

# Ретроспективне оцінювання ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які користувалися послугами невідкладної медичної допомоги в умовах мегаполісу, відповідно до вимог УКПМД «Артеріальна гіпертензія»

О.О. Тарнавська, Л.Ф. Матюха

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено результати ретроспективного аналізу амбулаторних карт (форма 025/о) пацієнтів, які неодноразово викликали невідкладну медичну допомогу (НМД) з приводу гострого підвищення артеріального тиску (АТ), відповідно до вимог УКПМД «Артеріальна гіпертензія». Встановлено, що ведення пацієнтів сімейними лікарями не в повному обсязі відповідає вимогам цього протоколу, зокрема рекомендації лікаря щодо домашнього вимірювання АТ і ведення щоденника пацієнтами було знайдено в 28,83% амбулаторних картках пацієнтів Печерського району та в 26,80% – Дарницького районів. Визначено, що лікарем первинної ланки практично не проводиться моніторинг цього вимірювання, не зазначено проведення мотивованого консультування з приводу факторів ризику для подальшого спостереження за пацієнтами з артеріальною гіпертензією. **Мета дослідження:** проведення ретроспективного оцінювання амбулаторних карт пацієнтів, які користувалися послугами НМД з приводу гострого підвищення АТ в умовах мегаполісу, на відповідність їхнього уведення до Уніфікованого клінічного протоколу (УКПМД) «Артеріальна гіпертензія», затвердженого Наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384.

**Матеріали та методи.** У ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт пацієнтів працездатного віку (18–60 років) із гострим підвищенням АТ, яким надавалась з цього приводу НМД понад один раз на рік у двох районах міста Києва. Методом механічного відбору було проаналізовано кожну п'яту амбулаторну картку від усіх викликів НМД до пацієнтів з гострим підвищенням АТ працездатного віку. Отже, проаналізовано 142 амбулаторні карти у Печерському районі та 1178 у Дарницькому районі на відповідність виконання необхідного обсягу медичних послуг лікарями загальної практики–сімейними лікарями відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія».

**Результати.** За записами в амбулаторних картках встановлено, що на першому місці за призначеннями стоять препарати першої лінії: інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, блокатори рецепторів ангіотензину II, блокатори кальцієвих каналів, β-адреноблокатори, тіазидні діуретики. Комбінована терапія була призначена 28,40% пацієнтам середнього віку Печерського району і 32,15% Дарницького району. Водночас звертає на себе нерегулярність відвідування пацієнтами лікарів, а отже і неконтрольованість призначеного лікування.

**Заклучення.** Встановлено, що 22,00% пацієнтів з гострим підвищенням АТ в Печерському та 44,57% у Дарницькому районах, які неодноразово отримували послуги невідкладної медичної допомоги, у подальшому не зверталися до лікаря первинної ланки медичної допомоги.

Під час аналізу амбулаторних карт визначено, що необхідні дії відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» проведені лікарями не в повному обсязі.

**Ключові слова:** мегаполіс, артеріальна гіпертензія, фактори ризику, первинна медична допомога, лабораторні та інструментальні обстеження, лікування.

За даними ВООЗ, понад 80% від загальної смертності, пов'язаних із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), припадає на країни, що розвиваються, до яких належить і наша країна. За результатами численних досліджень в Україні, артеріальна гіпертензія (АГ) та її ускладнення – відомий фактор ризику, який впливає на рівень смертності як серед чоловіків, так і серед жінок.

Показник поширеності АГ серед міських жителів становить майже 30%, а мешканців сільської місцевості – 36,3% [2]. Спостерігається зменшення АГ 1-го ступеня серед чоловіків з 61,1% до 45,6% та збільшення поширеності АГ 2-го ступеня з 23,5% до 38,2%, поширеність АГ 3-го ступеня майже не змінилась і становить 16,2% [3]. Зменшення АГ 1-го ступеня і збільшення 2-го ступеня може свідчити про те, що досить часто у пацієнтів молодого віку не проводиться ранній скринінг АГ та не приділяється значної уваги основним факторам ризику (ФР) як з боку лікарів, так і з боку самих пацієнтів. У значній кількості пацієнтів АГ може мати безсимптомний перебіг, а при гострих підвищеннях артеріального тиску (АТ) ці пацієнти звертаються до служби екстреної медичної допомоги (ЕМД) та невідкладної медичної допомоги (НМД). У подальшому за браком часу вони продовжують свій повсякденний ритм життя, не звертаючись до лікаря та зникають з його поля зору. Відомі випадки, коли лікар не отримує інформацію про виїзд ЕМД або НМД до конкретного пацієнта з приводу гострого підвищення АТ.

Згідно з даними ВООЗ, більше ніж три чверті випадків смертей від ССЗ можна уникнути, завчасно домогтися зміни способу життя пацієнта, і це на сьогодні є пріоритетним профілактичним напрямком лікарів первинної ланки. Незважаючи на створення нормативних документів Уніфікованого клінічного протоколу (УКПМД) «Артеріальна гіпертензія» № 384 від 24.05.2012 р. та включення в рейтингові показники первинної ланки наявну кількість інсультів та інфарктів у пацієнтів працездатного віку відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 977 від 30.12.13 р. (редакція станом на 15.04.14 р.), а також створення державних програм «Здоров'я – 2020: український вимір» (від 31.10.2011 р. № 1164) та «Доступні ліки» (від 17.03.17 р. № 152), ця проблема на сьогодні залишається досить актуальною.

**Мета дослідження:** проведення ретроспективного оцінювання амбулаторних карт пацієнтів, які користувалися по-

**Порівняльний аналіз встановленої АГ серед досліджених амбулаторних карт пацієнтів Печерського та Дарницького районів, які отримували НМД з приводу гострого підвищення АТ**

Вік	Стать	Печерський район				Дарницький район				
		Усього АГ	АГ 1-го ступіня	АГ 2-го ступіня	ІХС з ГХ	Усього, АГ	АГ 1-го ступіня	АГ 2-го ступіня	ІХС з ГХ	
Молодий	усього	n	23	17	6	268	159	95	14	
		%	100	73,91	26,09	100	59,33	35,45	5,22	
	чоловіча	n	9	5	4	145	83	52	10	
		%	39,13	21,74	17,39	54,10	30,98	19,40	3,73	
	жіноча	n	14	12	2	123	76	43	4	
		%	60,87	52,17	8,70	45,90	28,36	16,04	1,49	
Середній	усього	n	88	19	49	20	385	97	164	124
		%	100	21,59	55,68	22,73	100	25,19	42,60	32,21
	чоловіча	n	24	8	10	6	160	47	75	56
		%	27,27	9,09	11,36	6,82	41,56	12,21	19,48	14,54
	жіноча	n	64	11	39	14	225	50	89	68
		%	72,73	12,50	44,32	15,90	58,44	12,99	23,12	17,66
Усього	n	111	36	55	20	653	256	259	138	
	%	100	32,43	49,55	18,02	100	39,20	39,99	21,14	

слугами НМД з приводу гострого підвищення АТ в умовах мегаполісу, на відповідність їхнього уведення до УКПМД «Артеріальна гіпертензія», затвердженого Наказом МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання завдання було проведено аналіз кожної п'ятої амбулаторної картки (ф-025/о) пацієнтів молодого і середнього віку, до яких протягом 2015 р. більше одного разу виїздила НМД з приводу гострого підвищення АТ. Інформацію про виїзди до конкретних пацієнтів було отримано з бази викликів НМД у двох районах міста Києва. У Печерському районі міста таких викликів було зафіксовано 711 і проаналізовано 142 амбулаторні картки. У Дарницькому районі зафіксовано 5894 виклики і проаналізовано 1178 амбулаторних картки.

Амбулаторні картки пацієнтів було поділено на дві вікові групи:

- пацієнти молодого віку (18–44 років);
- пацієнти середнього віку (45–60 років).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» було проаналізовано наявність в медичних документах наступної інформації, а саме:

- встановленого діагнозу «гіпертонічна хвороба» (ГХ);
- вимірювання і моніторингу АТ (офісне, організація домашнього) на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) до епізодів виїзду НМД та після таких випадків;
- виявлення факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, оцінювання загального серцево-судинного ризику за шкалою SKORE;
- даних щодо проведених консультацій лікарем на первинному рівні з визначенням скарг, анамнезу захворювання, сімейного анамнезу, фізикальним обстеженням, оцінюванням неврологічного статусу, офтальмоскопією у пацієнтів із систолічним АТ вище 160 мм рт.ст.;
- даних щодо лабораторних обстежень:
  - загальний аналіз крові (ЗАК),
  - загальний аналіз сечі (ЗАС),
  - глюкоза у периферійній крові,
  - креатинін крові;

- даних щодо інструментального обстеження:
  - реєстрація ЕКГ (визначення індексу Соколова-Лайона для підтвердження або спростування гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ));
  - направлення до відповідного спеціаліста у разі підозри на вторинну АГ [1, 8].

Серед відібраних амбулаторних карт у Печерському районі 111 (78,17%) містили інформацію щодо встановленої раніше (до виклику НМД) АГ, у Дарницькому районі 653 (55,43%) амбулаторних карти містили інформацію про наявність підвищеного у пацієнтів АТ з розподілом, наведеним у табл. 1.

Встановлено, що достовірної різниці між двома районами серед відібраних амбулаторних карт стосовно розподілу діагнозів не виявлено.

Отже, було визначено, що в обох районах міста діагноз АГ 2-го ступеня був відзначений частіше у групі середнього віку і ця перевага відбувалася за рахунок жінок. Також не можна не зазначити, що серед амбулаторних карт працездатного населення у середньому у 20% випадків був встановлений діагноз ішемічної хвороби серця (ІХС). Враховуючи, що Україна посідає перше місце у світі серед смертності від ІХС за даними ВООЗ, це свідчить про дуже високий ризик ускладнень, особливо серед чоловіків віком понад 40 років.

Встановлено, що 61 (42,96%) амбулаторних карт не містили інформації щодо фактів наданої невідкладної допомоги у Печерському районі і 639 (54,24%) у Дарницькому районі, записи бригад НМД були зроблені лише в журналах викликів. Отже, майже половина амбулаторних карт не містила інформації щодо фактів наданої невідкладної допомоги пацієнтам з гострим підвищенням АТ, а також не встановлено інтегрованості між НМД та ПМД.

Наступним кроком дослідження було встановлення обсягу виконання необхідних дій лікарями ЗП–СЛ відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» у двох районах м. Києва (табл. 2, 3).

Важливу роль під час діагностики АГ та її лікуванні посідає вимірювання офісного і домашнього АТ. Згідно з рекомендаціями зарубіжних експертів, все частіше в клінічній практиці застосовується добове моніторування АТ (ДМАТ) та його порівняння з домашнім вимірюванням. Серед показань для вимірювання ДМАТ є гіпертензія «білого халату», прихована гіпертензія, нічна гіпертензія. Нічний АТ визнається більш

## АКТУАЛЬНІ ТЕМЫ

Таблиця 2

**Ретроспективний аналіз наявної інформації в амбулаторних картах щодо виконання необхідних дій лікаря у пацієнтів з гострим підвищенням АТ молодого та середнього віку, відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» у Печерському районі**

Показники обов'язкові		Групи молодого віку						Групи середнього віку					
		Усього		Чоловіки		Жінки		Усього		Чоловіки		Жінки	
		n=23	%	n=9	%	n=14	%	n=88	%	n=24	%	n=64	%
Моніторинг АТ	Домашній	7	30,43±9,6	3	33,34±15,7	4	28,57±12,1	25	28,41±4,8	7	29,17±9,3	18	28,13±5,6
Визначення факторів ризику	Спадковість							9	10,23±3,2	3	12,50±6,8	6	9,38±3,6
	Надмірна маса тіла	4	17,40±7,9	2	22,22±13,9	2	14,30±9,4	20	22,73±4,5	8	33,33±9,6	12	18,75±4,9
	Споживання надмірної кількості солі	3	13,04±7,0	2	22,22±13,9	1	7,14±6,9	12	13,64±3,7	4	16,67±7,6	8	12,50±4,1
	Надмірне вживання алкоголю	2	8,70±5,9	1	11,11±10,5	1	7,14±6,9	11	12,50±3,5	5	20,83±8,3	6	9,38±3,6
	Тютюнопаління	3	13,04±7,0	1	11,11±10,5	2	14,30±9,4	15	17,04±4,0	7	29,17±9,3	8	12,5±4,1
	Стрес	5	21,74±8,6	3	33,33±15,7	2	14,30±9,4	23	26,14±4,7	11	45,83±10,2	12	18,75±4,9
	Фізична активність	5	21,74±8,6	2	22,22±13,9	3	21,43±11,0	21	23,86±4,5	8	33,33±9,6	13	20,31±5,0
	Рівень холестерину	9	39,13±10,2	4	44,44±16,6	5	35,71±12,8	39	44,32±5,3	10	41,67±10,1	29	45,31±6,2
Проведення лікарського огляду	Оцінка неврологічного статусу	8	34,78±9,9	5	55,55±16,6	3	21,42±11,0	23	26,13±4,7	5	20,83±8,3	18	28,12±5,6
	Офтальмоскопія очного дна	-	-	-	-	-	-	11	12,5±3,5	2	8,33±5,6	9	14,06±4,3
Лабораторні обстеження	Загальний аналіз крові	12	52,17±10,4	7	77,77±13,9	5	35,71±12,8	61	69,31±4,9	13	54,16±10,2	48	75,0±5,4
	Загальний аналіз сечі	11	47,82±10,4	6	66,66±15,7	5	35,71±12,8	45	51,13±5,3	6	25,0±8,8	39	60,93±6,1
	Глюкоза крові	9	39,13±10,2	5	55,55±16,6	4	28,57±12,1	36	40,90±5,2	7	29,16±9,3	29	45,31±6,2
	Креатинін	7	30,43±9,6	5	55,55±16,6	2	14,289,4	19	21,59±4,3	6	25,0±9,0	13	20,31±5,0
Інструментальні обстеження	ЕКГ	13	56,52±10,3	8	88,88±10,5	5	35,71±12,8	33	37,5±5,1	8	33,33±9,8	25	39,06±5,2
	Індекс Соколова-Лайона	3	13,04±7,0	2	22,22±13,9	1	7,14±6,9	17	19,31±4,2	2	8,33±5,7	15	23,43±5,2
Визначення загального серцево-судинного ризику		5	21,74±8,6	3	33,33±15,7	2	14,30±9,4	5	5,68±2,4	1	4,16±4,2	4	6,25±3,0
Лікування	Тіазидні діуретики	2	8,70±5,9	1	11,11±10,5	1	7,14±6,9	11	12,5±3,5	4	16,67±7,6	7	10,94±3,9
	іАПФ	5	21,74±8,6	2	22,22±13,9	3	21,43±11,0	41	46,60±5,3*	13	54,17±10,2	28	43,75±6,2
	БКК	7	30,43±9,6	3	33,33±15,7	4	28,60±12,1	25	28,41±4,8	9	37,50±9,9	16	25,00±5,4
	БРА	8	34,80±9,9	4	44,44±16,6	4	28,60±12,1	31	35,23±5,1	13	54,17±10,2	18	28,13±5,6
	β-адреноблокатори	4	17,40±7,9	1	11,11±10,5	3	21,43±11,0	9	10,23±3,2	2	8,33±5,6	7	10,94±3,9

Примітка: \* – коефіцієнт достовірності p<0,05.

## АКТУАЛЬНІ ТЕМИ

Таблиця 3

**Ретроспективний аналіз наявної інформації в амбулаторних картах, про виконання необхідних дій лікаря у пацієнтів з гострим підвищенням АТ молодого та середнього віку, відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» у Дарницькому районі**

Показники обов'язкові		Групи молодого віку						Групи середнього віку					
		Усього		Чоловіки		Жінки		Усього		Чоловіки		Жінки	
		n=268	%	n=145	%	n=123	%	n=385	%	n=160	%	n=225	%
Моніторинг АТ	Домашній	57	21,26± 2,5	29	20,00± 3,3	28	22,76± 3,8	118	30,65± 2,3**	46	28,75± 3,6	72	32,0± 3,1
Визначення факторів ризику	Спадковість	21	7,84± 1,6	12	8,28± 2,3	9	7,32± 2,3	55	14,29± 1,8**	19	11,88± 2,6	36	16,0± 2,4
	Надмірна маса тіла	25	9,33± 1,8	10	6,90± 2,1	15	12,20± 3,0	87	22,60± 3,1***	23	14,38± 2,8	64	28,44± 3,0
	Споживання надмірної кількості солі	–	–	–	–	–	–	19	4,94± 1,1	11	6,88± 2,0	8	3,55± 1,2
	Надмірне вживання алкоголю	33	12,31± 2,0	17	11,72± 2,7	16	13,01± 3,0	63	16,36± 1,9	28	17,50± 3,0	35	15,56± 2,4
	Тютюнопаління	41	15,30± 2,2	25	17,24± 3,1	16	13,01± 3,0	95	24,68± 2,2**	54	33,75± 3,7	41	18,22± 2,6
	Стрес	29	10,82± 1,9	14	9,66± 2,5	15	12,20± 3,0	78	20,26± 2,0	35	21,88± 3,3	43	19,11± 2,6
	Фізична активність	39	14,55± 2,2	17	11,72± 2,7	22	17,89± 3,5	66	17,14± 1,9	23	14,38± 2,8	43	19,11± 2,6
	Рівень холестерину	62	23,13± 2,6	33	22,76± 3,5	29	23,57± 3,8	143	37,14± 2,5***	57	35,63± 3,8	86	38,22± 3,2
Проведення лікарського огляду	Оцінка неврологічного статусу	44	16,4± 2,3	27	18,6± 3,2	17	13,8± 3,1	87	22,6± 2,1*	31	19,4± 3,1	56	24,9± 2,9*
	Офтальмоскопія очного дна	37	13,8± 2,1	26	17,9± 3,2	11	8,9± 2,6	66	17,1± 1,9	21	13,1± 2,7	45	20,0± 2,7**
Лабораторні обстеження	Загальний аналіз крові	89	33,2± 2,9	60	41,4± 4,1	29	23,6± 3,8	200	51,9± 2,5***	67	41,9± 3,9	133	59,1± 3,3***
	Загальний аналіз сечі	106	39,6± 3,0	53	36,6± 4,0	47	38,2± 4,4	182	47,3± 2,5*	56	35,0± 3,8	126	56,0± 3,3**
	Глюкоза крові	79	29,5± 2,8	46	31,7± 3,9	34	27,6± 4,0	169	43,9± 2,5***	56	35,0± 3,8	113	50,2± 3,3***
	Креатинін	35	13,1± 2,1	20	13,8± 2,9	15	12,2± 3,0	104	27,0± 2,3***	24	15,0± 2,8	80	35,6± 3,2***
Інструментальні обстеження	ЕКГ	53	16,0± 2,2	29	20,0± 3,3	14	11,4± 2,9	156	40,5± 2,5***	48	30,0± 3,6*	108	48,0± 3,3***
	Індекс Соколова-Лайона	17	6,34± 1,5	8	5,52± 1,9	9	7,32± 2,3	96	24,9± 2,2	35	21,9± 3,3	62	27,1± 3,0
Визначення загального серцево-судинного ризику		41	15,30± 2,2	24	16,55± 3,1	17	13,82± 3,1	73	19,0± 2,0	21	13,1± 2,7	52	23,1± 2,8
Лікування	Тіазидні діуретики	25	9,33± 1,8	11	7,59± 2,2	14	11,38± 2,9	78	20,26± 2,0***	37	23,12± 3,3	41	18,22± 2,6
	іАПФ	74	27,61± 2,7	39	26,90± 3,7	35	28,46± 4,1	179	46,49± 2,5***	71	44,38± 3,9**	108	48,00± 3,3***
	БКК	19	7,09± 1,6	9	6,21± 2,0	10	8,13± 2,5	93	24,16± 2,2***	37	23,13± 3,3	56	24,89± 2,9***
	БРА	68	25,37± 2,7	36	24,83± 3,6	32	26,02± 4,0	134	34,81± 2,4**	56	35,00± 3,8	78	34,67± 3,2
	β-адрено-блокатори	31	11,57± 2,0	12	8,28± 2,3	19	15,45± 3,3	88	22,86± 2,1***	39	24,38± 3,4	49	21,78± 2,8

Примітки: \* – коефіцієнт достовірності p<0,05; \*\* – коефіцієнт достовірності p<0,01; \*\*\* – коефіцієнт достовірності p<0,001.

важливим показником, ніж денний для визначення серцево-судинного ризику [5].

Рекомендації пацієнтам щодо направлення на ДМАТ, вимірювання домашнього АТ, ведення щоденника та фіксування свого стану на тлі терапії було знайдено в 32 (28,83%) досліджуваних амбулаторних карток пацієнтів Печерського району з наступним розподілом: у групі карток 7 (30,43%) пацієнтів молодого віку та 25 (28,41%) – середнього віку. А в Дарницькому районі таких карток було 175 (26,80%), з них у групі молодих – 57 (21,26%) та 118 (30,65%) – у групі середнього віку. Проте оцінювання моніторингу цього вимірювання і ведення щоденника лікарями загальної практики практично не проводили.

Отже, цей показник на сьогодні є пріоритетом у світовій практиці, проте не враховується лікарями первинної ланки в повному обсязі, що може свідчити про недостатню обізнаність лікарів щодо важливості домашнього (позаофісного) вимірювання АТ для моніторингу перебігу АГ. Разом з тим, саме домашній моніторинг АТ дозволив би лікарю ідентифікувати пацієнтів з «маскованою» АГ, особливо чоловіків, які, за даними літератури, частіше за жінок на початку розвитку хвороби мають «маскований» перебіг АГ за нормального офісного і підвищеного при домашньому вимірюванні АТ [6]. А «маскована неконтрольована» АГ підвищує ризик смерті від серцево-судинних захворювань, особливо у випадках, коли і офісний, і домашній АТ перевищують рекомендовані рівні [6, 7, 12, 13].

Щодо визначення основних факторів ризику у пацієнтів з гострим підвищенням АТ відповідно до обстежених амбулаторних карт встановлено, що вони визначались не в повному обсязі. Було досліджено низку показників, а саме:

- обтяжена спадковість пацієнтів була зазначена у 76 (11,64%) амбулаторних карток Дарницького району з достовірною перевагою ( $p < 0,01$ ) у групі осіб середнього віку (14,29±1,8%) над групою молодих (7,84±1,6%), у Печерському районі обтяжена спадковість була зазначена тільки у 9 (10,23±3,2%) карток пацієнтів середнього віку;

- індекс маси тіла був визначений у 24 (21,62%) амбулаторних карток пацієнтів Печерського району і в 112 (17,15%) Дарницького району і з достовірною перевагою ( $p < 0,001$ ) серед пацієнтів середнього віку (22,60±3,1%) над молодими (9,33±1,8%) у Дарницькому районі;

- менше 5% в обох районах були знайдені рекомендації в амбулаторних карток щодо зменшення споживання кількості кухонної солі, а також не знайдено рекомендацій хворим на АГ щодо визначення рівня Na в сечі. За даними досліджень, українці споживають понад 15 г солі замість рекомендованих 5 г, тому визначення показника Na в сечі, як це рекомендує ВООЗ, є досить актуальним для населення нашої країни [9]. Рекомендації щодо зменшення вживання алкоголю було встановлено менше ніж у 15% амбулаторних карт в обох районах;

- зазначено проведення мотивованого консультування з приводу припинення тютюнокуріння в 18 (16,22%) амбулаторних карток пацієнтів Печерського району і 136 (20,83%) Дарницького району з достовірною ( $p < 0,01$ ) перевагою серед пацієнтів середнього (24,68±2,2%) віку Дарницького району над пацієнтами молодого (15,30±2,2%) віку, проте не зазначено на скільки пацієнт виконує призначення в наступних записах, яка комунікація з лікарем. Також у жодній картці не було вказано кількість пачок та сигарет, які пацієнт викурював за добу, хоча цей ФР на сьогодні в Україні залишається значно поширеним, особливо серед чоловіків. За результатами моніторингу GATS (Global Adult Tobacco Survey) 62,5% курців висловили бажання кинути курити і тільки 6,7% з них були готові кинути протягом наступних 30 днів [9, 10].

Рекомендації щодо уникнення стресових ситуацій спостерігалися в 107 (16,39%) амбулаторних карток пацієнтів

Дарницького району з достовірною перевагою ( $p < 0,001$ ) щодо пацієнтів середнього (20,26±2,0%) віку, ніж молодого (10,82±1,9%) віку і у 28 (25,23%) амбулаторних карток пацієнтів Печерського району без достовірної різниці між віковими групами. Водночас ці пацієнти не були обстежені на наявність та рівень тривожності і депресії, хоча за даними досліджень ці чинники значно поширилися в Україні [4].

Рекомендації щодо фізичної активності або дозованого фізичного навантаження було зазначено в 26 (23,42%) амбулаторних карток пацієнтів Печерського району і 105 (16,10%) карток Дарницького району без достовірної різниці між ними. За даними статистики, в Україні спостерігається гіподинамія, лише 2,3% населення старше 16 років займаються спортом регулярно [14].

Рівень холестерину був визначений у 48 (43,24%) пацієнтів Печерського району без достовірної різниці у вікових групах і 205 (31,39%) у Дарницькому районі з достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою визначення цього показника у пацієнтів середнього віку (37,14±2,5%) над пацієнтами молодого (23,13±2,6%) віку, як засвідчено в записах амбулаторних карток.

У жодній досліджуваній амбулаторній карті при клінічному обстеженні сімейним лікарем не було відображено проведення неврологічного огляду та офтальмоскопії ним самим в обох районах. Разом з тим, в амбулаторних карток пацієнтів, які були пацієнтами лікарів ПМ–СД Печерського району, виявлено записи щодо направлення пацієнтів до неврологів. Достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше направлення до неврологів відзначали у пацієнтів молодого віку (34,8±9,9%), ніж середнього (26,1±4,7%). Пацієнтам молодого віку офтальмоскопія очного дна сімейним лікарем не проводилась, а записи щодо огляду офтальмолога у пацієнтів середнього віку виявлено в 12,5±3,5% карт, без достовірної різниці між пацієнтами за статтю і віком.

У Дарницькому районі встановлено, що пацієнти середнього віку (22,6±2,1%) достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше були оглянуті неврологом, ніж пацієнти молодого віку (16,4±2,3%), жінки середнього віку (24,9±2,9%) достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше були оглянуті неврологом, ніж чоловіки середнього віку (19,4±3,1%) та жінки молодого віку (13,8±3,1%).

Огляди офтальмолога достовірно ( $p < 0,01$ ) переважали в амбулаторних карток жінок середнього віку (20,0±2,7%) над жінками молодого віку (8,9±2,6%). Це свідчить про невиконання сімейними лікарями своїх компетенцій, визначених кваліфікаційною характеристикою (КХ), а саме щодо здійснення неврологічного і офтальмологічного оглядів, особливо при консультуванні пацієнтів з нерегулярними випадками клінічно значущих підйомів АТ, які могли б запобігти розвитку уражень органів-мішеней, а також про необхідність покращення безперервного професійного розвитку з практичних навичок офтальмологічного та неврологічного оглядів.

Вивчення інформації щодо проведених лабораторних обстежень пацієнтів у Печерському районі показало, що загальний аналіз крові (ЗАК) визначено у 73 (65,77%) амбулаторних карток, у Дарницькому – у 289 (44,25%). Достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше вони здійснювалися пацієнтам середнього віку (69,3±4,9%), ніж пацієнтам молодого віку (52,2±10,4%) у Печерському, так само як і пацієнтам у Дарницькому районі (51,9±2,5%) та (33,2±2,9%) відповідно. Наявність обстеження на глюкозу крові в амбулаторних карток виявлено майже з однаковою частотою в обох районах, без достовірної різниці у віково-статевих групах Печерського району і з достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою у пацієнтів середнього віку (43,9±2,5%) над групою молодого віку (29,5±2,8%) з достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою жінок середнього віку (50,2±3,3%) над жінками молодого віку (27,6±4,0%) у Дарницькому районі.

Загальний аналіз сечі (ЗАС) проводили пацієнтам, згідно з 56 (50,45%) амбулаторними картоками Печерського району та

288 (44,10%) картками Дарницького району і достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше у групі пацієнтів середнього віку ( $47,3 \pm 2,5\%$ ), ніж у групі молодих осіб ( $39,6 \pm 3,0\%$ ) з достовірною ( $p < 0,01$ ) перевагою у жінок середнього віку, ніж у жінок молодого віку в обох районах міста. ЗАС для ранньої діагностики ураження нирок при АГ є більш інформативним, зокрема визначення мікроальбумінурії.

Дослідження рівня креатиніну виявлено у п'ятої частини обстежених амбулаторних карт пацієнтів без достовірної різниці у різних віково-статевих групах Печерського району та з достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою цього обстеження у групі середнього віку ( $27,0 \pm 2,3\%$ ) над групою молодого віку ( $13,1 \pm 2,1\%$ ) з такою самою достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою жінок середнього віку ( $35,6 \pm 3,2\%$ ) над жінками молодого віку ( $11,4 \pm 2,9\%$ ) у Дарницькому районі.

Слід зазначити, що з амбулаторних карток не встановлено причин недотримання рекомендацій УКПМД щодо повноти лабораторних досліджень пацієнтам з АГ. Зокрема і в частині дослідження функції нирок. Припускаємо, що причиною може бути обмежена можливість направлень (талонна система) для обстеження на креатинін на вторинній ланці.

Кількість виявлених ЕКГ-обстежень в амбулаторних картах достовірно не відрізнялось між Печерським 46 ( $41,4 \pm 4,7\%$ ) і Дарницьким 209 ( $32,0 \pm 1,8\%$ ) районами, але достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше це дослідження проводили чоловікам молодого віку ( $88,9 \pm 10,5\%$ ) у Печерському районі, ніж чоловікам середнього віку ( $33,9 \pm 9,8\%$ ). У Дарницькому районі з достовірною ( $p < 0,001$ ) перевагою в групі середнього віку ( $40,5 \pm 2,5\%$ ) порівняно з молодим ( $16,0 \pm 2,2\%$ ), а саме: за рахунок достовірної ( $p < 0,001$ ) переваги показників жінок середнього віку ( $48,0 \pm 3,3\%$ ) над чоловіками ( $30,0 \pm 3,6\%$ ). Отже, ЕКГ-дослідження проводили не всім пацієнтам з підвищеним АТ.

Серед тих амбулаторних карток, які містили інформацію про ЕКГ-дослідження, індекс Соколова-Лайона визначали з майже однаковою частотою в обох районах, він становив не більше 18% з наступним розподілом: у 3 ( $13,04 \pm 7,0\%$ ) амбулаторних картках пацієнтів молодого віку і 17 ( $19,31 \pm 4,2\%$ ) середнього віку у Печерському районі та у 17 ( $6,34 \pm 1,5\%$ ) картках пацієнтів молодого віку і 96 ( $24,93 \pm 2,2\%$ ) середнього віку у Дарницькому районі, що може свідчити про недостатнє врахування цього показника для подальшого вибору тактики ведення пацієнтів.

Визначення загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE проводили у 114 ( $17,46\%$ ) пацієнтів Дарницького району і в 20 ( $18,02\%$ ) пацієнтів Печерського району без достовірної різниці.

Щодо призначеного лікування, за записами в амбулаторних картках встановлено, що на першому місці за призначеннями стоять препарати першої лінії, зокрема:

- Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) в обох районах міста з наступним розподілом:

- у Печерському районі препарати цієї групи отримували  $21,74 \pm 8,6\%$  у хворих молодого віку і  $46,60 \pm 5,3\%$  пацієнтів середнього віку;

- у Дарницькому районі щодо призначень іАПФ достовірно переважали ( $p < 0,001$ ) пацієнти середнього ( $46,49 \pm 2,5\%$ ) віку над молодими ( $27,61 \pm 2,7\%$ ).

- Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА):

- у Дарницькому районі достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) призначали пацієнтам середнього ( $34,81 \pm 2,4\%$ ) віку, ніж молодого ( $25,37 \pm 2,7\%$ ) віку;

- у Печерському районі – майже з однаковою частотою у групі молодого ( $34,80 \pm 9,9\%$ ) віку так середнього ( $35,23 \pm 5,1\%$ ) віку.

- Блокатори кальцієвих каналів (БКК):

- у Печерському районі були призначені без достовірної різниці між двома віковими групами: пацієнтам молодого віку ( $30,43 \pm 9,6\%$ ) і середнього віку ( $28,41 \pm 4,8\%$ ).

- $\beta$ -адреноблокатори:

- у Печерському районі було відзначено в  $17,40 \pm 7,9\%$  картках пацієнтів молодого віку і  $10,23 \pm 3,2\%$  – пацієнтів середнього віку;

- у Дарницькому районі з достовірною ( $p < 0,001$ ) різницею між картками пацієнтів середнього ( $22,86 \pm 2,1\%$ ) і молодого ( $11,57 \pm 2,0\%$ ) віку.

- Тіазидні діуретики:

- у Дарницькому районі призначались достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше пацієнтам середнього ( $20,26 \pm 2,0\%$ ) віку, ніж молодого ( $9,33 \pm 1,8\%$ );

- у Печерському районі зафіксовані призначення цієї групи препаратів пацієнтам молодого ( $8,7 \pm 5,9\%$ ) і середнього ( $12,5 \pm 3,5\%$ ) віку.

Комбінована терапія була призначена 28,40% пацієнтам середнього віку Печерського району і 32,15% Дарницького.

Отже, амбулаторні картки містили інформацію щодо призначеної терапії пацієнтам з АГ. Загалом це препарати першого ряду, що відповідає УКПМД «Артеріальна гіпертензія». Разом з тим звертає неруляльність відвідування пацієнтами лікарів, а отже і неконтрольованість призначеного лікування.

Отже, як засвідчили результати дослідження амбулаторних карт, лікарі ЗП-СЛ після проходження спеціалізації продовжують виконувати функції терапевтів і не використовують навички і знання отримані на циклах спеціалізації. Звертаємо увагу керівників державних закладів та самих лікарів на відновлення і удосконалення компетенцій, які вони отримували протягом навчання у закладах післядипломної освіти, шляхом забезпечення безперервного професійного розвитку та контролю якості роботи лікарів та закладів ПМД з пацієнтами молодого та середнього віку, у яких визначено підвищений рівень АТ в амбулаторії або НМД.

## ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що 22,00% пацієнтів з гострим підвищенням АТ в Печерському та 44,57% у Дарницькому районі, які неодноразово отримували послуги невідкладної медичної допомоги (НМД), у подальшому не зверталися до первинної ланки медичної допомоги.

2. Визначено, що серед досліджуваних амбулаторних карт пацієнтів, які отримували послуги НМД з приводу гострого підвищення артеріального тиску (АТ), протягом 2015 року в Печерському районі 78,17% містили інформацію щодо встановленої раніше гіпертонічної хвороби (ГХ), а в 21,83% амбулаторних картках не містилась інформація щодо підвищення АТ і відповідно не був встановлений діагноз ГХ. У Дарницькому районі лише 55,43% амбулаторних карток мали інформацію про наявність підвищеного у пацієнтів АТ і діагнозу ГХ, а в 44,57% цей діагноз не був зазначений, як і інформація щодо підвищеного АТ. В обох районах міста зазначена інформація з приводу підвищеного АТ переважала в групах середнього віку над групами молодих.

3. Під час аналізу амбулаторних карт встановлено, що необхідні дії відповідно до УКПМД «Артеріальна гіпертензія» проведені лікарями не в повному обсязі, зокрема рекомендації лікаря щодо ведення щоденника і вимірювання домашнього АТ пацієнтам було знайдено в 28,83% амбулаторних картках пацієнтів Печерського району та 26,80% – Дарницького, але не встановлена наявність записів щодо оцінювання моніторингу цього вимірювання.

4. Оцінювання неврологічного статусу та офтальмоскопія очного дна самостійно практично не проводиться лікарями первинної ланки, незважаючи на те, що ці обстеження є компетенцією сімейного лікаря, виявлені огляди були здійснені лікарями вторинної ланки.

5. Не враховується також важливість мотивованого консультування з приводу факторів ризику для подальшого планування профілактики серцево-судинної патології та лікування артеріальної гіпертензії.

**Ретроспективная оценка ведения пациентов с артериальной гипертензией, которые пользовались услугами неотложной медицинской помощи в условиях мегаполиса, в соответствии с требованиями УКПМД «Артериальная гипертензия»**  
**Е.А. Тарнавская, Л.Ф. Матюха**

**Retrospective assessment of patients with arterial hypertension who used emergency medical services in a mega-city, in accordance with the requirements of the UCPMC «Arterial hypertension»**

**O.O. Tarnavska, L.F. Matyukha**

В статье приведены результаты ретроспективного анализа амбулаторных карт (форма 025/о), которые неоднократно вызывали неотложную медицинскую помощь (НМП) по поводу острого повышения артериального давления (АД), согласно требованиям УКПМД «Артериальная гипертензия». Установлено, что ведение пациентов семейными врачами не в полном объеме соответствует требованиям этого протокола, в частности рекомендации врача относительно домашнего измерения АД и ведения дневника пациентами было зафиксировано в 28,83% амбулаторных картах пациентов Печерского района и в 26,80% Дарницкого района. Выявлено, что врачом первичного звена практически не проводится мониторинг домашнего измерения АД, не учтена важность мотивированного консультирования по поводу факторов риска для дальнейшего наблюдения пациентов с артериальной гипертензией.

The article presents the results of a retrospective analysis of outpatient cards (form 025 / o), which repeatedly caused emergency medical care (EMC) for acute blood pressure increase (BP), according to the requirements of the UCPMC «Arterial Hypertension». It was found that the management of patients by family doctors does not fully comply with the requirements of this protocol, in particular, the doctor's recommendation for a home BP measurement and diary keeping was recorded in 28.83% outpatient cards of patients in the Pechersky district and in 26.80% of Darnitskiy district. It was revealed that the primary care physician practically does not monitor the home blood pressure measurement, does not take into account the importance of motivated counseling about the risk factors for further monitoring of patients with hypertension.

**Цель исследования:** проведение ретроспективного оценивания амбулаторных карт пациентов, пользующихся услугами НМП по поводу острого повышения АД в условиях мегаполиса, на соответствие их введения унифицированного клинического протокола (УКПМД) «Артериальная гипертензия», утвержденного Приказом МЗ Украины от 24.05.2012 г. № 384.

**The objective:** was to conduct a retrospective assessment of outpatient cards of patients using NMD services for acute blood pressure elevation in a megapolis environment for compliance with their introduction of the Unified Clinical Protocol (ACP) «Arterial Hypertension» approved by the Order of the Ministry of Health of Ukraine from 24.05.2012 No. 384.

**Материалы и методы.** В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов трудоспособного возраста (18–60 лет) с острым повышением АД, которым оказывалась по этому поводу НМП более одного раза в год в двух районах города Киева. Методом механического отбора была проанализирована каждая пятая амбулаторная карточка от всех вызовов НМП к пациентам с острым повышением АД трудоспособного возраста. Итак, проанализированы 142 амбулаторные карты в Печерском районе и 1178 в Дарницком районе на соответствие выполнения необходимого объема медицинских услуг врачами общей практики семейными врачами (СП-СЛ) в соответствии с УКПМД «Артериальная гипертензия».

**Materials and methods.** In the course of the study, a retrospective analysis of outpatient charts of patients of working age (aged 18-60) was conducted with a sharp increase in blood pressure, which was provided by the HMD more than once a year in two districts of the city of Kiev. The method of mechanical selection was used to analyze every fifth outpatient card from all the challenges of AMD to patients with a sharp increase in BP of working age. So, 142 outpatient cards in the Pechersky district and 1178 in the Darnitskiy district were analyzed for compliance with the necessary volume of medical services by general practitioners by family physicians (SP-SL) in accordance with the UCPMC «Arterial hypertension».

**Результаты.** По записям в амбулаторных карточках установлено, что на первом месте по назначениям стоят препараты первой линии: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов, β-адреноблокаторы, тиазидные диуретики. Комбинированная терапия была назначена 28,40% пациентам среднего возраста Печерского района и 32,15% Дарницкого района. В то же время обращает на себя внимание нерегулярность посещения пациентами врачей, а следовательно и неконтролируемости назначенного лечения.

**Results.** According to the records in outpatient cards, the first line of prescription drugs are first-line drugs: ACE inhibitors, angiotensin II receptor blockers, calcium channel blockers, β-adrenoblockers, thiazide diuretics. Combined therapy was prescribed to 28.40% of patients in the middle age of the Pechersky district and 32.15% of the Darnitskiy district. At the same time, attention is drawn to the irregularity of patients visiting doctors, and hence the uncontrolled use of prescribed treatment.

**Заключение.** Установлено, что 22,00% пациентов с острым повышением артериального давления в Печерском и 44,57% в Дарницком районах неоднократно получали услуги неотложной медицинской помощи, в дальнейшем не обращались к врачу первичного звена медицинской помощи.

**Conclusion.** It was established that 22.00% of patients with acute blood pressure increase in Pechersky and 44.57% in Darnitskiy district received emergency medical services on a number of occasions, and subsequently did not apply to a primary care physician.

При анализе амбулаторных карт установлено, что необходимые действия в соответствии с УКПМД «Артериальная гипертензия» проведены врачами в полном объеме.

When analyzing outpatient cards, it was established that the necessary actions in accordance with the UCPMC «Arterial hypertension» were carried out by the doctors in full.

**Ключевые слова:** мегаполис, артериальная гипертензия, факторы риска, первичная медицинская помощь, лабораторные и инструментальные обследования, лечение.

**Key words:** metropolis, arterial hypertension, risk factors, primary health care, laboratory and instrumental examinations, treatment.

**Сведения об авторах**

**Тарнавская Елена Александровна** – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи НМАПО имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (097) 659-56-73

**Матюха Лариса Федоровна** – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи НМАПО имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» [Електронний ресурс] : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 24.05.2012 № 384. – К., 2012. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20120524\\_384.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120524_384.html). – Назва з екрана.

2. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії // Укр. кардіол. журн. – 2010. – Додаток 1. – С. 16–21.  
 3. Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гдзинська І.М. та ін. Локальний протокол

медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію: досвід розробки та впровадження на амбулаторно поліклінічному етапі. – К.: Інтерсервіс, 2015. – 141 с.

4. Корнацький В.М., Дяченко Л.О., Михальчук В.М. Вплив психологічних чинників на стан здоров'я та якість життя населення //Укр. кардіол.журн. – 2017. – № 2. – С. 106–113.

5. European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring /Consensus Document //Journal of Hypertension 2014, 32:1359–1366 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520631>. – The name of the screen

6. Psychological interventions for coronary heart disease [Electronic

resource] / Rees K., Bennett P., West R., Davey Smits G., Ebrahim S. // Cochrane Database Syst Rev. – 2011. – 8. – Access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106183>. – The name of the screen.

7. Malignant Hypertension Guidelines [Electronic resource] / John D Bisognino, MD, PhD, FACP,FACC; Chief Editor: Vecihi Batuman, MD,FASN more. – 2017. – Access: <https://emedicine.medscape.com/article/241640-guidelines>

8. Устінов О.В. Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію [Електронний ресурс] / Устінов О.В// УКР. МЕД. ЧАСОПИС. – 2014. – № 4 (102) – VII/VIII – Режим доступу ://www.umi.com.ua/11842

9. Dietary Salt Intake and Hypertension [Electronic resource] / Electrolyte Blood Press. 2014 Jun; 12(1): 7–18 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105387/>

10. Устінов О.В. Кинути курити легко: запровадив професійний сервіс для допомоги курцям //Укр. мед. часопис. – 2017. – № 3. – С. 66.

11. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. – Available from: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)

12. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients, Cardiovascular Risk Profile and the Prevalence of Masked Uncontrolled Hypertension (MUCH) [Electronic resource] / Nabil Naser1 , Alen Dzibur2 , Azra Durak2 ,

Mehmed Kulic2 , and Nura Naserdoi: 10.5455/ Med Arch. 2016 Aug; 70(4): 274–279 //nabil@bih.net.ba/ORCID ID: 0000-0002-1278-8574. – The name of the screen.

13. Амосова К.М. Чинники, асоційовані з масковою неконтрольованою артеріальною гіпертензією у пацієнтів, які отримують антигіпертензивне лікування / К.М. Амосова, Ю.В. Руденко // Семейная медицина. – 2016. – № 4. – С. 85–91.

14. Цимбалюк С. Фізична активність та стан здоров'я студентів вищих навчальних закладів України. Фізична активність і якість життя людини //Збірник тез доповідей I Міжнародної науково-практичної конференції, 14–16 червня. – Луцьк-Світязь, 2017. – С. 36.

Стаття постуила в редакцію 10.07.2018

## НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

### НОУ-ХАУ В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ: БИОЛОГИ РАЗРАБОТАЛИ ЛЕКАРСТВО ПРОТИВ СТАРЕНИЯ

Ученые создали препарат, который выбирает стареющие клетки организма животного и уничтожает их, увеличивая его выживание примерно на 36%. Такой препарат изобрели биологи из Национального института старения США в Бетесде, пишет журнал Nature Medicine.

Как отмечают ученые, клетки взрослого человека теряют способность делиться через 40-50 циклов. Накопление клеток, исключенных из работы, запускает процесс старения организма в целом.

Они провели эксперименты по применению нового препарата на лабораторных мышах. Результаты исследования показали, что сенолитики (препараты, которые избирательно уничтожают

постарелые клетки) могут бороться с последствиями старения.

Во время эксперимента препарат вернул грызунам подвижность, а их выживаемость увеличилась на 36%, смертность же снизилась на 65%. Биолог Фелипе Сьерра добавил, что сейчас группа ученых будет работать над дополнительными исследованиями, чтобы выяснить, безопасными ли будут эти лекарства для человека.

Как известно, продолжительность жизни людей на 20% зависит от генетики и на 80% – от образа жизни.

Источник: [med-expert.com.ua](http://med-expert.com.ua)