

ОЦІНКА ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЗАКЛАДАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАСАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

В. І. Поцелуєв

Сумська центральна районна лікарня

Проведено оцінку якості діагностики артеріальної гіпертензії у закладах первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини. Доведено, що активне, цілеспрямоване виявлення артеріальної гіпертензії в закладах первинної медико-санітарної допомоги сприяє своєчасному лікуванню високого артеріального тиску і профілактиці ускладнень. Основними причинами та чинниками ризику артеріальної гіпертензії у цій популяції є ішемічна хвороба серця і цукровий діабет, надмірна маса тіла й ожиріння. Принципових гендерних відмінностей у частоті артеріальної гіпертензії і факторах ризику її розвитку в популяції не виявлено.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА НАЧАЛАХ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ — СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

В. И. Поцелуев

Проведена оцінка якості діагностики артеріальної гіпертензії в учредженнях первинної медико-санітарної допомоги на принципах загальної практики — сімейної медицини. Показано, що активне, цілеспрямоване виявлення артеріальної гіпертензії в учредженнях первинної медико-санітарної допомоги сприяє своєчасному лікуванню високого артеріального тиску і профілактиці ускладнень. Основними причинами та факторами ризику артеріальної гіпертензії в популяції є ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, надмірна маса тіла й ожиріння. Принципових гендерних відмінностей у частоті артеріальної гіпертензії і факторів ризику її розвитку в популяції не виявлено.

ASSESSMENT OF DIAGNOSTICS QUALITY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PRIMARY CARE NETWORK AT GENERAL ORGANIZATIONS — DOMESTIC MEDICINE

V. I. Potseluev

The estimation of quality of diagnosis of hypertension in primary health care on principles of general practice and family medicine has been fulfilled. It is shown that the active, purposeful identification of hypertension in primary care network facilitates timely treatment of high blood pressure and prevent complications. The main causes and risk factors for hypertension in the population are ischemic heart disease, diabetes, overweight and obesity. Principal sex differences in the incidence of hypertension and risk factors for its development in the population have not been identified.

Більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) проходять лікування в амбулаторних (поліклінічних) медичних закладах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що своєчасна діагностика, вжиття заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасна адекватна медикаментозна

терапія, залучення в процес лікування пацієнта та членів його родини затримує прогресування захворювання, знижує ризик виникнення ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності [1, 2, 3].

Ефективність дій лікаря під час лікування кожного конкретного пацієнта і досягнення

успіхів контролю артеріального тиску (АТ) серед населення країни значною мірою залежить від узгодженості дій лікарів загальної практики — сімейної медицини та лікарів вторинної ланки медичної допомоги, що забезпечує єдиний діагностичний і лікувальний підхід [4, 5].

Артеріальна гіпертензія (АГ) — одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. За даними офіційної статистики МОЗ, на 1 січня 2011 р. в Україні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Спостерігається стійке поширення АГ — більше ніж удвічі в порівнянні з 1998 р. Зростання цього показника є свідченням ефективної роботи первинних структур охорони здоров'я щодо виявлення АГ [6, 7].

Мета роботи — оцінка якості діагностики АГ в закладах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети використані статистичні дані про стан здоров'я населення та діяльність лікувально-профілактичних закладів Харківської і Сумської областей за 2002–2010 рр., а також матеріали моніторингу розвитку мережі закладів ЗПСМ та їх діяльності за аналогічний період.

Амбулаторні карти диспансерних хворих на АГ для аналізу відбирали методом випадкової вибірки на комп'ютері. Розмір вибірки залежав від кількості хворих на АГ, що перебувають на диспансерному обліку. Далі розраховувалася репрезентативна кількість карт, яку необхідно проаналізувати, щоб мати об'єктивну інформацію про якість ведення хворих. Усього до аналізу було представлено 438 амбулаторних карт.

Якість обстеження хворих на АГ оцінювалася за фактичним проведенням обов'язкових методів обстеження: оцінка загальних факторів ризику (ФР) за наявності відмітки про куріння, дані вимірювання індексу маси тіла (ІМТ), визначення наявності асоційованих клінічних станів (АКС), даних електрокардіограми (ЕКГ), аналізу сечі, визначення рівня глюкози крові, дослідження креатиніну сироватки крові, дослідження рівня холестерину крові, кількість хворих, яким проведено усі діагностичні тести. Якість ведення хворих на АГ оцінювали за кількістю оглядів (відвідувань хворим лікаря), визначенням креатиніну крові у хворих, які приймали необхідні лікарські засоби.

Якість лікування хворих на АГ оцінювали за наявності письмових рекомендацій щодо зміни способу життя (вплив на модифіковані чинники ризику: дієта, обмеження вживання солі, фізична активність), призначення хворим препаратів, ефективність і безпека яких науково доведена (відповідають принципам доказової медицини), тривалості лікування (місяці і роки) і відсутності курсового лікування антигіпертензивними препаратами, а також підрахунком кількості хворих, у яких досягнуто рівня АТ менше 140/90 мм рт. ст.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили методами параметричної та непараметричної статистики. Використовували пакет статистичних програм «Statistica for Windows» версії 6.0 (StatSoft, США), реалізованих на РС IBM Pentium IV. Похибку вважали достовірною за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЄ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження проводили у два етапи. На першому були вивчені амбулаторні карти 458 хворих на АГ, які перебували на обліку в закладах ПМСД (табл.1). На другому етапі обстежено

Таблиця 1

Клінічна характеристика обстежених хворих

Показник	Група АГ (n = 438)
Вік, р	56,74 ± 7,89
Офісний САТ, мм рт. ст.	142,37 ± 8,87
Офісний ДАТ, мм рт. ст.	86,7 ± 6,67
Вміст глюкози в крові натщесерце, ммоль/л	4,8 ± 0,88
Тривалість захворювання, р	6,38 ± 1,65
Обтяжена спадковість за основним захворюванням, %	64
Паління, %	32
Надлишкова вага тіла, %	66

Таблиця 2

Наявність та вираженість ХСН за результатами обстеження в порівнянні з даними закладів ПМСД

Стать	Чоловіки (n=46)		Жінки (n=90)	
	Результати обстеження	Дані ПМСД	Результати обстеження	Дані ПМСД
I	27	10	46	23
IIA	9	5	29	21
IIБ	-	-	-	1

хворих на АГ, що потрапили у випадкову вибірку з реєстра хворих, котрі спостерігалися в закладах ПМСД. У вибірку ввійшло 178 пацієнтів, із яких повністю вдалося обстежити 128 (відгук склав 71,9%). Згідно з постулатами популяційних досліджень, відгук понад 70,0% є достатнім для валідності їх результатів.

Установлено, що до закладів первинної ланки охорони здоров'я за медичною допомогою зверталися в основному жінки (60,3%). Середній вік чоловіків і жінок склав 56,4 та 58,4 року, відповідно, серед них 39,0% працюють, 43,5% — інваліди, 14,9% — пенсіонери і 2,6% — інші, що не ввійшли до жодної категорії.

Середній рівень АТ у 50% спостережуваних хворих був у межах 140/90 мм рт. ст., у 25% пацієнтів він становив 160/99 мм рт. ст. і вище, що свідчить про велику частку хворих із так званою «м'якою» АГ (I ступінь АГ). У 25% пацієнтів середній рівень АТ був у межах 130/80 мм рт. ст.; це пов'язано з тим, що такі хворі або «досягали» цільових рівнів АТ на момент відвідування лікаря, або належали до категорій осіб із високим АТ.

Згідно з рекомендаціями, всі заходи з виявлення ФР серцево-судинних ускладнень (куріння, ожиріння, вживання алкоголю, малорухливий спосіб життя, порушення толерантності до вуглеводів, високий рівень загального холестерину) проведено лише у 17,7% хворих на АГ і частково виконано у 55,3% пацієнтів.

Такий ФР, як куріння, враховувався недостатньо: 80,8% амбулаторних карт містили відомості про куріння. Ще гіршими були справи в закладах первинної ланки з виявлення такого важливого ФР, як надлишкова вага. Обчислення ІМТ проводилося в поодиноких диспансерних хворих: тільки у 18 з 438 пацієнтів.

Ураховуючи важливість асоційованих клінічних станів за АГ, проведено аналіз виявлення цих станів. Найчастіше АГ супроводжував цукровий

діабет (ЦД) — у середньому у 24,9% хворих, потім ішемічна хвороба серця (ІХС) — 22,8%, рідше виявлялася хронічна серцева недостатність (ХСН) — 9,6%. У разі наявності АКС пацієнт належить до групи дуже високого ризику серцево-судинних ускладнень (ССУ). Наявність великої кількості хворих із АКС може побічно вказувати на пізню диспансеризацію за АГ.

ХСН діагностована у 75 жінок (83,3%) і 36 чоловіків (78,3%). Ці показники порівнювали з даними від установ ПМСД (табл. 2).

На амбулаторному етапі ХСН не було діагностовано у більшій частині чоловіків і майже у половини жінок, основним захворюванням яких був ЦД 2 типу.

Це можна пояснити складністю діагностики ХСН, а особливо початкових її стадій. За ЦД 2 типу труднощі діагностики наростають, переважна більшість пацієнтів мають надлишкову масу тіла або ожиріння (майже всі скаржаться на задишку) і АГ, в разі якої діастолічну дисфункцію за типом аномальної релаксації має більшість хворих ще до розвитку ХСН.

Провідне значення в констатації цього синдрому мали результати тесту — 6-хвилинної ходьби, що трактувалися з урахуванням віку, статі та ІМТ пацієнта. Зважаючи на можливу детренованість хворих та необхідність адаптації до швидкої ходьби, тест проводили не менше ніж 2–3 рази та порівнювали його результати зі скаргами, клінічною картиною і наявністю об'єктивних ознак дисфункції міокарда.

Жінки з ХСН, як і очікували, є дещо старшими за пацієнок без такого синдрому: $57,5 \pm 1,10$ і $53,7 \pm 1,28$ ($p > 0,05$). Серед чоловіків із АГ за наявності ХСН середній вік був $55,2 \pm 1,32$, а за її відсутності — $61,2 \pm 2,01$ ($p < 0,05$).

Ми вважаємо цей парадокс відображенням менш серйозного ставлення чоловіків до свого здоров'я в порівнянні з жінками, тобто лише

більш важкий стан (сполучення з ЦД та ХСН) змушує представників «сильної» статі погодитися на госпіталізацію у допенсійному віці.

Роль АГ як основної патології серцево-судинної системи в розвитку ХСН підтверджують також отримані дані (табл. 3).

Цілеспрямоване виявлення синдрому ХСН дало змогу діагностувати додатково 17,4% його випадків серед чоловіків і 15,3% — в жіночій популяції (за винятком 5 випадків (4,8%) гіпердіагностики).

Серед пацієнтів ПМСД найбільше діагностовано ХСН із II ФК. Це може відображувати швидке наростання тяжкості ХСН за наявності ЦД або, швидше за все, свідчити про те, що частина хворих на ЦД 2 типу залишилася поза реєстром і серед них є пацієнти з I ФК ХСН.

У чоловічій популяції АГ I ступеня діагностована в 1 пацієнта, II — у 14, III — у 5; серед жінок II і III ступінь АГ — у 72 і 12, відповідно. В однієї жінки підстав для діагностики АГ не було (табл. 4).

Значущою гендерної різниці розподілу хворих за ступенем тяжкості АГ не виявлено. Отримані дані свідчать, що в обох популяціях переважали пацієнти, в яких АГ констатована за 10 років до обстеження. Слід також зазначити, що в усіх чоловіків і в 63 жінок (75%) під час включення в дослідження АТ був вище цільового рівня (130/80 мм рт. ст.), а підвищений (понад 140/90 мм рт. ст.) АТ був у 18 чоловіків (90%) і 48 (57,1%) жінок. У більшості випадків АГ виникала до ЦД, а в решти хворих АГ і ЦД були виявлені практично одночасно.

ІХС підтверджена та діагностована у 14 чоловіків (70,0%) та 53 жінок (62,4%). На момент обстеження всіх у цих хворих мала місце стабільна стенокардія напруження II–III ФК, за винятком однієї жінки з безбольовою ішемією міокарда. Четверо чоловіків перенесли інфаркт міокарда (один із них двічі з формуванням хронічної аневризми лівого шлуночка); в жіночій популяції інформація про інфаркт міокарда в анамнезі була у двох випадках.

Порівнявши вік хворих, у яких діагностовано АГ, включаючи випадки виявлення цього синдрому в процесі його дослідження, і пацієнтів без СН, отримали вірогідну різницю ($p < 0,01$): за наявності ХСН хворі були старшого віку.

Вірогідною виявилася і різниця щодо основної та супутньої патології. Так, у трьох обстежених чоловіків, у яких не було підстав діагностувати АГ, у двох випадках не було ні ІХС, ні ХСН, а в одного виявилася тільки ІХС. Серед 20 жінок без ХСН у 16 була АГ, в чотирьох випадках не було ні АГ, ні ІХС. Зіставлення їх із жінками, у яких ХСН була діагностована на амбулаторному етапі і/або в процесі нашого дослідження, показало вірогідну різницю ($p < 0,05$) за наявністю АГ, ІХС та їх сполучення в бік останнього.

Серед причин недостатньої діагностики ФРССУ були практично повна відсутність щорічного дослідження показників ліпідного обміну (визначали вміст тільки загального холестерину в крові) і низький рівень відображення в амбулаторних картах даних опитування про особливості харчування, куріння, рівня фізичної активності, надмірного споживання солі,

Таблиця 3

Частота АГ та ІХС у хворих без ХСН

Захворювання \ Стать	Чоловіки (n=10)	Жінки (n=15)
АГ	8	9
АГ+ІХС	2	6

Таблиця 4

Ступені АГ у обстежених респондентів

Ступінь АГ \ Стать	Чоловіки (n=20)	Жінки (n=85)
I	1 (5,0%)	0
II	14 (70,0%)	72 (84,7%)
III	5 (25,0%)	12 (14,1%)
Всього	20 (100,0%)	84 (98,8%)

алкоголю і даних об'єктивної оцінки зросту і маси тіла. Адже в численних дослідженнях показано, що корекція ФР, зокрема нормалізація маси тіла, зменшення споживання солі та інших ФР, сприяє зниженню АТ і в цілому зменшує ризик розвитку ССУ. Дослідження також засвідчили необхідність корекції всіх ФР, що є гарантією профілактики ССУ в середній і довгостроковій перспективі.

Не всі диспансерні хворі були повністю обстежені обов'язковими діагностичними тестами (електрокардіографія, загальний аналіз сечі та глюкоза крові). Понад 60% хворих мали в картках дані електрокардіографії. Загальний аналіз сечі не менше одного разу на рік мали тільки 70,6% хворих на АГ, що відвідували лікаря. Дві третини гіпертоніків пройшли тест на цукор крові (65%).

Аналіз амбулаторних карт за менш доступними (але не менш важливими) для закладів ПМСД тестами на креатинін і загальний холестерин виявив, що охоплення цими тестами хворих було досить низьким, в середньому — 26,5% і 33,8%, відповідно. При цьому доступність необхідних діагностичних досліджень необхідно з'ясувати в кожній установі ПМСД окремо. Охоплення хворих усіма трьома тестами (електрокардіографія, загальний аналіз сечі, глюкоза крові) в середньому становило близько 50%.

Тяжкість ураження органів-мішеней (УОМ) та АКС незалежно від рівня підвищення АТ визначає ступінь ризику розвитку ССУ і, відповідно, тактику ведення хворих. Діагностика УОМ та/або АКС у повному обсязі відповідно до рекомендацій була проведена тільки у 30,8% і частково — у 52,3% хворих АГ. У решти хворих було недостатньо задокументованих даних для обґрунтованих висновків про наявність УОМ і/або АКС.

Через недообстеження або відсутність діагностичних досліджень з метою виявлення УОМ та/або АКС (у 52,3% і 16,9% хворих на АГ, відповідно) не можна було робити висновки про стан міокарда лівого шлуночка, видільної функції нирок і ступеня ураження судин (не було зареєстровано електрокардіограму, не проводили ехокардіографію з розрахунком індексу маси міокарда лівого шлуночка, не визначали в крові рівень креатиніну, не було огляду офтальмологом).

Слід зазначити, що в установах ПМСД в основному спостерігають хворих на АГ із високим і дуже високим ризиком ССУ, про що свідчить велика кількість хворих на АГ з АКС (ІХС було діагностовано у 44,3% пацієнтів, інфаркт міокарда і/або коронарну реваскуляризацію перенесли 16,8% і серцеву недостатність діагностували у 47,7%). Зауважено на невеликій кількості хворих на АГ із цереброваскулярною патологією. Перенесені інсульти (всі форми) були зареєстровані тільки у 5,0% пацієнтів, транзиторну ішемічну атаку перенесли 8,5%.

Аналіз отриманих даних свідчить не тільки про погану діагностику АКС, а й про незадовільну діагностику безсимптомного УОМ (гіпертрофія лівого шлуночка, мікроальбумінурія, безсимптомний перебіг атеросклерозу й ін.), що, врешті-решт, призвело до недооцінки ступеня ризику ССУ і неправильного ведення хворих на АГ.

Ми мали можливість розрахувати в автоматичному режимі фатальний персональний 10-річний ризик ССУ за моделлю SCORE. Було достатньо даних для розрахунку ризику ССУ у 69,5% хворих, у решти 30,5% не було даних про паління і/або в них не визначали рівень загального холестерину в крові.

У середньому в групі персональний ризик становив 4,1%, що відповідає середньому ризику, і по 25% припадало на частку хворих АГ з низьким (1,5%) і дуже високим ризиком (9,2%). За підсумовування початкового серцево-судинного ризику за шкалою SCORE і додаткового (обтяжена спадковість за АГ, серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, дисліпідемією, ожирінням, низькою фізичною активністю, дані про наявність АКС і УОМ тощо), з великою часткою ймовірності можна припустити, що сумарний серцево-судинний ризик у хворих на АГ ще вище. Майже у 80% чоловіків 50 років і старше спостерігали високий або дуже високий ризик фатальних ССУ. Ураховуючи велику смертність чоловіків, особливо працездатного віку, профілактичні заходи ССУ мають проводитися з 30-річного віку.

Від якості виявлення ЧР і особливо з безсимптомними УОМ і АКС залежить тактика лікування, вибір антигіпертензивної терапії (АГТ) і активність спостереження за хворими на АГ. Складається враження, що лікарі, призначаючи АГТ, орієнтуються в основному на

підвищений АТ і/або наявність АКС, упускаючи велику частку хворих із ФР і субклінічним перебігом УОМ і АКС.

Оцінка якості ведення диспансерних хворих на АГ. Незважаючи на немолодий вік хворих АГ (понад 50 років), середня тривалість диспансерного спостереження за АГ склала всього 4,3 року. Диспансерні хворі дисципліновано відвідували лікарів. Кількість візитів на рік коливалася від 3,7 до 7 разів у різних установах ПМСД. У середньому було 4,4 візиту на рік. Узагальнюючи дані оглядів диспансерних хворих, можна дійти висновку, що в низці установ ПМСД цей показник непоганий, але загалом недостатній — третина диспансерних хворих протягом року не відвідували лікаря.

Оцінка якості лікування диспансерних хворих на АГ. Обов'язковим компонентом лікування АГ є немедикаментозне. Недостатніми були рекомендації хворим щодо зміни способу життя в установах ПМСД, майже зовсім не згадували про підвищення фізичної активності. Найкращі показники мали місце в деяких амбулаторіях, де більшість хворих отримували рекомендації щодо обмеження солі та жирної їжі.

За наявності хоча б одного критерію УОМ або трьох і більше ФР, а тим паче за наявності АКС, таких, як ЦД 2 типу, хворому показана

невідкладна медикаментозна терапія навіть у разі відповідно високих значень рівня АТ.

Для поліпшення ефективного контролю за хворими АГ, окрім збільшення фінансових витрат на проведення профілактичних заходів (пропаганда здорового способу життя), сучасного технічного оснащення амбулаторій, необхідно визнати єдині стандарти з ведення цієї категорії хворих, змінити форму ведення амбулаторної картки, повсякчас підвищувати кваліфікацію лікарів поліклінік у галузі кардіології, знизити зайнятість лікарів оформленням медичної документації.

ВИСНОВКИ

1. Активне, цілеспрямоване виявлення АГ у закладах ПМСД сприяє своєчасному лікуванню високого АТ і профілактиці ускладнень. Основними причинами та чинниками ризику АГ у цій популяції є ІХС і ЦД, надмірна маса тіла й ожиріння.

2. У разі виявлення ХСН серед хворих на АГ необхідне проведення тесту 6-хвилинної ходьби, результати якого слід інтерпретувати з урахуванням гендерного чинника, віку та ІМТ пацієнтів.

3. Принципових гендерних відмінностей щодо частоти АГ і ЧР у розвитку в популяції виявити не вдалося.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Горбась І. М. Епідеміологія основних факторів ризику серцево-судинних захворювань / І. М. Горбась // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2 (2). — С. 13–18.
2. Горбась І. М. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень / І. М. Горбась, О. О. Смирнова, І. П. Кваша, А. П. Дорогой // Артеріальна гіпертензія. — 2010. — № 6 (14). — С. 51–67.
3. Дорогой А. П. Термін виконання «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» закінчився, проблеми залишилися. Що далі? / А. П. Дорогой // Артеріальна гіпертензія. — 2011. — № 3 (17). — С. 29–36.
4. Коваленко В. М. Реалізація Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В. М. Коваленко, Ю. М. Сіренко, А. П. Дорогой // Укр. кардіолог. журн. — 2010. — № 1. — С. 3–12.
5. Проект робочих груп Асоціації кардіологів України з невідкладної кардіології та артеріальної гіпертензії. Гіпертензивні кризи // Артеріальна гіпертензія. — 2011. — № 3. — С. 64–95.
6. Свіщенко Є. П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи / Є. П. Свіщенко // Укр. кардіолог. журн. — 2010. — № 1. — С. 13–15.
7. Сіренко Ю. М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки) / Ю. М. Сіренко // Артеріальна гіпертензія. — 2008. — № 2 (2). — С. 83–88.