

В.А. Потабаши́й,
В.І. Фесенко,
Т.З. Буртняк

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ХОЗЛ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»
кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО
(зав. - д. мед. н., проф. В.А. Потабаши́й)*

*пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська область, 50000 Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»*

Department of therapy, cardiology and family medicine

Area 30-richchja Peremogi, 2, Kryvyi Rig, Dnipropetrovsk region, 50000, Ukraine

e-mail: kafterpodma@i.ua

Ключові слова: *артеріальна гіпертензія, хронічне обструктивне захворювання легень, первинний рівень медичної допомоги*

Key words: *arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, primary health care level*

Реферат. *Проблеми діагностики и лечения пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с ХОЗЛ на первичном уровне медицинской помощи по данным ретроспективного анализа. Потабаши́й В.А., Фесенко В.И., Буртняк Т.З. Целью исследования было определение качества первичной медицинской помощи, а также клинико-инструментального обследования пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ХОЗЛ с помощью ретроспективного анализа амбулаторных карт. В результате исследования выявили недостаточный объем обследования и назначенного лечения, что свидетельствует о гиподиагностике случаев сочетания АГ с ХОЗЛ. Также определены самые частые группы препаратов, которые используются в лечении этих пациентов.*

Abstract. *The problems of diagnosis and treatment of patients with arterial hypertension combined with COPD at the primary level of medical care according to retrospective analysis. Potabashniy V.A., Fesenko V.I., Burtniak T.Z. The purpose of this study was to determine the quality of primary care, as well as clinical and instrumental examination of patients with arterial hypertension (AH) combined with COPD by retrospective analysis of outpatient cards. As a result of the research, insufficient volume of examination and treatment was revealed, which is a sign of hypodiagnosis of AH combined with COPD. Groups of drugs used in the treatment of these patients the most frequent are also identified.*

На теперішній час серцево-судинна патологія посідає провідне місце і становить близько 68% загальної структури смертності. В Україні зареєстровано понад 12 млн хворих з артеріальною гіпертензією (АГ), що свідчить про її практичну й економічну значущість [2]. Важливою проблемою сучасності є також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). В Україні зареєстровано майже 7% пацієнтів з ХОЗЛ, що становить близько 3 млн осіб [1]. Коморбідність АГ та ХОЗЛ спостерігається в 35% [4,6].

Передумовами поєданого перебігу АГ і ХОЗЛ є ряд спільних факторів ризику, зокрема вік, системне запалення, оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція, а також вплив побутових і промислових поллютантів [3,4,6]. Хоча у визначенні сумарного серцево-судинного ризику, у тому числі в шкалі SCORE, у пацієнтів

з АГ не враховується ХОЗЛ, все ж останнє в 2-3 рази збільшує частоту серцево-судинних захворювань (ССЗ). Дисфункція лівого шлуночка спостерігається у 20% пацієнтів з ХОЗЛ [10], а легенева гіпертензія при надто тяжкому перебігу ХОЗЛ виявляється майже у 50% випадків [4]. Труднощі при лікуванні пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ є серйозною проблемою, оскільки комбінація цих захворювань призводить до значного взаємного обтяження, а антигіпертензивні препарати та бронходилататори в ряді випадків мають побічні ефекти, які ускладнюють їхній перебіг. Незважаючи на актуальність цієї проблеми, на сьогодні не існує мультидисциплінарного протоколу з ведення пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ, що утруднює їх лікування в реальній практиці, особливо на первинній ланці.

Мета дослідження – з'ясувати проблеми з діагностики і лікування АГ у поєднанні з ХОЗЛ у практиці сімейного лікаря шляхом ретроспективного аналізу роботи центру первинної медико-санітарної допомоги великого промислового міста.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Всього опрацьовано 3365 амбулаторних карт пацієнтів та проведено ретроспективний аналіз 279 амбулаторних карт пацієнтів, які лікувались у КЗ “ЦПМСД №4” КМР м. Кривий Ріг за період 2016 року, до складу якого входить 8 амбулаторій.

Критерії включення: АГ у поєднанні з ХОЗЛ з ретроспективним аналізом анамнестичних даних пацієнтів, результатів фізичного обстеження, лабораторних досліджень, спірометрії, ЕКГ та призначеного лікування. У дослідження включено 279 пацієнтів. Критерії виключення: АГ без поєднання з ХОЗЛ; гострі форми ІХС; бронхіальна астма; поєднання бронхіальної астми з ХОЗЛ; пневмонії; цукровий діабет. Аналізували діагностику і лікування АГ у ЦПМСД відповідно до наказу МОЗ України від 24.05.2012 № 384, а ХОЗЛ відповідно до наказу МОЗ України від 27.06.2013 № 555.

Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 193 (69%), а жінок – 86 (31%), у віці від 49 до 75 років. Середній вік пацієнтів становив $58,3 \pm 7,7$ року. Визначення клінічних груп ХОЗЛ проводили за оцінкою симптоматики і ризику загострень ХОЗЛ згідно з критеріями GOLD-2017 [6], згідно з якими пацієнти розподілені на клінічні групи А, В, С і D. Математико-статистичний аналіз результатів проводили за допомогою ліцензійної програми STATISTICA (версія 6.1), серійний номер AGAR 909 E415822FA.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

АГ I ступеня встановлена 138 (49,5%) пацієнтам, 2 ступеня – 92 (32,9%), 3 ступеня – 49 (17,6%). За рівнем ушкодження органів-мішеней АГ II стадії діагностована у 259 (92,8%) хворих, а III стадії - у 20 (7,2%). Аналіз ХОЗЛ довів, що клінічна група А мала місце у 23 пацієнтів (8,3%), В – у 54 (19,5%), С – у 96 (34,5%) і D – у 105 (37,7%). Кожна з клінічних груп розподілена залежно від ступеня АГ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) згідно з класифікацією М.Д. Стражеска – В.Х. Василенка виявлена у всіх пацієнтів. ХСН I стадії зареєстрована у 171 (61,3%) пацієнта, а ХСН II – у 108 (38,7%). ХСН за критеріями NYHA у 120 випадках (43,0%) відповідала II-му функціональному класу (ФК) і в 146 (52,3%) - III-му ФК. Оскільки

ХСН є наслідком співіснування АГ та ХОЗЛ, остаточно діагностика ХСН була пізньою у 20,1% пацієнтів. Сімейні лікарі в цих випадках не могли діагностувати ХСН на первинному рівні через спільні клінічні ознаки з ХОЗЛ. Існують літературні дані, які підтверджують цей факт [7]. Програма обстеження пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ на первинному рівні була незадовільною. Обсяг обстежень включав розрахунок індексу маси тіла, окружності талії, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення загального холестерину, глікемії, ЕКГ. Спірометрія проводилась на первинному і вторинному рівнях. Але проблемним питанням на вторинному рівні було визначення альбумінурії, швидкості клубочкової фільтрації, УЗД каротид і гомілково-плечового індексу. У цілому це свідчить про неповну оцінку загального серцево-судинного ризику у такої категорії пацієнтів.

Аналіз лікування пацієнтів з поєднанням АГ і ХОЗЛ довів, що у всіх випадках призначалися перш за все кардіологічні препарати, серед яких ІАПФ у 43% пацієнтів, БРА-II (лосартан та вальсартан) у 28,1%, діуретики (верошпірон, гіпотіазид, індапамід) у 45,2%, антагоністи кальцію (амлодипін) у 10,7%, але статини та β -блокатори (бісопролол, небіволлол) прописували лише 3,1% пацієнтів. Антитромбоцитарні препарати (аспірин або клопидогрель) призначено у 22,6% випадків. Однак різні препарати метаболічної дії (переважно триметазидин і метамакс) необгрунтовано призначені 37,1% пацієнтів, а серцеві глікозиди (дигоксин, корглюкон) у 16,2% випадків.

Серед бронходилататорів у всіх випадках за потребою призначено сальбутамол. Бронходилататори тривалої дії представлені тіотропіумом бромідом у 66,3% випадків. Вважається, що інгаляційні холінолітики тривалої дії (LAMA) є найбільш безпечними при поєднанні ХОЗЛ з серцево-судинною патологією [3]. Комбінацію в2-агоніста тривалої дії (LABA) з інгаляційним глюкокортикоїдом (переважно серетид) призначено 48,1% пацієнтів. У дослідженні SUMMIT виявлено, що інгаляційні кортикостероїди (ICS) сприятливо впливають на зменшення серцево-судинних ускладнень при ХОЗЛ за рахунок зниження системного запалення, а запропоновані комбінації LABA і LAMA, а також ICS і LABA є безпечними у відповідній дозі в пацієнтів зі стабільним перебігом ССЗ. Проте продовжується дослідження для з'ясування безпеки призначення LABA і LAMA при ХОЗЛ з неконтрольованими та гострими ССЗ [5, 8, 9]. В якості протизапального

препарату в 61% випадків призначено ереспал. При інфекційному загостренні ХОЗЛ (26,4% випадків) призначалась антибактеріальна терапія (амоксцилін/клавуланова кислота, цефалоспорины III покоління).

ВИСНОВКИ

1. Необхідна чітка організація взаємодії між первинною і вторинною ланкою надання медичної допомоги з метою повноцінної діагностики АГ і ХОЗЛ та розрахунку загального серцево-судинного ризику, що визначає ступінь інтенсивності терапії.

2. У результаті недооцінки серцево-судинного ризику на первинному рівні недостатньо призначаються пацієнтам з АГ у поєднанні з ХОЗЛ статини і в-блокатори.

3. Для ранньої діагностики ХОЗЛ у пацієнтів з АГ у великому промисловому місті на первинному рівні недостатньо використовується спірометрія, що утруднює правильну трактовку задишки і сприяє прогресуванню та ускладненням як ХОЗЛ, так і АГ.

4. Необхідно створення мультидисциплінарного локального протоколу щодо ведення пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ на первинному рівні медичної допомоги.

5. Стратифікація пацієнтів з ХОЗЛ на клінічні групи за симптоматикою і ризиком загострень у поєднанні із серцево-судинним ризиком АГ дозволить сімейному лікарю правильно орієнтуватися в індивідуалізованому підборі комплексної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555.

2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384.

3. Тодоріко Л.Д. Особливості діагностики та лікування хронічних обструктивних захворювань легень за різних клінічних ситуацій / Л.Д. Тодоріко // Клініч. імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2012. – № 7 (56). – С. 5-10.

4. Franssen F.M.E. Comorbidities in patients with COPD and pulmonary rehabilitation: do they matter? Pulmonary rehabilitation / F.M.E. Franssen, C.L. Rochester // Eur. Resp. Rev. – 2014. – Vol. 23. – P. 131-141.

5. Dong Y.H. Comparative cardiovascular and cerebrovascular safety of inhaled long-acting bronchodilators in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study / Y.H. Dong, C.H. Chang, J.J. Gagne // Pharmacotherapy. – 2016. – Vol. 36. – P. 26-37.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Updated 2017) // Medical Communications Resources. – 2017.

7. Hawkins N.M. Primary burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland / N.M. Hawkins, P.S. Jhund, C.R. Simpson // Eur. J. Heart Fail. – 2010. – N 12. – P. 17-24.

8. Lahousse L. Cardiac effects of current treatments of chronic obstructive pulmonary disease / L. Lahousse, K.M. Verhamme, B.H. Stricker // Lancet Resp. Med // 2016. – N 4. – P. 149-164.

9. Lofdahl C.G. Possible protection by inhaled budesonide against ischaemic cardiac events in mild COPD/ C.G. Lofdahl, D.S. Postma, N.B. Pride // Eur. Resp. J. 2007. – Vol. 29. – P. 1115-1119.

10. Rutten F.H. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study / F.H. Rutten, K.G. Moons, M.J. Cramer // BMJ 2005. – Vol. 331. – P. 1379.

REFERENCES

1. [MOH Ukraine from 27.06.2013 N 555 "On approval and introduction of medical and technological documents on standardization of care in chronic obstructive pulmonary disease"]. Ukrainian.

2. [MOH Ukraine from 24.05.2012 N 384 "On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of medical care in hypertension]. Ukrainian.

3. Todoriko LD. [Features of diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in different clinical situations]. Klinichna imunologiya. Alergologiya. Infektologiya. 2012;7(56):5-10. Ukrainian.

4. Franssen FME, Rochester CL. Comorbidities in patients with COPD and pulmonary rehabilitation: do they matter? Pulmonary rehabilitation. Eur Respir Rev 2014;23:131-41.

5. Dong YH, Chang CH, Gagne JJ. Comparative cardiovascular and cerebrovascular safety of inhaled long-acting bronchodilators in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a population-based cohort study. Pharmacotherapy 2016;36:26-37.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive

pulmonary disease (Updated 2017). Medical Communications Resources; 2017.

7. Hawkins NM, Jhund PS, Simpson CR. Primary burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland. *Eur J Heart Fail.* 2010;12:17–24.

8. Lahousse L, Verhamme KM, Stricker BH. Cardiac effects of current treatments of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet Respir. Med.* 2016;4:149-64.

9. Lofdahl CG, Postma DS, Pride NB. Possible protection by inhaled budesonide against ischaemic cardiac events in mild COPD. *Eur. Respir. J.* 2007;29:1115-9.

10. Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005;331:1379.



УДК 616.89-008.45/.48-008.6-053-08-036

О.А. Росицька

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
вул. Дзержинського, 9, Дніпро, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Family Medicine FPE
Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: aleksa2005@ua.fm

Ключові слова: когнітивні порушення, гіпоглікемія, геріатричний синдром, діагностика, клінічні випадки
Key words: cognitive impairments, hypoglycemia, geriatric syndrome, diagnosis, clinical cases

Реферат. Анализ клинических случаев с синдромом когнитивных нарушений в амбулаторной практике врача. **Росицкая О.А.** Актуальность проблемы диагностики и дифференциальной диагностики когнитивных нарушений и деменции в амбулаторной практике обусловлены большим количеством заболеваний, протекающих с синдромом когнитивных нарушений разной степени. В статье приведены клинические случаи пациентов разного возраста с обратимыми когнитивными нарушениями.

Abstract. Analysis of clinical cases with syndrome of cognitive impairment in ambulatory medical practice. **Rosytska O.A.** The urgency of problem of diagnosis and differential diagnosis of cognitive impairment and dementia in outpatient practice is due to a large number of diseases occurring with the syndrome of cognitive impairments of varying degrees. The article presents clinical cases of patients of different age with reversible cognitive impairments.

Актуальність проблеми діагностики та диференційованої діагностики когнітивних порушень і деменції в амбулаторній практиці зумовлені наявністю великої кількості захворювань (більше 30 нозологічних одиниць), які перебігають із синдромом деменції [3].

Алгоритм первинної діагностики та пошуку причини когнітивних порушень та деменції в практиці лікаря ЗПСМ складається в першу чергу з виключення так званої «зворотньої деменції», яка виникає на тлі курабельних захворювань, а також стану псевдодеменції, яка