

Организация медицинской помощи больным артериальной гипертензией в районах Иркутской области с низкой доступностью специализированной помощи

Синьков А.В., Синькова Г.М.

Medical aid arrangements for arterial hypertension patients in the areas of Irkutsk Region which were characterized by low accessibility of specialized medical aid

Sinkov A.V., Sinkova G.M.

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

© Синьков А.В., Синькова Г.М.

Разработана система оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией в сельских и отдаленных районах Иркутской области с низкой доступностью специализированной медицинской помощи, позволяющая существенно повысить уровни осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, организация медицинской помощи.

The complex of medical aid arrangements for arterial hypertension patients in the rural and farthest areas of Irkutsk Region which were characterized by low accessibility of specialized medical aid was developed. The complex make possible to improve awareness, treatment and control of arterial hypertension. Key words: hypertension, medical aid arrangements.

Key words: hypertension, medical aid arrangements.

УДК 614.2:614.88:616.12-008.331.1](571.53)

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущей медицинской и социальной проблемой современности вследствие ее широкой распространенности и тяжести осложнений [7, 8]. Современный уровень профилактики и лечения АГ в Иркутской области обуславливается рядом медицинских и немедицинских факторов, включающих большую протяженность территории, низкую плотность населения, тяжелые климатические условия, недостаток врачебных кадров и современного медицинского оборудования. Все эти факторы в наибольшей степени представлены в сельских и отдаленных районах Иркутской области. Как показывают исследования, в сельских и отдаленных районах региона имеется высокая распространенность АГ (48,1%), превышающая таковую в большинстве субъектов РФ [2]. Низкая доступность специализированной врачебной помощи является одной из причин малоэффективного лечения АГ, увеличения количества

сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и стоимости лечения и в конечном итоге — причиной увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Разработка оптимизированной стратегии оказания медицинской помощи больным с повышенным артериальным давлением (АД) в условиях низкой доступности специализированной медицинской помощи является актуальной задачей.

Цель работы — создание этапной системы оказания медицинской помощи больным АГ в сельских и отдаленных районах Иркутской области с низкой доступностью специализированной медицинской помощи и оценка ее эффективности.

Материал и методы

Разработана трехэтапная система, включающая на первом этапе массовое скрининговое измерение АД населению, на втором этапе — оказание квалифицированной медицинской помощи лицам с повышенным АД, на третьем этапе — оказание специализированной

медицинской помощи больным АГ с высоким риском и рефрактерной АГ.

На первом этапе было проведено скрининговое измерение АД у 363 человек (72 мужчины, 291 женщина) в возрасте 18—72 года (средний возраст $(46,7 \pm 12,5)$ года) — жителей Жигаловского и Качугского районов Иркутской области. Формирование выборки осуществлялось рандомизированно из списочного состава населения, приписанного к поликлинике ЦРБ соответствующего населенного пункта. Охват исследованием составил 3,1% взрослого населения. Отклик населения составил 86,9%. В дополнение к районам, охваченным скрининговым исследованием, были проведены диспансерные и профилактические осмотры населения в Зиминском, Катангском, Киренском, Куйтунском, Черемховском и Казачинско-Ленском районах Иркутской области. Обследовано 366 человек (122 мужчины, 244 женщины) в возрасте 18—87 лет (средний возраст $(48,4 \pm 13,3)$ года).

Измерение АД осуществлялось персоналом, специально обученным методике измерения АД [3]. Для измерения АД использовали автоматизированные сфигмоманометры Omron MХ3 Plus (Япония) (точность измерения до 1 мм рт. ст.); в случае невозможности автоматизированного измерения использовали ручные сфигмоманометры (точность измерения до 2 мм рт. ст.). Все оборудование прошло метрологическую экспертизу и имело сертификаты соответствия ГОСТу. Методика регистрации АД включала двукратное его измерение на каждой руке с интервалом не менее минуты (при разнице АД более 5 мм рт. ст. проводили одно дополнительное измерение, за окончательное регистрируемое значение принимали среднее из двух последних измерений на руке с большими значениями АД) [3]. Определение уровней АД и диагностику АГ у взрослого населения осуществляли в соответствии с классификацией ESC [9] и ВНОК [3].

На втором этапе лицам, у которых АД превышало 140/90 мм рт. ст. или был установлен факт приема антигипертензивных препаратов (АП), проводились консультации кардиолога и невролога для оценки общего сердечно-сосудистого риска, определения прогноза и тактики лечения. Клинический осмотр включал сбор анамнеза, физикальное обследование, анкетирование с помощью специальной анкеты, содержащей информацию о факторах общего сердечно-сосудистого риска (ФОССР) и проводимом лече-

нии, и регистрацию 12-канальной ЭКГ на аппарате Schiller Cardiovit AT-2 (Швейцария).

На третьем этапе больным АГ, имеющим очень высокий риск, и больным с рефрактерной АГ было проведено обследование и лечение в факультетских клиниках Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ).

Определяли следующие эпидемиологические показатели: уровень осведомленности о наличии АГ — процентная доля лиц, знающих о своем заболевании АГ, среди всех лиц с выявленным высоким АД, уровень лечения АГ — доля лиц с АГ, получающих специфическое антигипертензивное лечение, уровень контроля АГ — доля лиц с АГ, получающих антигипертензивное лечение и имеющих АД меньше 140/90 мм рт. ст.

Результаты исследований обрабатывались параметрическими и непараметрическими статистическими методами с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0 for Windows (StatSoft, Inc., США) и статистической программы «Биостатистика» 4.03.

Результаты

Артериальная гипертензия была выявлена у 560 обследованных (148 мужчин, 412 женщин) в возрасте 19—95 лет (средний возраст $(60,3 \pm 13,6)$ года).

Осведомленность о наличии АГ у обследованных пациентов варьировала от 55,8% в Казачинско-Ленском районе до 94,4% в Зиминском районе ($p < 0,001$). Средний уровень осведомленности составил 78,2% (95%-й доверительный интервал (ДИ) 74,8—81,6).

У женщин осведомленность о заболевании АГ была значительно выше, чем у мужчин (82,5 и 66,2% соответственно, $p < 0,001$).

Наиболее высокий уровень осведомленности отмечался в возрасте 51—60 и 61—70 лет (83,3 и 86,8% соответственно), наиболее низкий уровень осведомленности — в возрасте 21—30 лет и в возрасте старше 80 лет (54,5 и 60,0% соответственно). Различия между возрастными группами по уровню осведомленности были статистически значимыми по данным дисперсионного анализа ($p < 0,001$).

На момент обследования АП принимали 399 больных с АГ (71,3%; 95%-й ДИ 67,6—75,1). Уровень лечения варьировал от 32,6% в Казачинско-Ленском районе до 94,4% в Зиминском районе ($p < 0,001$).

У женщин уровень лечения был значительно выше, чем у мужчин (77,2 и 54,7% соответственно, $p < 0,001$).

Наиболее высокий уровень лечения отмечался в возрасте 51—60 и 61—70 лет (78,3 и 79,8% соответственно), наиболее низкий уровень лечения — в возрасте 21—30, 31—40 лет и в возрасте более 80 лет (36,4; 54,2 и 55,0% соответственно). Различия между возрастными группами по уровню лечения были статистически значимыми по данным дисперсионного анализа ($p < 0,001$).

Распределение АП по фармакологическим классам в зависимости от количества принимавших данные препараты больных составило: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) — 261 больной (65,4%), бета-адреноблокаторы (БАБ) — 101 пациент (25,3%), диуретики — 96 больных (24,1%), антигипертензивные препараты предыдущих поколений (АППП) (центрального, миотропного действия, симпатолитики) — 78 (19,6%) больных, антагонисты кальция (АК) — 63 (15,8%) пациентов.

Монотерапия использовалась у 226 (56,6%) пациентов, комбинации АП — у 173 (43,4%) больных. Комбинации АП современных фармакологических классов, рекомендуемых ВНОК [3], использовались у 104 (26,1%) больных: двух АП — у 83 (20,8%), трех АП — у 18 (4,5%), четырех АП — у 3 (0,8%) больных. Комбинации АППП использовались у 69 (17,3%) больных.

Для монотерапии с наибольшей частотой применялись ИАПФ — 164 (72,6% всех случаев применения монотерапии) больных, далее следовали БАБ — 29 (12,8%) пациентов, АК — 21 (9,3%), АППП — 10 (4,4%) больных и диуретики — 2 (0,9%) больных.

Рекомендуемые ВНОК [3] рациональные (эффективные) комбинации АП использовались у 59 (14,8%) пациентов. Из рациональных комбинаций АП наиболее часто использовались диуретик + БАБ — 21 (20,2% всех случаев использования комбинаций современных АП) больной, АК + ИАПФ — 19 (18,3%) больных, ИАПФ + диуретик — 15 (14,4%) больных, АК + БАБ — 4 (3,9%) больных. Распространенными комбинациями АП являлись также ИАПФ + БАБ — 24 (23,1%) больных и ИАПФ + БАБ + диуретик — 14 больных (13,5%). Сочетание ИАПФ + АК + БАБ + диуретик отмечалось у 3 (2,9%) больных, сочетание АК + БАБ + диуретик — у 1 (1,0%) больного, АК +

ИАПФ + диуретик — у 1 (1,0%) больного, АК + ИАПФ + БАБ — у 1 (1,0%) больного.

Достижение уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. отмечено лишь у 15 из 399 больных, получавших лечение (3,8%; 95%-й ДИ 1,9—5,7). Уровень контроля АД варьировал от 0,0% в Жигаловском, Катангском и Казачинско-Ленском районах до 13,2% в Куйтунском районе ($p = 0,001$).

Среди больных с контролируемым АД 11 (73,3%) человек получали монотерапию, а 4 (26,7%) человека — комбинированную терапию из двух или трех АП. Статистически значимой связи достижения целевого уровня АД со стратегией антигипертензивной терапии (моно- или комбинированная терапия) и приемом АП определенных фармакологических классов не установлено.

В обследованной группе у большинства больных АГ (98,0%) был выявлен по меньшей мере один ФОССР. У 81,3% обследованных имелось два и более фактора риска (ФР) ($p < 0,0001$). При этом женщины чаще имели один ФР ($p = 0,004$), а мужчины — три ($p = 0,047$) и четыре ($p = 0,002$) ФР.

Количество одновременно выявляемых ФОССР увеличивалось с увеличением степени АГ. У больных АГ 1-й степени чаще выявлялся один ФР ($p < 0,0001$) или ФР отсутствовали ($p = 0,017$), а у больных АГ 3-й степени чаще выявлялись три ($p < 0,0001$) или четыре ФР ($p = 0,008$). Коэффициент корреляции степени АГ с количеством одновременно выявляемых ФР составил $r_s = 0,32$ ($p < 0,0001$).

В обследованной группе наиболее частым ФР являлось пульсовое АД (ПАД) больше 50 мм рт. ст., отмечавшееся у 84,4% больных, возраст мужчин старше 55 лет и женщин старше 65 лет выявлен у 45,4%, курение — у 11,5%, семейный анамнез ранних (САР) ССЗ — у 75,1%, сахарный диабет (СД) — у 9,9%, гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) по данным ЭКГ — у 62,2%, ожирение (индекс массы тела не менее 30 кг/м²) — у 53,5% пациентов.

У мужчин из факторов риска статистически значимо чаще выявлялся старший возраст и курение, а у женщин САР ССЗ и СД ($p < 0,05$).

В соответствии с критериями стратификации риска у больных АГ (ESC [9], ВНОК [3]) высокий и очень высокий риск имели 39,2% обследованных.

Таким образом, скрининговое измерение АД на первом этапе позволило повысить осведомленность о

заболевании АГ на 21,8%. Всем вновь выявленным больным были проведены консультации невролога и кардиолога, осуществлена оценка факторов риска и назначено антигипертензивное лечение.

Консультации специалистов на втором этапе позволили повысить уровень лечения АГ на 28,7%. Были обнаружены недостатки антигипертензивной терапии в сельских и отдаленных районах Иркутской области, включая невыполнение рекомендаций по выбору оптимального режима стартовой терапии, необоснованно частое использование монотерапии (56,6%), редкое использование антигипертензивных препаратов пролонгированного действия и рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов (14,8%), частое использование АППП (19,6%). Всем больным была осуществлена коррекция лечения АГ в соответствии с рекомендациями ESC [9] и ВНОК [3].

На третьем этапе 111 больных АГ (19,8%) (35 мужчин, 75 женщин) в возрасте 21—79 лет (средний возраст $56,9 \pm 11,6$ года), имевшие очень высокий риск и неконтролируемое АД, были госпитализированы для обследования и лечения в факультетские клиники ИГМУ. На момент выписки все больные имели АД менее 140/90 мм рт. ст., что позволяет говорить о повышении уровня контроля АГ минимум на 19,8% (без учета амбулаторного лечения).

Обсуждение

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что риск развития ИБС и ЦВЗ тесно связан с недостаточным контролем АД или нелеченой АГ [9]. Как показали результаты Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА), правильное выполнение рекомендаций позволяет добиться стабильного снижения АД до целевого уровня (менее 140/90 мм рт. ст.) у 97,6% больных АГ [1]. В то же время, эпидемиологические исследования свидетельствуют о значительно более низком уровне контроля АГ в популяции [6, 7, 10]. В данном исследовании относительно высокие уровни осведомленности и лечения АГ (78,2 и 71,3% соответственно) сочетались с низким уровнем контроля АГ (3,8%), что обуславливалось в первую очередь недостатками антигипертензивной терапии.

Уровень АД является важнейшим, но далеко не единственным фактором, определяющим тяжесть АГ, ее прогноз и тактику лечения. Поэтому большое зна-

чение имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска. Результаты исследования подтвердили данные других авторов о высокой частоте выявления факторов общего сердечно-сосудистого риска и субклинических поражений органов мишеней у больных АГ [9].

Географические и социальные особенности сельских и отдаленных районов Сибири, включая Иркутскую область, требуют разработки новых подходов к оказанию медицинской помощи больным АГ, проживающим на этих территориях. Необходимо учитывать, что в существующих условиях даже обычный визит в поликлинику может быть связан с существенными материальными и физическими затратами, учитывая отдаленность и труднодоступность территорий, а в ряде случаев может быть невозможен. Реализация национального приоритетного проекта «Здоровье», федеральных и областных целевых программ, в том числе программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», позволила значительно повысить оснащенность центральных районных больниц современным оборудованием, но проблема обеспечения больниц врачебными кадрами по-прежнему остается существенной и даже усугубляется.

В Иркутской области в 2007 г. обеспеченность населения терапевтами составляла всего 4,3 на 10 тыс. населения, в России — 8,7 на 10 тыс. населения. Врачи-терапевты в основном сосредоточены в крупных населенных пунктах на юге Иркутской области. Так, в г. Иркутске обеспеченность врачами-терапевтами составляет 5,7 на 10 тыс. населения. В сельских же районах Иркутской области ситуация близка к критической: в Зиминском районе — 1,4 терапевта, в Черемховском районе — 1,6 терапевта на 10 тыс. населения. В 2007 г. в Зиминском районе не было ни одного участкового терапевта, в Катангском, Мамско-Чуйском районах по 1 участковому терапевту. Должности участковых терапевтов заняты фельдшерами, имеющими разрешение на выдачу листков нетрудоспособности. Неврологов в 2007 г. не было в Балаганском, Жигаловском, Заларинском, Зиминском, Катангском, Черемховском и некоторых других районах Иркутской области [4].

Следует также отметить недостаточный уровень знаний практикующих врачей относительно современных методов лечения АГ, о чем свидетельствуют выявленные в настоящем исследовании множествен-

ные недостатки проводимой антигипертензивной терапии. Поэтому задача приближения специализированной медицинской помощи к населению, нуждающемуся в данной услуге, является весьма актуальной.

Заключение

Разработанная система оказания медицинской помощи больным АГ в сельских и отдаленных районах Иркутской области с низкой доступностью специализированной медицинской помощи позволяет существенно повысить уровни осведомленности, лечения и контроля АГ, что свидетельствует об ее эффективности и необходимости более широкого внедрения.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е. Можно ли лечить АГ эффективно? Результаты первого Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) // Атмосфера. Кардиология. 2004. № 4. С. 2—9.
2. Дзизинский А.А., Синькова Г.М., Шпрых В.В. и др. Уровни артериального давления и распространенность артериальной гипертензии в сельских и отдаленных районах

- Иркутской области // Артериальная гипертензия. 2008. Т. 14, № 4. С. 381—384.
3. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии. 2004. <http://www.cardiosite.ru/medical/recom-artgip.asp>
4. Основные показатели работы лечебно-профилактических учреждений Иркутской области в 2008 году. Иркутск, 2009.
5. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 году: государственный доклад. М, 2006.
6. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиолог. журн. 2006. № 4. С. 45—50.
7. Kearney P., Whelton M., Reynolds K., et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review // J. of Hypertension. 2004. № 22. P. 11—19.
8. Lenfant C. Гипертензия и ее последствия: состояние проблемы в мире. // Артериальная гипертензия. 2005. № 2.
9. Mancia G., Backer de G., Dominiczak A., et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart J. 2007. № 28. P. 1462—1536.
10. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R. et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States // JAMA. 2003. № 289. P. 2363—2369.

Поступила в редакцию 14.05.2011 г.

Утверждена к печати 01.06.2011 г.

Сведения об авторах

Г.М. Синькова — канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии, зам. главного врача по лечебной работе клиник ИГМУ (г. Иркутск).

А.В. Синьков — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой функциональной и ультразвуковой диагностики ИГМУ (г. Иркутск).

Для корреспонденции

Синьков Андрей Владимирович, тел. 8-902-1-761-239; e-mail: asinkov@gmail.com