

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПЕРТОНІЇ В УКРАЇНІ: ТОЧКИ РОЗРИВУ В КАСКАДІ ТА ПОДАЛЬШІ ДІЇ

Гіпертонія є однією з головних причин смертності, яку можна запобігти, в Україні:ⁱ якщо серцево-судинні захворювання (ССЗ) спричиняють 65% випадків смерті, то високий систолічний артеріальний тиск призвів до 42% загальної смертності у 2016 роціⁱⁱ. І цей показник є найбільшим у світі (для порівняння: 15% у Франції, 23% у Китаї та 41% Болгарії – другий найвищий після України показник). За даними дослідження Індекс здоров'я 2017 року,ⁱⁱⁱ люди приділяють увагу вимірюванню свого артеріального тиску, і 78 % населення повідомили, що вимірювали свій АТ протягом останніх 12 місяців. Близько третини дорослих українців (34 %) мають підвищений тиск, проте лише близько 40 % людей з підвищеним тиском досягли нормального рівня АТ при отриманні лікування. Найпоширенішими причинами розвитку гіпертонії у дорослих є поведінкові та метаболічні фактори ризику.ⁱⁱ

ГОЛОВНІ ПОВІДОМЛЕННЯ

1. Каскадний аналіз проведено з метою системної ідентифікації точок розриву у ланцюгу надання медичної допомоги при гіпертонії у двох областях України. Континуум медичної допомоги при гіпертонії включає встановлення діагнозу, початок лікування, моніторинг артеріального тиску (АТ) відповідно до норми та досягнення контролю АТ при лікуванні.
2. Аналіз виявив значні розриви при виявленні, моніторингу лікування та прихильності до лікування у програмі надання медичної допомоги при гіпертонії. Найбільший розрив спостерігається на етапі моніторингу з рекомендованою офіційними документами щодо управління гіпертонією періодичністю (розрив у 67 та 71 відсоток у Львівській та Полтавській областях, відповідно) та на етапі досягнення нормального АТ при лікуванні (76 і 65 відсотків у пацієнтів з даними моніторингу АТ у Львівській та Полтавській області відповідно, не досягають нормального тиску). Оцінки розриву скринінгу АТ були ненадійними, але, ймовірно, більшими у Полтавській області.
3. Цей каскадний аналіз гіпертонії у двох областях дає підстави для важливих висновків та наслідків щодо коригування політики лікування гіпертонії в Україні: (i) скринінг гіпертонії – це лише перший крок у **послідовності послуг**, які має забезпечити сектор охорони здоров'я для того, щоб пацієнти з діагнозом гіпертонія могли досягти контролю над АТ; (ii) значне зменшення розриву на етапі скринінгу АТ допоможе **виявляти випадки захворювання на гіпертонію на ранніх стадіях** та залучати таких пацієнтів до ефективного лікування; (iii) необхідно спрямовувати зусилля на те, щоб якомога швидше розпочинати лікування та систематично спостерігати **пацієнтів, хворих на гіпертонію 2 та 3 стадій** та пацієнтів, котрі мають **супутні захворювання**, такі як діабет, щоб запобігти значним ускладненням; (iv) низький рівень **контролю АТ** вимагає додаткової уваги та зусиль на всіх рівнях

надання медичних послуг; (v) ведення записів, які відображають усі основні фактори ризику пацієнта (куріння, індекс маси тіла, супутні захворювання), та належний обмін даними пацієнтів між різними рівнями системи охорони здоров'я можна покращити, що сприятиме обґрунтуванню рішень, які прийматимуться; та (vi) з метою первинної профілактики, раннього виявлення гіпертонії та успішного ведення пацієнтів необхідно розробити **системи управління факторами ризику, пов'язаними з гіпертонією** в Україні.

- 4.** Лікування з метою досягнення контролю АТ є рентабельним у всіх регіонах світу, і вдосконалення надання медичної допомоги при гіпертонії в Україні дасть змогу **врятувати життя людей, зменшити інвалідність та заощаджувати ресурси в системі охорони здоров'я.**

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ

В Україні наявні дані свідчать, що недиагностована або неконтрольована гіпертонія є однією з найчастіших причин госпіталізації пацієнтів, а неконтрольована гіпертонія – однією з головних причин смертності, особливо серед населення віком старше 50 років.

В Україні серцево-судинні захворювання були визнані головним тягарем захворювання. Тому було запроваджено низку заходів, у тому числі відшкодування вартості ліків для пацієнтів з гіпертонією та створення у 2017 році реперфузійних центрів для здійснення операцій екстреної хірургії на серці. Крім того, впродовж останніх десяти років відбулося значне підвищення податків на тютюн, що, як вважається, сприяло зниженню кількості курців на 20 %. Такі дії вже демонструють позитивні результати, зокрема скорочення смертності від інфаркту (зменшення смертності у людей з гострим порушенням міокарда на 20 % у 11 областях України^{iv}), та зменшення кількості викликів невідкладної медичної допомоги після впровадження програми відшкодування вартості ліків (зменшення на 4,2 % кількості викликів невідкладної медичної допомоги у випадку інсульту чи інфаркту^v). Крім того, показник госпіталізації, який вимірюється в рамках проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» в семи областях України, знизився на 12 % з 5,95 випадків госпіталізації на 1 000 населення у 2015 році до 5,32 в 2017 році.^{vi}

Головною рекомендацією в настановах щодо медичної допомоги при гіпертонії^{vii} Міністерства охорони здоров'я України для ланки первинної медичної допомоги є виявлення захворювання на ранній стадії шляхом регулярного вимірювання АТ в усіх дорослих з будь-яким виявленими факторами ризику (куріння, високий рівень холестерину, надмірна маса тіла, низька фізична активність та надмірне вживання алкоголю). Пацієнти з систолічним АТ 140 або вище та діастолічним АТ 90 і вище повинні пройти додаткове обстеження, щоб підтвердити наявність і стадію гіпертонії. Після встановлення діагнозу призначаються препарати 1-ої або 2-ої лінії проти гіпертонії. Пацієнти під час лікування повинні щоденно контролювати рівень АТ та додатково контролювати свій стан, регулярно відвідуючи медичний заклад. Доки не буде досягнуто цільового рівня АТ, пацієнт повинен відвідувати лікаря кожні 2-3 тижні. Для пацієнтів, які мають високий ризик та не дотримання режиму лікування, інтервал відвідування слід проводити принаймні один раз протягом 3-місячного періоду. Після нормалізації АТ регулярний моніторинг у закладі первинної медичної допомоги рекомендується проводити кожні 6-12 місяців.

Враховуючи те, що пацієнти з гіпертонічною хворобою потребують тривалого моніторингу та лікування, що надаються закладами первинної медичної допомоги, гіпертонія може бути використана як ознака для відстежування, оцінки надання медичної допомоги та дотримання режиму лікування при хронічних захворюваннях. В Україні наявні дані свідчать, що недіагностована або неконтрольована гіпертонія є однією з найчастіших причин госпіталізації пацієнтів, а неконтрольована гіпертонія – однією з головних причин смертності, особливо серед населення віком старше 50 років (на інсульт та ішемічну хворобу серця припадає за оцінками 48 відсотків смертей серед дорослих віком 50-69 років^{viii}).

Світовий банк за підтримки Швейцарської агенції з розвитку та співробітництва реалізує програму технічної допомоги "Підтримка реформ та управління у секторі охорони здоров'я в Україні". Основною метою програми є зміцнення первинної медико-санітарної допомоги. Використовуючи гіпертонію як показник для відстежування стану надання допомоги при хронічних захворюваннях, було проведено аналіз континууму лікування гіпертонії у двох областях України – Львівській та Полтавській. Метою дослідження було виявлення точок розриву у каскаді надання медичної допомоги та визначення пріоритетів для забезпечення контролю захворювання. Завдяки аналізу було також сформовано базову інформацію станом на 2016 рік для визначення результатів запровадження програми профілактики гіпертонії, програми скринінгу та зміцнення сектору охорони здоров'я у Полтавській області. В програмі враховані рекомендації Міністерства охорони здоров'я щодо скринінгу гіпертонії, які були оприлюднені у лютому 2018 року.^{ix}

.....
Найбільш проблемними етапами є дотримання правил протоколу а саме моніторингу хворих на гіпертонію, особливо у пацієнтів з підвищеним АТ, та на етапі досягнення нормального АТ.

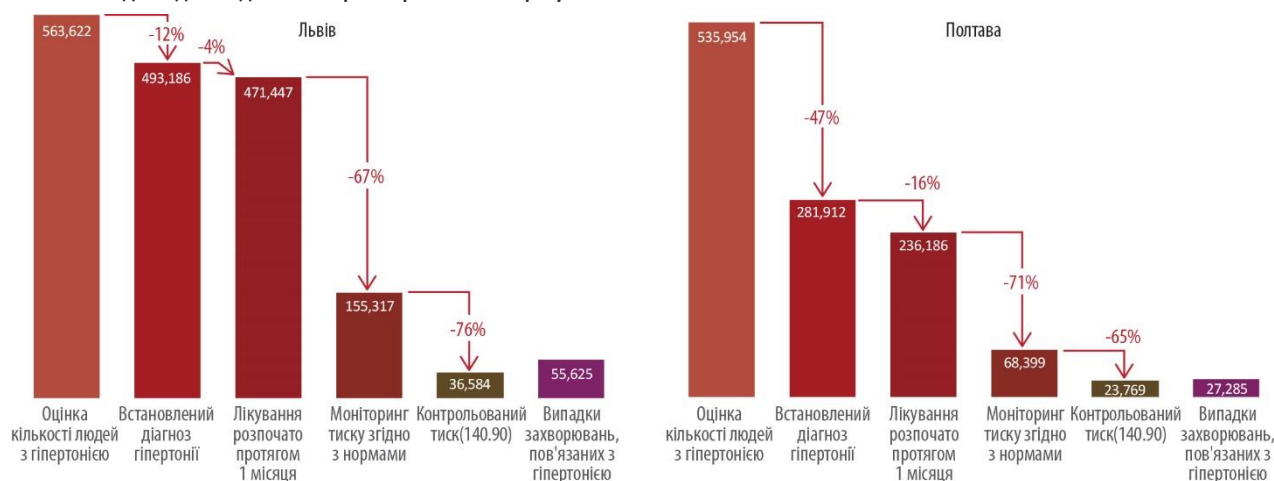
ОТРИМАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Каскадний аналіз показав, що основними точками розриву при наданні медичної допомоги при гіпертонії є регулярний та скоригований відповідно до конкретних ризиків моніторинг рівня АТ у хворих на гіпертонію, досягнення цільових показників АТ та систематичний моніторинг ключових параметрів при гіпертонії, таких як вага тіла, рівень глюкози та рівень холестерину. Основні точки розриву при наданні медичної допомоги при гіпертонії можна побачити на рисунку 1, яка відображає втрати пацієнтів на всіх ключових етапах лікування гіпертонії у двох областях України. Найбільш проблемними етапами є дотримання правил протоколу моніторингу хворих на гіпертонію, особливо у пацієнтів з підвищеним АТ при лікуванні (розрив у 67 і 71 % у Львівській та Полтавській областях відповідно) та на етапі досягнення нормального АТ при лікуванні (розрив у 76 і 65 відсотків навіть серед пацієнтів, які виконують рекомендації щодо моніторингу, у Львівській та Полтавській областях).

Свіжих даних щодо оцінки поширеності гіпертонії в Україні немає. Як свідчать дані Українського демографічного дослідження стану охорони здоров'я 2007 року (при проведенні якого, вимірювали АТ у дорослих, що потрапили до вибірки), приблизно 25 % жінок віком 15-49 років та 32 % чоловіків віком 15-49 років можна віднести до категорії осіб з підвищеним тиском,^x а це означає (якщо поширити ці дані на все доросле населення), що принаймні одна третина дорослого населення живе з

гіпертонією. Відтоді не було проведено жодного репрезентативного дослідження з вимірюванням АТ. Оцінки поширеності гіпертонії у Львівській та Полтавській областях, надані групами місцевих експертів, були різні – від 28% у Львівській області до 45% дорослого населення Полтавської області. В рамках дослідження *Індекс здоров'я*, проведеного у 2017 та 2018 роках, збиралися дані лише про результати самостійного вимірювання АТ у поліклініках. У 2017 році 82% (Львівська область) та 80% (Полтавська область) дорослих повідомили про те, що вони вимірювали свій АТ протягом останніх 12 місяців. З них 21% (Львівська область) та 23% (Полтавська область) мали підвищений АТ згідно з опитуваннями респондентів. Ці оцінки співставні з даними про поширеність гіпертонії, отриманими на підставі записів у медичних картах пацієнтів,^{xi} згідно з якими 24,3% дорослих пацієнтів у Львівській області та 23,7% пацієнтів у Полтавській області віднесені до категорії гіпертонічних хворих.

Рис. 1 Каскади медичної допомоги при гіпертонії за 2016 рік у Львівській та Полтавській областях



Джерело: щорічна статистична форма № 12 по Львівській області, Звіт про скринінгову кампанію у Львівській області 2016 року, витяги з карток пацієнта 025, демографічна статистика.

Час до початку лікування: згідно з рекомендацією більшість пацієнтів з гіпертонією отримують призначення щодо лікування у день встановлення діагнозу, проте у деяких пацієнтів час між встановленням діагнозу та призначенням або початком лікування доволі довгий. Згідно з нашим аналізом планових медичних записів^{xi} 77% (Львівська область) та 79% (Полтавська область) хворих з встановленим діагнозом розпочинають лікування у день встановлення діагнозу гіпертонія, і приблизно 84-86% розпочали лікування протягом першого місяця після діагнозу (рис.1). Спостерігається тривала затримка з початком лікування у тих пацієнтів, які не розпочали лікування і не отримали призначення у день встановлення діагнозу. В середньому затримка у часі від встановлення діагнозу до початку лікування для цих хворих становила 6 тижнів у Полтавській вибірці та 3 місяці у Львівській вибірці. Загальні підрахунки показали, що 1 з 8 пацієнтів з діагнозом гіпертонія 3-го ступеня не перебував на лікуванні через 1 місяць після встановлення діагнозу в Полтавській області та 1 з 6 пацієнтів у Львівській області. При проведенні аналізу не було даних, щоб оцінити кількість пацієнтів з цих двох груп, які були втрачені на етапах скринінгу та діагностики (від позитивного скринінгу АТ до діагнозу гіпертонія), але, очевидно, що є пацієнти, що відсіюються на цих двох етапах або у яких спостерігаються значні зволікання у часі між цими двома етапами.

Рис. 2 Стадії гіпертонії при встановленні діагнозу у Львівській та Полтавській областях

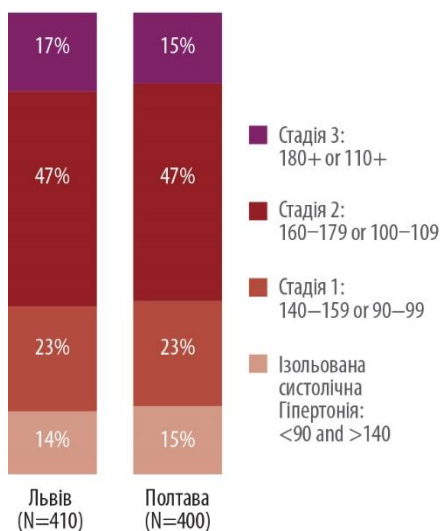
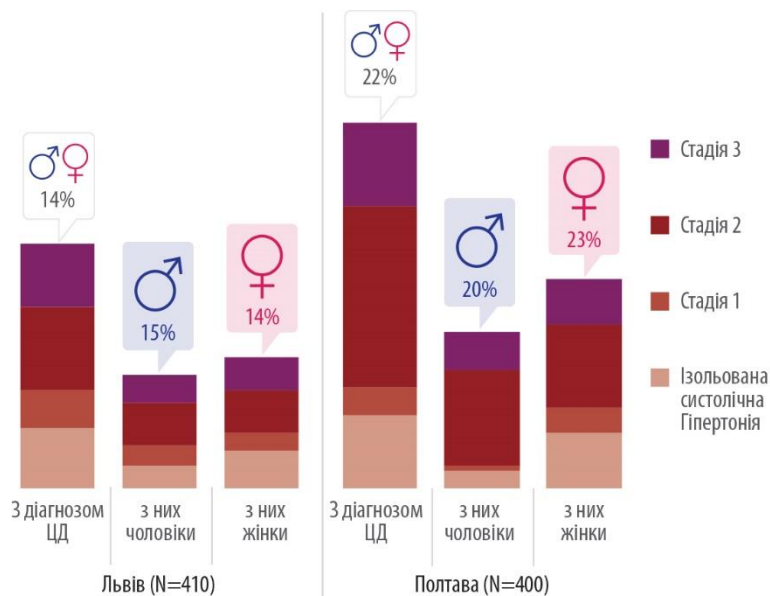


Рис. 3 Поширеність діабету серед хворих на гіпертонію



Джерело: Аналіз вибірки медичних записів з амбулаторних карток пацієнтів (форма 025) Львівської та Полтавської областей

У Полтавській області пацієнтів із гіпертонією, що мають також діабет у 1,6 рази більше ніж у Львівській області.

Стадії гіпертонії та побічні захворювання: більшість пацієнтів діагностується на 2 або 3 стадії гіпертонії, часто діагноз «гіпертонія» супроводжується надмірною вагою та діагнозом «цукровий діабет». Майже однакова кількість пацієнтів з діагнозом «гіпертонія» 2 та 3 стадій зареєстровано у Львівській та Полтавській областях (64 і 62 %, відповідно, див. Рис. 2). Більшість пацієнтів з діагнозом «гіпертонія 2 та 3 стадій» становили пацієнти з надмірною вагою (ІМТ> 25) та ожирінням (ІМТ> 30), однак для проведення аналізу бракувало даних: якщо у Полтавській області відомості про вагу та зріст заносили регулярно, то у Львівській області ці дані були зазначені в амбулаторних картках у менш ніж половини пацієнтів. Поєднані діагнози гіпертонія та діабет трапляються часто, але між областями є відмінність: за даними у картках пацієнтів у Полтавській області, пацієнтів із гіпертонією, що мають також діабет у 1,6 рази більше ніж у Львівській області (див. Рис. 3).

Приблизно дві третини (67%) пацієнтів з гіпертонією у вибірці не відвідували лікаря первинної медичної допомоги протягом рекомендованого інтервалу.

Правильний моніторинг АТ у хворих на лікуванні є одним з найбільших точок розриву, якщо виходити з частоти, рекомендованої в офіційних рекомендаціях щодо артеріальної гіпертензії. Приблизно дві третини (67%) пацієнтів з гіпертонією у вибірці не відвідували лікаря первинної медичної допомоги протягом рекомендованого інтервалу (впродовж 3 тижнів після вимірювання високого АТ та впродовж 6-12 місяців, якщо останнє вимірювання АТ було у межах нормального діапазону). Дотримання вимог подальшого спостереження було набагато кращим для пацієнтів, у яких останнє вимірювання АТ виявилося у нормальному діапазоні (92% тих, хто дотримується відповідних офіційних рекомендацій, у Полтавській області та 89% – у Львівській області). Пацієнти з підвищеним АТ рідко повертаються для повторного вимірювання АТ впродовж 3 тижнів (лише 1 з 10 випадків у Полтавській області та 2 з 10 випадків у Львівській області). Дані показали, що пацієнти чоловічої статі та пацієнти до 35 років мали особливо тривалий інтервал між вимірюванням підвищеного АТ та наступним вимірюванням тиску. І навпаки, пацієнти старших вікових груп та пацієнти з цукровим діабетом частіше приходили на повторне вимірювання тиску до закладів медичної допомоги.

Більшу кількість медикаментів призначають людям старшого віку, пацієнтам з «тривалим стажем» захворювання та жінкам.

Стратегії лікування (фармацевтика): аналіз даних з медичних карток пацієнтів свідчить, що пацієнти з гіпертонією отримували ліки, які відповідають схемам доказової медицини. Поліфармація є частим явищем. Більшість пацієнтів у вибірці отримували призначення ліків 1-3 типів для лікування гіпертонії, в середньому по 3 препарати на кожного пацієнта в кожній області. Найчастіше призначали інгібітори АПФ, аспірин та статини. Проте спостерігалася суттєва різниця у частоті призначень деяких лікарських препаратів між областями: пацієнтам, що потрапили у вибірку в Полтавській області, призначали блокатори рецепторів ангіотензину удвічі частіше, ніж пацієнтам у Львівській області, а аспірин призначали на 20% частіше пацієнтам у вибірці в Полтавській області порівняно зі Львівською вибіркою (див. Рис. 4). Поліфармація (тобто призначення 5 і більше звичайних препаратів проти гіпертонії) серед тих, хто отримував лікування лише від гіпертонії,^{xii} була вищою серед пацієнтів з гіпертонією 3-ої стадії. Можна з певністю стверджувати, що більшу кількість медикаментів призначають людям старшого віку, пацієнтам з «тривалим стажем» захворювання та жінкам.

Рис. 4 Частота призначення ліків проти гіпертонії пацієнтам Львівської та Полтавської областей у 2016 році



Джерело: дані взято з амбулаторних карток пацієнтів (форма 025)* Класи: тіазид-діуретик, блокатори кальцієвих каналів, інгібітори АПФ, блокатори рецепторів ангіотензину, аспірин, статини та інші ліпідознижувальні препарати, бета-блокатори.

З усіх пацієнтів з гіпертонією, що ввійшли до аналізу, лише у 9% є докази досягнення цільових значень показників АВС.

Стратегії лікування (не фармацевтичні): Не було жодної інформація, яка би свідчила про те, що пацієнти з підвищеним індексом маси тіла зменшили свою вагу під час лікування. Згідно з офіційними рекомендаціями про наданням медичної допомоги хворим на гіпертонію всі пацієнти з діагнозом «гіпертонія» повинні отримувати рекомендації щодо дієти, фізичних вправ та способу життя. При проведенні аналізу ми розглядали зміни ІМТ в часі як показник дотримання пацієнтами рекомендацій щодо способу життя. Можна було спостерігати лише зовсім незначні зміни у пацієнтів з надмірною вагою або ожирінням протягом періоду спостереження пацієнтів через 6+ місяців порівняно з ІМТ на час встановлення діагнозу. У Львівській та Полтавській вибірках з усіх отриманих медичних записів, що свідчать про надмірну вагу або ожиріння хворих на час діагностування гіпертонії, чверть пацієнтів домоглися втрати ваги щонайменше на 3%. Однак лише 7% зменшили свою вагу більше ніж на 10%, що мало б свідчити про те, що порада позитивно вплинула на зміну способу життя. Однак навпаки, спостерігається більша кількість пацієнтів, які, схоже, набирали вагу у період лікування гіпертонії; близько 14% пацієнтів з надлишковою вагою на початку додали принаймні 3 відсотки до їхньої маси тіла (середній приріст ваги в цій групі становив 9%).

Більшість пацієнтів з гіпертонією здійснюють частковий моніторинг показників АВС^{III} (глюкоза, вимірювання АТ, ЛПНП холестерину), але тільки деякі з них досягають повного контролю показників АВС. У середньому 73 % пацієнтів у Полтавській області та 81 % пацієнтів у Львівській області мають записи результатів вимірювання усіх трьох показників АВС у своїх медичних картках. Проте рівень досягнення контролю показників АВС невеликий: з усіх пацієнтів, у яких показників рівня глюкози в крові виявився у межах норми (показник А), лише 43% мають артеріальний тиск у межах цільового діапазону (тобто показники А і В у межах норми) і лише 19% мають ЛПНГ холестерин у межах цільового діапазону (показники А, В та С у межах норми). З усіх пацієнтів з гіпертонією, охоплених аналізом, лише у 9% є докази досягнення цільових значень показників АВС.

.....
Супутнє захворювання на діабет значною мірою вплинуло на успіх лікування гіпертонії у пацієнтів вибірки: успішність лікування гіпертонії у цьому разі у 10 разів нижча у Полтавській області та у 13 разів – у Львівській.

Основна мета надання медичної допомоги при гіпертонії – підтримання нормальних рівнів АТ при лікуванні – успішно досягнута лише незначною кількістю пацієнтів з гіпертонією, отож, для більшості пацієнтів залишається високим ризик пов'язаних з гіпертонією ускладнень та смертності. З усіх зареєстрованих хворих на гіпертонію, контроль артеріального тиску який здійснюється за протоколом, лише 24% у Львівській області та 35% у Полтавській області досягли цільових значень АТ (див. Рис. 1). Труднощі в досягненні цільового значення АТ були однаковими і для чоловіків, і для жінок в обох областях. Деяко кращі показники контролю АТ спостерігаються у пацієнтів віком 35-59 років порівняно з пацієнтами старшими 60 років. Найбільший успіх у досягненні контролю АТ зареєстровано у пацієнтів з нормальним ІМТ. Наприклад, у Полтавській області шанс досягнення контрольованого АТ був 3: 1 для пацієнтів з ІМТ <25 у порівнянні з пацієнтами з ІМТ > 30. У Львівській області ті самі шанси склали 1,6: 1. Супутнє захворювання на діабет значною мірою вплинуло на успіх лікування гіпертонії у пацієнтів вибірки: успішність лікування гіпертонії у цьому разі у 10 разів нижча у Полтавській області та у 13 разів – у Львівській, і цей вплив, ймовірно, був результатом численних чинників, у тому числі це старший вік і серйозніше пошкодження судин внаслідок діабету.

ВИСНОВКИ ЯК СПРЯМОВАННЯ ДО ПОДАЛЬШИХ ДІЙ

Дослідження, проведене у співпраці з групами лікарів-кардіологів та лікарів первинної медико-санітарної допомоги обох областей, продемонструвало **важливість аналізу даних рутинних медичних записів, а також триангуляції даних з різних джерел даних.** Міністерство охорони здоров'я України, Центр громадського здоров'я, обласні управління охорони здоров'я, медичні заклади та технічні установи повинні співпрацювати з метою вдосконалення моделей лікування гіпертонії та надання допомоги при хронічних захворюваннях в цілому з акцентом на таких питаннях:

- ▶ Необхідно поширювати інформацію про каскад медичної допомоги при гіпертонії та виявлені точки розриву, а також про ефективність заходів, пов'язаних з початком лікування, моніторингом та результатами; все це може сприяти підвищенню якості послуг.
- ▶ Пацієнти з гіпертонією – це зазвичай найбільші групи пацієнтів з **хронічними захворюваннями** в кожній практиці первинної медичної допомоги; тому медичні працівники на рівні ПМСД повинні володіти усіма необхідними знаннями,

інструментами та засобами, щоб забезпечити ефективну допомогу таким пацієнтам.

- ▶ Щоб здійснювати **належний моніторинг** пацієнтів з гіпертонією, медичні працівники повинні розуміти фактори ризику та поведінку пацієнтів, відбудовувати довіру та здійснювати проактивний моніторинг пацієнтів, особливо у складніших випадках, коли пацієнти не можуть досягти поставлених цілей лікування.
- ▶ Необхідно покращити координацію медичної допомоги на різних рівнях її надання та з подальшим спостереженням, особливо для важких випадків гіпертонії та серцево-судинних захворювань.
- ▶ Нещодавно опубліковані "Національні рекомендації щодо скринінгу"^{ix} повинні бути трансформовані у систему регулярного (популяційного) скринінгу всіх осіб, що підлягають скринінгу, та у конкретні місцеві цілі скринінгу і систематичне спостереження (моніторинг) за хворими на гіпертонію і цукровий діабет (Ілюстрація 1).
- ▶ **Госпіталізація часто є результатом погано контрольованої гіпертонії.** Ефективне управління гіпертонією на рівні первинної медичної допомоги повинно призвести до покращення здоров'я пацієнтів та зменшення кількості випадків госпіталізації, яких можна уникнути. Слід розробити стимули для всіх учасників надання медичної допомоги (пацієнтів, медичних працівників первинної та вторинної ланок) аби упередити госпіталізацію та забезпечити кращу підтримку тих пацієнтів, яким загрожують найбільші ризики.
- ▶ **Недоліки в обміні даними та співпраці між спеціалізованими медичними закладами і закладами первинної медичної допомоги** є одним з бар'єрів для досягнення кращих результатів лікування гіпертонії, і ці недоліки слід здолати шляхом розбудови та посилення інформаційних систем охорони здоров'я.

Ілюстрація 1 Глобальні уроки та міжнародний досвід успішного управління гіпертонією

Контроль артеріального тиску є наріжним каменем попередження інсульту, ішемічної хвороби серця та периферичних судинних захворювань впродовж десятиліть

- ▶ Для профілактики гіпертонічних захворювань важливо здійснювати скринінг з метою виявлення випадків гіпертонії
- ▶ Контроль артеріального тиску є економічно ефективним у всіх регіонах світу

Основна увага у сфері управління гіпертонією / ССЗ останнім часом спрямована на:

- ▶ Покращення ефективності виявлення тих, хто отримує найбільшу користь від лікування
- ▶ Як покращити доступ до ліків, особливо на амбулаторному рівні
- ▶ Як покращити дотримання призначеного курсу прийому ліків та приймати їх послідовно й узгоджено

Тенденція до оцінки загального ризику, а не одного з факторів ризику

- ▶ Більш економічно ефективною є усебічна загальна оцінка ризику серцево-судинних захворювань, а не лише рівнів АТ чи холестерину
- ▶ Передача відповідальності за скринінг на медичних працівників на рівні громади довела свою ефективність
- ▶ Спрямовання уваги на пацієнтів, що підпадають найбільшму ризику (з труднощами контролю гіпертонії)
- ▶ Скринінг за допомогою додатку мобільного телефону

Незалежно від місця проведення скринінгу, після того, як випадок гіпертонії виявлено, більшість заходів первинної профілактики ішемічної хвороби серця та інсульту мають здійснюватися у закладах первинної медичної допомоги

- ▶ Важливим чинником є навчання та формування практичних навичок персоналу первинної медичної допомоги
- ▶ Працівники охорони здоров'я в громаді (медсестри в громаді) можуть сприяти покращенню прихильності до лікування пацієнтів, які проходять (отримують) лікування гіпертонії
- ▶ Участь та мотивація пацієнтів

Джерела: висновки з Jeemon et al. "Management of Hypertension and Dyslipidemia for Primary Prevention of Cardiovascular Disease" chapter in: Prabhakaran, D., S. Anand, T. A. Gaziano, J.-C. Mbanya, Y. Wu, and R. Nugent. 2017. Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders. Disease Control Priorities, (third edition), Volume 5. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0518-9. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

ПОДЯКИ

Львівська область: Ірина Микичак, Мар'яна Служинська, Лілія Юхимів, Христина Пак, Ірина Шиманська

Полтавська область: Віктор Лисак, Юрій Курилко, Алла Бредіхіна, Олександр Кузьмін, Григорій Оксак, Костянтин Вакуленко, Орест Вовк, Ніна Дурдикулієва, Любов Клименко, Юрій Торяник.

Міністерство охорони здоров'я: Ганна Терещенко

Центр громадського здоров'я: Владислав Збанацький

Світовий банк, Фон Зао, Девід Вілсон, Олена Дорошенко, Ольга Хан та Ніколь Фрейзер.

СКОРОЧЕННЯ В ТЕКСТІ

- АТ** артеріальний тиск
- ІМТ** індекс маси тіла
- ССЗ** серцево-судинні захворювання

ПОСИЛАННЯ ТА ПРИМІТК

- ⁱ Дані цитуються за виданням "Трагедія, якої можна уникнути: боротьба з кризою охорони здоров'я в Україні. Уроки Європи". Світовий банк, 2009 - 64 стор.
<http://siteresources.worldbank.org/INTUKRAINE/147271-1089983407712/22234568/DemografiaEngl.pdf>.
- ⁱⁱ Ukraine DHS, 2007 - Заключний звіт (англійською) можна знайти тут:
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR210/FR210.pdf>.
- ⁱⁱⁱ Інститут показників і оцінки здоров'я (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)). GBD Візуалізація порівняльних даних. Сіетл, WA: IHME, University of Washington, 2017. Онлайн версія <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- ^{iv} Дослідження Індекс здоров'я Звіт 2017 року, онлайн версія <http://health-index.com.ua/>
<https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/502054.html> Про це повідомляє Асоціація інтервенційних кардіологів України за даними Реєстру перкутанних коронарних втручань.
- ^v Як повідомило Міністерство охорони здоров'я, через рік після реалізації програми "Доступні ліки" кількість викликів невідкладної медичної допомоги зменшилося на 17 тисяч.
<http://moz.gov.ua/article/news/dostupni-liki-za-chas-roboti-programi-ukrainci-viklikali-shvidku-na-17-tisjach-raziv-menshe> У мережі станом на 2018-05-25.
- ^{vi} <http://wb.moz.gov.ua/>
- ^{vii} Єдиний клінічний протокол первинної, надзвичайної та вторинної медичної допомоги "Артеріальна гіпертензія", 2012
- ^{viii} Дані Інституту показників і оцінки здоров'я GBD 2016 © 2018 Університет штату Вашингтон
- ^{ix} Рекомендації щодо діагностики захворювань та періодичних обстежень на рівні первинної медичної допомоги, розроблені Міністерством охорони здоров'я України
<http://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/rekomendacii-schodo-udoskonalennja-sistemi-profilaktiki-ta-rannogo-vijavlennja-zahvorjuvan> Онлайн станом на 2018-02-02.
- ^x Вибірка медичних записів, що використовувалися для аналізу, включав рандомізований вибір медичних карток у чотирьох центрах первинної медичної допомоги в Полтавській області у листопаді-грудні 2017 р. (загалом 777 записів) та у чотирьох центрах первинної медичної допомоги у Львівській області у грудні 2017 р. (410 записів). Критерієм включення було підтвердження гіпертонії найпізніше у 2016 році, щоб можна було зрозуміти подальші заходи та схеми успішного лікування.
- ^{xi} Тут ми беремо до уваги лише препарати від гіпертонії і не розглядаємо фармацевтичне лікування інших захворювань, таких як діабет та інші.
- ^{xii} Показники АВС такі: А. Рівень глюкози в крові натщесерце: нормальний <5.6 (діабетиків <6.1 ммоль / л*); В. Артеріальний тиск: нормальний <140 або <90 (для діабетиків <130 або <80 *); С. Контроль ЛПНП холестерину: нормальний <5 ммоль / л (для діабетиків <4,5 ммоль / л *) <100 мг / дл.). Метою є досягнення всіх трьох показників АВС у межах норми.

© International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Інтернет: www.worldbank.org; Телефон: 202 473 1000

Ця робота є продуктом працівників Світового банку. Результати, інтерпретації та висновки, викладені у цій роботі, не обов'язково відображають думку виконавчих директорів Світового банку або інших партнерських установ або урядів, які вони представляють. Світовий банк не гарантує точності даних, що містяться в цій роботі. Межі, кольори, позначення та інша інформація, відображена на будь-якій карті в цій роботі, не означає ніякого судження Світового банку стосовно правового статусу будь-якої території або схвалення чи прийняття таких кордонів.

Ніщо в цьому документі не становить або не вважається обмеженням або відмовою від привілеїв та імунитетів Світового банку, і всі вони зберігаються за Банком.

Права та дозволи



Ця робота доступна за ліцензією Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> За ліцензією Creative Commons Attribution, ви можете копіювати, поширювати та адаптувати цю роботу, у тому числі в комерційних цілях, за таких умов:

Посилання. Посилаючись на цю роботу, зазначайте таке: The World Bank. 2018. МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПЕРТОНІЇ В УКРАЇНІ: ТОЧКИ РОЗРИВУ В КАСКАДІ ТА ПОДАЛЬШІ ДІЇ. Washington DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

Переклади. Якщо ви створюєте переклад цієї роботи, додайте зазначену далі відмову від відповідальності разом з посиланням: цей переклад не був створений Світовим банком і не вважається офіційним перекладом Світового банку. Світовий банк не несе відповідальності за зміст чи помилки в його перекладі.

Всі запити щодо прав та ліцензій слід надсилати на адресу: Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington DC, 20433, USA; факс: 202-522-2625; електронна пошта: pubrights@worldbank.org.