

Відпрацювання алгоритму призначення стартової медикаментозної терапії артеріальної гіпертензії за європейським клінічним протоколом (Фінляндія) у викладанні сімейної медицини на додипломному рівні

Л.С. Бабінець

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У статті проаналізовані актуальні аспекти впровадження у викладацький процес загальної практики-сімейної медицини на етапі додипломної освіти алгоритмів призначення стартової медикаментозної терапії залежно від ступеня тяжкості артеріальної гіпертензії в амбулаторній практиці за європейським клінічним протоколом первинної медичної допомоги (Фінляндія). **Ключові слова:** викладання загальної практики-сімейної медицини на додипломному рівні, артеріальна гіпертензія, клінічний протокол, первинна медична допомога, стартова медикаментозна терапія.

Висока медико-соціальна значущість артеріальної гіпертензії (АГ) у практиці лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) визначає актуальність підвищення ефективності викладання цієї теми у рамках програми додипломної медичної освіти [2]. Відомо, що АГ, за визначенням ВООЗ, є синдромом постійно підвищеного систолічного та/або діастолічного артеріального тиску (АТ) [3, 5]. АГ становить серйозну медико-соціальну проблему внаслідок високого рівня смертності, інвалідизації, а також у зв'язку з високим рівнем захворюваності. У 2015 р. вона становила 122 на 100 тис. населення у Тернопільській області; 112 на 100 тис. – у м. Києві. Загалом в Україні налічується 9,7 млн хворих на АГ (без Криму та анексованих територій Донецької та Луганської областей) [1, 4].

Процес викладання інформації стосовно АГ триває протягом 6 років на різних кафедрах, починаючи з теоретичних засад на молодших курсах і до практичних аспектів, які відпрацьовуються протягом освоєння клінічних дисциплін. Однак значущість формування чіткого структурованого знання цієї нозології та її клініко-діагностично-лікувальних аспектів на рівні ПМД важко переоцінити. Саме на етапі ПМД має відбуватися раннє виявлення АГ, проведення диференціальної діагностики, оцінювання лабораторно-інструментальних параметрів, формується план ведення хворого із визначенням маршруту у різних клінічних ситуаціях, визначаються і контролюються програми лікування і профілактики [1, 2].

За рекомендацією МОЗ України все більш активно у клінічній практиці використовуються європейські та інші (американські, канадські та ін.) клінічні протоколи, що розроблені у передових цивілізованих країнах світу на підставі доказових стандартів, які існують у медичній науці і практиці останніми роками [6, 7, 8]. Це повинно стосуватись і процесу викладання дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗП-СМ). На кафедрі ПМСД та ЗП-СМ ТДМУ імені І.Я. Горбачевського планується використовувати фінські клінічні протоколи для ПМД, які є у числі рекомендованих МОЗ. Протоколи Фінляндії є чіткими, структурованими, зрозумілими для менталітету лікарів України [9]. Важливим

є факт, що запит на використання саме цих протоколів поступив від лікарів-практиків первинки центра ПМД м. Тернополя, який є клінічною базою кафедри.

Мета дослідження: проаналізувати актуальні аспекти доцільності впровадження положень європейських клінічних протоколів ПМД (Фінляндія) щодо АГ у практику викладання дисципліни ЗП-СМ на етапі додипломної освіти для засвоєння алгоритмів призначення стартової медикаментозної терапії залежно від ступеня тяжкості на етапі ПМД.

Важливим етапом засвоєння плану ведення хворого на АГ на етапі ПМД є відпрацювання алгоритмів призначення стартової медикаментозної терапії залежно від ступеня тяжкості АГ.

Згідно з фінським протоколом, тактика призначення стартової медикаментозної терапії розробляється з урахуванням наступних положень:

- рішення про лікування ґрунтуються на тяжкості АГ та ризику серцево-судинної смерті;
- зміни у способі життя завжди включаються до медикаментозної терапії;
- рекомендації щодо фармакологічного втручання можуть відрізнятися залежно від країни.

У таблиці наведена класифікація АГ та втручання, рекомендовані у Фінляндії [6–8, 9].

Пропонуються для відпрацювання чіткі рекомендації щодо тактики сімейного лікаря при АГ різного ступеня тяжкості.

Артеріальний тиск 130–139 / 85–89 мм рт.ст.

- Визначення факторів ризику, поради щодо способу життя.
- Більш точна класифікація рівня АТ на підставі домашніх вимірювань або амбулаторного моніторингу.
- При латентній гіпертензії показник АТ, вимірний під час обстеження, нормальний (менше 140/90 мм рт.ст.), але самостійні вимірювання або денний рівень в амбулаторному моніторингу показують підвищені значення АТ (135/85 мм рт.ст. і більше).
- Інтенсивне втручання у спосіб життя та за необхідності лікування медикаментами на підставі домашніх вимірів або амбулаторного моніторингу та інших факторів ризику.
- Вимірювання АТ кожний рік.
- Ініціювання лікування препаратом можна почати, якщо у пацієнта цукровий діабет 1-го або 2-го типів та ниркова недостатність.

Артеріальний тиск 140–159 / 90–99 мм рт.ст.

- Надається порада щодо способу життя та спостерігається її вплив протягом 4–6 міс.
- Медикаментозне лікування починається, якщо АТ, вимірний вдома або під час амбулаторного спостереження, підвищується (135/85 мм рт.ст. і більше), незважаючи на втручання у спосіб життя.

Рекомендовані інтервенції за даними систолічного (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ), отриманими при початковому вимірюванні, та класифікації АГ на підставі повторних показань

Джерело: Посібник *Current Care*; *Гіпертонія*, 2014 рік (модифікована)

Вид АТ	САТ (мм рт.ст.)	ДАТ (мм рт.ст.)	Втручання
Оптимальний	<120	<80	Повторні вимірювання кожні 5 років ¹
«Нормальний»	<120–129 або ²	80–84	Поради щодо способу життя та повторні вимірювання кожні 2 роки ¹
«Прийнятний» (високий нормальний)	130–139 або ²	85–89	Поради щодо життя та оцінювання рівня АТ протягом 4 міс. Більш точна класифікація рівня АТ на підставі домашніх вимірювань або амбулаторного моніторингу АТ
<i>Підвищений артеріальний тиск</i>			
Трохи підвищений	140–159 або	90–99	Поради щодо способу життя та переоцінка рівня АТ протягом 2 міс. Більш точна класифікація АТ на підставі домашніх вимірювань або амбулаторного моніторингу АТ
Помірно підвищений рівень	160–179 або	100–109	Оцінювання рівня АТ ³ , як зазначено вище, поради щодо способу життя та початок лікування
Значно підвищений	≥180 або	≥110	Переоцінка рівня АТ ³ протягом 1–2 тиж, поради щодо способу життя та початок лікування
Гіпертензивний надзвичайний стан	≥200 або	≥130	Невідкладна терапія ⁴
Ізольована систолічна гіпертензія	≥140 та	<90	Переоцінка рівня АТ ³ , як зазначено вище

Примітки: ¹ – Медичний персонал повинен бути впевненим у тому, що значення АТ пацієнта вводяться у записи пацієнта принаймні з інтервалом, наведеним у таблиці. Самостійне вимірювання АТ може бути рекомендоване пацієнтам (особливо тим, хто старше 40 років) кожні 1–2 роки, якщо АТ є оптимальним або нормальним, а два рази на рік, якщо кров'яний тиск є прийнятним.

² – Ні систолічний, ні діастолічний АД не відповідають вищій категорії АТ.

³ – Середнє значення вимірювань, що виконуються принаймні 4 окремих дня, два визначення за сесію.

⁴ – При гіпертензивному надзвичайному стані – за стандартом.

• Якщо пацієнт має пошкодження органу-мішені (ГЛШ, альбумінурія, інструментальні висновки) або цукровий діабет, період спостереження становить від 1 до 4 міс.

• Якщо пацієнт має симптомне серцево-судинне захворювання або захворювання нирок, пропонуються поради щодо способу життя, медикаментозне лікування починається без подальшого спостереження, коли рівень АТ підтверджується достатньою кількістю вимірювань.

Артеріальний тиск 160–179 / 100–109 мм рт.ст.

• Поради щодо способу життя та повторні вимірювання АТ протягом 1–2 міс. Після цього лікування препаратом починається, якщо АТ не нормалізується.

• Якщо пацієнт має симптомне серцево-судинне захворювання або захворювання нирок, лікування починається, як тільки рівень АТ підтверджується достатньою кількістю вимірювань; пацієнт може також самостійно проводити вимірювання.

Систолічний АТ ≥180 мм рт.ст. або діастолічний АТ ≥110 мм рт.ст.

Рекомендації щодо способу життя та повторення вимірювань АТ протягом тижня. Після цього розпочинається медикаментозне лікування, навіть якщо систолічний АТ <180 мм рт.ст., а діастолічний АТ до 110 мм рт.ст.

Гіпертонічний невідкладний стан (систолічний АТ ≥200 мм рт.ст. або діастолічний АТ ≥130 мм рт.ст.).

• Визначено гіпертонічний криз або загострення гіпертонічної хвороби.

• Гіпертонічна катастрофа пов'язана з наявністю гострих уражень органів-мішеней (коронарна ішемія, серцева недостатність, мозкові ознаки, швидко прогресуюча ниркова недостатність, кровотеча в сітківці, розшарування аорти).

• Необхідний екстрений перехід до спеціалізованої допомоги.

• Внутрішньовенне медикаментозне лікування звичайно необхідне для контролю АТ.

• У разі ПМД невідкладна допомога складається з блокаторів кальцієвих каналів середньої та тривалої дії, які не слід пережовувати.

• При невідкладному гіпертензивному стані, який перебігає безсимптомно. Оскільки в організмі не спостерігається пошкодження органу-мішені, лікарський засіб може бути запущений на етапі первинної медичної допомоги або відразу, або не пізніше, ніж після періоду моніторингу впродовж кількох днів, якщо рівень АТ не знижується.

• Комбінація 3–4 препаратів може бути використана як перший підхід, наприклад, амлодипін 5 мг + бісопролол 5 мг + гідрохлоротіазид 12,5 мг + еналаприл 10 мг.

• Реакція на лікування оцінюється протягом 1–3 днів.

Надзвичайно важливим аспектом вироблення правильної тактики комплексного медикаментозного лікування є знання мети лікування і цільових рівнів АТ, які визначаються на засадах доказовості. Про це лаконічно і чітко зазначено у клінічному протоколі, це повинні знати і орієнтуватись на ці параметри практичні лікарі і студенти-субординатори. Це наступні положення:

• Рівень АТ пацієнта визначається шляхом усереднення вимірювань, що виконуються щонайменше протягом 4 днів двома визначеннями за сеанс.

• Метою лікування є досягнення наступних рівнів АТ:

– <140/90 мм рт.ст. (домашні вимірювання <135/85)

– <140/80 мм рт.ст. (домашні вимірювання <135/85),

якщо у пацієнта цукровий діабет <130/80 мм рт.ст. (домашні вимірювання <125/75), якщо ниркова хвороба супроводжується альбумінурією (альбумін сечі >300 мг/24 год або співвідношенням сечі альбумін/креатинін >30 мг/ммоль), і мета досягається без несприятливих ефектів.

• Збільшення віку не впливає на мету лікування, але в клінічній практиці цільовий АТ може бути <150/90 мм рт.ст. (домашні виміри <140/85) для осіб старше 80 років.

Також протокол визначає основні принципи подальшого ведення хворого на АГ. Метою проведення подальших візитів є оцінювання того, чи були досягнуті цілі лікування та як пацієнт переносить лікування. Ефекти можна оцінити через 1–2 міс після початку або зміни лікування. Частота наступних візитів визначається залежно від інтенсивності лікування, кількості пошкоджених органів та наявних супутніх захворювань. Якщо АТ добре контролюється (нижче 140/90 мм рт.ст.) та немає ускладнень, то достатньо, щоб пацієнт відстежував свій АТ вдома протягом 4 днів кожні 3 міс і відвідує лікаря або медсестру один або два рази на рік. Якщо АТ погано контролюється (понад 160/100 мм рт.ст.), лікування необхідно посилити, відвідувати лікаря чи медсестру кожні 1–3 міс.

Студенти мають добре засвоїти, що повинен перевірити і виконати лікар ПМД під час першого відвідування хворого на АГ:

- калій та натрій плазми у пацієнтів на діуретиках;
- калій плазми, натрій та креатинін (оцінюється швидкість клубочкової фільтрації), eGFR у пацієнтів на інгібіторах АПФ, блокаторах ангіотензинових рецепторів та інгібіторах реніну.

Необхідно проводити щорічний рутинний після лікування. Слід звернути увагу на наступні параметри:

- загальний стан здоров'я, придатність ліків, частоту серцевих скорочень, рівні АТ (домашні вимірювання);

**Отработка алгоритма назначения стартовой медикаментозной терапии артериальной гипертензии по европейскому клиническому протоколу (Финляндия) в преподавании семейной медицины на додипломном уровне
Л.С. Бабинец**

В статье проанализированы актуальные аспекты внедрения в преподавательский процесс общей практики-семейной медицины на этапе додипломного образования алгоритмов назначения стартовой медикаментозной терапии в зависимости от степени тяжести гипертонии в амбулаторной практике по европейскому клиническому протоколу первичной медицинской помощи (Финляндия).

Ключевые слова: преподавание общей практики-семейной медицины на додипломном уровне, артериальная гипертензия, клинический протокол, первичная медицинская помощь, стартовая медикаментозная терапия.

- реалізація змін у стилі життя: куріння, маса тіла, вправи, алкоголь, дієта;

- калій плазми, натрій і креатинін (eGFR) у пацієнтів на діуретиках, інгібіторах АПФ, блокаторах ангіотензин-рецепторів та інгібіторах реніну, в інших пацієнтів, коли потрібно; глікоза крові, ліпіди та АЛТ за показаннями;

- ЕКГ, eGFR та співвідношення альбумін/креатинін сечі у кожному конкретному випадку, щоб контролювати виникнення ускладнень проявів ураження органів-мішеней.

ВИСНОВКИ

Європейські протоколи для первинної медичної допомоги (Фінляндія), створені за доказовими стандартами, є чіткими, структурованими, зрозумілими для менталітету лікарів України. Алгоритми призначення стартової медикаментозної терапії залежно від ступеня тяжкості гіпертонії в амбулаторній практиці, викладені за фінськими протоколами, доцільно впроваджувати у клінічну практику і викладацький процес вивчення дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина» на додипломному рівні вищої медичної освіти.

Перспектива подальших розробок. Впровадити у викладацький процес алгоритми призначення диференційованої медикаментозної терапії залежно від ступеня тяжкості артеріальної гіпертензії на етапі первинної медичної допомоги.

**Reconstruction of the algorithm for the appointment of the start-up medication of arterial hypertension by the european clinical protocol (Finland) in the teaching of family medicine on the pregraduate level
L.S. Babinets**

The article analyzes the actual aspects of the introduction into the teaching process of general practice-family medicine at the stage of pre-graduation education of the algorithms for the appointment of start-up medication depending on the severity of hypertension in out-patient practice according to the European clinical protocol for primary care (Finland).

Key words: teaching general practice-family medicine at the stage of pregraduate education, arterial hypertension, clinical protocol, primary medical care, start-up medication.

Сведения об авторе

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики-семейной медицины ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань».
2. Сімейна медицина: навчальний посібник / [Гоциньський В.Б., Бабінець Л.С., Стародуб Є.М. та ін.]; за ред. В.Б. Гоциньського, Л.С. Бабінець, Є.М. Стародуба. – 2-ге вид., доп. і перероб. – Тернопіль: ТДМУ, 2014. – 1162 с.
3. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436. [Електронний ресурс]. Шлях доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060703_436.html
4. Шлант Р.К., Александер Р.В. Клиническая кардиология. – М.: СПб.: Издательство БИНОМ – Невский проспект, 2017. – 576 с.
5. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2013 Jul; 34 (28):2159–219.
6. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2013;34(28):2159-219. PubMed.
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J 2012;33(13):1635-701. PubMed.
8. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library <http://www.cochrane.org/>
9. The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>

Статья поступила в редакцию 28.08.2018