

Постановка клинического диагноза - результат длительного процесса умозаключений практического врача, включающий в себя представление о возможных причинах, основных патогенетических процессах в ходе развития болезни, взаимосвязях генетических и внешних факторов, предполагаемый прогноз и тактику лечения. В основе формулировки клинического диагноза лежат классификации, задачей которых является, с одной стороны, унифицирование представлений о болезни, а с другой - возможность выразить индивидуальные особенности больного как конкретного тождества.

Диагностические заключения при артериальной гипертонии (АГ) в практике врачей в Российской Федерации до 2000 года традиционно строились согласно классификациям А.Л. Мясникова [6] или ВОЗ (1962,1978).

На основании методических рекомендаций ВОЗ/МО-АГ (1999г.) экспертным комитетом научного общества по изучению АГ, Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) и Межведомственным советом по сердечно-сосудистым заболеваниям РФ был разработан доклад - ДАЛ [2, 7]. Материал доклада является сбалансированной информацией, призванной определить общую стратегию профилактики и лечения АГ в России, привести в соответствие деятельность практических врачей разных специальностей с международными стандартами по проблеме АГ и приспособить эти стандарты к условиям здравоохранения России.

Рекомендации ДАГ1 только начали применяться в практической медицине в нашей стране. Процесс перехода займет определенное время, так как пока нет твердых установок по обязательному использованию их. Потребуется время и для того, чтобы оценить удобство этой классификации для практики.

Мы сопоставили диагностические заключения при АГ по классификации ВОЗ (1978) с заключениями по рекомендации ДАЛ с тем, чтобы оценить структуру диагнозов, объем исследований для выявления факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ), роль алгоритма лечения и рекомендуемых ДАЛ медикаментов, а также комплаентность больных относительно рекомендаций.

Проанализировано 70 историй болезни за 2001 год до применения ДАЛ. В Процессе анализа мы трансформировали используемые ранее диагностические заключения в заключения по ДАЛ. Как основное заболевание без ассоциации с другими и без указания ПОМ АГ фигурировала у 16 больных, у 54 основная патология была представлена острыми формами ИБС, а АГ была сопутствующим заболеванием. При этом у 7 из 54 больных отмечалась дестабилизация в течении АГ вплоть до развития гипертонического криза по критериям ДАЛ.

Трудности в выделении ведущего заболевания при сочетании ИБС и АГ на практике существуют давно в связи с отсутствием четких установок в клинических классификациях и в международной классификации болезней. Учитывая, что эти два заболевания являются взаимоотягощающими, правильно было бы выносить их вместе в основной клинический диагноз, отдавая предпочтение той патологии, которая является наиболее прогностически опасной на данный момент времени. При составлении медико-экономических стандартов по обязательному медицинскому страхованию, шифровке этих болезней при заполнении статистической информации, по нашему мнению, ИБС и АГ следует рассматривать как два основных заболевания и соответственно производить оплату в рамках обязательного медицинского страхования за две болезни, так как лечение одной патологии без коррекции ассоциированной с ней будет неэффективно.

Практически у всех больных в листке направления и в госпитальном диагностическом заключении определялась только II стадия гипертонической болезни (ГБ) и иногда отмечалось ухудшение в течении болезни.

Трансформация диагноза согласно рекомендациям ДАЛ подтвердила некорректность определения стадии болезни. Больные с шаблонным диагнозом «ГБ II стадии» были распределены так 2-я группа риска (ГБ II стадии) - 3%, 3-я группа риска (ГБ II стадии) - 5% и 4-я группа риска (ГБ III стадии) - 92% больных. При этом оказывается, что ГБ II стадии неоднородна по риску развития осложнений и включает больных со средним и высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому выделение групп риска при АГ более целесообразно, чем определение стадии болезни.

Согласно рекомендациям ДАЛ, в диагноз АГ помимо определения степени повышения АД и выделения группы риска необходимо вносить ПОМ и отражать ассоциированные заболевания. Врачебные диагностические заключения по ВОЗ были лишены этих деталей. Характер структурно-функциональных нарушений определялся стадией болезни без расшифровки. Предлагаемые в ДАЛ примеры диагностических заключений возвращаются к идеям А.Л. Мясникова о необходимости выделения клинических вариантов ГБ.

Среди органов-мишеней очень важна оценка степени и характер гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), так как она увеличивает риск развития ИБС, сердечной недостаточности (СН), инсульта и внезапной смерти. Четкая характеристика состояния сердца не всегда включается в диагноз.

При обследовании больных с АГ не все необходимые анализы выполняются как в стационаре, так и на амбулаторном этапе. Отсутствуют исследования креатинина, электролитов крови, данные по индексу массы тела, расчет отношения талия/бедро, не проводится аускультация над проекцией крупных сосудов, не всегда имеется описание глазного дна. Выполнение указанных рекомендаций в ДАЛ не является обременительным для практического врача и должно стать необходимым руководством к действию.

У большинства больных использовались рекомендуемые современные схемы лечения. Так называемые

предпочтительные комбинации с применением ИАПФ в сочетании с диуретиками или антагонистами Са, а также бета-блокаторы без/или с антагонистами Са или диуретиками применены у 60% пациентов, «целовое» АД достигнуто у 76%, у остальных АД удалось снизить лишь на 10-15%. У части больных (38,5%) с 4-й группой риска и высокими цифрами АД использовалась комбинированная терапия из 3-4 препаратов и применялись так называемые менее предпочтительные комбинации. Комбинированная терапия, иногда с включением препаратов, не обладающих синергичным действием, обусловлена тяжестью ассоциированных с АГ заболеваний. Наш опыт апробации анти-гипертензивных препаратов свидетельствует о необходимости дифференцированного назначения их, например, периндоприл предпочтителен у пациентов с СН [3].

Проведенные нами ранее исследования [4] роли суточного мониторинга АД (СМАД) в подборе терапии при лечении АГ показали, что этот метод позволяет более корректно назначать медикаменты в течение суток, распределять прием препарата, его дозу. Тем не менее данный метод не является обязательным, и для контроля за АД вполне может быть использовано измерение АД в домашних условиях, устраняющее «эффект белого халата» и дающее важную информацию для длительного базисного лечения АГ.

В данной работе мы также предприняли попытку оценить значение самоконтроля АД в индивидуальной терапии конкретного пациента и его комплаентность относительно этого. Из 11 больных, обученных методике измерения АД и оформлению дневника самоконтроля, только 4 продолжали выполнять рекомендации в течение 2 месяцев. При этом цифры АД у них удерживались на должном уровне. Остальные пациенты прервали консультации и контроль за АД по разным обстоятельствам. Данный опыт свидетельствует о низком стремлении большинства больных к лечению и соблюдению рекомендаций.

Мы проанализировали 50 историй болезни за 2002 год, в которых диагностические заключения формулировались по рекомендациям ДАЛ. Отмечено стремление к редуцированию диагностических заключений как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах: в диагноз включалась только степень и категория риска АГ. Редко находили отражение ФР, ПОМ, хотя при обследовании выявлялось их наличие. Например, не только начальные, но и явные признаки формирования «гипертонического» сердца, перенесенные инсульты не всегда отражались в диагнозе, а симптоматическое поражение сосудов ног или сосудов других локализаций, состояние глазного дна, функция почек в диагнозе не отражались вовсе. Стремление к редуцированию диагноза носит, на наш взгляд, субъективный характер и связано не с отсутствием необходимых фактов для постановки развернутого клинического диагноза, а с профессиональной небрежностью.

Секция по изучению АГ ВНОК, учитывая традиции отечественной медицины, предлагает комбинировать классификации ВОЗ (1962) и ВОЗ/МОАГ (1999) [5] подобно тому, как в настоящее время модифицируются классификации по сердечной недостаточности [1].

Комбинация двух классификаций, безусловно, возможна, но, по нашему мнению, не вносит ясности в диагностическое заключение, а скорее затрудняет унификацию диагнозов и преемственность между врачами. Мы считаем более целесообразным придерживаться определенной конкретной классификации. Наш опыт использования рекомендаций ДАЛ при АГ дает возможность прийти к выводу о том, что формулировать диагноз по ДАЛ не только «удобно», но и очень важно с практической точки зрения. Параметры диагноза, особенно стратификация групп риска, определяют индивидуальные особенности течения болезни, дают четкое представление о прогнозе, нацеливают врача на индивидуальный подход к немедикаментозной и медикаментозной терапии, к разработке мероприятий по профилактике ФР не только у пациента, но и в семье, способствуют назначению наиболее оптимальных медикаментов, обладающих протективным действием на органы-мишени, и преемственности в наблюдении за больными. Предлагаемый информационно-методический документ не отвергает предыдущие классификации, а является дальнейшим синтетическим этапом развития научных и практических сведений по АГ. При этом смена термина «гипертоническая болезнь», распространенного в нашей стране, на синонимичный термин «первичная (эссенциальная) АГ» гармонизирует нашу терминологию с международной. Важно внимательно изучить предлагаемые рекомендации и использовать их как руководство, позволяющее не только унифицировать наши представления об одной из самых распространенных и опасных для жизни болезней, но и дающее возможность практическим врачам наиболее оптимально обследовать и лечить конкретного пациента.