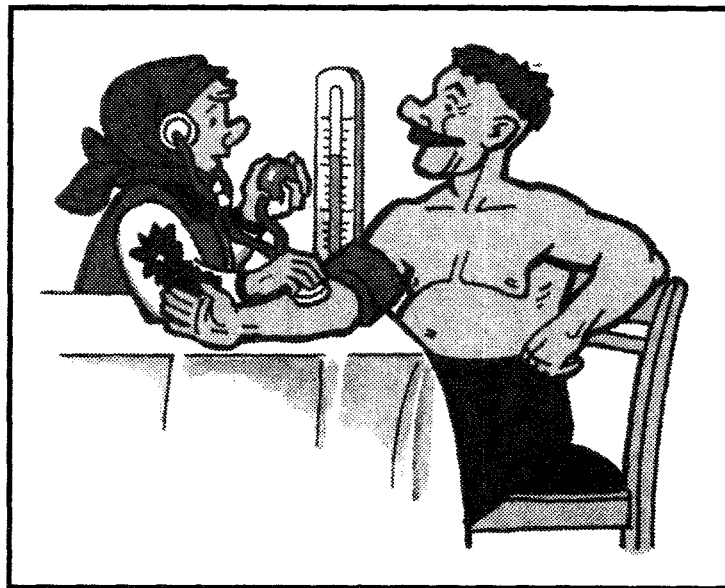


ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

(Методичні рекомендації)



Чернівці – 2004

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

“УЗГОДЖЕНО”

Начальник Головного управління
організації медичної допомоги
населенню МОЗ України

М.П.ЖДАНОВА
М.П.ЖДАНОВА
“11” вересня 2003 р.

**ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
У НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ**

(Методичні рекомендації)

Чернівці – 2004

УДК 616.12 – 008.331 – 08 (- 22)
ББК 54.10
М. Н 15

Установа-розробник : Буковинська державна медична академія МОЗ України

Укладачі: НАВЧУК І.В. тел. (03722)25275
КАРДАШ В.Е. тел. (03722)25275

Рецензент: УВАРЕНКО А.Р., д.мед.н., професор, директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи.

Узгоджено проблемною комісією МОЗ та АМН України “Соціальна гігієна та організація охорони здоров’я”. Протокол №8 від 14 квітня 2003 року.

ЗМІСТ

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ	4
ВСТУП	5
МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АГ СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ	6
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	8
ПРОФІЛАКТИЧНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ	10
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЛІКАРЯМ ЩОДО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА АГ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБИ	11
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЛІКАРЯМ ЩОДО ЇХ ТАКТИКИ ПРИ ВИЯВЛЕННІ АГ	12
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (ЛІКУВАННЯ)	16
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ АГ (ТРЕТИННА)	16
РЕКОМЕНДОВАНИЙ СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	25

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АГ	артеріальна гіпертензія
АТ	артеріальний тиск
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДАТ	діастолічний артеріальний тиск
ІМ	інфаркт міокарда
ІХС	ішемічна хвороба серця
МІ	мозковий інсульт
САТ	систолічний артеріальний тиск
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ХС	холестерин
СДЛ	сільська дільнична лікарня
СЛА	сільська лікарська амбулаторія
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ФП	фельдшерський пункт

ВСТУП

Найважливішою проблемою здоров'я населення України залишаються неінфекційні захворювання. Не виключенням в цьому плані є й артеріальна гіпертензія (АГ). Встановлено, що вона займає провідне місце серед серцево-судинних захворювань і є фактором ризику виникнення важких недуг та ускладнень, які призводять до значних соціальних та економічних наслідків. Її поширеність реєструється на рівні 15–30% серед дорослого населення більшості країн світу.

За даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано понад 5 млн. людей з АГ (АТ > 160/95 мм рт. ст.), що складає 13,4%. Варто зауважити, що існують певні розбіжності між даними офіційної статистики і результатами епідеміологічних досліджень. Так, за результатами епідеміологічних досліджень, підвищений АТ (> 140/90 мм рт. ст.) мають 44,2% дорослого населення.

Стандартизований за віком показник поширеності АГ серед працездатного населення складає 33,7%; серед чоловіків – 40,4%, серед жінок – 27,5%. Значення АТ > 160/95 мм рт. ст. реєструється у 20,3%, 24,5%, 16,5% відповідно. За останні 20 років відбулося значне зростання розповсюдженості АГ в Україні як серед чоловіків (на 10,5%), так і серед жінок (на 4,7%).

Серед осіб з підвищеним АТ знають про наявність захворювання 46,9% сільських і 69,4% міських мешканців, лікуються 12,4% та 28,5% відповідно, ефективність лікування становить 6,2% та 16,1%. Таким чином, ситуація щодо АГ більш несприятлива в сільській популяції, ніж у міській.

Боротьба з більшістю неінфекційних захворювань, у тому числі й із АГ, найбільш ефективна, а в деяких випадках – єдино можлива лише у профілактичній площині.

Так, виконання низки програм щодо боротьби з серцево-судинними захворюваннями як найбільш значущої нозологічної групи захворювань довели, що контроль за факторами ризику сприяє зниженню захворюваності, інвалідності й смертності. Це підтверджує світовий досвід, який свідчить, що профілактичні заходи, спрямовані на зміну способу життя, сприяють зменшенню виникнення нових випадків АГ на 50% та збільшенню тривалості життя.

На рівень АТ впливає багато факторів: вік, стать, ступінь фізичного навантаження, емоційний стан, температура навколишнього середовища, атмосферний тиск тощо. Слід пам'ятати, що показники АТ коливаються залежно від методів і умов його вимірювання під час сну і неспання, в робочі і вихідні дні, при перемінах положення тіла. Треба зазначити, що критерії "нормального" і "підвищеного" АТ певною мірою є умовними.

У звіті експертного комітету ВООЗ (1998) щодо контролю за АГ зазначено, що "межа між нормальним і підвищеним АТ визначається таким його рівнем, вище якого втручання, як показує досвід, зменшує ризик шкідливих для здоров'я наслідків". Там же запропоновано функціональну класифікацію АГ за рівнем АТ (табл.1).

Таблиця 1

Класифікація АГ за рівнем артеріального тиску (ВООЗ, 1998)

Категорії	Артеріальний тиск, мм рт.ст.	
	СИСТОЛІЧНИЙ	ДІАСТОЛІЧНИЙ
Нормальний АТ	<140	i <90
I стадія (м'яка АГ)	140-159	i/або 90-99
• погранична АГ	140-149	i/або 90-94
II стадія (помірна АГ)	160-179	i/або 100-109
III стадія (тяжка АГ)	≥180	i/або ≥110
Ізольована систолічна АГ	≥140	i <90
• погранична	140-149	<90

Підвищеним вважається такий АТ, при якому САТ дорівнює або перевищує 140 мм рт. ст., а ДАТ – відповідно 90 мм рт. ст. У 20–30% осіб з пограничною АГ в подальшому відзначається стійке підвищення АТ.

Більшість досліджень свідчать, що серцево-судинні порушення тісніше пов'язані з САТ, аніж з ДАТ. Особи з ізольовано підвищеним САТ мають вищий ступінь індивідуального ризику смерті від ССЗ.

Методичні рекомендації мають на меті сприяти впровадженню в практику організаційних заходів, направлених на виявлення АГ та нормалізацію АТ. Вони призначені для управлінців охорони здоров'я, лікарів-кардіологів, дільничних і сімейних лікарів, середніх медичних працівників та лікарів-інтернів, студентів медичних закладів усіх рівнів акредитації.

Рекомендації підготовлені на основі власного досвіду авторів, результатів проведених наукових досліджень та узагальнення світового досвіду щодо проблеми профілактики АГ.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АГ СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Метою та завданням профілактики АГ серед жителів сільської місцевості є впровадження в практику організаційних заходів, що направлені на виявлення АГ та нормалізацію АТ.

Основним методом виявлення АГ є вимірювання АТ. Саме від його результатів залежить вибір подальшої тактики (корекція способу життя, лікування, моніторингу тощо). У цьому процесі важливе значення має точність технології вимірювання АТ.

Фактори, що можуть впливати на вимірювання АТ:

- **обладнання:** застосування некаліброваного приладу або невідповідності розмірів манжети можуть призвести до помилкових результатів. Анероїдні манометри, автоматичні й напівавтоматичні апарати з дисплеями повинні калібруватись 1 раз на 6 місяців;
- **підготовка пацієнта:** вимірювання повинно здійснюватись у положенні сидячи після 5-хвилинного відпочинку; повторне вимірювання здійснюється через 30 секунд;
- **процедура:** зниження ртутного стовпа зі швидкістю 2 мм/сек, уникнення "цифрових переваг" (значень АТ, що закінчуються на "0" і "5");
- **умови, в яких відбувається вимірювання:** треба пам'ятати про так звану "АГ білого халата" – стан, коли АТ підвищується в присутності медичного працівника і падає, коли пацієнт виходить із кабінету лікаря. Вимірювання, що проводяться медичними працівниками в домашніх умовах, зменшують, але не ліквідують ефект "білого халата".

Сільське населення повинно знати свій АТ, розуміти, підвищений він чи ні, а при наявності АГ – лікувати її. Для цього рекомендуємо виконувати такі організаційні заходи щодо нормалізації артеріального тиску:

- планово вимірювати АТ дорослому населенню з мінімальним інтервалом один раз на рік, а особам, яким за 60 років, – два рази на рік.
- вимірювання АТ у дітей і підлітків слід включати в перелік обов'язкових процедур при їх медичному огляді.
- вимірявши АТ, пацієнтам необхідно назвати його рівні й пояснювати їх значення.
- для одержання найточніших значень АТ необхідно вимірювати двічі, фіксуючи середнє значення. Це дуже важливо для осіб із підвищеним АТ в анамнезі або під час вимірювання.
- після вимірювання АТ визначається тактика спостереження: якщо рівень АТ нижчий, ніж 140/90 мм рт. ст., пацієнту пропонують перевіряти АТ щорічно.
- не можна діагностувати АГ за результатами тільки одного вимірювання. Так, при виявленні підвищеного АТ (> 140/90 мм рт. ст.) медичний працівник повинен переконатись в цьому шляхом повторних вимірювань АТ під час трьох окремих візитів пацієнта.
- якщо підвищений АТ підтверджується, лікар визначає тактику лікування на основі встановленого діагнозу з певним обсягом діагностичних обстежень.
- до призначення медикаментозного лікування всім хворим на АГ необхідно давати рекомендації щодо здорового способу життя.
- медикаментозне лікування має відповідати сучасним клінічним підходам. Вибір фармакологічних засобів для конкретного хворого не повинен обмежуватись економічними факторами, хоча лікар повинен мати на увазі вартість ліків і керуватися принципом ціна/ефект.

Підкреслимо, що лікування АГ – це класична форма вторинної профілактики, тобто запобігання ускладненням та спосіб досягти максимально позитивного перебігу хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Профілактично-лікувальна допомога при АГ – складний процес, складовими якого є первинна та вторинна профілактика. Виникнення та перебіг АГ тісно пов'язані з некерованими та керованими факторами ризику.

Некерованими факторами ризику є вік, стать, расові та етнічні особливості, спадковість тощо.

Вік. Існує пряма залежність між АТ і віком. Так, рівень ДАТ зростає до 55 років, потім змінюється мало, а САТ зростає з віком постійно.

Стать. Середні рівні АТ і поширеність АГ у жінок молодого і середнього віку дещо нижчі, ніж у чоловіків. З віком ця залежність змінюється аж до реверсії.

Спадковість. Це один із найвпливовіших факторів для майбутнього розвитку АГ. Виявлено тісну кореляцію між АТ найближчих родичів (батьки, брати і сестри). Наявність підвищеного АТ в сімейному анамнезі мають, за даними літератури, 51,7% хворих на АГ, не мають – 18,1%. Зі спадковістю пов'язаний синдром сімейної дисліпідемічної гіпертензії.

Генетичні аспекти. Загально-прийнята концепція генетичної основи високого АТ. Хоча і описані деякі моногенні гіпертензивні розлади у людини, проте у більшості своїй АГ є полігенною хворобою. У наш час вивчається цілий ряд генів, які, можливо, відповідають за виникнення АГ. Вірогідно, в майбутньому за допомогою молекулярної біології стане можливим виявлення осіб, схильних до розвитку АГ.

Керованими факторами ризику АГ є особливості неонатального періоду, центральне ожиріння та метаболічний синдром, маса тіла.

Особливості неонатального періоду. Неприятливе навколишнє середовище в критичні періоди внутрішньоутробного розвитку і передчасне народження є факторами ризику виникнення ССЗ, зокрема високого АТ. Зворотний зв'язок між рівнем АТ і масою тіла при народженні також доведений у проспективних дослідженнях серед дітей і дорослих.

Центральне ожиріння та метаболічний синдром. Ожиріння позитивно корелює з рівнем АТ. Співіснування ожиріння, резистентності до інсуліну, гіперінсулінемії, зниженої толерантності до глюкози, порушень ліпідного обміну та АГ – предмет пильної уваги дослідників. Встановлено зв'язок між підвищенням рівня інсуліну і зростанням АТ.

Маса тіла. Кореляція між масою тіла й рівнем АТ пряма, значна і стійка. Надлишкова маса асоціюється з 2–6-кратним підвищенням ризику виникнення АГ.

Аліментарні фактори

- * **NaCl** – кухонна сіль, її вживання понад фізіологічну норму позитивно корелює з АГ.
- * **Інші мікроелементи.** Існує зворотний зв'язок між вживанням K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} і рівнем АТ.
- * **Макроелементи:** білки, жири, вуглеводи, харчові волокна. Переважання в харчовому раціоні овочів та фруктів, риби, курячого м'яса, обмеження вживання насичених жирів, холестерину і солодощів сприяє зменшенню АТ.
- * **Кава.** Відновлення пресорного ефекту кофеїну відбувається через декілька годин після вживання кави. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави в день порівняно з тими, хто не вживає кави взагалі. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує ДАТ у людей з підвищеним АТ на 8 мм рт.ст., а у осіб з нормальним АТ – на 3 мм рт.ст.
- * **Алкоголь.** Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають алкоголь у окремих випадках, і поступово зростає у залежності від щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв.
- * **Куріння.** Нікотин при курінні різко підвищує АТ навіть у завязятих курців. Ефект кожної сигарети триває близько 30 хвилин. Вже на першій хвилині після вихорювання сигарети САТ підвищується на 15 мм рт.ст., а на четвертій – на 25 мм рт.ст. МІ та ІХС при однакових рівнях АТ виникають у 2–3 рази частіше серед осіб, що курять, ніж у тих, хто не курить.

Психосоціальними факторами є стрес та соціально-економічний статус.

Стрес сприяє підвищенню АТ. Проте поки що невідомо, чи призводить тривалий стрес до довготривалого підвищення АТ.

Соціально-економічний статус. У країнах постперехідного періоду визначається зворотний зв'язок між рівнем АТ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Разом з тим, у країнах перехідного і доперехідного періоду визначається значна розповсюдженість АГ серед забезпечених верств населення. Досвід більшості країн свідчить, що в міру зростання економіки в суспільстві ресструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених груп населення.

Фізична активність. У осіб, які ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20–50% вищий, ніж у фізично активних. Фізичні навантаження в години виконання професійних обов'язків сприяють підвищенню АТ, а фізична активність під час дозвілля – навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ.

Фактори навколишнього середовища. Шум, забруднення повітря, жорсткість питної води є факторами ризику виникнення АГ.

Частка керованих факторів ризику виникнення АГ у регуляції АТ становить більше 50%.

ПРОФІЛАКТИЧНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Стратегія профілактики АГ базується на трьох рівнях, з яких I та II рівні – первинна профілактика, III рівень – вторинна (третинна) профілактика.

I рівень – масова пропаганда здорового способу життя, виявлення та корекція факторів ризику.

II рівень – раннє виявлення хворих на АГ: забезпечення населення апаратами для вимірювання АТ та іншими умовами виконання цієї технології (див. табл. №6).

III рівень – медикаментозна та немедикаментозна нормалізація АТ до бажаного рівня під контролем лікаря з метою полегшення перебігу хвороби, уникнення ускладнень та продовження тривалості життя.

Первинні профілактичні заходи щодо АГ передбачають впровадження здорового способу життя і корекцію виявлених факторів ризику. Їх модифікація спрямована на:

- обмеження вживання NaCl в їжі до 6 г на добу;
- зменшення маси тіла при її надлишку;
- обмеження вживання алкогольних напоїв;
- зменшення вживання насичених жирів, солодощів та ХС;
- відмову від куріння;
- підвищення фізичної активності в години дозвілля;
- психоемоційне розвантаження та релаксацію.

Світовий досвід показує, що профілактика, спрямована на зміну способу життя, є універсальною "вакциною" проти АГ. Застосування перелічених заходів сприяє зменшенню виникнення нових випадків АГ на 50%.

Вторинна профілактика АГ передбачає лікування. Доведено, що своєчасне лікування АГ може зменшити ймовірність розвитку й більш тяжкого перебігу захворювання; зниження навіть незначних підвищень АТ зменшує захворюваність і смертність від хвороб системи кровообігу. Чим нижчий рівень АТ, тим менший ризик МІ та ІХС.

Метою антигіпертензивного лікування є максимально можливе зниження АТ. Бажано досягти таких його рівнів:

- не вище 120–130/80 мм рт. ст. у молодих осіб з помірно підвищеним АТ;
- нижче 140/90 мм рт. ст. у пацієнтів похилого віку з підвищеним АТ;
- не вище 140 мм рт. ст. САТ у хворих з ізольованою систолічною АГ, якщо цього можна досягти без небажаних ефектів.

Лікування АГ поділяється на немедикаментозне і медикаментозне. Немедикаментозне лікування включає заходи первинної профілактики, спрямовані на зміну способу життя та корекцію факторів ризику.

Прямих доказів можливості зменшення захворюваності і смертності за допомогою немедикаментозного лікування немає. Проте застосування перелічених вище заходів може нормалізувати помірно підвищений рівень АТ.

Ефективність медикаментозних заходів була неодноразово доведена різними рандомізованими дослідженнями. Як антигіпертензивні препарати першого ряду рекомендуються такі класи лікарських засобів:

- діуретики;
- бета-адреноблокатори;
- інгібітори ангіотензин-перетворюючого фермента;
- антагоністи кальцію;
- альфа-адреноблокатори.

Проте варто зауважити, що хворий на АГ повинен мати індивідуальну терапію, яка призначається після проведення ретельного обстеження хворого. Неприпустимим є самопризначення лікарських засобів для зниження АТ.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЛІКАРЯМ ЩОДО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО НА АГ ЯК СКЛАДОВА СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБИ

Обов'язкове обстеження повинно проводитися усім хворим із підвищеним АТ для визначення генезу гіпертензії (первинної чи вторинної), оцінки стану органів-мішеней та факторів ризику. Воно складатиметься з:

1) Збору анамнезу.

2) Фізикального обстеження.

3) Лабораторно-інструментального обстеження, що включає:

- вимірювання АТ на обох руках;
- вимірювання АТ на ногах (у осіб віком до 45 років);
- аускультацию серця, судин ший, точок проекції ниркових артерій;
- аналіз крові загальний;
- аналіз сечі загальний;
- аналіз сечі за методом Нечипоренко (Амбурже);
- рівень креатиніну в плазмі крові;
- рівень калію в плазмі крові;
- рівень цукру в плазмі крові;
- рівень холестерину в плазмі крові;
- реєстрацію ЕКГ;
- офтальмоскопію очного дна;
- ультразвукове дослідження серця та нирок (за наявності апаратури).

4) Амбулаторного моніторингу АТ, яке рекомендується застосовувати для діагностики:

- пограничної гіпертензії;
- "гіпертензії білого халата";
- гіпертензії, рефрактерної до лікування;
- епізодів гіпотензії на фоні терапії;
- нічної гіпертензії;
- для визначення внеску плацебо-ефекту в зниження АТ при антигіпертензивній терапії у рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях.

Стратегія, що базується на визначенні загального ризику, є максимальною корисною для хворого. Під загальним ризиком розуміють ті ускладнення, які можуть виникнути внаслідок підвищення артеріального тиску, а також ураження органів-мішеней, наявність супутніх серцево-судинних захворювань та основних факторів ризику, наведених у табл. 2.

Таблиця 2

Найважливіші чинники, що потребують раннього початку антигіпертензивного лікування

<u>Основні фактори ризику</u>	<u>Ураження органів-мішеней та серцево-судинні захворювання</u>
<ul style="list-style-type: none"> - куріння - дисліпідемія - цукровий діабет - вік понад 60 років - стать: чоловіки; жінки після менопаузи - обтяжена спадковість за серцево-судинними захворюваннями 	<p>Серце:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпертрофія лівого шлуночка - стенокардія чи перенесений інфаркт міокарда - коронарна реваскуляризація в анамнезі - серцева недостатність <p>Мозковий інсульт або транзиторна ішемічна атака</p> <p>Нефропатія</p> <p>Захворювання периферичних артерій</p> <p>Ретинопатія</p>

При наявності цих чинників медикаментозне лікування слід починати уже при "м'якій" гіпертензії, тобто підвищенні артеріального тиску у межах 140/90 – 160/100 мм рт.ст. Це зумовлено доведеною здатністю антигіпертензивного лікування зменшувати смертність хворих із супутніми захворюваннями серцево-судинної системи або ураженням "органів-мішеней" навіть у разі незначного підвищення тиску. Так, у хворих із серцевою чи нирковою недостатністю або із цукровим діабетом зниження тиску до 130–140/85–90 мм рт. ст. суттєво покращує прогноз. Чим вищий сумарний ризик, тим раніше слід починати лікування.

Якщо при повторних вимірюваннях АТ знову виявляється підвищенням, подальша тактика залежить від його рівня і наявності чинників, які погіршують прогноз захворювання (табл. 3).

Прогностичні фактори

<u>Фактори ризику ССЗ</u>	<u>Ураження органів-мішеней</u>	<u>Клінічні стани</u>
<ul style="list-style-type: none"> • рівні АТ • чоловіки > 55 років • жінки > 65 років • куріння • загальний ХС > 6.5 ммоль/л (250 мг/дл) • цукровий діабет • сімейний анамнез щодо ССЗ <p><u>Інші фактори, що несприятливо впливають на прогноз</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • низький рівень ХС ЛПВЩ • підвищений рівень ХСЛПНЩ • мікроальбумінурія у діабетиків • порушена толерантність до вуглеводів • ожиріння • малорухомий спосіб життя • підвищений рівень фібриногену • соціально-економічна група високого ризику • етнічна група високого ризику • географічний регіон високого ризику 	<ul style="list-style-type: none"> • Гіпертрофія лівого шлуночка (ЕКГ, ехокардіографія або рентгенографія) • Протеїнурія і/або незначне підвищення концентрації креатиніну у плазмі крові (1.2–2.0 мг/дл) • Ультразвукове або ангіографічне підтвердження наявності атеросклеротичної бляшки (aa. carotis, iliaca, femoralis, aorta) • Генералізоване або фокальне звуження артерій сітківки 	<p>–Цереброваскулярна хвороба:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ішемічний інсульт • крововилив у мозок • транзиторні порушення мозкового кровообігу <p>–Захворювання серця:</p> <ul style="list-style-type: none"> • інфаркт міокарда • стенокардія • коронарна реваскуляризація • застійна серцева недостатність <p>– Ниркові захворювання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • діабетична нефропатія • ниркова недостатність (концентрація креатиніну у плазмі крові > 2.0 мг/дл) <p>–Захворювання судин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • розширююча аневризма • ураження артерій з клінічними проявами • прогресуюча гіпертензивна ретинопатія: –Геморагії або ексудати –Набряк диску здорового нерва

Постав питання, коли починати лікування? Якщо у людини вперше виявлено підвищення АТ, тобто систолічний тиск дорівнює або перевищує 140 мм рт. ст. та/або діастолічний тиск – 90 мм рт. ст., необхідно перш за все

переконались у наявності артеріальної гіпертензії, вимірявши АТ ще 2–3 рази протягом місяця. Винятком є люди, у яких при першому вимірюванні виявлено достатньо високий тиск (180/110 мм рт. ст. або вищий), або, крім підвищення тиску, є інші захворювання серцево-судинної системи (стенокардія, серцева недостатність, порушення мозкового кровообігу). Таким хворим слід призначати антигіпертензивне лікування без зволікань, з урахуванням стратифікації абсолютного ризику (табл.4).

Таблиця 4

Стратифікація абсолютного ризику

Наявність факторів ризику	АТ, мм рт. ст.		
	I стадія м'яка АГ САТ 140–159 ДАТ 90–99	II стадія помірна АГ САТ 160–179 ДАТ 100–109	III стадія тяжка АГ САТ > 180 ДАТ > 110
немає факторів ризику	низький ризик	середній ризик	високий ризик
1–2 фактори ризику	середній ризик	середній ризик	дуже високий ризик
3 і більше факторів ризику, або ознаки уражень органів-мішеней, або цукровий діабет	високий ризик	високий ризик	дуже високий ризик
клінічні стани	дуже високий ризик	дуже високий ризик	дуже високий ризик

До якого рівня знижувати артеріальний тиск? Слід намагатися досягти повної його нормалізації, тобто зниження до 140/90 мм рт. ст., а у осіб молодого та середнього віку, у хворих на цукровий діабет – до 130/85 мм рт.ст. Цей принцип базується на тому, що зменшення смертності від ССЗ у гіпертензивних хворих, за даними багаточисельних досліджень, прогресивно зростає зі зниженням артеріального тиску.

Виключення складають особи з тяжкою гіпертензією (інколи й із помірною), які реагують на зниження тиску появою симптомів гіперперфузії життєво важливих органів. У цих випадках метою лікування є максимально можливе зниження АТ.

ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПРИ ВИЯВЛЕННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ



Якщо САТ і ДАТ потрапляють у різні підгрупи – хворого зараховують до тяжчої підгрупи.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ (ЛІКУВАННЯ)

1. Лікування (немедикаментозне або медикаментозне) необхідно починати якомога раніше і проводити його постійно, як правило, все життя. Поняття "курсове лікування" до антигіпертензивної терапії неприйнятне.

2. Схема лікування повинна бути простою, по можливості – за принципом "одна таблетка на день". Це збільшує кількість хворих, що реально лікуються, і відповідно зменшує кількість тих, які припиняють лікування.

3. Перевагу слід надавати антигіпертензивним препаратам тривалої дії, в т.ч. –ретардним формам, оскільки це попереджує значні коливання АТ протягом доби, а також зменшує кількість призначених таблеток.

4. Всі особи з підвищеним АТ підлягають немедикаментозному лікуванню, або модифікації стилю життя (див. вище).

5. Хворі літнього віку з ізольованою систолічною гіпертензією підлягають лікуванню так само, як із систоло-діастолічною.

6. У хворих із вторинною гіпертензією першочерговим завданням є лікування її причини. Така АГ також підлягає обов'язковій корекції.

Як зазначає комітет експертів ВООЗ, для поліпшення прогнозу хворого на АГ більш важливим є зниження АТ per se, ніж характер препаратів, що застосовуються для цього. За скрутних економічних обставин доцільніше призначати хворому дешеві та "немодні" ліки, ніж зовсім не призначати антигіпертензивного лікування.

Ще раз підкреслимо, що технології лікування АГ є класичною формою вторинної профілактики хвороби.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ АГ (ТРЕТИННА)

Основними ускладненнями, причинами смерті хворих на АГ є :

- ІХС;
- МІ;
- ІМ.

Таким чином, третинна профілактика направлена на зниження смертності, інвалідності від даних захворювань та запобігання критичним ускладненням АГ.

Первинні структури охорони здоров'я та працюючий у них персонал повинні активно залучатись до профілактики АГ та її ускладнень:






- ◆ давати оцінку виявленим індивідуальним факторам ризику;
- ◆ надавати рекомендації щодо їх корекції та лікування;
- ◆ використовуючи методику ризику виникнення ускладнень АГ, давати індивідуальну оцінку ризику та проводити контроль за ним (табл. 5).

Таблиця 5
ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ

СЕРЦЯ (ІХС)*

жінки				чоловіки			
некурці		курці		некурці		курці	
180				вік			180
160				70			160
140							140
120							120
систолічний артеріальний тиск (мм рт.ст.)				систолічний артеріальний тиск (мм рт.ст.)			
180				вік			180
160				60			160
140							140
120							120
систолічний артеріальний тиск				систолічний артеріальний тиск			
180				вік			180
160				50			160
140							140
120							120
систолічний артеріальний тиск				систолічний артеріальний тиск			
180				вік			180
160				40			160
140							140
120							120
систолічний артеріальний тиск				систолічний артеріальний тиск			
180				вік			180
160				30			160
140							140
120							120
систолічний артеріальний тиск				систолічний артеріальний тиск			
ммоль/л		ммоль/л		ммоль/л		ммоль/л	
5 6 7 8		5 6 7 8		5 6 7 8		5 6 7 8	
мг/дл		мг/дл		мг/дл		мг/дл	
200 250 300		200 250 300		200 250 300		200 250 300	
холестерин		холестерин		холестерин		холестерин	

Шкала рівня ризику на найближчі 10 років

дуже високий		— більше 40%
високий		— 20 - 40%
помірний		— 10 - 20%
середній		— 5 - 10%
низький		— менше 5%

*ЯК ВИЗНАЧАТИ РИЗИК ЗА ТАБЛИЦЕЮ

1. Використовуючи дану таблицю, ви можете визначити ризик ІХС на найближчі 10 років.
2. Для цього необхідно знайти той квадрат, який відповідає вашому вікові, статі, ставленню до куріння, рівням систолічного АТ та холестерину.
3. Порівняти отриманий квадрат зі шкалою.
4. Визначити особисто для себе, що ви можете змінити для того, щоб зменшити ризик ІХС.

Наявність діабету, гіперліпідемії та обтяжливої спадковості по ІХС також збільшує ризик.

Профілактика не повинна зосереджуватись тільки на одному факторі ризику. Багатофакторний підхід як до оцінки ризику, так і до його зниження буде більш ефективним, ніж селективна увага до осіб з високими показниками будь-якого одного фактору ризику.

Багатофакторна, всебічна, оцінка ризику спрямована на виявлення осіб із підвищеним сумарним ризиком розвитку ІХС для прийняття рішення щодо індивідуального лікування.

Медичні працівники первинних структур охорони здоров'я можуть об'єднувати пацієнтів, з точки зору профілактичних заходів, у групи таким чином:

- група спеціальної уваги — особи з клінічними проявами ІХС та інших атеросклеротичних захворювань: вони потребують індивідуального нагляду, регулярних обстежень, рекомендацій щодо оздоровлення способу життя (відмова від куріння, підвищення фізичної активності, оздоровлення харчування), постійного контролю за дотриманням рекомендацій, медикаментозного лікування;
- група підвищеної уваги — особи з багатьма факторами ризику, без клінічних ознак ІХС, що мають високий сумарний ризик (понад 20% в найближчі 10 років). Вони потребують рекомендацій стосовно куріння, харчування, підтримання нормальної маси тіла, фізичної активності, вживання алкоголю;
- близькі родичі хворих на ІХС (чоловіки до 55 років, жінки до 65 років).

Працівники первинних структур охорони здоров'я зобов'язані підвищувати рівень знань пацієнтів про здоров'я, фактори ризику, можливості їх корекції через зміни звичок і поведінки. Треба надавати практичні індивідуальні поради відповідно до рівня ризику конкретної особи та умов життя. Всі рекомендації щодо здорового способу життя і здоров'я повинні мати характер порад, а не наказів. Стратегія високого ризику та масова санітарна освіта для взаємопідсилюючих і доповнюючих один одного основних підходів до здійснення профілактичних заходів.

Висновок

Впровадження в практику роботи закладів охорони здоров'я даних рекомендацій дозволить реалізувати чітку технологію щодо виявлення і профілактики АГ, буде сприяти збереженню та зміцненню потенціалу індивідуального здоров'я, активному виявленню осіб з поведінковими і внутрішніми факторами ризику, запобіганню критичним ускладненням АГ, а також зниженню смертності, інвалідності від даної хвороби серед сільського населення.

Список рекомендованих процедур

Обов'язки медичних працівників первинних структур охорони здоров'я щодо виявлення осіб із високим ризиком розвитку ІХС:

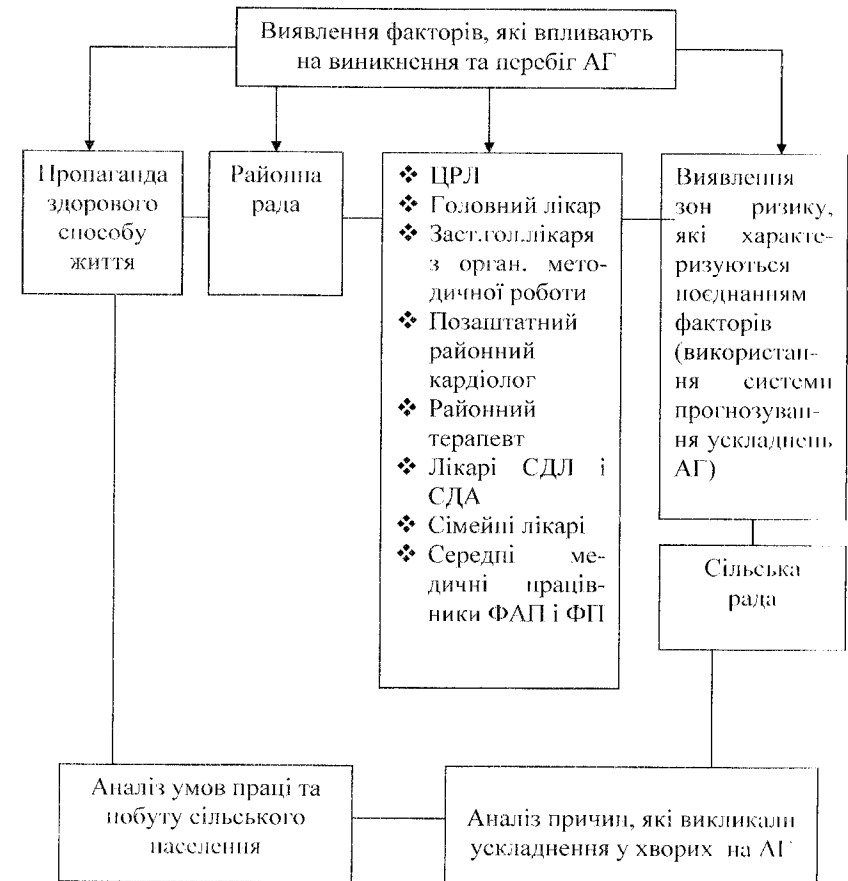
- брати на облік і фіксувати в амбулаторній карті виявлення ІХС, цукрового діабету, підвищеного АТ, високого рівня ХС, діагностованої сімейної ГХС та медикаментозне лікування;
- оцінювати і ретельно записувати анамнез пацієнтів щодо куріння (курить, не курить, курив в минулому, тривалість куріння тощо);
- вимірювати і записувати показники АТ всіх пацієнтів;
- визначати рівень ХС у крові у осіб із груп ризику;

- вимірювати зріст і масу тіла у дорослих пацієнтів, підраховувати індекс маси тіла.

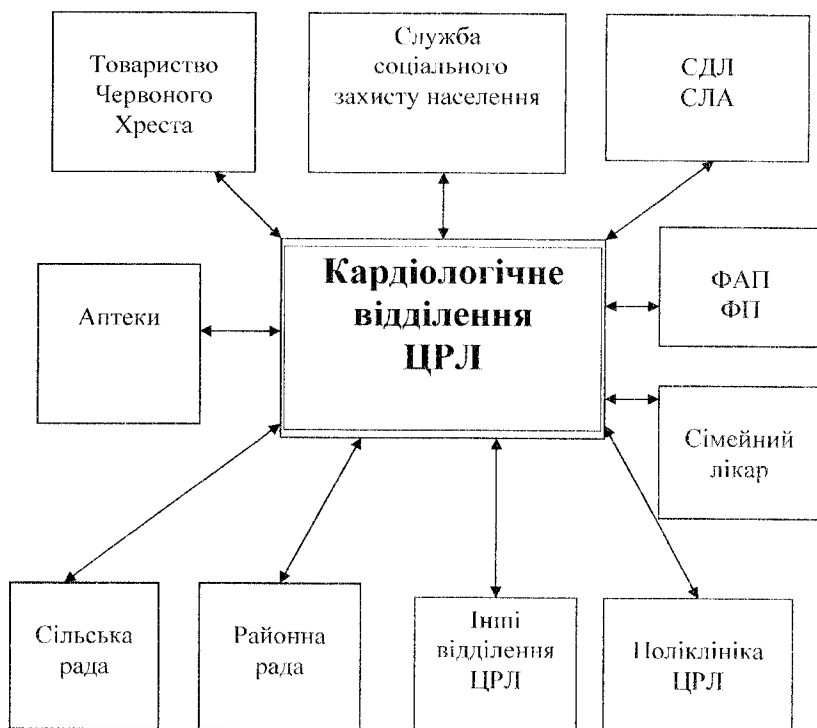
Лікарям і медичним сестрам первинних структур охорони здоров'я при виявленні осіб з високим ризиком, що потребують спеціальної медичної уваги, слід:

- забезпечити їх лікуванням, включаючи допомогу у відмові від куріння, рекомендації щодо дієти, медикаментозного лікування ГХС або АГ;
 - направляти пацієнтів до спеціалістів, якщо є необхідність.
- Первинним структурам охорони здоров'я треба:
- надавати рекомендації особам, які курять, мають підвищені рівні АТ і ХС, надлишкову масу тіла й ожиріння, щодо відмови від куріння, здорової дієти, зниження маси тіла й підвищення фізичної активності (див. табл. 7);
 - заохочувати всіх, в тому числі дітей і підлітків, до здорового способу життя;
 - стежити за клінічними проявами захворювань периферичних артерій у осіб із підвищеним ризиком (вік понад 50 років, курці, хворі на цукровий діабет) і у хворих із клінічними проявами судинних розладів;
 - координувати профілактичні заходи з ініціативами, що надходять від місцевої медичної влади, санітарно-освітніх установ, службами професійних захворювань, добровільними товариствами, місцевими засобами масової інформації (див. схему 2, 3).

СХЕМА ПРОФІЛАКТИКИ АГ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ, ЩО ВКЛЮЧАЄ ОБЛІК ФАКТОРІВ РИЗИКУ БІОЛОГІЧНОГО ТА СОЦІАЛЬНО-КУЛЬТУРНОГО ХАРАКТЕРУ



**СХЕМА ВЗАЄМОДІЇ КАРДІОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЦРЛ
З РАЙОННИМИ СЛУЖБАМИ**



**ЗАХОДИ ЩОДО РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ
ХВОРИХ НА АГ**

1.	Необхідно періодично вимірювати АТ дорослому населенню з мінімальним інтервалом один раз на рік, особам, яким за 60 років, два рази на рік.
2.	Вищезазначена рекомендація не поширюється на дітей і підлітків, проте вимірювання АТ слід включати в перелік обов'язкових процедур медичних оглядів цих контингентів.
3.	При вимірюванні АТ пацієнтам необхідно називати його рівні і пояснювати їх значення.
4.	Для одержання найточніших значень АТ необхідно вимірювати двічі, фіксуючи середнє значення. Це дуже важливо для осіб із підвищеним АТ.
5.	Після вимірювання АТ визначається тактика спостереження (див. схему 1).
6.	Коли виявлено підвищення АТ ($\geq 140/90$ мм рт.ст.), медичний працівник повинен перевірити його шляхом повторних вимірювань під час трьох окремих візитів пацієнта. Не можна діагностувати артеріальну гіпертензію за результатами тільки одного вимірювання.
7.	Всім хворим з АТ необхідно давати рекомендації щодо здорового способу життя.

Таблиця 7

ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

(Рекомендовані робочою групою програми CINDI-Україна)

1.	Раціональне харчування повинні складатися із різноманітних продуктів переважно рослинного, а не тваринного походження.
2.	Споживайте хліб, зернові продукти, макаронні вироби, рис або картоплю декілька разів на день.
3.	Вживайте не менше 400 г на добу різноманітних овочів та фруктів, бажано свіжих та вирощених у місцевих умовах екологічно чистих зон.
4.	Підтримуйте масу тіла в рекомендованих межах (значення індексу маси тіла від 20 до 25 кг/м ²) за допомогою нормокалорійної дієти і щоденних помірних фізичних навантажень.
5.	Контролюйте вживання жирів, питома вага яких не повинна перевищувати 30% добової калорійності; замініть більшість насичених жирів ненасиченими рослинними оліями або м'якими маргаринами.
6.	Заміняйте жирне м'ясо та м'ясопродукти квасолею, бобами, рибою, птицею або нежирним м'ясом.
7.	Вживайте молоко і молочні продукти (кефір, кисле молоко, йогурт, сир) з низьким вмістом жиру та солі.
8.	Вибирайте продукти з низьким вмістом цукру, обмежуйте частоту вживання рафінованого цукру, солодких напоїв та солодощів.
9.	Віддайте перевагу продуктам з низьким вмістом солі, загальна кількість якої не повинна перевищувати однієї чайної ложки (6 г) на добу, включаючи сіль, що знаходиться в готових продуктах. В ендемічних зонах необхідно вживати йодовану сіль.
10.	Обмежуйте вживання алкоголю до 20 мл етанолу або еквівалентних алкогольних напоїв на добу.
11.	Приготування їжі на пару, її варка, тушкування, випікання або обробка в мікрохвильовій печі допомагають зменшити кількість доданого жиру.
12.	Пропагуйте годування дітей перших 6 місяців життя виключно материнським молоком.

РЕКОМЕНДОВАНИЙ СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Громадське здоров'я в Україні (деякі статистичні показники за 2000 рік). - Київ, 2000. - 11 с.
2. Кардан В.Е. Особенности профилактики гипертонической болезни и её осложнений среди сельского населения // Автореферат диссертации. - Київ, 1990. - 25 с.
3. Принципи здорового харчування // Посібник для поліпшення якості роботи. - CINDI Україна. - Київ, 2001. - 28 с.
4. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я // Посібник для поліпшення якості роботи. - CINDI Україна. - Київ, 1999. - С. 40 - 53, 85 - 95.
5. Рекомендації українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії // Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. - Київ, 1999. - 51 с.
6. Рингач Н.О. Статеві-вікові особливості смертності від хвороб системи кровообігу населення України працездатного віку та підходи до її зниження // Автореферат дисертації. - Київ, 2002. - 20 с.
7. Удосконалення системи управління забезпеченням лікарськими засобами хворих на артеріальну гіпертензію // Методичні рекомендації. - Львів, 1999. - 37 с.
8. Формирование групп высокого риска развития осложнений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца // Методические рекомендации. - Киев, 1992. - 19 с.

Видано редакційно-видавничим відділом
Буковинської державної медичної академії
58000, м. Чернівці, вул. Ризька, 3

Підписано до друку 11.01.2004. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Тираж 500 пр. Зам. №386-2003
Віддруковано в друкарні БДМА. пп. Реєстр № 11420032.
58018, м. Чернівці, вул. Головна 249А/505. Тел.: 45632
