

С.О. МЕДВЕДЕВА, аспирант, С.В. КОЛБАСНИКОВ, д.м.н., профессор
Тверской государственной медицинской университет Минздрава России

ОРГАНИЗАЦИЯ УГЛУБЛЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Обследовано 83 больных артериальной гипертонией II стадии с достигнутой нормотонией, которые находились на диспансерном наблюдении у врача общей практики. У всех пациентов оценивались факторы риска, клинические признаки церебральных расстройств, жесткость сосудистой стенки. В течение года наблюдения пациентам дважды было проведено углубленное индивидуальное профилактическое консультирование. Оказалось, что активное диспансерное наблюдение больных артериальной гипертонией с внедрением на участке врача общей практики углубленного профилактического консультирования позволило не только достигнуть целевых цифр артериального давления, улучшить эласто-тонические свойства сосудистой стенки, снизить выраженность эндотелиальной дисфункции, но и уменьшить выраженность таких модифицируемых факторов риска, как избыточное употребление поваренной соли с пищей, гиподинамия, гипергликемия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и ожирение. Опыт показывает, что для закрепления образовательных навыков у больных артериальной гипертонией с церебральными нарушениями необходимо чаще проводить углубленное профилактическое консультирование (не менее 2–3 раз в год), что в конечном итоге повышает приверженность к выполнению врачебных рекомендаций.

Ключевые слова: углубленное профилактическое консультирование, артериальная гипертония, жесткость сосудистой стенки, факторы риска, церебральные расстройства.

S.O. MEDVEDEVA, Ph.D candidate, S.V. KOLBASNIKOV, MD, Prof.

State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tver, Russia

ORGANIZATION OF IN-DEPTH PREVENTIVE CONSULTING AND EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS OF ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS IN THE AREA OF RESPONSIBILITY OF GENERAL PRACTITIONER

83 arterial hypertension patients of Stage II with the achieved eutonia who were on the dispensary observation by the general practitioner were studied. Risk factors, clinical signs of cerebral disturbances, rigidity of the vascular were evaluated in all patients. During a year of observation in-depth individual preventive consulting was provided to patients two times. It turned out that active dispensary observation of arterial hypertension patients with implementation in the area of responsibility of the general practitioner of individual consulting allowed not only achieving target values of arterial pressure, improving elastic and tonic properties of the vascular wall, reducing intensity of the endothelial dysfunction but reducing intensity of such modified risk factors as excessive consumption of salt with food, sedentary lifestyle, hyperglycemia, hypercholesterolemia, excessive body weight and obesity. The experience shows that to reinforce the educational skills in arterial hypertension patients with cerebral disturbances it's necessary to perform in-depth preventive consulting (no less than 2-3 times per year), which finally increases compliance with performance of medical recommendations.

Keywords: in-depth preventive consulting, arterial hypertension, rigidity of the vascular wall, risk factors, cerebral disturbances.

Введение: эффективный контроль артериальной гипертонии (АГ) предполагает не только правильность медикаментозных врачебных назначений (подбор препарата, дозы, режима приема и пр.), но и коррекцию основных факторов риска, тесно связанных с поведенческими привычками пациента [1]. В Российской Федерации распространенность АГ за последние годы выросла: если в 2008 г. она составляла 40,8%, то, по данным исследования ЭССЕ-РФ, проведенного в 2012–2014 гг., она уже составила 43,5% (у мужчин и женщин – 45,4 и 41,6% соот-

ветственно) [2]. Большинство лиц с АГ имеют неблагоприятные факторы риска, негативно влияющие на прогноз развития и течения заболевания. Только около 10% больных АГ находятся под наблюдением врача, однако и у этих больных сохраняются выраженные факторы риска, не достигается целевое АД, что неблагоприятно влияет на прогноз [3–5]. Кроме того, многочисленными исследованиями (А.М. Калинина [6], Р.Г. Оганов [7], Ю.А. Баланова, А.В. Концевая [8] и др.), изучавшими вопросы причин неадекватного контроля АГ в реальной практике, показа-

но, что основным препятствием к повышению качества медицинской профилактической помощи является низкая приверженность пациентов с АГ к выполнению врачебных назначений. Научные исследования последних лет, направленные на изучение факторов повышения приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений [9–11], показали, что одним из основных методов, повышающих полноту и точность выполнения пациентами врачебных назначений, является обучение пациентов [12]. Исходя из этого, целью данного исследования явилось изучение эффективности углубленного профилактического консультирования на участке врача общей практики у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследовано 83 больных (мужчин – 29, женщин – 54; средний возраст – $58,1 \pm 1,1$ лет) АГ II стадии, которые находились на диспансерном наблюдении у врача общей практики и получали комбинированную гипотензивную терапию. У всех больных АГ имелись признаки хронического нарушения мозгового кровоснабжения, причем начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) были у 31 человека, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии – у 31, ДЭ II стадии – у 21 человека. Проводилось неврологическое обследование, антропометрия, контроль уровня АД и анкетирование по выявлению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, определялся липидный спектр плазмы крови и уровень гликемии натощак [13]. Всем обследованным выполнялся контурный анализ пульсовой волны и проба с реактивной гиперемией (окклюзионная проба) с использованием фотоплетизмографического метода [14]. На основании контурного анализа пульсовой волны (аппарат «Ангиоскан-01») рассчитывались показатели: биологический возраст сосудистой системы (VA, лет), индекс жесткости (SI, м/с), центральное систолическое артериальное давление (Spa, мм рт. ст.), индекс аугментации (Alp 75, %), нормализованный для частоты пульса (ЧП=75 уд/мин), индекс отражения (RI, %). Для оценки эндотелиальной дисфункции проводилась проба с реактивной гиперемией с определением индекса окклюзии по амплитуде (ИОА, %) и сдвиг фаз (СФ, мс) между каналами. В рамках диспансерного наблюдения, в течение года пациентам дважды (первоначально и через 6 мес.) было проведено углубленное индивидуальное профилактическое консультирование. Программа обучения состоит из цикла структурированных 3 занятий продолжительностью по 120 минут с частотой 3 раза в неделю. Содержание каждого занятия предусматривает чередование информационной и активной части. Последняя представляет обсуждение предоставленной информации, калькуляцию индивидуальных факторов риска, обучение больных конкретным навыкам контроля состояния здоровья. Занятия направлены на изучение причин, симптомов повышения артериального давления и обострений заболеваний, факторов риска развития осложнений заболевания, основ самоконтроля АД, средств доврачебной самопомощи при повышении АД, основ здорового питания при АГ, роли физической активности и основных групп гипотензивных препаратов, используемых в терапии АГ.

Через 6 месяцев оценивалась выраженность факторов риска, уровень АД, а через 12 месяцев – выраженность церебральных расстройств и динамика показателей фотоплетизмографии.

Полученные данные накапливались в таблице Excel-2003 и обрабатывались с помощью статистических функций данного приложения. Результаты измерения величин отдельных переменных представлены в виде средней арифметической и стандартной ошибки ($M \pm m$), достоверную вероятность различия средних величин оценивали с использованием критерия Стьюдента для независимых выборок.

Результаты: до начала проведения углубленного профилактического консультирования уровень АД составил $136,6 \pm 1,1/82,5 \pm 1,1$ мм рт. ст. По данным анкетирования, употребление поваренной соли (>5 г/сутки) выявлялось у 24 (28,9%), избыточная масса тела и ожирение (ИМТ – $27,1 \pm 0,4$ кг/м²) – у 78 (93,9%), табакокурение – у 22 (26,5%), злоупотребление алкоголем – у 11 (13,2%), малая физическая активность – у 29 (34,9%), гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина плазмы крови – $6,6 \pm 0,2$ ммоль/л) – у 22 (26,5%), сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе (уровень глюкозы плазмы крови – $7,1 \pm 0,3$ ммоль/л) – у 12 (14,4%). При оценке клинических признаков церебральных нарушений головная боль имела у 61 (73,4%), головокружение – у 46 (55,4%), шум и звон в ушах – у 47 (56,6%), нарушение сна – у 57 (68,6%), повышенная утомляемость – у 46 (55,4%), снижение памяти и внимания – у 59 (71,0%).

При проведении контурного анализа пульсовой волны имелось увеличение RI ($44,8 \pm 2,0\%$), Alp 75 ($18,6 \pm 1,3\%$), Spa ($137,0 \pm 2,0$ мм рт. ст.), что свидетельствовало о повышении тонуса мелких резистивных артерий и жесткости артериальной стенки; уровень SI составил $8,0 \pm 0,1$ м/с, VA – $57,1 \pm 1,7$ лет. При проведении окклюзионной пробы регистрировались снижение по ИОА – $1,4 \pm 0,3\%$, СФ – минус $5,7 \pm 0,4$ мс, что указывало на выраженную эндотелиальную дисфункцию.

Таким образом, до начала проведения углубленного профилактического консультирования у больных АГ с церебральными нарушениями часто выявлялись гиподинамия, избыточная масса тела и ожирение, избыточное употребление поваренной соли с пищей, курение, злоупотребление алкоголем, гипергликемия и гиперхолестеринемия, которые сочетались с ухудшением эласто-тонических свойств сосудистой стенки и выраженной эндотелиальной дисфункцией.

Всем больным было проведено индивидуальное профилактическое консультирование и дважды оценивалась его эффективность с кратностью между осмотрами в 6 месяцев. Так, через 6 месяцев у больных АГ с церебральными нарушениями уровень АД составил $129,4 \pm 1,5/81,3 \pm 0,8$ мм рт. ст. Среди факторов риска у 6,0% имелось снижение употребления поваренной соли с пищей, у 9,6% – малой физической активности, у 7,2% – гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина плазмы крови – $6,5 \pm 0,1$ ммоль/л), у 7,2% – гипергликемии и нарушенной толерантности к глюкозе (уровень глюкозы

плазмы крови – $6,9 \pm 0,3$ ммоль/л), у 4,8% – избыточной массы тела и ожирения (ИМТ – $30,8 \pm 0,5$ кг/м²) при сохранении признаков церебральных нарушений.

Через 12 месяцев у больных АГ с церебральными нарушениями уровень АД составил $138,1 \pm 1,9/82,2 \pm 1,2$ мм рт. ст. У 10,8% пациентов имелось снижение употребления поваренной соли с пищей, у 6,0% нормализовался липидный обмен, у 5% отмечался отказ от курения табака, у 4,8% – от злоупотребления алкоголем, у 7,2% снижалась избыточная масса тела и ожирение (ИМТ – $30,8 \pm 0,5$ кг/м²), у 7,2% – гиподинамия, у 6% – гипергликемия и нарушенная толерантность к глюкозе (уровень глюкозы плазмы крови – $7,5 \pm 0,4$ ммоль/л). При оценке клинических признаков церебральных нарушений у 4,8% больных отмечалось уменьшение выраженности головной боли, у 16,8% – головокружения, у 20,4% – нарушения сна, у 2,4% – шума и звона в ушах, у 2,4% – когнитивных расстройств (память и внимание).

При проведении контурного анализа пульсовой волны у больных этой группы на фоне нормального центрального систолического давления в аорте Spa ($137,3 \pm 2,2$ мм рт. ст.) и индекса жесткости SI ($7,8 \pm 0,1$ м/с) отмечалось уменьшение показателей RI ($42,1 \pm 1,8\%$), Alp 75 ($17,6 \pm 1,1\%$), VA

($56,1 \pm 1,4$ лет). По данным окклюзионной пробы регистрировалось увеличение показателей индекса окклюзии по амплитуде ИОА ($1,8 \pm 0,2\%$) и СФ ($-6,9 \pm 0,7$ мс), что свидетельствовало об улучшении функции эндотелия.

Выводы: через 6 месяцев после проведения углубленного профилактического консультирования у больных АГ с церебральными нарушениями отмечается уменьшение выраженности управляемых ФР, таких как гиподинамия, повышенное употребление поваренной соли, избыточная масса тела и ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия. Через год наблюдения у больных АГ с церебральными нарушениями отмечалось дальнейшее снижение выраженности модифицируемых факторов риска, что сочеталось со снижением выраженности жалоб церебрального характера и улучшением эласто-тонических свойств сосудистой стенки и уменьшением эндотелиальной дисфункции. Таким образом, в рамках диспансерного наблюдения требуется чаще проводить углубленное профилактическое консультирование (не реже 2–3 раз в год) для больных АГ с церебральными нарушениями, что способствует повышению их знаний о заболевании и методах реабилитации, что в конечном итоге приводит к выполнению назначенных рекомендаций.



ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев А.Д., Зиньковская Т.М., Завражных Л.А. Обучение больных пожилого и старческого возраста как основной фактор коррекции сердечно-сосудистых и обменных нарушений. Актуальные вопросы внутренней патологии, 2001, 101-103./Golubev A.D., Zinkovskaya T.M., Zavrazhnykh L.A. Training of patients of elderly and old age as a major factor of correction of cardiovascular and metabolic disturbances. Aktualniye Voprosy Vnutrenney Patologii, 2001, 101-103.
2. Клочков В.А., Данилов А.Н. Современное состояние доклинической диагностики артериальной гипертонии. Фундаментальные исследования, 2015, 1(7):1480-1485./Klochkov V.A., Danilov A.N. Modern state of preclinical diagnostics of arterial hypertension. Fundamentalniye issledovaniya, 2015, 1 (7): 1480-1485.
3. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений АГ путем модификации факторов риска. Автореф. дис. к.м.н. Хабаровск, 2002, 28./Petrichko T.A. Effectiveness of structured training program in prevention of AH complications by risk factors modification. Extended abstract from PhD in medicine dissertation, Khabarovsk, 2002, 28.
4. Приказ МЗ РФ № 4 от 24.01.2003 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации»./ Order of the Ministry of Health of RF No. 4 dated 24.01.2004 "On measures to improve organization of medical aid to arterial hypertension patients in the Russian Federation".
5. Шапиро И.А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения. Автореф. дис. д.м.н. Москва, 2002, 45./Shapiro I.A. Secondary prevention of cardiovascular diseases at the level of inpatient polyclinic establishments in conditions of healthcare reforms. Extended abstract from MD dissertation, Moscow, 2002, 45.
6. Калинина А.М., Еганян Р.А., Стоногина В.П., Лакман Е.Ю. Оценка эффективности школ здоровья для больных с артериальной гипертонией как профилактической медицинской услуги в первичном звене здравоохранения: пособие для врачей. МЗ РФ, 2003, 18./Kalinina A.M., Eganyan R.A., Stonogina V.P., Lakhman E.Y. Evaluation of health schools effectiveness for patients with arterial hypertension as a preventive medical service in the primary chain of healthcare: Guide for doctors. Ministry of Health of RF, 2003, 18.
7. Оганов Р.Г., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Деев А.Д., Шальнова С.А. и др. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2011, 1: 9-13./Oganov R.G., Konstantinov V.V., Timofeeva T.N., Kapustina A.V., Deev A.D., Shalnova S.A. et al. Epidemiology of arterial hypertension in Russia. Results of federal monitoring 2003-2010. Cardiovascular therapy and prevention, 2011, 1: 9-13.
8. Концевая А.В., Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М. и др. Социально-экономические градиенты поведенческих факторов риска в российской популяции (по результатам исследования ЭССЕ-РФ). Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2015, 4: 59-67./Kontsevaia A.V., Shalnova S.A., Balanova Y.A., Deev A.D., Artamonova G.V., Gtagonova T.M. et al. Social and economic gradients of behavioral risk factors in the Russian population (by results of study ESSE-RF). Cardiovascular therapy and prevention, 2015, 4: 59-67.
9. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония в вопросах и ответах: справочник для практикующих врачей. Москва, 2002./Kobalava Z.D., Kotovskaya Y.V. Arterial hypertension in questions and answers: guide for practicing doctors. Moscow, 2002.
10. Конради А.О., Соболева А.В., Максимова П.А., Полуничева Е.В., Бродская И.С., Шляхта Е.В. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент повышения качества контроля заболевания. Артериальная гипертония, 2002, 6(8): 217-220./Konradi A.O., Soboleva A.V., Maximova P.A., Polunicheva E.V., Brodskaya I.S., Shlyakhto E.V. Training of arterial hypertension patients – useless loss of time or a real tool to increase disease quality control. Arterialnaya Gipertenziya, 2002, 6 (8): 217-220.
11. Концевая А.В. Клиническая эффективность и клинико-экономическое обоснование обучения больных с артериальной гипертонией. Автореф. дис. к.м.н. Иваново, 2005, 24./Kontsevaia A.V. Clinical effectiveness and clinical and economic justification of training of arterial hypertension patients. Extended abstract from PhD in medicine dissertation, Ivanovo, 2005, 24.
12. Классификатор сложных и комплексных медицинских услуг (приказ Минздрава России № 268 от 16.07.2001 «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации»)/Classifier of complex and complicated medical services (Order of the Ministry of Health of Russia No. 268 dated 16.07.2001 System of Standardization in Healthcare of the Russian Federation).
13. Рекомендации по ведению больных артериальной гипертонией с метаболическими нарушениями. Кардиологический вестник, 2014, XX(1):19./Recommendations on maintenance of arterial hypertension patients with metabolic disturbances. Kardiologicheskyy Vestnik, 2014, XX (1):19.
14. АнгиоСкан-01 Диагностический комплекс для анализа состояния сердечно-сосудистой системы. Руководство пользователя. Москва: ООО «АнгиоСкан Электроникс», 2012./AngioScan-01 Diagnostic Complex for Analysis of Cardiovascular System State. Instruction Manual, Moscow: LLC AngioScan Electornics, 2012.