

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакотерапії, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря»

DOI

РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ У ПРОФІЛАКТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

©Т. Я. Бойко

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

Вступ. Як відомо, артеріальна гіпертензія (АГ) у структурі загальної захворюваності та смертності займає одне з провідних місць. На АГ хворіє близько 25 % дорослого населення світу, поширеність АГ серед населення у світі, за прогнозами, у 2025 р. зросте до 1,5 млрд осіб (ВООЗ). В Україні налічують майже 12 млн осіб із АГ, що становить близько 30 % дорослого населення. Окрім тяжких ускладнень з боку серцево-судинної, сечовидільної систем, гіпертензія є супутньою патологією при ожирінні, цукровому діабеті, атеросклерозі.

Мета дослідження – обґрунтування нових форм і методів вторинної профілактики АГ у первинній ланці охорони здоров'я.

Матеріал і методи дослідження. Матеріали дослідження – публікації вітчизняних та зарубіжних авторів, дані офіційної статистики, дані опитування пацієнтів, які навчалися у Школах здоров'я для пацієнтів із АГ. Використані методи: статистичний, експертних оцінок, анкетування.

Результати й обговорення. Серед ускладнень АГ перші місця займають ураження серця, судин, нирок, головного мозку. Для зменшення кількості хворих на АГ, поліпшення якості їх життя необхідні загальнодержавні заходи щодо профілактики факторів ризику (ФР) розвитку даної патології. На сьогодні для проведення профілактичних заходів виділяють три стратегії: популяційну, високого ризику, індивідуальну і вторинну профілактику.

Популяційна стратегія залежить від впливу на складові способу життя, навколишнього середовища, соціальних і економічних детермінант. Ця стратегія включає розробку та запровадження державної програми. Її ефективність залежить від держави, але ініціаторами мають бути медичні працівники.

Стратегія високого ризику полягає у виявленні осіб із ФР та їх немедикаментозній та медикаментозній корекції. Ефективність оцінюють за ступенем досягнення та контролювання цільових рівнів ФР. Наприклад, АТ має бути $\leq 140/90$ мм рт. ст., рівень у плазмі крові загального холестерину $< 5,0$ ммоль/л.

Успіх індивідуальної профілактики залежить від своєчасного виявлення осіб із ФР та запровадження профілактичного втручання.

Вторинна профілактика полягає у виявленні осіб із ранніми стадіями захворювання та проведенні лікувальних і профілактичних заходів.

На регіональному рівні найпопулярніші та найдоступніші такі стратегії профілактики як формування здорового способу життя, стратегія високого ризику (диспансеризація) та вторинна профілактика (лікування).

Одне із основних завдань Шкіл здоров'я вторинної профілактики АГ – просвітницька робота з модифікації ФР та підвищення прихильності до лікування. Встановлено, що 65 % з опитаних 100 хворих знають основні ФР ускладнень АГ і мають намір їх контролювати. Намір щодо дотримання регулярного застосування гіпотензивних препаратів виявили 78 % респондентів, щодо контролю належного рівня фізичної активності – 96 % пацієнтів, щодо змін харчових звичок та харчової поведінки – 76 % респондентів. Про намір рекомендувати пройти навчання у Школі здоров'я своїм близьким і друзям повідомили 91 % респондентів.

Висновки. Основною стратегією профілактики артеріальної гіпертензії, за даними національного досвіду та досвіду країн світу, має стати популяційна стратегія, що залежить від впливу на фактори способу життя, навколишнього середовища, соціальних і економічних детермінант. Ця стратегія включає розробку та запровадження міжгалузевої державної програми, ефективність якої в цілому залежить від держави, але ініціатором має стати медична спільнота.

Запровадження Шкіл здоров'я для пацієнтів із АГ – одна з ефективних форм вторинної профілактики АГ у первинній ланці охорони здоров'я шляхом стратегії формування здорового способу життя, за умов підвищення рівня знань і навичок лікарів первинної ланки та організаторів охорони здоров'я.

Стратегія формування здорового способу життя та індивідуальна стратегія високого ризику (диспансеризація) при незначних фінансових затратах через 5–10 років дозволять знизити смертність від АГ на 40–50 %.