

Кошинець О. Б.

Ресурсное обеспечение офтальмологической службы в Ивано-Франковской области как важная составляющая ее доступности больным первичной глаукомой

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

olesyakoshchinetc@gmail.com

Резюме. С целью выявления проблем ресурсного обеспечения офтальмологической службы в Ивано - Франковской области провели анализ данных государственной и отраслевой статистики за 2002-2011 годы. С помощью статистического, аналитического методов и графического изображения установлено, что в области достаточно развита сеть и укомплектованность врачами окулистами. Однако, недостаточный уровень квалификации кадровых ресурсов (30-50% не аттестованы), ненадлежащее на грузки (0,84 ставки на одно физическое лицо) и несоответствующее стандартов материально - техническое оснащение (67-71%) составляют опасность относительно возможностей обеспечения качественной офтальмологической помощи и снижают ее доступность к больным первичной глаукомой.

Ключевые слова: организация офтальмологической помощи, первичная глаукома.

O. B. Koshchynets

Resource Support of Ophthalmologic Service in Ivano-Frankivsk Region as an Important Component of its Availability to Patients with Primary Glaucoma

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

olesyakoshchinetc@gmail.com

Abstract. The analysis of data of the state and sector statistics in 2002-2011 years was conducted for the purpose of revealing problems of ophthalmologic service resource support in Ivano-Frankivsk region. With use of statistical, analytical methods and diagrammatic image, ophthalmology network and staffing was determined to be well-developed in the region. However, the insufficient level of staff resources qualification (30-50% of physicians are not certified), part-time job (0,84 rate per person) and material support inadequate to standards (67-71%), present a potential threat as to qualified ophthalmologic service opportunities and its accessibility to patients with primary glaucoma.

Keywords: ophthalmologic service organization, primary glaucoma.

Надійшла 28.04.2014 року.

УДК 616.12-008.331.1 :159

Левченко В.А.

Шляхи попередження гіпертонічних кризів на догоспітальному етапі, на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби

Кафедра екстреної і невідкладної медицини (зав. каф. – проф. В.М.Криса)
ВДНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. Мета дослідження – виявлення факторів, які сприяють виникненню гіпертонічних кризів і шляхів їх попередження на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби.

Матеріали і методи дослідження: картки виклику швидкої медичної допомоги, диспансерного обліку, результати опитування 200 хворих, які перенесли гіпертонічний криз.

Проведеними дослідженнями встановлено достовірне збільшення кількості гіпертонічних кризів у хворих із I ст. артеріальної гіпертензії за останні два роки. У більшості хворих, що перенесли гіпертонічний криз, виявлені серцево-судинні та метаболічні фактори ризику. Значна частина хворих не дотримувалася рекомендацій лікаря, так 58,16 % із них приймали гіпотензивні препарати тільки при підвищеному артеріальному тиску, 64,29 % – вживали ліки не кожен день,

33,67 % – припиняли лікування після нормалізації тиску, 28,57% – забували приймати ліки. Більшість хворих із I ступенем артеріальної гіпертензії отримували монотерапію, не корегували фактори ризику. Монотерапія може бути призначена невеликій групі хворих із низьким рівнем серцево-судинного ризику, з безкризовим перебігом хвороби. Решта хворих потребує комбінованої терапії, так як більшість хворих рано чи пізно переходить на неї, через її вищу ефективність, здатність впливати на різні ланки патогенезу, швидше досягати цільового тиску, більшої органопroteкції. Обов'язковим компонентом терапії повинна бути корекція існуючих факторів ризику, контроль комплаєнсу.

Ключові слова. гіпертонічний криз, комплаєнс, монотерапія, комбіноване лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Незважаючи на значні досягнення медицини в області кардіології, проблема гіпертонічних кризів (ГК) залишається актуальною, так як вони є однією з основних причин інсультів, інфаркта міокарда, аритмій, серцевої недостатності тощо [1]. За даними офіційної статистики МОЗ України, на початок 2011 року в Україні зареєстровано більше 12млн. хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає третину дорослого населення. Україна займає одне з перших місць в Європі

щодо смертельних ускладнень артеріальної гіпертензії. З року в рік кількість людей з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) продовжує зростати [2]. В економічно розвинених країнах відзначають зменшення частоти розвитку кризових станів, що пов'язують із поліпшенням лікування АГ протягом останніх 20 років та їх профілактикою [5, 8]. ГК є однією з найбільш частих причин виклику швидкої медичної допомоги (ШМД) на Україні, тому ця проблема потребує додаткового вивчення, поглиблених наукових досліджень [3, 6].

Мета дослідження – виявлення факторів, які сприяють виникненню гіпертонічних кризів і запропонувати способи їх попередження на ранніх стадіях гіпертонічної хвороби.

Матеріал і методи дослідження

Вивчалися картки виклику ШМД, форми № 030/о, амбулаторні картки, результати опитування 200 пацієнтів, які викликали швидку допомогу відносно ГК і які знаходилися на диспансерному обліку відносно гіпертонічної хвороби. Ступінь артеріальної гіпертензії визначали за рівнем АТ відповідно до рекомендацій ВООЗ, Європейського товариства гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (2007) [1, 5]. У 50,0 % обстежуваних хворих, що лікувалися, був I ст. АГ (n=86), у 30,23 % (n=52) – II ст., у 19,77 % (n=34) – III ст. З них, чоловіків, віком від 34 до 69 років, було 86 (43,0 %), жінок – від 29 до 72 років – 114 (57,0 %). Для досягнення поставленої мети, в хворих вивчався стан комплаєнсу, перебіг гіпертонічної хвороби. Для визначення типів комплаєнсу використовували модифіковану методику (Л.Ф.Шестопаловой, Н.М.Лесной, 2011). На основі якої в хворих виділяли змішаний, конструктивний і формальний типи комплаєнсу [4].

Змішаний тип комплаєнсу характеризувався нестабільним ставленням хворого до терапевтичного режиму. Так готовність до лікування підвищувалася при погіршенні стану і, навпаки, знижувалася при стабілізації артеріального тиску, і поліпшенні самопочуття. Частина цих хворих, при відносно хорошому самопочутті і нормальному артеріальному тиску, відмовлялася від прийому ліків або самовільно змінювала їх добову дозу. Конструктивний

Таблиця 1. Основні фактори ризику виявлені в хворих на артеріальну гіпертензію в досліджуваній групі

Основні фактори ризику	Число хворих (%)	
	Чоловіки (n=86)	Жінки (n=114)
Вік (>60, >50)	53,49±2,55	65,79±3,18
Надмірна маса тіла, ожиріння	59,30±2,42	63,16±2,74
Цукровий діабет	16,28±0,92	18,42±1,36
Гіперхолестеринемія	53,49±1,83	66,67±3,52
Куріння	29,07±2,28	11,40±1,83
Зловживання алкоголем	12,79±1,12	7,89±1,14
Гіподинамія	61,63±3,11	68,42±2,52
Хронічні стреси	47,67±3,53	62,28±2,39
Сімейний анамнез	20,93±1,14	31,58±3,04

тип комплаєнсу передбачав найбільш повне дотримання терапевтичних рекомендацій, усвідомлення симптомів і наслідків захворювання, довірою до лікаря. Формальний тип характеризувався частковим усвідомленням хворим свого стану, вибірковою у виборі фармпрепаратів і порушенням схеми їх прийому, формальним ставленням до лікувальних рекомендацій, низьким рівнем дотримання вимог терапії.

Для оцінки ступеня вірогідності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих результатів із використанням пакета статистичних програм Statistica v. 6.1 (США)

Результати дослідження та їх обговорення

За даними статистичної звітності центральної станції швидкої медичної допомоги м. Івано-Франківська за 2011-2013 р., встановлено, що за останні два роки достовірно зросла кількість ГК у хворих із І ст. гіпертонічної хвороби. Так в 2012 році, їх кількість збільшилася в 1,38 рази, порівняно з 2011 роком, в 2013 – в 2,24 рази ($p < 0,001$). Аналіз 200 карток викликів показав, що чоловіки зробили 86 (43,0%) викликів, жінки – 114 (57,0 %). За даними карток диспансерного обліку, амбулаторних карток тривалість захворювання в більшості хворих становила від 6 місяців до 14 років. Тільки в 14,0 % (16 чоловіків і 12 жінок) осіб гіпертонічна хвороба була діагностована – після перенесеного гіпертонічного кризу.

Під час дослідження карток виклику, диспансерного обліку, результатів опитування в частини хворих виявлені наступні фактори серцево-судинного і метаболічного ризику (табл. 1).

Більшість хворих ($n=172$) до ГК отримували антигіпертензивну терапію, однак частина з них ($n=98$) нерегулярно приймали призначені ліки. Так, серед останньої категорії 58,16 % хворих приймали ліки тільки при підвищенні АТ; 64,29 % – не кожен день; 33,67 % – припиняли лікування після нормалізації АТ; 28,57 % – часто забували приймати ліки; 31,63 % – не контролювали АТ на тлі лікування. Також встановлено, що 82 хворих отримувало монотерапію, 90 – комбіновану (табл. 2).

Монотерапію найчастіше застосовували хворі при І ст. АГ, значно рідше при II і III ст., де переважала комбінована терапія. При останньому – III ст., хворі приймали (32,35%) два гіпотензивних препарати, три і більше – 67,65%, також частина з них отримувала лікування від супутніх захворювань (ІХС, цукровий діабет, цереброваскулярні розлади тощо).

Серед гіпотензивних середників найчастіше застосовували інгібітори АПФ, діуретики, блокатори кальцевих каналів, бета-адреноблокатори, антагоністи рецепторів ангіотензину. Незначна частина хворих приймала застарілі, а часом малоефективні засоби, серед яких адельфан, клофелін, папазол, народні засоби тощо.

Серед 200 хворих ГК найчастіше провокував психоемоційний стрес – 54 %, вживання алкоголю – 23 %, фізичне навантаження – 13 %, зміна погоди – 8 %, інше – 2%. У 14,0% хворих ($n=28$) перебіг ГК ускладнювався гострими

Таблиця 2. Характер антигіпертензивної терапії при різних ступенях АГ (%)

Ступінь АГ	Монотерапія	Комбінована терапія
I (n=86)	77,91	22,09
II (n=52)	28,85	71,15
III (n=34)	–	100,0

порушеннями мозкового кровообігу, в 6,0 % осіб – інфарктом міокарда.

Достовірно зростання частоти ГК за останні три роки, особливо серед хворих із І ст. АГ, можна пов'язати з низьким комплаєнсом хворих, недостатньою ефективністю призначеної медикаментозної терапії (табл. 3).

Встановлено, що більшу інформацію про перебіг АГ, її ускладнення, характер лікування, кількість щоденно прийнятих таблеток тощо, мали особи старші 55 років, особливо жінки; більш мотивованими були хворі з II і III ст. АГ, відповідно, 51,92 % і 58,82 %, проти 34,88 % хворих з АГ І ст.

Також потрібно відзначити той факт, що АГ часто поєднувалася з іншими захворюваннями, що потребувало окремого лікування і що суттєво збільшувало кількість таблеток, які приймалися хворими щоденно, що негативно впливає на дотримання призначень лікаря.

За даними дослідження встановлено, що збільшення кількості викликів ШМД хворими з І ст. АГ може бути пов'язано як із невиконанням рекомендацій лікаря – зменшенням дози, не регулярним прийомом ліків, припиненням їх застосування, так із відсутністю ефективності призначеного лікування, останній факт супроводжувався збільшенням дозу, або призначенням препарату з іншої групи. При цьому більшість цих хворих (77,91 %) отримувало антигіпертензивну монотерапію, яка в умовах вдалого підбору гіпотензивного препарату може досягти необхідного ефекту. Однак, враховуючи сучасну трактовку АГ із позицій ролі факторів ризику, подібна рекомендація може бути поширена лише на невелику групу хворих із низьким рівнем серцево-судинного ризику. Подібний підхід є цілком законним, оскільки препарати одного класу не в змозі контролювати всі патогенетичні механізми підвищення АТ: активність симпатичної нервової системи, ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, об'ємзалежних механізмів тощо [5]. Крім того, застосування більш високих доз монотерапії для досягнення цільового АТ частіше викликає побічні ефекти [6, 9]. Тому комбіновану терапію можна розглядати як стартову терапію, так як більшість хворих рано чи пізно переходять на неї, через її вищу ефективність [6, 10]. Таким чином хворим із І ст. АГ при наявності в них ГК, факторів ризику комбіновану терапію можна розпочинати якомога раніше. Також встановлено, що більшість хворих із І ст. АГ і лікарів, не корегували належним чином існуючі фактори ризику – надмірну вагу тіла, гіподинамію, куріння, гіперхолестеринемію тощо.

Таким чином досягнення ефективного контролю АГ можливо лише за активної й свідомої участі пацієнтів у про-

Таблиця 3. Результати дослідження стану комплаєнтності в хворих із різним ступенем артеріальної гіпертензії (%)

Характер лікування	Типи комплаєнтності в хворих з АГ		
	Конструктивний	Змішаний	Формальний
I ст. АГ			
– монотерапія (n=67)	27,16	50,62	22,22
– комбінована терапія (n=19)	31,25	53,13	15,63
II ст. АГ			
– монотерапія (n=15)	26,67	32,0	18,0
– комбінована терапія (n=37)	24,24	48,48	27,27
III ст. АГ			
комбінована терапія (n=34)	33,82	52,94	13,24

цесі лікування. А застосування різних методів терапевтичного навчання дозволить підвищити прихильність хворих до антигіпертензивної терапії, тим самим попередити виникнення гіпертонічних кризів та їх ускладнень [7].

Висновки

1. Одним із способів вирішення проблеми гіпертонічних кризів повинна бути організація поліклінічної “школи” для хворих на АГ, навчання їх самоконтролю АТ, способам самопомоги при раптовому підвищенні АТ.

2. Для підвищення ефективності лікування і попередження гіпертонічних кризів лікар повинен контролювати комплаєнс хворих, особливо в осіб із повторними гіпертонічними кризами.

3. Комбінована терапія дозволяє швидко досягти цільового тиску, більшої органопротекції, зменшення добової дози лікарських засобів.

4. Обов'язковим компонентом гіпотензивної терапії повинна бути широка корекція існуючих факторів ризику.

Перспективи подальших досліджень

Проведення даного дослідження дозволить удосконалити тактику ведення хворих на гіпертонічну хворобу, що зменшить кількість кризів на догоспітальному етапі.

Література

1. Коваленко В. М. Настанова з кардіології / В. М. Коваленко. – К. : МОРИОН, 2009. – 1368 с.
2. Лилеева Е. Г. Фармакоэпидемиологическое исследование лечения и профилактики гипертонических кризов на догоспитальном этапе / Е. Г. Лилеева, А. Л. Хохлов // *Качеств. клин. практика.* – 2006, № 1. – С. 46–50.
3. Полосьянц О. Б. Фармакотерапия гипертонического криза / О. Б. Полосьянц, Е. Г. Силина // *Российские аптеки.* – 2003, № 11. – С. 43–46.
4. Шестопалова Л. Ф. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная // *Международный медицинский журнал.* – 2011, № 3. – С. 6–12.
5. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. – *J. Hypertens.* – 2007, № 25. – P. 1105–1187.
6. Frank J. Managing hypertension using combination therapy / J. Frank // *Am. Fam. Physician.* – 2008, Vol. 77(9). – P. 1279–1286.
7. Kyngas H. Compliance of patients with hypertension and associated factors / H. Kyngas, T. Lahdenpera // *J. Adv. Nurs.* – 2005, № 29. – P. 832–839.
8. Laragh's L. Lesson XXV: How to Mechanistically Diagnose and Correctly Treat a Hypertensive Crisis / L. Laragh's // *AJH.* – 2001, Vol. 14 (9). – P. 369–375.
9. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA.* – 2002, Vol. 288. – P. 2981–2997.
10. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertens.* – 2007, Vol. 25. – P. 1105–1187.

Левченко В.А.

Пути предупреждения гипертонических кризов на догоспитальном этапе, на ранних стадиях гипертонической болезни
Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

Резюме. Цель исследования – диагностика факторов, которые способствуют возникновению гипертонических кризов и разработка способов их предупреждения на ранних стадиях гипертонической болезни. Материал и методы исследования: карточки вызовов скорой медицинской помощи, диспансерного учета, результаты опроса 200 пациентов перенесших гипертонический криз.

Проведенными исследованиями установлено достоверное увеличение числа гипертонических кризов у больных с артериальной гипертензией I степени за последние два года. У большинства из 200 больных перенесших гипертонический криз обнаружены сердечно-сосудистые и метаболические факторы риска. Значительная часть больных не придерживалась рекомендаций врача, так 58,16 % из них принимали гипотензивные препараты только при повышенном артериальном давлении, 64,29 % – употребляли лекарства не каждый день, 33,67 % – прекращали лечение после нормализации давления, 28,57 % – забывали принимать лекарства. Установлено, что у большинства больных с артериальной гипертензией I степени был низкий комплаєнс, монотерапия, не коррегировались факторы риска. Монотерапия может быть назначена небольшой группе больных с низким уровнем сердечно-сосудистого риска, бескризисным течением болезни. Остальные больные нуждаются в комбинированной терапии, так как большинство больных рано или поздно переходят на нее, через ее высокую эффективность, из-за способности влиять на различные звенья патогенеза, позволяет быстрее достичь целевого давления, большей органопротекции. Обязательным компонентом терапии должна быть коррекция существующих факторов риска, контроль комплаєнса.

Ключевые слова: гипертонический криз, комплаєнс, монотерапия, комбинированное лечение.

V.A. Levchenko

The Ways of Hypertensive Crisis Prevention during the Prehospital Phase at the Early Stages of Hypertension

Department of Emergency Medicine (Head of the Department – Prof. V.M. Krysa)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Abstract. The objective of the investigation is to identify factors that provoke the occurrence of a hypertensive crisis and to find the ways of its prevention at the early stages of hypertension.

The conducted studies found a significant increase in the number of hypertensive crises among patients with the Ist stage arterial hypertension during the last two years. In most of 200 patients who had suffered from a hypertensive crisis were revealed cardiovascular and metabolic risk factors. A significant part of patients did not follow the doctor's recommendations, as 58.16% of them took antihypertensive drugs only at high blood pressure, 64.29% did not take medicines every day, 33.67% stopped to take treatment after normalization of blood pressure, 28.57% forgot to take medicines. It's established that most patients with the Ist stage arterial hypertension received monotherapy and did not correct the risk factors. Monotherapy may be assigned to a small group of patients with the low level of the cardiovascular risks and non crisis duration of the disease. The rest part of patients need combined therapy because of its higher efficiency, ability to influence on different parts of pathogenesis, to reach the object pressure faster and higher organo-protection. Correction of existing risk factors and compliance monitoring should be the obligatory components of the therapy.

Keywords: hypertensive crisis, compliance, monotherapy, combined therapy.

Надійшла 15.06.2014 року.