

В.М. Ждан¹, В.П. Лисак²,
І.П. Катеренчук¹, І.Ф. Шумейко²,
К.Є. Вакуленко³

¹Вищий державний навчальний
заклад України «Українська медична
стоматологічна академія»,
м. Полтава,

²Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної
адміністрації,

³Полтавський обласний клінічний
кардіологічний диспансер

МОЖЛИВОСТІ Й РЕЗЕРВИ ДІАГНОСТИКИ, ТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ПОЛТАВЩИНІ

Резюме

У статті наведено результати аналізу 835 амбулаторних карт, наданих районними центрами первинної медико-санітарної допомоги, з якості проведення лікувально-профілактичних заходів пацієнтам із гіпертонічною хворобою на Полтавщині. Проаналізовано наявні недоліки з організації й проведення профілактики та лікування артеріальної гіпертензії й визначено шляхи їх подолання. Першочерговими заходами визначено формування мотивації в лікарів і пацієнтів до найбільш ранньої терапії й профілактики артеріальної гіпертензії та вдосконалення лабораторного й інструментального забезпечення моніторингу клінічного перебігу артеріальної гіпертензії.

Ключові слова

Гіпертонічна хвороба, терапія, профілактика.

Артеріальна гіпертензія (АГ) у всьому світі є провідною причиною захворюваності й смертності населення. Значне поширення артеріальної гіпертензії відзначається як в Україні загалом, так і на Полтавщині зокрема. Згідно з даними офіційної статистики, середній показник числа осіб дорослого населення в Україні з виявленим підвищеним артеріальним тиском (АТ) у 2013 році склав 32,51%, серед жителів Полтавщини 37,23%. Аналіз загальної смертності населення свідчить про те, що більше половини випадків смертей зумовлено хворобами системи кровообігу. Економічні збитки, спричинені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю від артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань перевищують 2 млрд грн. щорічно [4, 5].

Медико-соціальна та економічна значущість проблеми висуває зростаючі вимоги до її профілактики [6].

Ефективність лікувально-профілактичних заходів значною мірою залежить від підготовки сімейних лікарів із питань формування здорового способу життя, готовності їх до проведення санітарно-освітньої роботи, знання ними міжнародних, національних та локальних стандартів лікування і профілактики артеріальної гіпертензії, нормативних документів МОЗ України, вміння

грамотно провести корекцію факторів ризику й розвитку артеріальної гіпертензії [1].

Виконуючи положення Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, на Полтавщині було створено обласний антигіпертензивний центр, основним напрямком роботи якого було проведення освітньої роботи з профілактики артеріальної гіпертензії. Практично майже в усіх районах області були проведені заняття з сімейними лікарями та середнім медичним персоналом із проведення профілактичної роботи, підготовлені та надруковані й розповсюджені брошури освітнього змісту для населення [2] та посібники для лікарів [3].

Однак, робота з профілактики й лікування вимагає постійного вдосконалення, пошуку нових форм і методів, а аналіз зробленого дозволяє усвідомити стан проблеми та визначити подальші напрямки.

Мета дослідження. На підставі експертної оцінки карток хворих на гіпертонічну хворобу вікової групи 41-60 років, що перебувають на диспансерному обліку в сімейних лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) Полтавської області визначити наявний досвід, проблеми та недоліки з профілактики артеріальної гіпертензії та визначити найбільш оптимальні шляхи вдосконалення цієї роботи.

Методи дослідження

У роботі використано медико-статистичний і соціологічний методи дослідження.

Проведена експертна оцінка 835 амбулаторних карток із 35 центрів первинної медико-санітарної допомоги. З усіх 34 районних центрів ПМСД Полтавської області проаналізовано по 25 амбулаторних карток, а з Миргородського районного центру ПМСД – 35 амбулаторних карток. Усі картки відібрані випадковим методом. Із усіх диспансерних карток сформована диспансерна група, яка відображала загальні тенденції з профілактики і лікування артеріальної гіпертензії на Полтавщині.

Результати дослідження

Згідно з проведеним аналізом, пацієнти за статтю розподілились таким чином – чоловіків було 40%, жінок – 60%. За віком, згідно з амбулаторними картками, пацієнти були розподілені на 2 групи: 41-50 років – 34% та 51-60 років – 66%.

Тривалість диспансерного спостереження: до 1 року – 13,6%; до 3-х років – 28,4%; до 5 років – 14,0%; понад 5 років – 44,0% – див. рис.

Такий розподіл тривалості диспансерного спостереження свідчить про достатнє залучення в диспансерну групу пацієнтів із гіпертонічною хворобою.

Серед пацієнтів вікової групи 40-60 років 66,6% пацієнтів були взяті на облік із діагнозом «гіпертонічна хвороба», тобто в цих пацієнтів були відсутні дані про наявність будь-яких уражень органів-мішеней і, серцево-судинних і судинно-мозкових ускладнень. Характерною особливістю було те, що лише в 4% пацієнтів цієї групи діагностовано цукровий діабет 2 типу, що свідчило про недостатнє виявлення цукрового діабету. Це значною мірою обумовлено несвоєчасним проведенням лабораторного обстеження.

Характерно й те, що за час перебування на диспансерному обліку хворих на артеріальну гіпертензію виявлення цукрового діабету, ішемічної хвороби серця та судинно-мозкових захворювань зросло у 2 рази.

На момент взяття на диспансерний облік пацієнтів із гіпертонічною хворобою супутня ішемічна хвороба серця діагностована у 22,5% пацієнтів.

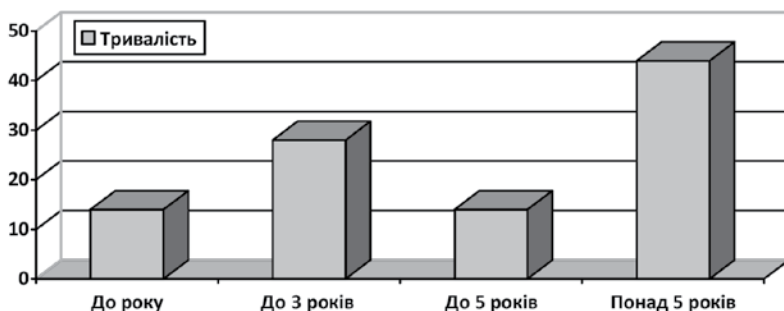


Рис. 1. Тривалість диспансерного спостереження пацієнтів із гіпертонічною хворобою

Однак, діагноз ІХС встановлювали лише за результатами ЕКГ. Більш поглиблена верифікація шляхом добового моніторингу артеріального тиску, холтеровського моніторингу ЕКГ, навантажувальних проб не проводилась через недоступність цих технологій для більшості пацієнтів.

Результати проведення обов'язкових обстежень пацієнтам із артеріальною гіпертензією, передбачені «Уніфікованим клінічним протоколом» (за даними аналізу за 2014 рік, тобто за період повноцінного функціонування центрів ПМСД як самостійних лікувальних закладів), розподілились таким чином: правильно зібраний анамнез у 80%; правильне фізикальне обстеження – у 96%; вимірювання артеріального тиску на обох руках – у 60%; вимірювання артеріального тиску на ногах – у 1,4% (нестандартною манжетою); аускультация судин шиї та проекції ниркових артерій – відповідно у 3,5% і 1,5%.

Показники лабораторного обстеження (за даними 2014 року) такі. Загальний аналіз крові та сечі проведено всім пацієнтам. Однак, визначення рівня цукру в крові не проводили 15% пацієнтам диспансерної групи; вміст калію та натрію в сироватці крові визначали лише в 10% хворих, а в 1/3 пацієнтів не визначали вміст креатиніну в крові. Рівень загального холестерину визначали в 59% хворих, однак зовсім не визначали показники ліпідного обміну (фракції холестерину) і динаміку змін показників ліпідного обміну в процесі лікування статинами. Рівень тригліцеридів визначали в 19,5% хворих, ЛПНЩ – у 14,7% хворих. Недостатнє лабораторне обстеження пацієнтів обумовлене слабкою матеріально-технічною базою лабораторної служби та використанням рутинних технологій, які є неефективними й абсолютно не забезпечують потребу в лабораторному обстеженні пацієнтів із артеріальною гіпертензією та супутніми кардіологічними станами.

Інструментальне обстеження пацієнтів із гіпертонічною хворобою в центрах первинної медико-санітарної допомоги теж потребує вдосконалення. Електрокардіографія проведена 96% пацієнтам, офтальмоскопія – 49%, УЗД – 18,1%. Варто зазначити, що ультразвукове дослідження нирок є достатньо доступним і проводиться в усіх містах і районах області. Практично не використовуються такі передбачені «Уніфікованим протоколом» методики, як доплерографія судин шиї, не проводиться визначення добової протеїнурії та не визначається гомілково-плечовий індекс.

Хоча всі пацієнти з підвищеним артеріальним тиском відносяться до групи високого ризику за наявності супутнього цукрового діабету 2 типу і для них скринінг на ЦД 2 типу є

обов'язковим (згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу», затвердженому наказом МОЗ України від 21.12.2012 року № 1118), однак скринінг глюкозо-толерантним тестом не проведено 86,6% пацієнтам диспансерної групи.

Амбулаторний моніторинг артеріального тиску проведено лише 42,9% пацієнтам, однак він практично не використовується для оцінки динаміки АТ у процесі лікування.

Із числа взятих на експертну оцінку карток хворих протягом останніх 12 місяців не відвідували лікаря 4% пацієнтів. Кратність проведення диспансерних оглядів протягом року, що визначена «Уніфікованим протоколом», забезпечується тільки для кожного п'ятого пацієнта (21,2%). Відсутність вимірювань АТ, навіть при зверненні до лікувальної установи (до стоматологів, одержання довідок, відвідування закладу з приводу хвороб у дітей тощо), фіксується в 6,7% пацієнтів.

Проведений аналіз засвідчив про те, що наявні фактори ризику недостатньо оцінюються лікарями первинної ланки. Так, хоча об'єктивним і значимим фактором ризику при серцево-судинних і судинно-мозкових захворюваннях вважається індекс маси тіла, цей показник визначається та відображається з відповідною інтерпретацією в медичній документації лише в 9,9% хворих. Не проводилось визначення ІМТ у 54% хворих, визначалось нерегулярно – у 36% пацієнтів.

Корекція факторів ризику теж проводиться не повною мірою. Дані про корекцію факторів ризику в пацієнтів із гіпертонічною хворобою містяться в таблиці.

Недостатньо надається уваги раціональному харчуванню, оскільки корекція харчування проведена лише 26,4% хворих.

Головною вимогою медико-технологічних документів із надання медичної допомоги при артеріальній гіпертензії є визначення загального серцево-судинного ризику. Однак загальний серцево-судинний ризик не визначався у 27,8% хворих; пацієнти з низьким і середнім ризиком склали 43,6%; пацієнти з високим і дуже високим

Таблиця. Дані про корекцію факторів ризику в пацієнтів із гіпертонічною хворобою

Фактор ризику	%
Обмеження вживання кухонної солі	37
Зменшення вживання кави та міцного чаю	21
Відмова або зменшення споживання алкоголю	13
Зменшення маси тіла	9,9
Відмова від паління	10,4
Фізична активність	21,6
Відсутня інформація щодо корекції факторів ризику	46

ризиком – 28,6%. У 34% хворих у медичній документації не зафіксовані рекомендації з корекції способу життя (факторів ризику); тільки кожному третьому пацієнту вручено «Пам'ятку для хворого на артеріальну гіпертензію», решта хворих ознайомлені з «Пам'яткою», але їх підпис про ознайомлення відсутній. Навчання самоконтролю з визначення артеріального тиску проведено в 36,4% хворих.

Хоча обов'язковими діями лікаря перед призначенням медикаментозного лікування є забезпечення повноцінного використання заходів немедикаментозного впливу, сімейні лікарі занадто мало впливають на модифікацію способу життя (немедикаментозне лікування), а записи про ці дії лікарів наявні лише в 50% амбулаторних карток. Тільки 35,7% хворих отримали роз'яснення про ефективність немедикаментозного лікування АГ, веденню «Щоденника хворого на АГ» навчені 69,7% хворих, узгоджено план лікування лікарем, «вузькими» фахівцями у 22,4% випадків.

Обґрунтування необхідності немедикаментозного лікування та обґрунтованості медикаментозного лікування мають 44,2% хворих.

Унаслідок усіх наведених в експертній оцінці чинників (відсутність диспансерної групи з факторами ризику по АГ, низька прихильність лікарів і пацієнтів до розуміння необхідності модифікації способу життя, поширеність серед пацієнтів декількох факторів ризику, недооцінка пацієнтами й лікарями значимості стратифікації загального серцево-судинного ризику, відсутність розуміння адміністративно-управлінським апаратом центрів ПМСД необхідності працювати згідно з уніфікованими протоколами лікування) в області склалася ситуація, коли досягти цільового рівня без медикаментів вдається лише в 3,4% пацієнтів.

Перед призначенням медикаментозної терапії середній рівень АТ складав 166/100 мм. рт.ст. Завдяки медикаментозному лікуванню та далеко не повною мірою використаним заходам немедикаментозного лікування цільовий рівень артеріального тиску (нижче 140/90 та 130/80 при ЦД) мали 15,4% хворих вікової групи 40-60 років (що корелює з даними країн Європи та провідних наукових і лікувальних закладів України, де вдається стабільно досягти цільового рівня АТ у 20% хворих).

Про ефективність лікування та диспансерного нагляду свідчить той факт, що середній АТ серед пацієнтів, які не досягли цільового рівня АТ, знизився до 149/92 мм рт.ст. (зниження систолічного АТ на 17 мм рт.ст. і діастолічного тиску на 8 мм рт.ст.).

Із 5 груп препаратів I ряду лікарі найчастіше призначають інгібітори АПФ (58%), бета-блокатори (28,1%), антагоністи кальцію (18,4%); комбіновані форми препаратів 1-го ряду приймали 37,3% хворих. Препарати II ряду призначаються як доповнення до терапії медикаментозними засобами

І ряду в 3% випадків. Така структура лікарських засобів вказує на достатню обізнаність лікарів щодо медикаментозного лікування артеріальної гіпертензії. Разом із тим, досить рідко призначаються статини (лише у 34,6% випадків) і препарати ацетилсаліцилової кислоти – у 20,8% випадків.

Висновки

1. Проведена експертна оцінка дозволила розробити методологію експертизи дотримання вимог медико-технологічних документів із лікування артеріальної гіпертензії.
2. Серед населення Полтавської області зберіга-

ється низька прихильність до корекції факторів ризику АГ та хвороб системи кровообігу.

3. Сімейні лікарі потребують подальшого навчання щодо роботи з пацієнтами зі стратифікації загального серцево-судинного ризику.
4. Ведення медичної документації не повною мірою відповідає вимогам медико-технологічних документів із надання медичної допомоги при артеріальній гіпертензії.
5. Матеріально-технічна база лабораторної служби та наявний рівень інструментального дослідження пацієнтів із АГ не забезпечують обсяг протокольних обстежень.

Список використаної літератури

1. Голубенко О.О., Галієнко Л.І. Сучасні підходи до профілактики артеріальної гіпертензії в Україні // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2013. – №3. – С. 5-7.
2. Катеренчук І.П. Формування артеріальної гіпертензії, ризику і ускладнення, можливості нормалізації артеріального тиску: корисні поради. – Київ. – 2013. – 70 с.
3. Катеренчук І.П. Артеріальна гіпертензія в жінок різного віку. Полтава, 2013. – 268 с.
4. Медико-соціальні аспекти хвороб систем кровообігу: аналітико-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленко, В.М. Корнацького. – Київ. – 2009. – 148 с.
5. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз (аналітико-статистичний посібник) / За ред. В.М. Коваленко, В.М. Корнацького. – Київ. – 2013. – 239 с.
6. Свіщенко Є.П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи // Український кардіологічний журнал. – 2010. – додаток 1. – С. 13-15.

Надійшла до редакції 23.03.2015

THE POSSIBILITIES AND RESERVES OF THE DIAGNOSTIC, THERAPEUTICAL AND PROPHYLAXY APPROACHES OF PRIMARY HYPERTENSION IN FAMILY DOCTORS PRACTICE OF POLTAVA REGION V.M. Zhdan, V.P. Lysak, I.P. Katerenchuk, I.F. Shumeyko, K.Y. Vakulenko

Summary

High Public Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Health Care Department of Regional Public Administration of Poltava Region, Regional Clinical Cardiological Centre of Poltava 835 out-patients medical cards that were presented by the regional centers of primary medical-sanitarian care are involved in the analysis that estimated the quality of therapeutic and prophylactic approaches in patients of Poltava region suffering on essential hypertension. Also the presence of deficiencies in organisation and implementation of prophylaxical and treatment strategies in arterial hypertension and the ways of their correction were evaluated. The primary measures included encouraging motivation for doctors and patients to the early-stage treatment and prevention of hypertension and improvement of laboratory and instrumental monitoring in clinical course of this disease.

Keywords: primary hypertension, treatment, prophylaxy.