–1994 рр., у США тільки 24,4 % пацієнтів з АГ досягали цільового АТ – менше 140/90 мм рт. ст. [14, 26]. В інших країнах ситуація була не кращою: в Канаді – 16 %, в Індії – 9 %, в Англії – 6 %, в Росії – 5,7 % [24]. На теперішній час у деяких країнах ситуація покращилася. Так, у США за даними 1999–2000 рр. знають про наявність у них АГ 70 % хворих, лікуються з них 59 % та досягають цільового АТ 34 % [26]. В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність АГ становить 29,3 % серед міського населення та 36,8 % серед сільського населення [2, 3]. Знають про наявність АГ 80,8 % хворих у міській популяції та 66,1 % у сільській. Лікуються відповідно 48,6 та 37,4 %, а контролюють АТ – відповідно тільки 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 (САТ) АТ значно гірший за контроль діастолічного (ДАТ) АТ [10, 23]. У 2003 р. були опубліковані дані аналізу популяційних досліджень у різних країнах щодо поширеності АГ у світі, згідно з якими з найменшою частотою АГ діагностовано в

сільських районах Індії (3,4 % чоловіків та 6,8 % жінок), а з найбільшою – у Польщі (68,9 % чоловіків, 72,5 % жінок) [22]. Знають про наявність у них АГ від 25,2 % хворих у Кореї до 75 % на Барбадосі. Лікуються – від 10,7 % пацієнтів у Мексиці до 66 % на Барбадосі. Контролюють АТ (менше 140/90 мм рт. ст.) від 5,4 % у Кореї до 58 % на Барбадосі. Висновками цього аналізу були: АГ є дуже поширеним захворюванням як у країнах, що розвиваються, так і у країнах економічно розвинених, велика кількість хворих не знає про наявність у них захворювання, а в тих, що лікуються, контроль АТ є неадекватним, а також необхідно проводити на популяційному рівні заходи, спрямовані на підвищення якості діагностики та лікування АГ, освіти пацієнта.

Взагалі причини недостатнього контролю АТ класифікують на пацієнт-залежні (наявність кількох захворювань, генетичні фактори, фактори зовнішнього середовища, прихильність до лікування), препарат-залежні (монотерапія ефективна тільки у 50 % пацієнтів, прийом ліків призводить до активації систем контррегуляції, прихильність до лікування – одноразовий прийом), лікар-залежні (призначення ефективних доз, застосування немедикаментозної терапії). Заходи, спрямовані на покращання контролю АТ, можна розділити на: пов'язані із самим пацієнтом (забезпечення прихильності хворого до лікування), пов'язані з лікарем (забезпечення послідовності лікування – від дільничного терапевта до спеціаліста з АГ, зацікавленість в результатах своєї роботи, підвищення освіти лікаря), пов'язані із системою охорони здоров'я (впровадження страхової медицини, національні програми з лікування та профілактики АГ, освіта пацієнта через рекламу на телебаченні, друковані матеріали, заохочення ліка-

* Перелік учасників дослідження «Можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків» наведено в кінці статті.

рів до підвищення ефективності в лікуванні АГ, забезпечення високого рівня освіти та підвищення кваліфікації лікарів тощо) [9, 11, 12, 16, 19, 29].

Підвищення освіти лікарів також значно сприяє покращанню контролю АТ. Так, на думку G. Maresca та A. Sessa, причинами не дуже ефективного лікування пацієнтів з АГ були недостатньо агресивна антигіпертензивна терапія, що призначається лікарями загальної практики, та низька прихильність пацієнтів до рекомендацій щодо зміни способу життя [23]. Спеціальні заняття з лікарями, роз'яснення їм суті рекомендацій Європейського товариства АГ привели до того, що через рік контроль АТ збільшився на 19,3 % та становив 52,7 % (53,6 % осіб мали САТ менше 140 мм рт. ст. та 90,5 % мали ДАТ менше 90 мм рт. ст.). За даними M. Persson та співавторів, лікарі загальної практики недооцінюють серцево-судинний ризик та не поспішають призначати антигіпертензивні препарати, незважаючи навіть на наявність значно збільшеного рівня АТ [28]. Тому підвищення рівня освіти лікарів є дуже важливим кроком на шляху покращання контролю АТ.

Немедикаментозні методи лікування застосовують у клінічній практиці не дуже часто. Так, за даними великого епідеміологічного дослідження в США, в якому було проаналізовано дані 137,4 млн візитів з приводу АГ, рекомендації щодо зміни дієти отримували лише 35 % пацієнтів, щодо підвищення фізичної активності – 26 %, тоді як за останніми рекомендаціями з лікування АГ модифікація способу життя має проводитися у всіх пацієнтів з АГ [13]. Найчастіше для зниження АТ у США призначають інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) та блокатори рецепторів ангіотензину II – 28 %. Діуретики та антагоністи кальцію застосовують у 23 % хворих, β -адреноблокатори – у 15 %. В Україні, за даними популяційних досліджень, найчастіше призначають також інгібітори АПФ – 35 % у міській популяції та 36,9 % у сільській [2, 7]. Проте, лідером був каптоприл, який для забезпечення контролю АТ необхідно приймати, як мінімум, тричі на день, що значно зменшує прихильність хворого до лікування. Значно рідше (в 5 % випадків) призначають у нашій країні діуретики та набагато частіше, особливо в сільській місцевості (16,5 %), препарати центральної дії, серед яких дуже поширені клонідин та похідні раувольфії. Частота призначення комбінованої терапії в США становить 43,8 %, тоді як у м. Києві –

33,3 %. При цьому лідерами серед комбінованих препаратів у нашій країні є комбінація каптоприлу з гідрохлоротіазидом, атенололу з гідрохлоротіазидом та похідних раувольфії (адельфан, кристепін, норматенс), тобто комбінації, що значно рідше застосовують у клінічній практиці інших країн.

Безумовно, без втручання держави та системи охорони здоров'я неможливо на популярному рівні досягнути високого рівня контролю АТ. В одному з досліджень, яке проводилося за участю експертів ВООЗ, було показано, що причинами поганого контролю АТ були: погане матеріально-технічне забезпечення (перш за все діагностичною апаратурою) діяльності лікарів, що займаються лікуванням пацієнтів з АГ (неможливо проводити оцінку ризику виникнення серцево-судинних ускладнень), неможливість забезпечити пацієнтів ліками (73 % пацієнтів повинні були самі собі купувати препарати), що призводило до призначення найбільш дешевих препаратів, у тому числі і центральної дії (метилдопа), недостатнє впровадження в практику лікарів застосування немедикаментозних методів лікування АГ та корекції усіх факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, неможливість забезпечення пацієнта засобами для вимірювання АТ (тільки 3,4 % пацієнтів мали змогу вимірювати АТ удома) [25]. У клінічних рандомізованих дослідженнях, коли проводиться відбір пацієнтів, а також антигіпертензивні препарати видаються пацієнтам безкоштовно та проводиться жорсткий кількісний контроль за їх прийомом, ефективність призначеної терапії (досягнення цільового АТ) сягає 60–70 %. Тобто, значно вище, ніж у реальній практиці.

Таким чином, забезпечення контролю АТ є комплексною проблемою, що потребує зусиль пацієнта, лікаря та держави. Пошуки способів покращання контролю АТ є перспективною метою для організації подальших досліджень, особливо в Україні, де таких досліджень не проводили.

З метою вивчення можливостей оптимізації лікування АГ у популяції неорганізованого населення України на підставі дослідження якості надання допомоги на амбулаторно-поліклінічному етапі проведено аналіз результатів лікування пацієнтів, що брали участь у багатоцентровому дослідженні ефективності призначення препаратів компанії «Фармак» (Україна) – «Можливості ефективно-

го контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків».

Матеріал і методи

Клінічна характеристика хворих. У дослідження включено 10 158 пацієнтів, що мешкали у 62 містах України (додаток 1). Клініко-демографічну характеристику хворих представлено у табл. 1.

У дослідження включали пацієнтів віком від 18 років з рівнем АТ 140/90 мм рт. ст. і більше, які мали змогу регулярно відвідувати лікаря. Не включали жінок, що були вагітними або збиралися завагітніти, хворих з декомпенсованими хронічними захворюваннями, які б могли зашкодити оцінці результатів лікування, пацієнтів з онкологічними захворюваннями, психоневрологічними розладами, які не могли відвідувати лікаря регулярно.

Методи лікування. Дослідження проводили у 62 містах України за підтримки фармацевтичної компанії «Фармак» (Україна). Загалом було залучено 531 лікаря (список учасників представлено у додатку 2), які на свій розсуд призначали хворим з АГ вітчизняні антигіпертензивні препарати: «Бісопрол», «Еналозид 12,5», «Еналозид 25», «Еналозид Моно», «Еналаприл-Фармак», «Амлодипін-Фармак», «Фармадипін» у дозах, які вони вважали за потрібне призначити. Лікарі мали можливість проводити як монотерапію, так і комбіновану терапію, застосовувати антигіпертензивні препарати інших виробників, якщо вони вважали це за необхідне, вибирати дози препаратів, згідно із своїм баченням тактики ведення хворого, а також призначати немедикаментозне лікування. Проте, обов'язковим було намагання лікарів досягти цільового АТ, і вони знали, що в кінці дослідження буде проводитися оцінка ефективності лікування.

Методи дослідження. Загалом пацієнт, включений у дослідження, робив 4 візити. Протокол дослідження представлено у табл. 2. Збір анамнезу проводили відповідно до свідчень пацієнтів та медичної документації.

Офісний АТ вимірювали у положенні сидячи вранці між восьмою та десятою годинами. Реєстрацію САТ і ДАТ проводили на одній і тій самій руці тричі з інтервалом 2 хв, якщо значення АТ не відрізнялися більш як на 5 мм рт. ст. При виявленні більшої різниці між отриманими величинами проводили четверте вимірювання та обчислювали середнє значення з трьох послідов-

Таблиця 1

Клініко-демографічна характеристика хворих, включених у дослідження (n=10 158)

Показник	Величина показника (M±m)
Вік, роки	59,90±0,15
Зріст, см	168,70±0,22
Маса тіла, кг	81,20±0,24
Тривалість АГ, міс	112,30±0,93
САТ, мм рт. ст.	166,50±0,23
ДАТ, мм рт. ст.	96,70±0,11
ЧСС за 1 хв	81,50±0,11
	Частота виявлення, абс. (%)
Жінки/чоловіки	6248 (61,5)/ 3910 (38,5)
АГ, виявлена вперше	1288 (12,7)
Вторинна АГ	3066 (30,2)
Знали про АГ	8870 (87,3)
Не лікувалися	2312 (26,1)
Лікувалися регулярно	1587 (15,6)
Перенесли інсульт	1645 (16,2)
ІХС	5261 (51,8)
Інфаркт міокарда	978 (9,6)
Стенокардія напруження	
I ФК	3367 (33,2)
II ФК	2522 (24,8)
III ФК	839 (8,3)
Серцева недостатність	
I ФК за NYHA	3379 (33,3)
II ФК	649 (6,4)
III ФК	42 (0,4)
Цукровий діабет	1208 (11,9)
Захворювання нирок	1898 (18,7)
Підвищений рівень креатиніну сироватки крові	531 (5,2)
Ретинопатія	5952 (58,6)
Підвищений рівень загального холестерину	5244 (51,6)
Спадковий анамнез за АГ	6100 (60,1)

Примітка. ЧСС – частота скорочень серця; ІХС – ішемічна хвороба серця; ФК – функціональний клас.

них вимірювань. ЧСС визначали після другого вимірювання.

Реєстрацію електрокардіограми (ЕКГ) проводили на початку лікування. Визначали наявність загальноприйнятих ознак гіпертрофії лівого шлуночка (індекс Соколова ($SV1 + RV5/RV6 > 35$ мм), вольтажний індекс Корнела ($RaVL + SV3 > 28$ мм у чоловіків та > 20 мм – у жінок), порушення серцевого ритму, динаміку ЕКГ (наявність патологічного зубця Q, зміни сегмента ST, зміни хвилі T).

Визначення серцево-судинного ризику проводили на початку та в кінці дослідження згідно з

рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства артеріальної гіпертензії (2007). На розсуд лікаря пацієнтам проводили інші, крім вказаних, інструментальні та лабораторні дослідження для визначення ураження органів-мішеней.

На етапах лікування пацієнт сам оцінював свій стан, відповідаючи на запитання, як змінився його стан від моменту початку лікування: не змінився, погіршився, покращився.

Під час кожного візиту проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни антигіпертензивної терапії. Окрім того, у випадку, коли пацієнт припиняв участь у дослідженні, визначали причини: призначення іншого лікаря, наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор, інша.

На початку дослідження усім пацієнтам було 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 надаєте перевагу? Яку освіту ви маєте? Чи працюєте ви зараз? Чи виконуєте ви фізичні навантаження? 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 антигіпертензивної терапії визначали за допомогою спеціальної анкети на основі бальної системи [20, 21]. Пацієнт мав відповісти на 6 запитань. Якщо пацієнт ствердно відповідав на 3 і більше запитань, вважалося, що прихильність такого пацієнта дуже низька (менше 50 % призначених ліків приймається). Якщо він набрав 1–2 бали, прихильність визначалася як помірною (50–79 % призначених ліків приймається), якщо жодного балу – дуже високою (80 % і більше призначених ліків приймаються).

Методи статистичної обробки. Статистичну обробку результатів проводили після створення баз даних у Microsoft Excel. Середні показники обстежених пацієнтів визначали за допомогою пакету аналізу у системі Microsoft Excel. Усі інші статистичні розрахунки проводили за допомогою програми SPSS 13.0. Достовірність різниці середніх між групами визначали методом незалежного t-тесту для середніх (в окремих випадках з використанням аналізу ANOVA з post-hoc Tukey тестом) за допомогою програми

Таблиця 2
Протокол дослідження

Дослідження	Візит 1 (0 день)	Візит 2 (2-й тиждень)	Візит 3 (8-й тиждень)	Візит 4 (12-й тиждень)
Збір анамнезу	+	-	-	-
Анкетування хворих	+	-	-	-
Офісний АТ, ЧСС	+	+	+	+
ЕКГ	+	-	-	-
Визначення серцево-судинного ризику	+	-	-	+
Призначення або корекція антигіпертензивної терапії	+	+	+	+
Оцінка стану пацієнтом	-	+	+	+
Реєстрація побічних явищ	-	+	+	+
Визначення причин припинення участі у дослідженні	-	+	+	+
Визначення прихильності хворого до лікування	+	-	-	+

SPSS 13.0. Порівняння динаміки показників в одній і тій же групі на етапах лікування проводили за допомогою парного двовідбіркового тесту – t-тесту для середніх. Порівняння достовірності різниці між групами з непараметричним розподілом (відсоткові показники) проводили за тестом Манна–Уїтні.

Результати та їх обговорення

На початку дослідження рівні САТ і ДАТ були значно підвищеними (див. табл. 1). Повністю дані щодо рівня і САТ, і ДАТ були внесені у картки лише 9857 пацієнтів. Розподіл пацієнтів з АГ за ступенем підвищення АТ на початку дослідження представлено на рис. 1. Більшість становили пацієнти з помірною АГ – 47,6 %, що дещо відрізняється від даних популяційного дослідження, проведеного в Україні, в якому було 50 % хворих з м'якою АГ [2]. Окрім того, у дослідження було включено 137 пацієнтів, у яких рівень АТ був менше 140/90 мм рт. ст. Це були пацієнти, у яких рівень цільового АТ мав бути нижче 130/80 мм рт. ст. (пацієнти з високим ризиком виникнення ускладнень).

Ризик виникнення серцево-судинних ускладнень за загальноприйнятими критеріями (ESH-2007) був визначений у 8774 (86,4 %) пацієнтів. За ризиком виникнення серцево-судинних ускладнень хворі розподілилися так: середній у

популяції ризик мали 4 (0,05 %) пацієнти, низький додатковий – 728 (8,3 %), помірний додатковий – 3168 (36,1 %), високий додатковий – 3046 (34,7 %), дуже високий додатковий – 1829 (20,9 %) (рис. 2). Тобто, більшість пацієнтів (55,6 %) становили пацієнти з високим та дуже високим ризиком, які потребують негайного медикаментозного лікування.

Через 12 тиж ризик виникнення серцево-судинних захворювань був визначений у 7035 пацієнтів. З них 58 (0,8 %) було віднесено до середнього в популяції, 1993 (28,3 %) – до низького додаткового, 2737 (38,9 %) – до помірнього додаткового, 1763 (25,1 %) – до високого додаткового, 485 (6,9 %) – до дуже високого (всі $P < 0,001$ порівняно з початком спостереження). Тобто, на тлі лікування значно зменшився відсоток пацієнтів з високим та дуже високим додатковим ризиком виникнення серцево-судинних ускладнень та, за рахунок цього, збільшився відсоток пацієнтів з низьким та середнім у популяції ризиком.

Дані щодо ступеня ризику виникнення серцево-судинних подій на початку і в кінці дослідження були лише для 6866 пацієнтів. При оцінці загального ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у хворих, включених у дослідження, виявлено, що на початку дослідження цей ризик становив 19,14 %, а ризик смерті – 5,7 %. Тобто, у наступні 10 років несприятливі події вірогідно виникнуть у 1314 з 6866 пацієнтів, а фатальні серцево-судинні події – у 5,7 % при неадекватному лікуванні. У кінці дослідження тільки на фоні антигіпертензивного лікування ризик виникнення подій

зменшився до 14,3 %, а ризик смерті – до 4,2 %: у 985 пацієнтів з 6866 можуть виникнути несприятливі події та у 289 осіб – смерть протягом наступних 10 років.

На початку дослідження зміни ЕКГ спокою порівняно з попередньою кардіограмою мали 2339 (23 %) пацієнтів. Патологічний зубець Q реєстрували у 597 (5,9 %) пацієнтів, патологічні зміни сегмента ST – у 1750 (17,3 %) пацієнтів, інверсію хвилі T – у 1646 (16,2 %). Величина індексу Соколова в середньому становила $(34,6 \pm 0,09)$ мм, вольтажного індексу Корнела (RAVL + SV3) – $(23,2 \pm 0,07)$ мм. Загалом ознаки гіпертрофії лівого шлуночка мали 3900 (71,3 %) пацієнтів із 5468, у яких було визначено індекси гіпертрофії лівого шлуночка. Тобто, значна частка пацієнтів мали ознаки ураження серця.

Повну інформацію про призначену терапію занесли у карти 9870 пацієнтів, яких і було включено до аналізу. Загалом, на початку дослідження «Бісопрол» було призначено 5450 (53,7 %) пацієнтам, «Еналозид» – 7054 (69,4 %), «Еналаприл-Фармак» – 2333 (23 %), «Амлодипін-Фармак» – 2779 (27,4 %), «Фармадипін» – 2980 (29,3 %). Один препарат призначали 3633 (36,8 %) пацієнтам, два – 4631 (46,9 %), три – 1364 (13,8 %), чотири – 242 (2,5 %).

У кінці дослідження повна інформація була отримана для 8955 пацієнтів. Частково це було через те, що частина пацієнтів припинили участь у дослідженні, в тому числі через побічні явища, а частково – через відсутність старанності з боку лікарів, що заповнювали картки. У кінці дослідження «Бісопрол» було призначено 4798 (54,6 %) пацієнтам, «Еналозид» – 5213 (58,2 %),

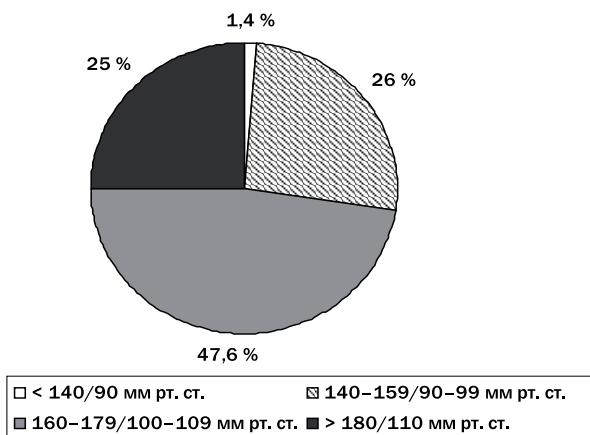


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за ступенем підвищення АТ на початку дослідження.

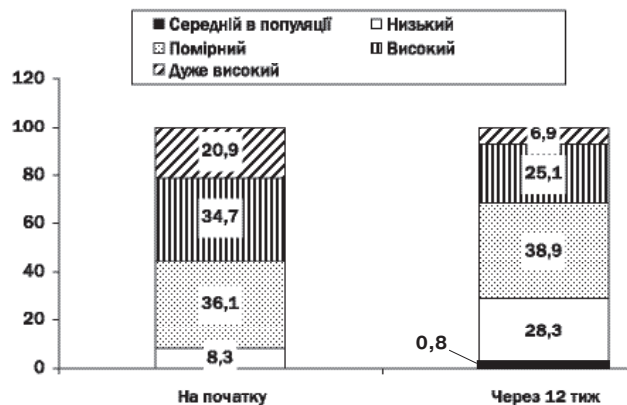


Рис. 2. Динаміка ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у пацієнтів, включених у дослідження, на тлі лікування.

«Еналаприл-Фармак» – 2219 (24,8 %), «Амлодипін-Фармак» – 2345 (26,2 %), «Фармадипін» – 216 (2,4 %). Тобто, на етапі 12 тиж лікування достовірно зменшилася кількість пацієнтів, яким призначали «Еналозид» ($P < 0,001$) та «Амлодипін-Фармак» ($P < 0,005$). Окрім того, значно зменшилася частка пацієнтів, які потребували лікування «Фармадипіном» ($P < 0,001$), що може свідчити про ефективність терапії. Адже цей препарат використовують для лікування гіпертензивних кризів, і зменшення необхідності в його застосуванні свідчить про зменшення частоти гіпертензивних кризів. Як мінімум один із досліджуваних препаратів отримували 3623 (40,5 %) пацієнти, два – 3785 (42,3 %), три – 919 (10,1 %), чотири – 86 (1 %). Інші 542 (6 %) пацієнти отримували інші антигіпертензивні препарати.

Побічні реакції на етапі 2 тиж лікування ($n=9870$) виникли у 492 (5 %) пацієнтів. Припинили участь у дослідженні 252 (2,6 %) пацієнти. При цьому 14 (5,6 %) з них – через поради інших лікарів, 58 (23 %) – через побічні дії, 10 (4 %) – через неефективність призначеної терапії, 23 (9,1 %) – через поради родичів або друзів, 13 (5,2 %) – через економічний фактор, 134 (53,2 %) – через інші причини. У 938 (9,5 %) терапія потребувала корекції.

На етапі 8 тиж лікування побічні дії були зафіксовані у 248 (2,6 %) пацієнтів із 9618, що продовжували брати участь у дослідженні. 197 (2,1 %) припинили участь у дослідженні. Змінили призначене раніше лікування 595 (6,2 %) пацієнтів.

На етапі 12 тиж лікування побічні дії були виявлені у 158 пацієнтів. Тобто, загалом частота розвитку побічних реакцій становила 898 (9,1 %). Припинили приймати досліджувані препарати 991 (10 %) пацієнт, з них 542 пацієнти продовжували брати участь у дослідженні і отримували антигіпертензивну терапію іншими препаратами. 212 пацієнтів не прийшли на повторний візит.

З 8715 пацієнтів, які відповіли на запитання анкети щодо зміни свого загального стану, 1378 (15,8 %) не спостерігали змін самопочуття, у 50 (0,6 %) стан погіршився, але у переважній більшості хворих – 7287 (83,6 %) – самопочуття покращилося.

На запитання анкети щодо визначення прихильності хворого до лікування на початку дослідження відповіли 9062 пацієнти: 2087 (23 %) мали прихильність 80 % і більше, 3051

(33,7 %) – 50–79 %, 3924 (43,3 %) – менше 50 %. Тобто, переважали хворі з низькою прихильністю до лікування. Через 12 тиж на запитання цієї анкети відповіли 8961 пацієнт. При цьому 2878 (32,1 %) мали високу прихильність, 3508 (39,2 %) – помірну та 2575 (28,7 %) – низьку. Тобто, прихильність до лікування зростає як за рахунок збільшення частки пацієнтів з високою прихильністю ($P < 0,001$), так і зменшення частки пацієнтів з низькою прихильністю ($P < 0,001$). При аналізі динаміки рівня АТ залежно від початкової прихильності до лікування виявилось, що як на початку дослідження, так і в кінці спостереження найнижчі рівні САТ і ДАТ були у пацієнтів з високою прихильністю до лікування (табл. 3). Окрім того, пацієнти з помірною прихильністю в кінці дослідження мали достовірно нижчий рівень САТ і ДАТ порівняно з групою пацієнтів з низькою прихильністю до лікування.

Таким чином, при призначенні антигіпертензивного лікування необхідно враховувати прихильність хворого до лікування, яку можна легко визначити за допомогою анкети. Пацієнтам з початковою низькою прихильністю необхідно проводити додаткові заходи щодо підвищення прихильності та ефективності антигіпертензивної терапії.

Динаміка рівня АТ та ЧСС через 12 тиж лікування представлена на рис. 3. Середній рівень САТ/ДАТ достовірно знизився з $(166,5 \pm 0,23) / (96,7 \pm 0,11)$ мм рт. ст. до $(134,9 \pm 0,15) / (81,7 \pm 0,11)$ мм рт. ст. ($P < 0,001$). ЧСС зменшилася достовірно з $(81,5 \pm 0,11)$ до $(71,4 \pm 0,11)$ за 1 хв ($P < 0,001$). Достовірне зниження САТ/ДАТ та ЧСС спостерігали вже на 2-му тижні лікування (відповідно до $(150,8 \pm 2,8) / (88,1 \pm 0,2)$ мм рт. ст. та $(75,1 \pm 0,12)$ за 1 хв, $P < 0,001$). На 8-му тижні лікування достовірно знизилися ДАТ та ЧСС (до $(83,8 \pm 0,14)$ мм рт. ст. та $(72,6 \pm 0,1)$ за 1 хв, $P < 0,001$), порівняно з відповідними показниками на попередніх етапах лікування. Рівень САТ через 8 тиж лікування достовірно не змінився порівняно з таким через 2 тиж лікування.

Повна інформація щодо рівня АТ на етапі 12 тиж лікування була отримана у 8525 пацієнтів. Цільового АТ (менше 140/90 мм рт. ст.) досягли у 4994 (58,9 %) пацієнтів. Тобто, у спланованому дослідженні, в якому було чітко визначена мета – досягнення цільового АТ – та проводився, хоча й умовний, контроль за її досягненням, ефективність антигіпертензивного лікування була більшою – 58,9 %, ніж в епідеміологічному дослідженні, – 8 % серед

Таблиця 3

Динаміка рівнів АТ у пацієнтів залежно від прихильності до лікування на початку дослідження

Показник	Величина показника у пацієнтів з прихильністю до лікування					
	високою (> 80 %)		помірною (50–79 %)		низькою (< 50 %)	
	на початку	через 12 тиж	на початку	через 12 тиж	на початку	через 12 тиж
САТ, мм рт. ст.	164,20±0,48	132,80±0,27	166,90±0,49*	134,90±0,37*	167,80±0,38*	136,40±0,23*°
ДАТ, мм рт. ст.	95,80±0,22	80,30±0,17	96,80±0,23**	81,70±0,31*	97,20±0,18*	82,50±0,12*°°

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими на відповідному етапі лікування у групі з високою прихильністю: * – $P < 0,001$; ** – $P < 0,002$; у групі з помірною прихильністю: ° – $P < 0,001$; °° – $P < 0,029$.

сільського населення та 18,8 % серед міської популяції [2].

Для порівняння груп пацієнтів, які досягли цільового рівня АТ та які не досягли, проведено статистичний незалежний t-тест для середніх. Результати аналізу представлено у табл. 4. Пацієнти, що не досягли цільового рівня АТ за 3 міс лікування, незважаючи на більшу кількість призначених препаратів, були достовірно більш старшого віку, мали достовірно вищий початковий рівень САТ, ДАТ та ЧСС. Ця категорія хворих була більш тяжкою – у них частіше відзначали наявність ІХС, серцевої недостатності, цукрового діабету, вторинної АГ, перенесені ускладнення (інсульт, інфаркт міокарда). Індекс Соколова також був достовірно вищим у пацієнтів, що не досягли цільового рівня АТ. У середньому по групі індекс Соколова становив $(35,3 \pm 0,18)$ мм,

що свідчить про наявність у більшості пацієнтів цієї групи гіпертрофії лівого шлуночка.

Цікавим є той факт, що пацієнти, які не досягли цільового рівня АТ як на початку дослідження, так і в кінці, мали в середньому по групі більшу кількість балів за анкету прихильності до терапії. Це свідчить про те, що вони були менш прихильними. Але при цьому 20,1 % пацієнтів відповіли, що вони регулярно приймали ліки на початку дослідження, порівняно з 17 % у групі пацієнтів, які досягли цільового АТ ($P < 0,001$).

Частка пацієнтів-курців була однаковою у групах пацієнтів, що досягли та не досягли цільового рівня АТ. Проте, пацієнти, що не досягли цільового рівня АТ, мали більший стаж куріння та вкурювали достовірно більшу кількість цигарок, ніж пацієнти, які досягли цільового рівня АТ.

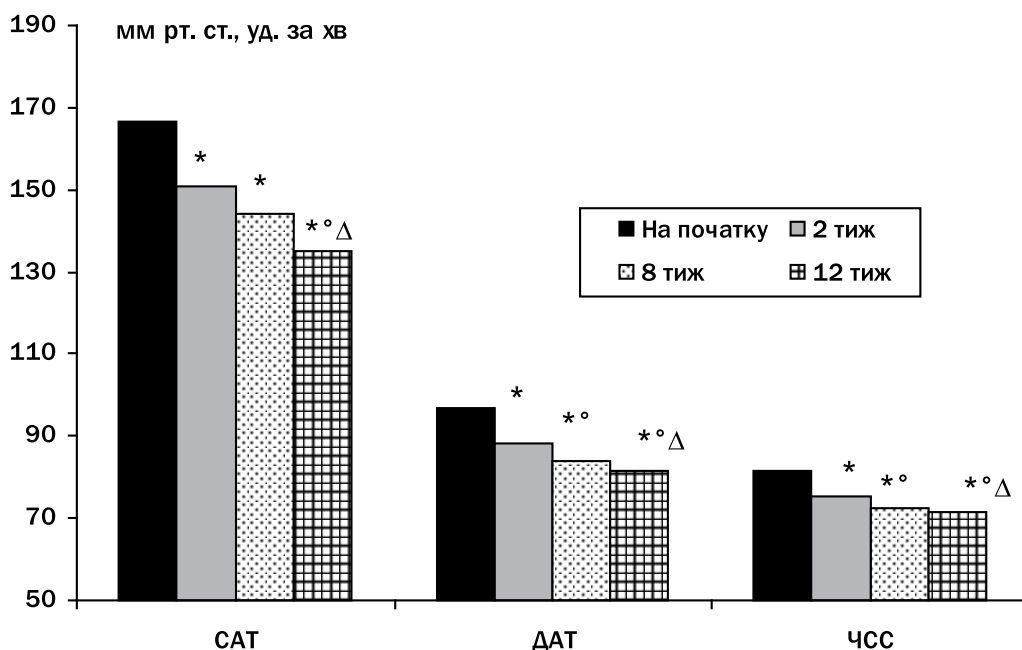


Рис. 3. Динаміка САТ, ДАТ, ЧСС на етапах лікування: * – достовірно порівняно з початком дослідження; ° – достовірно порівняно з етапом 2 тиж; °° – достовірно порівняно з етапом 8 тиж ($P < 0,001$).

Таблиця 4

Показники, за якими достовірно відрізнялися групи пацієнтів залежно від досягнення цільового рівня АТ

Показник	Величина показника (M±m) у пацієнтів, які	
	не досягли цільового АТ (n=3531)	досягли цільового АТ (n=4994)
Вік, роки	62,0±0,3	57,900±0,025*
Кількість препаратів, що призначалися на початку дослідження	2,00±0,01	1,70±0,01*
Прихильність хворих до лікування на початку дослідження, бали	1,30±0,01	1,10±0,01*
Прихильність хворих до лікування в кінці дослідження, бали	1,100±0,013	0,80±0,01*
САТ на початку, мм рт. ст.	174,60±0,43	161,2±0,3*
ДАТ на початку, мм рт. ст.	100,10±0,19	94,6±0,6*
ЧСС за 1 хв	82,1±0,2	80,70±0,16*
Індекс Соколова, мм	35,30±0,18	33,80±0,17*
	Кількість пацієнтів, n (%)	
Освіта:	n=3165*	n=4488
ніякої освіти	46 (1,5)	44 (1)
1–8 класів	411 (13)	427 (9,5)
10 класів	710 (22,4)	847 (18,9)*
технікум	1189 (37,6)	1764 (39,3)*
вища освіта	809 (25,6)	1405 (31,3)*
Робота:	n=3185	n=4489
працюють	1138 (35,7)	2346 (52,3)*
безробітні	126 (4)	142 (3,2)
ведуть домашнє господарство	158 (5)	232 (5,2)
не працювали ніколи	284 (8,9)	217 (4,8)*
пенсіонери	1373 (43,1)	1459 (32,5)*
на соціальному утриманні	106 (3,3)	93 (2,1) ^o
Фізична активність:	n=3139	n=4453
регулярно займаються	1447 (46,1)	2524 (56,7)*
займаються	n=1499	n=2595
менше 1 разу на тиждень	374 (25)	609 (23,5)
2–4 рази на тиждень	632 (42,2)	1053 (40,6)
5–6 разів на тиждень	185 (12,3)	332 (12,8)
щодня	308 (20,6)	601 (23,2) ^Δ
Вживають свіжі овочі:	n=3195	n=4523
менше 1 разу на день	833 (26,1)	881 (19,5)*
1 раз на день	1522 (47,6)	2199 (48,6)
більше ніж 1 раз на день	840 (26,3)	1443 (31,9)*
Куріння:		
курять	223 (6,4)	334 (6,8)
кинули	26 (0,8)	16 (0,3)
Кількість цигарок, що пацієнт викурює за день	12,90±0,43	11,70±0,29 [□]
Тривалість куріння, роки	24,5±1,2	19,7±0,8*
Вторинна АГ	n=3304 859 (26)	n=4758 1010 (21,2)*
Регулярний прийом ліків до участі у дослідженні	n=3238 651 (20,1)	n=3979 676 (17)*
Перенесений інсульт	n=3453 716 (20,7)	n=4916 688 (14)*
ІХС	n=3473 2236 (74,4)	n=4957 2297 (46,3)*
Перенесений інфаркт міокарда	n=3438 384 (11,2)	n=4911 465 (9,5)*
Серцева недостатність	n=3146 1506 (47,9)	n=4366 1384 (31,7)*
Серцева недостатність у минулому	304 (9,7)	340 (7,8)*
Цукровий діабет	n=3072 538 (17,5)	n=4475 529 (11,8)*

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у пацієнтів, які не досягли цільового рівня АТ: * – P<0,001; ° – P<0,005; Δ – P<0,05; □ – P<0,026.

Таблиця 5

Частота досягнення цільового АТ та рівень САТ і ДАТ на етапах лікування залежно від регіону, де проводилося лікування

Показник	Величина показника (М±m)		Кількість пацієнтів, що досягли цільового АТ, абс. (%)
	до лікування	12 тиж лікування	
Перша група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	188,8±0,6 96,70±0,34	138,5±0,5* 83,3±0,3*	371 (50,3 %)△□◇
Друга група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	158,7±1,4● 91,4±0,6●◇□△	131,10±1,48 80,5±0,6*	38 (63,3 %)°●
Третя група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	165,3±0,5● 97,5±0,24	134,4±0,3* 81,4±0,2*	1313 (64,8 %)°△△□□◇●
Четверта група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	168,3±1,6● 96,6±0,24	133,0±0,8* 82,4±0,6*	133 (61,2 %)°△□
П'ята група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	167,3±1,9● 97,4±0,5	132,5±0,7* 81,4±0,3*	208 (70,5 %)°
Шоста група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	167,3±0,9● 96,4±0,3	132,4±0,5* 80,6±0,2*	537 (70,0 %)°
Сьома група САТ, мм рт. ст. ДАТ, мм рт. ст.	167,8±0,8● 96,7±0,4	136,8±0,5* 81,1±0,3*	250 (50,2 %)

Примітка. Різниця показників достовірна на відповідному етапі лікування порівняно з такими у пацієнтів: ° – сьомої групи ($P<0,001$); △ – шостої групи ($P<0,001$); △△ – шостої групи ($P<0,05$); □ – п'ятої групи ($P<0,001$); □□ – п'ятої групи ($P<0,05$); ◇ – четвертої групи ($P<0,001$); ● – першої групи ($P<0,001$); * – на початку лікування ($P<0,001$).

Цікавими виявилися дані щодо різниці між групами за рівнем освіти, особливостями повсякденної активності та звичок пацієнтів. Так, виявилось, що серед пацієнтів, які досягли цільового рівня АТ, переважають хворі з освітою 10 класів і більше. Цим, можливо, й можна пояснити більш високу початкову прихильність хворих зазначеної групи. Окрім того, в цій групі достовірно більшою була частка пацієнтів, що працюють, та достовірно меншою частка пацієнтів на пенсії, на соціальному утриманні та тих, хто не працював ніколи. Частково це було пов'язано із старшим віком хворих та більш часткою наявності супутньої патології та ускладнень у пацієнтів, що не досягли цільового рівня АТ. У групі хворих, що досягли цільового рівня АТ, достовірно більшою була частка хворих, які додатково виконують фізичні навантаження, а особливо – виконують щодня. Окрім того, в цій групі була більшою частка пацієнтів, які вживають овочі більше ніж один раз на день.

Таким чином, можна зробити висновок, що для кращого контролю АТ недостатньо тільки медикаментозної терапії. Модифікація способу життя (більш активний спосіб життя, вживання овочів більше ніж один раз на добу, зменшення

або припинення куріння) суттєво впливає на контроль АТ і також повинна бути складовою частиною ведення хворого з АГ.

Для оцінки ефективності лікування залежно від регіону України було виділено 4382 пацієнти, які мали повні дані щодо рівня АТ на початку та в кінці спостереження. Усіх цих хворих поділили на групи: у першу групу увійшло 737 пацієнтів, що мешкали у Донецьку та Луганську, у другу – 60 пацієнтів, що мешкали у Києві, у третю – 2025, що мешкали у Луцьку, Тернополі, Ужгороді, Чернівцях, Львові, Івано-Франківську, у четверту – 227, що мешкали у Чернігові та Житомирі, у п'яту – 295 пацієнтів, що мешкали у Полтавській області, у шосту – 767 пацієнтів-мешканців Дніпропетровської та Запорізької області, у сьому – 498 хворих, що мешкали у Херсоні, Миколаєві, Сімферополі та Севастополі. Дані щодо рівня АТ та частоти досягнення цільового рівня АТ представлено у табл. 5. Найгірший контроль АТ спостерігали у пацієнтів першої та сьомої груп, найкращий – шостої та п'ятої груп.

При цьому пацієнти першої групи мали достовірно більший рівень САТ на початку дослідження, ніж пацієнти інших груп. Окрім того, вони були старшими, ніж пацієнти п'ятої

($P < 0,003$), другої ($P < 0,007$) та четвертої ($P < 0,001$) груп (вік у середньому – відповідно $(61,7 \pm 0,2)$, $(56,2 \pm 0,9)$, $(57,6 \pm 1,3)$, $(57,9 \pm 2,4)$ року). Тобто, недостатній контроль АТ у цій групі можна пояснити більш тяжким контингентом хворих, що були включені у дослідження. Пацієнти сьомої групи за початковими показниками достовірно не відрізнялися від пацієнтів другої–шостої груп, але контроль АТ у кінці дослідження був найгіршим.

Таким чином, є різниця у частоті досягнення цільового рівня АТ між регіонами України, що може бути пов'язано як з особливостями пацієнтів (низькою прихильністю, наявністю супутньої патології, способом життя), так і з особливостями тактики ведення пацієнтів у регіоні. Причини існування такої різниці будуть проаналізовані у наступних публікаціях.

Результати дослідження продемонстрували, що незначні зміни діяльності лікарів, коли вони більш сумлінно (регулярні обстеження пацієнтів, надання рекомендацій щодо немедикаментозного лікування, застосування друкованих матеріалів щодо збільшення прихильності хворого до лікування) почали ставитися до лікування пацієнтів з АГ (адже вони знали, що їх діяльність буде оцінюватися), привели до того, що частка пацієнтів з контрольованим АТ становила через 3 міс лікування 58,9 %, що значно перевищує отримані при епідеміологічному дослідженні показники, за якими 18,7 % міського населення та 8 % сільського населення контролюють АТ [2].

При цьому слід зазначити, що в епідеміологічному дослідженні медикаментозно лікувалися лише 48,4 % хворих з АГ міської популяції та 37,4 % – сільської [2]. У нашому дослідженні всі пацієнти лікувалися медикаментозно. Але навіть якщо перерахувати на всі 100 % пролікованих пацієнтів, то контроль АТ за даними епідеміологічних досліджень становив би 38,6 % серед міського населення та 21,4 % – серед сільського населення, що також значно нижче, ніж у нашому дослідженні. Якщо взяти дані проведеного в США дослідження [26], в якому, як вказувалося вище, 59 % пацієнтів з АГ лікувалося та 34 % досягали цільового рівня АТ, і перерахувати на 100 % пролікованих пацієнтів, то показник контролю АТ становив би 57,6 %. Тобто, незважаючи на різницю в організації системи охорони здоров'я, в Україні можна досягати такого ж рівня контролю АТ, як і в США за рахунок лише підвищення активності лікарів.

У цьому дослідженні також було показано, що лікування упродовж 3 міс зменшило ризик виникнення серцево-судинних ускладнень протягом наступних 10 років на 4,8 % та ризик фатальних подій на 1,5 %. Якщо врахувати, що в Україні має бути близько 13 млн пацієнтів з АГ, з них виключити хворих із вторинною ендокринною АГ (близько 1 %), то тримісячне антигіпертензивне лікування вітчизняними засобами зможе запобігти виникненню ускладнень у 617 760 пацієнтів з АГ у наступні 10 років та знизити ризик виникнення фатальних подій у 193 050 пацієнтів за умови, що АТ збережеться на досягнутому рівні. Тобто, зменшення ризику виникнення серцево-судинних ускладнень за рахунок, навіть не стовідсоткового, зниження АТ має значний економічний та соціальний ефект у межах всієї країни.

Висновки

1. Майже половина пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що брали участь у дослідженні, на початку дослідження характеризувалися низькою прихильністю до лікування, яка була пов'язана з гіршим контролем артеріального тиску та меншою ефективністю призначеного лікування.

2. Антигіпертензивна терапія вітчизняними препаратами характеризувалася достовірним зниженням артеріального тиску та досягненням його цільового рівня у 58,9 % пацієнтів, зменшенням частоти гіпертензивних кризів, доброю переносністю (частота побічних реакцій 9,1 %) та збільшенням прихильності до лікування.

3. На фоні лікування, що базувалося на препаратах вітчизняного виробництва, спостерігали зменшення загального ризику виникнення нефатальних та фатальних серцево-судинних подій упродовж наступних 10 років, відповідно з 19,14 та 5,7 % до 14,3 та 4,2 %.

4. Відсутність повної нормалізації артеріального тиску (досягнення цільового рівня) була пов'язана з тяжкістю артеріальної гіпертензії, наявністю ускладнень та супутньої патології, низькою прихильністю до лікування, меншою освітою пацієнтів та меншою схильністю пацієнтів до модифікації способу життя (менша фізична активність, менше вживання свіжих овочів, більший стаж та інтенсивність куріння).

Практичні рекомендації

При призначенні антигіпертензивного лікування необхідно враховувати прихильність хворого до лікування, яку можна визначати за допомогою анкети. Пацієнтам з низькою прихильністю необхідно проводити додаткові заходи щодо підвищення прихильності та ефективності антигіпертензивної терапії.

Література

1. Борьба с артериальной гипертонией. Доклад экспертов ВОЗ. – М., 1997. – 139 с.
2. Горбась І.М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень // Укр. кардіол. журн. – 2007. – № 2. – С. 21-26.
3. Коваленко В.М., Лутай М.І., Свіщенко Є.П. та ін. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К.: Віпол, 2001. – 54 с.
4. Коваленко В.М., Лутай М.І., Свіщенко Є.П. та ін. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К.: Віпол, 2004. – 84 с.
5. Коваленко В.М., Сіренко Ю.М. Реалізація національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 5. – С. 97-103.
6. Сіренко Ю.М., Горбась І.М., Смирнова І.П. Динаміка статистично-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журн. – 2003. – № 1. – С. 9-13.
7. Смирнова І.П., Горбась І.М., Кваша О.О. Артеріальна гіпертензія: епідеміологія і статистика // Укр. кардіол. журн. – 1998. – № 6. – С. 3-8.
8. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Дмитриев В.В. и др. Влияние длительной терапии комбинацией лозартана и гидрохлортиазида на суточный профиль артериального давления и гипертрофию левого желудочка у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертонией // Кардиология. – 2003. – № 10. – С. 60-65.
9. Akpaffiong M., Lawson M. Noncompliance to antihypertensive Drug therapy: a risk factor in Stroke-associated death in Minority populations // J. Hypertension. – 2004. – Vol. 17. – P. 68.
10. Ambrosioni E., Leonetti G., Pessine A. et al. Patterns of hypertension management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy: Scientific Committee of the Italian Pharmacoepidemiological Survey on Antihypertensive Therapy // J. Hypertension. – 2000. – Vol. 18. – P. 1691-1699.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action. – Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall., 1986. – 101 p.
12. Bloom B. Daily regimen and compliance with treatment // Brit. Med. J. – 2001. – Vol. 323. – P. 647.
13. Bonds D., Palla S., Bertoni A. et al. Hypertension Treatment in the Ambulatory Setting: comparison by race and gender in a National survey // J. Clin. Hypertension. – 2004. – Vol. 6. – P. 223-230.
14. Burt V.L., Cutler J.A., Higgins M. et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys 1960-1991 // Hypertension. – 1995. – Vol. 26. – P. 60-65.
15. Chatellier G., Menard J., Devries C. et al. Blood pressure control in hypertension center // J. Hypertension. – 1987. – Vol. 5. – P. 47-49.
16. Chen K., Glass D., Chiou C et al. Adverse Effects and Reason for switch reported by patients on antihypertensive therapy // Amer. J. Hypertension. – 2004. – Vol. 17. – P. 102.

17. Colhoun H.M, Doug W., Poulter N.R. Blood pressure screening, management and control in England: results from the health survey for England // J. Hypertension. – 1998. – Vol. 16. – P. 747-752.
18. Fodor G., Kotrec M., Bacskai K. et al. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central European study // J. Hypertension. – 2005. – Vol. 23. – P.1261-1266.
19. Gerbino P., Bramley T., Nightengale B. et al. Effect of medication compliance with antihypertensive therapy on blood pressure control // Amer. J. Hypertension. – 2004. – Vol. 17. – P. 222A.
20. Girerd X., Fourcade J., Brillet G. et al. The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients // J. Hypertension. – 2001. – Vol. 19. – P. 74.
21. Girerd X., Hanon O., Anagnostopoulos K. et al. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilization dans un service specialise // Presse Med. – 2001. – Vol. 30. – P. 1044-1048.
22. Kearney P., Whelton M., Reynolds K. et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review // J. Hypertension. – 2004. – Vol. 22. – P. 11-19.
23. Maresca G., Sessa A. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study // Amer. J. Hypertension. – 2006. – Vol. 19. – P. 140-145.
24. Marques-Vidal P., Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in community: is the 'rule of halves' still valid? // J. Hum. Hypertension. – 1997. – Vol. 11. – P. 213-220.
25. Mendis S., Abegunde D., Oladapo O. et al. Barriers to management of cardiovascular risk in a low-resource setting using hypertension as an entry point // J. Hypertension. – 2004. – Vol. 22. – P. 59-64.
26. Mensah G. Controlling high blood pressure: the art of the soluble and the hope of progress // J. Clinical Hypertension. – 2007. – Vol. 9. – P. 827-830.
27. Neutel J., Sica D., Franklin S. Hypertension control: still not there – how to select the right add-on therapy to reach goal blood pressure // J. Clin. Hypertension. – 2007. – Vol. 9. – P. 889-896.
28. Persson M., Carlberg B., Tavelin B., Lindholm L. Doctor's estimation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy // J. Hypertension. – 2004. – Vol. 22. – P. 65-71.
29. Weir M., Maibach E., Bakris G. et al. Implications of the health and lifestyle and medication analysis for improving hypertension control // Arch. Intern. Med. – 2000. – Vol. 160. – P. 481-490.
30. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 21. – P. 1011-1053.
31. 2007 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105-1187.
32. 1999 WHO – ISH guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 11. – P. 905-916.

Додаток 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, Дніпропетровськ, Ужгород, Луцьк, Одеса, Авдіївка, В. Глибочиця, Василівка, Волноваха, Вільнянськ, Глобіно, Гуменці, Дніпродзержинськ, Докучаїв, Загвіздя, Івано-

Франківськ, Кіровоград, Кобеляки, Комсомольськ, Константи́нківа, Краматорськ, Кременчук, Лисецьк, Макиївка, Мангуш, Миколаїв, Мукачево, Ново-Азовськ, Новомосковськ, Оріхів, Оброшине, Підгірне, Радча, Новотроїцьк, Селидове, Сімферополь, Щастя, Урало-Кавказ, Херсон, Хмельницький, Янець, Ясинувата.

Додаток 2

Учасники Всеукраїнського багаточентрового дослідження «Можливості ефективного контролю артеріального тиску за допомогою вітчизняних ліків» за сприяння Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» та ВАТ «Фармак»:

Адамовська О.Г., Алексанова Н.В., Ананевич О.В., Андреева Л.М., Андреева С.В., Антонюк Н.О., Арцева Д.В., Бабаєва Н.М., Бабахіна Є.В., Бабенко В.В., Баглай Р.М., Базалій В.В., Базилевич О.Б., Бакіна О.А., Баковська Л.А., Балтак М.І., Баранова О.В., Басараб Л.Б., Безкровна Н.В., Бейгул Т.Р., Бережна Т.П., Беседіна А.С., Бескишкина Н.В., Беспала Г.М., Беш Д.І., Білобратов М.П., Бірючинська Л.М., Біскупська І.Й., Бляшинська Л.І., Бова Л.П., Богданович М.А., Богма Г.М., Бодасюк В.В., Бодюк О.В., Божок М.М., Бойко Л.Л., Бойко Н.В., Бойко Т.М., Болдирева Е.В., Бондаренко А.І., Бондаренко Н.Л., Бондаренко С.В., Борисенко Н.П., Бороздіна А.П., Борток Н.В., Бояр Л.П., Брездень Н.С., Буждежан Л.В., Буренко В.А., Бурченко Ю.Л., Буря С.В., Бусел С.В., Бутусов М.П., Вінник П.Л., Валентюк Н.Ю., Валиуліна Т.Я., Василенцева М.С., Ведмідь О.Є., Веселовська І.П., Вищипан О.М., Вілко А.О., Вірковська Г.С., Власенко О.Б., Власюк Ж.Г., Вовк В.В., Вовк Н.М., Вовчок Т.С., Водолазський А.М., Вознюк С.В., Возьянова В.І., Войчишина Л.Г., Волинець О.В., Волошина О.В., Вонс Л.З., Вялкова Ю.А., Гавриловська Л.В., Гавриляк Л.М., Гавриш Н.В., Гагаловська І.П., Гайда Л.П., Гайдай С.М., Ганас І.М., Гарук Л.І., Гаценко Л.П., Герасименко Т.О., Герасимець В.О., Годун З.М., Гой В.І., Голенко О.І., Голишкіна Д.Д., Голобородько О.М., Головченко Т.В., Голомб А.М., Голуб О.М., Гольцева Н.Ф., Гончар О.Б., Гончаренко Л.В., Гончарова О.М., Гончарова О.О., Горбатовська В.О., Горбенко Г.М., Горинь О.М., Горюва О.О., Городецька Н.І., Городничий Г.Г., Гречихина Т.В., Гречко С.І., Грибенко О.В., Гринь Л.П., Грицкевич О.М., Гришко І.А., Грідчіна Д.Ю., Грущинська О.Б., Гудима І.М., Гузь О.Д., Гулей Н.Р., Гусак З.Д., Гутченко І.М., Давиден-

ко Л.М., Данилова О.П., Данько О.В., Дарган С.А., Даренська В.Л., Дегтярьова С.О., Демидченко О.В., Денисенко В.М., Денисюк Н.В., Джалалова Н.І., Дикун М.Ю., Діранова Л.П., Дмитерко Г.В., Дмитраш І.Д., Долгушина Л.О., Дорас В.Е., Дорецька Н.Ф., Дубинець Л.А., Дубяга В.В., Дуда У.І., Дудко І.В., Дупин О.В., Дьомкіна Т.І., Єгоренкова М.Ф., Ємельянова З.М., Жало Т.В., Жигалюк О.М., Жовтобрюх О.С., Жолобак О.І., Жук О.В., Жукова Н.А., Журба Н.Й., Журбенко О.І., Забеліна Н.Г., Завальнюк А.І., Загаревська Т.М., Заславська О.Г., Захарова О.Є., Зинов'єва М.В., Зіма Л.В., Зінченко О.С., Зінчук Т.В., Змії О.Л., Значко Ю.М., Зодова Т.М., Зубрицька І.В., Іванова С.В., Івашкевич І.Б., Ігнатова І.Г., Ігнатова О.І., Ількаєв Д.В., Казицина І.М., Каніболоцька Л.А., Карамішева С.А., Карачевцев А.А., Карачевцев А.Д., Карпишин О.М., Карташова Д.П., Касаткіна І.І., Кастрицька А.Г., Катураєва Н.С., Каунова С.Є., Керб Т.В., Керечанин З.І., Кийло Г.В., Кирилюк О.М., Кириченко С.І., Кислейко А.Ф., Кійко О.М., Клекацюк В.І., Клестов О.О., Клименко Л.П., Климнюк Н.Г., Коваль С.Ю., Ковальчук Л.В., Ковтун І.І., Коган С.С., Козак Н.П., Козлова М.П., Кокош Н.О., Колесник М.І., Колесник С.А., Колодяжна О.Г., Коляда Н.П., Комаха О.І., Копанева Н.В., Коренева О.І., Коржан Г.І., Корнієнко Л.А., Короткая І.В., Коротун Т.А., Косенко О.Б., Косик В.М., Костенко А.О., Котмальова Г.В., Кочергін А.О., Кравченко О.О., Кравчук Н.І., Кравчук С.Є., Крамаренко Н.В., Краснюков А.А., Кривенко І.А., Кривіна Л.М., Кривошеєва Л.О., Крижанівський В.К., Криклива Т.В., Кривенко Т.Г., Кролівець Л.О., Крячко С.М., Ктитарова Ю.А., Кувичко Н.М., Кузнєцова О.В., Кузьма Г.В., Кузьм'як О.Б., Куколь Г.В., Кукурудз Г.М., Кулак Л.В., Кулакова В.Г., Кулешова А.В., Кумченко Н.П., Кучма В.В., Кучмінда Н.Й., Кушнір С.Г., Лавренова І.Б., Лавренюк С.Ю., Лакінська О.Ю., Лаптева Л.А., Лапчинський А.А., Ласкіна О.О., Ластовець О.П., Латиш В.А., Левченко І.В., Легета Р.В., Лесів Н.Б., Лис О.Б., Лисак Л.К., Лисенко О.О., Лисюк О.Ю., Лисюк Т.Ф., Литвинюк Н.М., Лісовська І.І., Логоша М.О., Лось Р.Л., Лукашенко Л.Ю., Лукашук Є.Б., Лук'яниця В.Т., Лучинець М.М., Любіма В.М., Любицький І.М., Лянзберг О.С., Мішина О.С., Максименко О.Л., Максименко С.С., Максимчук Г.І., Малих О.О., Маляс Г.І., Манжалій Е.Г., Манкович В.З., Маркітан Т.А., Масло В.М., Матійців М.М., Матюк Л.М., Мацепа Л.Л., Меленюк Т.П., Мельник О.С.,

Мельничук Л.О., Мельничук О.І., Мех О.О., Мжачева О.М., Миронюк Л.М., Мирошниченко В.В., Михайлова О.О., Михальова І.П., Мілютенко Л.В., Мілявська І.М., Мінаєва О.В., Мінова Л.А., Мінковська Н.П., Мірошнік Л.Г., Міщенко С.К., Міщук С.В., Моїсеєва Т.О., Молчанова К.К., Монахов А.М., Мороз В.М., Мороз Г.А., Мороз І.І., Мороз М.М., Морозенко О.В., Мудрецька В.С., Мусянко Т.В., Мусянчук Н.В., Мустафаєва О.Л., М'ягка Л.Д., Набоченко В.П., Надоля Л.М., Назарук Р.І., Науменко К.В., Небесник Т.М., Недоступ Н.І., Несміянов О.М., Нікітіна О.В., Ніколаєва Н.Н., Ніколенко А.В., Новосад О.В., Новохатна Г.М., Огієвич І.Ф., Огнева Л.М., Олексіїва Н.О., Олександрова Л.Ф., Олексієнко В.М., Олексюк Л.Я., Оліпер Л.М., Ольховська Л.П., Оніков Г.І., Орел Л.О., Орехівська Л.Л., Орешкіна Г.М., Орленко Л.О., Осінський В.Р., Остапшин Л.М., Остапчук Н.Ф., Остап'юк А.Д., Острягіна Н.В., Охотник О.В., Павленко Г.М., Павлюк Р.М., Паламарчук Г.П., Палій О.Б., Паранчак О.Я., Пасека Н.Є., Переверзева Л.В., Перетятко Т.Д., Петрова Р.О., Петровська А.П., Петросова Г.А., Пецох З.П., Пелєвін М.Б., Перцева В.В., Писко І.І., Підставка А.М., Пісклов Г.М., Піцишин М.Б., Пічкач Н.В., Пічугова Т.Ф., Площанська Л.В., Повар І.М., Подгорний І.О., Подкопаєв О.В., Полинко В.Г., Помилуйко А.О., Портус Л.Р., Поташник Н.М., Поторжанська О.М., Почапський Є.І., Продайвода О.В., Примаєв В.С., Прокопенко І.І., Просимців М.М., Простякова А.Л., Проценко Л.В., Прощайло Н.П., Разумкова З.П., Рафальський В.О., Рафальська О.О., Реутова Л.І., Рець В.В., Рильська І.М., Рильяк З.В., Ринило О.В., Рись Л.Й., Рожко Л.Л., Романова Н.В., Романовська І.О., Романчак Л.Л., Рудик Л.М., Рудь В.О., Рудь Л.А., Румянцев О.П., Сабуняк С.П., Савченко О.А., Садова І.В., Саєнко А.І., Салімова С.В., Сапко Н.В., Сафронова С.М.,

Седлецька В.М., Семенова З.Р., Сенчак І.І., Сидоран Р.І., Силюга Л.І., Сиряна С.В., Сікора Л.І., Сікора Я.Я., Сітько Л.Д., Слава В.Ю., Смирнова І.Ю., Соколюк В.Б., Соловйова В.С., Соловйова Н.Д., Солодовнік М.С., Сорокіна Л.О., Ставінчук Ю.В., Станько Г.Б., Старшинова М.Ф., Стасюк Л.О., Стемпель О.В., Стерлядкін В.Г., Стернюк А.М., Стецишин О.Б., Степаніщева Н.В., Столярова Н.М., Струтинська Н.М., Супрун Н.А., Супрунова В.Д., Сус О.С., Сушкіна В.М., Тамарлі Ю.М., Таран Н.В., Телевяк Н.О., Телішевська Т.В., Терещенко Р.В., Тимошенко В.М., Тищенко О.В., Тищенко Т.В., Ткаченко Б.П., Ткаченко В.І., Томич Г.Є., Третяк Н.В., Тригуба І.Л., Тупиця М.І., Тупиця Н.І., Тустановська З.Р., Тютюнник О.А., Ульяницька О.О., Уманцева А.Ю., Урин І.С., Факеева Л.В., Федечко М.Й., Федорук І.В., Федоряк Л.Ф., Федчун Н.В., Федюніна С.Л., Фесенко Т.О., Филиппенко Л.М., Філіпська Т.С., Філоненко С.В., Фіргер Н.Г., Фішков О.М., Фокіна О.П., Фрідман І.М., Хабовець С.Є., Халілова У.Р., Харченко А.М., Харченко В.О., Харченко Н.В., Химко Н.Р., Хом'як Д.Л., Хохлюк О.П., Храновська О.В., Христенко І.Г., Хропот О.С., Царенко О.М., Цибульська Л.М., Цигак О.М., Циганкова Г.Г., Циганчук О.П., Чаур Т.А., Челій І.Л., Черкавська М.В., Черниш Г.М., Чернишук Т.Н., Чернявська В.В., Чижиковська Ю.О., Чижикова І.В., Чіпенко Н.П., Чорна А.І., Чорна Г.І., Чурюмова Т.І., Шамрай І.В., Шаповалов С.А., Швець В.О., Швець П.П., Шевченко О.С., Шевчук В.С., Шеремет І.В., Шеремет Н.А., Шеремет С.О., Шеремета Н.А., Шершун В.Ю., Шипигузова О.В., Шкляр К.А., Шкурська Л.А., Штепа О.А., Штурмай В.В., Штурмай В.В., Шуляк О.С., Шума І.М., Шумило І.М., Щербина Ю.В., Щетініна Н.О., Юрак М.З., Юркова Н.Г., Юрчак М.А., Яворська М.І., Якименко А.О., Яковлева О.Ю., Яковлев О.Ю., Якуш Г.В., Яніцька Г.З., Ярошенко С.М., Ярцева О.П., Ящук Л.Д.

Надійшла 01.12.2009 р.

Experience of treatment of patients with arterial hypertension by the Ukrainian generic drugs

Yu.M. Sirenko, G.D. Radchenko, I.M. Martsovenko, on behalf of the study group

To evaluate possible causes of poor blood pressure (BP) control we followed the results of management of hypertensive patients by general practitioners. We involved 10 158 patients with hypertension from 63 cities of Ukraine. 531 general practitioners participated in the study. They might treat patients according to their decision, but had to achieve target BP < 140/90 mm Hg. Baseline and 3 months afterwards all patients answered questions regarding lifestyle and performed the Compliance Evaluation Test (CET). BP was measurement every 4 weeks. Among 9062 patients who performed CET at baseline, 23 % had compliance ≥ 80 %, 33.7 % – 50–79 % and 43.3 % – < 50 %. At the end of study 32.1 % had compliance ≥ 80 %, 39.2 % – 50–79 % and 28.7 % – < 50 %. The target BP was achieved only at 58.9 % of patients. Patients who did not achieved target BP were older, had higher level of BP at baseline, more prevalent history of stroke or myocardial infarction, secondary hypertension, less compliance. They were less educated, less physically active, ate less fresh fruits and vegetables, had more duration and intensity of smoking. We noted significant differences (from 50 to 77 %) regarding achieving target BP in different regions of Ukraine. The adverse events were registered in 9.1 %. In conclusion, in planned evaluation of AH treatment the control of BP was significantly better, than in epidemiological studies. The reasons for worse BP control were low compliance, more severe hypertension, elderly age, history of complications, lower lifestyle modification. During the treatment the risk of fatal and non-fatal cardiovascular event development decreased from 19.1 and 5.7 % to 14.3 and 4.2 %, accordingly.