

*СІМЕЙНИЙ ЛІКАР —
лікар першого контакту
в системі скринінгу
хворих на артеріальну
гіпертензію*

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є хронічними захворюваннями, які розвиваються непомітно впродовж усього життя, як правило, з прогресуванням симптомів. Хоча смертність від ССЗ знизилася за останні десятиліття у багатьох європейських країнах, вони залишаються основною причиною раптової смерті в Європі.

Артеріальна гіпертензія є одним з найпоширеніших захворювань системи кровообігу.

Так, поширеність артеріальної гіпертензії в нашій країні досягає сьогодні 35% серед дорослого населення, що відповідає українським і закордонним епідеміологічними дослідженнями

Кількість хворих на артеріальну гіпертензію збільшується з віком, і в осіб старших вікових груп може перевищувати 80% як у осіб жіночої, так і чоловічої статі. Такі статистичні дані підтверджені і Інститутом кардіології ім. Н.Д. Стражеско.

Артеріальна гіпертензія (АГ), за визначенням Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), — це постійно підвищений систолічний та/чи діастолічний артеріальний тиск (АТ).

Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія або гіпертонічна хвороба) — це підвищений АТ за відсутності очевидної причини його підвищення.

Вторинна гіпертензія (симптоматична) — це гіпертензія, причина якої може бути виявлена.

Класифікація АГ за рівнем АТ

Категорії	САТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт ст
Оптимальний	<120	<80
Нормальний	<135	<85
Високи нормальний	130-139	85-89
Гіпертензія:		
I ступінь	140–159	90-99
II ступінь	160–179	100-109
III ступінь	≥180 та/або ≥110	
Ізольована систолічна	≥140	<90

Розвиток ССЗ тісно пов'язаний зі способом життя, зокрема

- з курінням
- нездоровим харчування
- недостатньою фізичною активністю
- психосоціальними факторами.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) більш ніж три чверті всіх випадків смерті від ССЗ можна уникнути за допомогою модифікації способу життя. Профілактика ССЗ залишається важливим завданням для популяції та системи охорони здоров'я в цілому

**Актуальність проблеми
впровадження концепції
профілактичної спрямованості
діяльності сімейних лікарів
закладів первинної медико-
санітарної допомоги (ПМСД) в
сучасних умовах зумовлена
реформою системи охорони
здоров'я України.**

Сімейний лікар

- вивчає сімейний анамнез, харчові звички та спосіб життя своїх пацієнтів, а також володіє інформацією про стан їхнього здоров'я;
- перебуває у постійному контакті з населенням, яке обслуговує, тому здійснює ефективний скринінг порушень здоров'я серед пацієнтів груп ризику;
- результат - раннє виявлення проблем як запорука більш пізнього розвитку хронічних ускладнень.

Організація роботи лікаря загальної практики має передбачати проведення профілактичної роботи, успіх якої залежить від багатьох факторів:

- наявність профілактичних технологій з доведеною ефективністю
- усвідомлене відношення кожного до власного здоров'я і, як наслідок,
- бажання виконувати призначення і поради сімейного лікаря.

Кваліфікаційна характеристика лікаря загальної практики - сімейного лікаря

Повинен знати:

- *чинники ризику виникнення та перебіг найбільш поширених захворювань залежно від статі та віку;*
- *сучасні методи профілактики, діагностики та лікування цих захворювань у дорослих та дітей*

Сімейний лікар, як лікар першого контакту забезпечує профілактичні заходи, які проводять згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Залежно від категорії ризику, при артеріальній гіпертензії застосовують методи як **первинної** (наприклад, модифікація факторів ризику), так і **вторинної профілактики** (наприклад, медикаментозна терапія, спрямована на поліпшення прогнозу).

Більшість людей, як правило, відвідують сімейного лікаря з частотою один раз на 2 роки, що дає можливість проводити оцінку ризику. Бази даних лікарів загальної практики можуть бути використані для збереження інформації щодо факторів ризику, а також для селекції осіб з високим ризиком.

Дії лікаря загальної практики в системі скринінгу АГ відповідно до вимог МОЗУ

- клінічне,
- лабораторне
- інструментальне обстеження пацієнтів

Діагностику АГ проводять з метою

- 1) виявлення підвищеного АТ;
- 2) ідентифікації можливих причин високого АТ (виявлення вторинної гіпертензії);
- 3) стратифікації ризику розвитку серцево-судинних ускладнень:

оцінка ступеня та визначення стадії АГ, виявлення факторів ризику (ФР); виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг АГ (ішемічна хвороба серця — ІХС, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок); виявлення ураження органів-мішеней.

Фактори ризику АГ

- Похилий вік.
- Чоловіча стать (у осіб молодого і середнього віку— жіноча стать).
- Наявність АГ у найближчих родичів.
- Надлишкова вага.
- Аліментарні фактори (надмірне вживання кухонної солі та деяких інших мікроелементів, незбалансованість дієти з переважанням продуктів тваринного походження, простих вуглеводів, вживання кофеїну та кави).
- Шкідливі звички: алкоголь, тютюнопаління.
- Стрес (гострий та хронічний).
- Недостатній рівень фізичної активності.

У рекомендаціях для оцінки ризику використовується шкала SCORE. Шкала оцінки ризику типу SCORE призначена для оптимізації оцінки ризику у практично здорових осіб.

Важливим елементом в оцінюванні сімейним лікарем факторів ризику є вікові критерії. Так, у молодому віці (19-39 років) основними факторами ризику є шкідливі звички: тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, а також наявність хронічних вогнищ інфекції, інфекційних агентів та різних статевих інфекцій.

У віковій категорії 40-64 роки на перший план виходять фактори ризику розвитку патології серцево-судинної системи, бронхолегеневі захворювання, ЦД, хвороби травного каналу, гепатобіліарна патологія, онкологічні захворювання тощо.

У віці після 65 років домінують ускладнені форми серцево-судинної, бронхо-легеневої, ниркової та гепатобіліарної патології.

Як відомо, сьогодні відзначається постаріння населення в індустріально розвинених країнах, і, як наслідок, зростає смертність від серцево-судинних захворювань.

Дії лікаря першого контакту

Обов'язкові:

1. Вимірювання АТ

Проводиться при кожному зверненні до лікаря у стандартних умовах мінімум 2 рази упродовж прийому. При першому зверненні АТ вимірюють на обох руках. При виявленні різниці в рівні АТ на руках для подальших маніпуляцій використовують руку з більш високим АТ. Вимірювання проводять відповідно до методики.

2. Проведення лікарського огляду усім пацієнтам: фізикальне обстеження; оцінка неврологічного статусу; офтальмоскопія очного дна у пацієнтів із САТ >160 мм рт. ст. та в осіб з офтальмологічною та неврологічною симптоматикою.

3. Лабораторні обстеження:

загальний аналіз крові;

загальний аналіз сечі;

визначення рівня глікемії, креатиніну — проводити всім пацієнтам при первинному зверненні. За неможливості виконання досліджень у закладах первинної медичної допомоги потрібно направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.

4. Реєстрація електрокардіографії (ЕКГ) у 12 відведеннях.

5. Визначення ФР та попередня оцінка загального серцево-судинного ризику

6. При вторинній АГ, резистентній АГ, АГ у пацієнтів молодого віку (до 40 років), у вагітних з АГ — направлення для проведення обстеження до закладів, які надають вторинну медичну допомогу.

Показники, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень

Основні фактори ризику	Ураження органів-мішеней	Супутні захворювання
<p>Вік (у чоловіків >55 років, у жінок >65 років)</p> <p>Тютюнопаління</p> <p>Дисліпідемія: ЗХС >5,0 ммоль/л або ХС ЛПНЩ >3,0 ммоль/л; або ХС ЛПВЩ у чоловіків <1,0 ммоль/л; у жінок <1,2 ммоль/л</p> <p>Глюкоза в плазмі крові натще 5,6–6,9 ммоль/л</p> <p>Абдомінальне ожиріння (ОТ >102 см у чоловіків і >88 см у жінок)</p> <p>Серцево-судинні захворювання у родичів I ступеня спорідненості (<55 років у чоловіків, <65 років у жінок)</p>	<p>Гіпертрофія лівого шлуночка (за даними ЕКГ, ехоКГ).</p> <p>Ультразвукові ознаки потовщення стінок судин (товщина інтима-медіа сонної артерії >0,9 мм) або наявність атеросклеротичної бляшки</p> <p>Гомілково-плечовий індекс АТ <0,9</p> <p>Мікроальбумінурія (30–300 мг/добу)</p> <p>Підвищення концентрації креатиніну (у чоловіків 115–133 мкмоль/л, у жінок 107–124 мкмоль/л)</p>	<p>Цукровий діабет</p> <p>Цереброваскулярні хвороби (ішемічний інсульт, крововилив у мозок, транзиторна ішемічна атака)</p> <p>Хвороби серця (інфаркт міокарда, стенокардія, перенесена операція ревазуляризації, хронічна серцева недостатність ІА–ІІІ ступеня)</p> <p>Хвороби нирок (діабетична нефропатія, ниркова недостатність — креатинін у плазмі крові у жінок >124 мкмоль/л; у чоловіків >133; альбумінурія >300 мг/добу)</p> <p>Оклюдивні ураження периферичних артерій</p> <p>Тяжка ретинопатія (геморагії, ексудат, набряк диска зорового нерва)</p>

Бажані

Лабораторні обстеження:

визначення рівня аланінамінотрансферази (АлАТ);

визначення рівня ТГ;

визначення мікроальбумінурії;

визначення рівня ЗХС;

обчислення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта — Гаулта:

$ШКФ \text{ (мл/хв)} = [140 - \text{вік (роки)}] / MT \text{ (кг)}] 0,85 \text{ (для жінок)} / \text{креатинін (мкмоль/л)} 0,81$, де MT — маса тіла.

Інструментальні обстеження:

проведення ультразвукового дослідження (УЗД) серця (ехоКГ, доплер-КГ);

УЗД екстракраніальних судин ший;

УЗД нирок.

Мета лікування пацієнта з АГ —
досягнення максимального зниження
сумарного ризику розвитку серцево-
судинних ускладнень за рахунок:

досягнення та підтримання цільового рівня АТ <140/90
мм рт. ст. (у пацієнтів з цукровим діабетом, хронічною
хворобою нирок цільовий АТ - 130/80 мм рт. ст.);
модифікації ФР, ефективного лікування супутніх
клінічних станів.

Дії сімейного лікаря

1. Роз'яснити пацієнту в доступній формі особливості подальшого розвитку захворювання, надати рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фізичної активності.
2. Навчити пацієнта вимірювати АТ в домашніх умовах, вести щоденник самоконтролю АТ.
3. Скласти план лікувально-профілактичних заходів для пацієнта; узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів.
4. Відповісти на запитання пацієнта.
5. Зробити відповідний запис в медичній картці амбулаторного хворого.

Обов'язкові дії лікаря щодо призначення немедикаментозних методів лікування

1. Усім пацієнтам з АГ слід проводити корекцію наявних ФР і модифікацію стилю життя згідно з рекомендаціями щодо профілактики.
2. Надання рекомендацій щодо дотримання здорового способу життя.

Тютюнопаління

1. Активно виявляти осіб, які мають звичку тютюнопаління та рекомендувати повну відмову від нього.

Гіперхолестеринемія

1. Надавати рекомендації щодо визначення рівня ЗХС і ТГ усім дорослим пацієнтам за наявності більше 2ФР.
2. Усім пацієнтам рекомендувати дотримання засад раціонального харчування і корекцію способу життя для підтримання рівня ЗХС $<5,0$ ммоль/л та ХС ЛПНЩ $<3,0$ ммоль/л

Надлишкова маса тіла та ожиріння

1. Антропометрія всім пацієнтам в рамках профілактичної діяльності мінімум 1 раз на рік із визначенням ОТ, індексу маси тіла (ІМТ):

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / [\text{зріст (м)}]^2$$

2. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати ІМТ та ОТ. Підтримувати ІМТ в межах 18,5–24,9 кг/м², ОТ <88 см — у жінок, <102 см — у чоловіків.

3. Пацієнтам з надлишковою масою тіла рекомендувати дотримуватися здорового харчування, знизити енергетичну цінність їжі, підвищити рівень фізичної активності.

4. Бажано скерувати пацієнтів із надлишковою масою тіла до закладів, які надають вторинну медичну допомогу, до дієтолога, спеціаліста з лікувальної фізкультури.

Фізична активність

1. Заохочувати всіх пацієнтів до щоденного фізичного навантаження у будь-якому вигляді (ходьба, активний відпочинок тощо) упродовж 30–45 хв/добу до підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) за умови комфортного самопочуття.

Зловживання алкоголем

1. Дорослим здоровим особам, які вживають алкоголь, рекомендувати не перевищувати 3 дози на добу — для чоловіків і 2 дози на добу — для жінок (1 доза становить 10 мл чистого етанолу).
2. Рекомендувати дотримання дієти з обмеженням споживання кухонної солі, солодошів, насичених жирів та підвищеним вживанням фруктів/овочів (див. табл. 4).
3. Заохочувати пацієнтів до самоконтролю АТ та інших ФР, постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікаря.

Бажані

1. Надати пацієнту з АГ роздрукований «Інформаційний лист для пацієнта з АГ» та зробити відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого.
2. Залучити пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (за їх наявності) — школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.
3. Активно виявляти пацієнтів із тривожними/депресивними розладами та рекомендувати тим, котрі мають депресивні/тривожні розлади, звернутися до психолога/психотерапевта/психіатра в заклади, які надають вторинну медичну допомогу.

Медикаментозні методи лікування Дії лікаря Обов'язкові

1. Для лікування АГ використовують антигіпертензивні препарати з доведеною ефективністю щодо зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (препарати I ряду: діуретики, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), антагоністи кальцію (АК), блокатори бета-адренорецепторів (ББА), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА)) як у вигляді монотерапії, так і у комбінаціях. За неможливості нормалізації АТ за допомогою комбінації препаратів I ряду додатково призначають препарати II ряду (блокатори альфа-адренорецепторів, препарати центральної дії, агоністи імідазолінових рецепторів, блокатори реніну, алкалоїди раувольфії). До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності та безпеки лікування, а також контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій проводяться з інтервалом 2–3 тиж.

Диспансерне спостереження проводять за всіма пацієнтами з АГ для профілактики розвитку ускладнень.

Досягнення і підтримка цільового рівня АТ вимагає тривалого лікарського спостереження з регулярним контролем виконання пацієнтом рекомендацій щодо зміни способу життя і дотримання режиму прийому призначених антигіпертензивних засобів, а також корекції терапії залежно від ефективності, безпеки і переносимості лікування.

Дії лікаря
Обов'язкові

1. Регулярне лікарське спостереження

1.1. До досягнення цільового АТ при призначенні антигіпертензивної терапії планові візити пацієнта до лікаря з метою оцінки переносимості, ефективності та безпеки лікування, а також контролю виконання пацієнтом отриманих рекомендацій здійснюють з інтервалом 2–3 тиж.

1.2. Після досягнення цільового рівня АТ інтервал між плановими візитами становить:
для пацієнтів із середнім і низьким ризиком, які регулярно вимірюють АТ вдома, — 6 міс;
для пацієнтів із високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам з низькою прихильністю до лікування — не більше 3 міс.

1.3. При диспансерному спостереженні проводять:
моніторинг рівня АТ та ФР;
контроль виконання рекомендацій лікаря, підтримку мотивації та корекцію рекомендацій та призначень;
лабораторні (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі) та інструментальні (ЕКГ) дослідження доцільно проводити 1 раз на рік за умови відсутності спеціальних показань.

1.4. У випадку розвитку ускладнень, відсутності корекції АТ та інших ФР, за необхідності проведення обстежень, що не можуть бути виконані у закладах первинної медичної допомоги, слід направити пацієнта до закладу, який надає вторинну медичну допомогу.



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ