

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А. Манойлов, кандидат медицинских наук
Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск
E-mail: a.e.manoylov@mail.ru

Анализ показал, что информация из историй болезни кардиологических отделений и карт вызовов скорой медицинской помощи о причинах обострений эссенциальной гипертензии часто не передается лечащему врачу пациента.

Ключевые слова: кардиология, декомпенсация эссенциальной гипертензии, профилактика обострений гипертонии.

Большинство пациентов с распространенной хронической патологией не получают эффективного лечения, в результате у них развивается декомпенсация заболевания [1]. Как известно, декомпенсация эссенциальной гипертензии – ЭГ (обострение, быстрая утрата контроля, дестабилизация, криз) чаще происходит при установленном диагнозе, когда больные нарушают медикаментозный режим, получают неполноценное лечение или испытывают частую тревогу [2, 3]. Хотя обстоятельства, вызывающие дестабилизацию хронической нозологии, в том числе ЭГ, классифицированы [4], на практике причины декомпенсации не документируются, информация не передается лечащему врачу, при этом нарушается преемственность в ведении пациентов. В медицинской рабочей документации есть единичные предложения систематически сигнализировать об одной из причин «недостаточной приверженности лечению» соответствующим диагностическим кодом [5]. Выявление, фиксирование и передача информации о факторах риска (ФР) обострения ЭГ не нашли рутинного применения в профессиональной деятельности работников здравоохранения. Например, используемые рабочие диагнозы ЭГ не отражают типичного варианта декомпенсации заболевания – синдрома отмены антигипертензивных средств с рикошетным повышением АД [6, 7].

Неэффективное ведение больных, ятрогенная рефрактерная артериальная гипертензия (АГ) маскируются в клинической практике терминами «лабильно-кризовое течение гипертонии», «резистентная гипертония», «достигнутая степень АГ», «терапевтическая инерция», «декомпенсация дисциркуляторной энцефалопатии по типу гипертонического криза». Пациента с декомпенсацией направляют в стационар также с расплывчатой формулировкой «неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих» (Приложение №2 к Методическим рекомендациям Минздрава России от 09.11.01 №2001/144).

Ответственность за причины декомпенсации ЭГ порой перекладывается на самих больных, так как им разрешается самостоятельно изменять дозы принимаемых препаратов, а при отклоняющихся показателях АД рекомендуется прием короткодействующих медикаментов [8]. В итоге медикамен-

тозный контроль АД приобретает интермиттирующий характер, а реальные причины остаются невыясненными и годами не устраняются.

Часть пациентов с обострениями ЭГ начинают игнорировать лечащего врача, их ведение замыкается на службе скорой медицинской помощи (СМП) или на госпитализации в стационары [9, 10]. В то же время сотрудник СМП в состоянии выяснить причины обострения ЭГ и перенести (закодировать) информацию в официальный документ – «Информационный лист», обязательно оставляемый бригадой на дому у пациента. Аналогично кардиолог стационара может разобраться в этиологии декомпенсации ЭГ и сообщить об этом лечащему врачу в медицинской выписке.

Целью нашего исследования было определить, как выявляется, документируется и передается лечащему врачу информация о причинах декомпенсации ЭГ в условиях первичной (СМП) и вторичной (стационар) медицинской помощи.

Проведен многоцентровой ретроспективный анализ карт вызовов больных, обслуженных на дому (учетная форма №110/у), и историй болезней госпитализированных пациентов с ЭГ (учетная форма №003/у). В 2013 г. из архивов случайным образом было отобрано 300 карт вызовов 3 станций СМП Российской Федерации в городах Орск, Новотроицк Оренбургской области и Магнитогорск Челябинской области, а также (для сравнения) – 200 медицинских карт стационарных больных. Медицинские работники СМП и отделений больниц не были информированы о проводимом исследовании. Для анализа отобрали 251 карту вызовов СМП и 157 историй болезни с медицинскими выписками.

Критериями включения были диагностированная ЭГ, длительность лечения >1 года, ежедневная регистрация пациентом уровня АД. Критерии исключения: впервые выявленное повышение АД, выраженные когнитивные нарушения. Приверженность лечению определяли на основании сообщений самих больных ЭГ и записанных показателей АД в историях болезни [11].

Под декомпенсацией ЭГ подразумевались симптомное повышение АД, не отвечающее критериям криза, и гипертонические кризы [12]. ФР обострений ЭГ обозначали в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4]: неназначенное или недостаточные дозы препаратов при лечении (код Y63.8); несоблюдение предписаний врача (код Z91.1); стрессовое состояние (код Z73.3); употребление алкоголя (Z72.1); тревожно-фобические расстройства (коды F40, F41). Для разработки мероприятий по профилактике обострений ЭГ использованы элементы модели хронического заболевания Wagner [13].

Среди больных, обслуженных СМП (n=251), мужчин было 33 (средний возраст – 59,46 года), женщин – 218 (средний возраст – 67,67 года); среди пациентов, пролеченных в стационаре (n=157), мужчин было 50 (средний возраст – 57,9 года); женщин – 107 (средний возраст – 66,9 года).

Данные обследования (M±SD; min; max; 25–75-й процентиля) переносили в Microsoft Excel. Для сравнения долей проводили проверку статистической гипотезы о равенстве относительных частот внутри одной группы. Для описания относительной частоты бинарного признака расчет доверительного интервала (95% ДИ) осуществляли по методу Клоппер–Пирсона. Для сравнения групп выбран точный двусторонний критерий Фишера, так как некоторые группы имели нулевые значения. Полученные значения r не округляли и записывали до 3-го знака после запятой. Статистически

значимыми различия считали при $p < 0,05$. Вычисления выполнены с помощью статистической программы Statistica 6.0 Copyright © StatSoft, Inc. 1984–2001 (США).

Результаты исследования представлены в таблице.

Предполагаемые причины обострения ЭГ в изученной документации объединены в 4 группы: 1-я – «неназначение или недостаточные дозы препаратов при лечении»; в эту группу вошли 101 (64,33%) пациент стационара и 42 (16,73%) – при вызове СМП ($p=0,001$). Причем на фоне приема 3 препаратов неадекватный терапевтический режим был документирован соответственно у 32 (31,68%) и 8 (19,05%) больных ($p=0,316$), при 2-компонентной терапии – у 40 (39,61%) и 19 (45,24%) ($p=0,730$), при монотерапии – у 29 (28,71%) и 15 (35,71%) пациентов ($p=0,577$). Во 2-й группе причиной обострения стало «несоблюдение предписаний врача» у 33 (21,02%) госпитализированных и 56 (22,31%) больных, вызвавших СМП на дом ($p=0,904$). В 3-й группе («проблемы, связанные с образом жизни») в историях болезни из стационаров причиной обострений у 12 (7,64%) пациентов было стрессовое состояние, у 3 (3,33%) – употребление алкоголя, а сотрудники СМП связали дестабилизацию ЭГ у 11 (14,1%) больных со стрессовым состоянием и у 6 (7,9%) – с употреблением алкоголя. Тревожно-фобические расстройства послужили вероятной причиной обострения ЭГ у 2 (2,22%) больных стационара и у 3 (3,85%) пациентов, обслуженных СМП ($p=1,000$).

В медицинских выписках из всех причин декомпенсаций ЭГ приведены 2: у 20 (12,74%) госпитализированных – «неэффективность амбулаторного лечения» (с припиской «кризовое течение»), у 2 (1,27%) – тревожно-фобические расстройства. В итоговых диагнозах в картах вызовов СМП фигурировали 5 разновидностей обострения ЭГ: в 3 (1,20%) случаях – кризовое течение, в 6 (2,39%) – стрессовое состояние, в равной степени часто – у 3 (1,20%) пациентов – тревожно-фобические расстройства и употребление алкоголя и у 2 (0,80%) больных

в качестве причины дестабилизации были указаны болевые синдромы.

Таким образом, сотрудники СМП, врачи стационаров, купирова обострение ЭГ, далеко не во всегда стремились распутать сложный клубок вызвавших его причин. Возможно, СМП отводит себе роль техников по экстренному снижению АД, не обязанных вмешиваться в текущую антигипертензивную терапию пациентов. Для сравнения: специалистам отделений неотложной помощи рекомендовано одновременно с компенсацией АД консультировать больных, назначать, изменять терапию [15].

В качестве ведущего этиологического фактора обострения ЭГ фигурировали «кризовое течение», «неэффективность амбулаторного лечения». Понятно, что за такими формулировками могут скрываться профессиональные ошибки в ведении заболевания, низкая приверженность лечению, проблемы образа жизни, сопутствующие заболевания, медикаментозная гипертензия, неназначение диуретиков, истинная рефрактерность к терапии, злоупотребление препаратами короткого действия.

Используя данные литературы [1, 13], а также результаты проведенного исследования, можно предложить дополнительные меры профилактики обострений ЭГ. Лечащему врачу, сотруднику СМП недостаточно при контакте с больным отмечать неизменяемые категории заболевания, стадию, риски (эти сведения есть в листе уточненных диагнозов амбулаторной карты). При обслуживании пациента с ЭГ важно фиксировать текущий статус контроля ЭГ, динамику АД во время лечения и этиологию декомпенсации заболевания. Логично сигнализировать о причине обострения ЭГ рабочим (этиологическим) диагнозом, который будет напоминать потребителю медицинских услуг о его обязанности лечиться (ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Формулировки «неэффективность амбулаторного лечения», «кризовое течение гипертензии»,

«резистентная гипертензия», «утрата контроля АД», очевидно, скрывают триггеры обострения ЭГ и, скорее всего, снимают личную ответственность с врача. Больной, направляемый в стационар с показанием «трудности в подборе медикаментозной терапии», должен выписываться с установленными ФР обострения заболевания (коды Y63.8, Z91.1 и др.). Рабочие диагнозы ЭГ могут отражать механизм повышения АД – синдром отмены, реактивное повышение давления. *Пример диагностического заключения:* «ЭГ. Декомпенсация. Несоблюдение предписаний врача. Синдром отмены». Динамические сведения о ведении ЭГ для совместного контроля врача и пациента врачу поликлиники можно заносить в карты технологического процесса (Приложения 3, 4 к Приказу Минздрава России №4 от 24.01.03).

ФР декомпенсации ЭГ у госпитализированных пациентов (n=157) и у больных, обслуженных СМП (n=251); n (%)

Показатель	Стационар	СМП	p
<i>ФР декомпенсации в историях болезни</i>			
Неназначение или недостаточные дозы препаратов при лечении (Y63.8):	101 (64,33)	42 (16,73)	0,001
2-компонентная терапия	32 (31,68)	8 (19,05)	0,316
2-компонентная терапия	40 (39,61)	19 (45,24)	0,730
монотерапия	29 (28,71)	15 (35,71)	0,577
Несоблюдение предписаний врача (Z91.1)	33 (21,02)	56 (22,31)	0,904
Проблемы, связанные с образом жизни:			
стрессовое состояние (Z73.3)	12 (7,64)	11 (14,10)	0,196
употребление алкоголя (Z72.1)	3 (3,33)	6 (7,69)	1,000
Тревожно-фобические расстройства (F40, F41)	2 (2,22)	3 (3,85)	1,000
<i>ФР декомпенсации, указанные в заключительных диагнозах</i>			
Кризовое течение	20 (12,74)	3 (1,20)	0,001
Стрессовое состояние (Z73.3)	–	6 (2,39)	0,087
Употребление алкоголя (Z72.1)	–	3 (1,20)	0,290
Тревожно-фобические расстройства (F40, F41)	2 (1,27)	3 (1,20)	1,000
Болевые синдромы	–	2 (0,80)	0,526
Примечание. Кризовое течение (неэффективность амбулаторного лечения) – официальное показание для госпитализации в стационар; болевые синдромы – боль, обусловленная коморбидным с ЭГ заболеванием.			

Литература

1. Nolte E., McKee M. Оказание помощи при хронических состояниях / ВОЗ, 2011.
2. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2013; 34 (28): 2159–219.
3. Pak K., Hu T., Fee C. et al. Acute hypertension: a systematic review and appraisal of guidelines // *Ochsner. J.* – 2014; 14 (4): 655–63.
4. International statistical classification of diseases and related health problems Tenth Revision. Vol. 2. World Health Organization. Geneva 1992.
5. Marcum Z., Sevick M., Handler S. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition // *JAMA.* – 2013; 309 (20): 2105–6.
6. Karachalios G., Charalabopoulos A, Papalimneou V. et al. Withdrawal syndrome following cessation of antihypertensive drug therapy // *Int. J. Clin. Pract.* – 2005; 59 (5): 562–70.
7. Reidenberg M. Drug discontinuation effects are part of the pharmacology of a drug // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 2011; 339 (2): 324–8.
8. Jafar T., Jessani S., Jafary F. et al. General practitioners' approach to hypertension in urban Pakistan: disturbing trends in practice // *Circulation.* – 2005; 111 (10): 1278–8.
9. Ndumele Ch., Baer H., Shaykevich Sh. et al. Cardiovascular disease and risk in primary care settings in the United States // *Am. J. Cardiol.* – 2012; 109 (4): 521–6.
10. Манойлов А.Е. Декомпенсация артериальной гипертонии: пути решения проблемы // *Врач.* – 2015; 2: 85–8.
11. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization 2003.
12. Руксин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии. Краткое руководство для врачей / М.: МЕДпресс-информ, 2009; 48 с.
13. Wagner E., Austin B., Davis C. et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action // *Health Affairs.* – 2001; 20: 64–78.
14. Верткин А.Л. Национальное руководство по скорой помощи / М.: Эксмо, 2012; 816 с.
15. Wolf S., Lo B., Shih R. et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure // *Ann. Emerg. Med.* – 2013; 62 (1): 59–68.

CONTINUITY IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DECOMPENSATED HYPERTENSION

A. Manoilov, *Candidate of Medical Sciences*
South Ural State Medical University, Chelyabinsk

The analysis has shown that the information available in the medical records of cardiology departments and in the emergency call cards about the causes of essential hypertension exacerbations is not frequently handed over to the attending physician.

Key words: cardiology, decompensated essential hypertension, prevention of hypertension exacerbations.