

SELF-MANAGEMENT НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ ПРИ БОЛНИ С ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА БОЛЕСТ > 3 СТ.

М. Любомирова и Б. Богов

Клиника по нефрология, УМБАЛ "Александровска" – София

SELF-MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE 3 STAGE OR HIGHER

M. Lyubomirova and B. Bogov

Department of Nephrology, University Hospital "Alexandrovskia" – Sofia

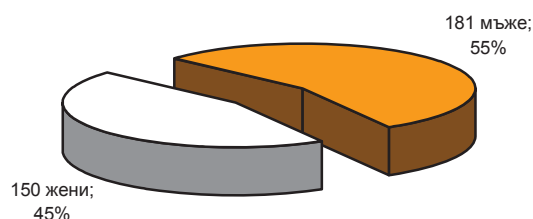
<p>Резюме:</p> <p>Ключови думи:</p> <p>Адрес за кореспонденция:</p>	<p>Ключът за намаляване на честотата на хроничната бъбречна болест (ХББ) е ранното идентифициране на болните с висок риск и системното им проследяване и спазването на правилата за добра клинична практика при консервативното лечение на вече доказаната ХББ. Един от възможните механизми е приложението на самоконтрол на факторите, отговорни за прогресията и в частност на артериалната хипертония. Целта на проучването е да се анализира способността на болни с ХББ > 3 ст. да упражняват самоконтрол на артериалната хипертония. Анализирани са анкетите на 30 болни на средна възраст $65,5 \pm 22,34$ г., пациентите на Клиника по нефрология към УМБАЛ "Александровска", хоспитализирани за периода 01.01.2013-01.07.2014 с ХББ и влошена бъбречна функция, отговарящи на ХББ ≥ 3 ст., с трайно повишен серумен креатинин над $> 200 \mu\text{mol/l}$. Само 10% от болните имат познание за осъществяване на техниката self-managenet. 16% упражняват самоконтрол на хипертонията си. 40% от болните биха искали да упражняват тази техника, а 60% не желаят да контролират сами болестта си. Това налага заключението, че Self-management на артериалната хипертония не е позната и приложима практика у нас.</p> <p>хронична бъбречна болест, прогресия на ХББ, артериална хипертония, self-management</p> <p><i>Д-р Мила Любомирова, дм, Клиника по нефрология, УМБАЛ "Александровска", ул. „Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София, e-mail: MLjubomirova@yahoo.com</i></p>
<p>Summary:</p> <p>Key words:</p> <p>Address for correspondence:</p>	<p>The key to reduce incidence of chronic kidney disease (CKD) is the early identification of patients at high risk for CKD and systematic follow-up and compliance with the rules of good clinical practice in the conservative treatment of already proven CKD. One possible mechanism is self-management of the factors responsible for the progression and particularly hypertension. The aim of the study was to analyze the ability of patients with CKD > 3 stage to exercise self-control of hypertension. We analyzed answers of 30 patients. The patients average age was 65.5 ± 22.34, they were admitted to the hospital and were treated in Clinic of Nephrology between 1 January 2013 and 1 July 2014, with CKD and impaired kidney function, corresponding to CKD ≥ 3 stage, with persistently elevated serum creatinine levels $> 200 \mu\text{mol/l}$. Only 10% of patients have understanding of the implementation of self-management technique. 16% exercises self-control of their hypertension. 40% of patients are willing to practice this technique and 60% do not want to control their own disease by themselves. The results lead to the conclusion that self-management of hypertension is not known and applicable technique in our practice.</p> <p>chronic kidney disease, progression of CKD, hypertension, self-management</p> <p><i>Mila Lyubomirova, M. D., Department of Nephrology, University Hospital "Alexandrovskia", 1 Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1431 Sofia, e-mail: MLjubomirova@yahoo.com</i></p>

За хронична бъбречна болест (ХББ) се говори, когато е налице бъбречно увреждане, продължаващо над три или повече месеца, определено като структурна или функционална абнормност на бъбреците [1-6]. Ключът за намаляване на честотата на ХББ е ранното идентифициране на болните с висок риск за ХББ и системното им проследяване и спазването на правилата за добра клинична практика при консервативното лечение на вече доказаната ХББ [1]. При прилагането на всички мерки за ренопротекция, което представлява реалното консервативно лечение на ХББ, пациентът има място на пълноправен участник в екипа лекар-пациент, чиято задача е да поддържа баланс в системата: болест-качество на живот. Пациентът, ако е обучен правилно, може да мониторира добре повечето аспекти на наблюдаваните и коригирани клинични симптоми, асоциирани с ХББ в различните ъ степени [6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. Всички болни с ХББ със или без диабет и албуминурия < 30 mg/24 h трябва да започнат да приемат антихипертензивни медикаменти при RR > 140/90 mm Hg. Таргетът за кръвното налягане е < 140/90 mm Hg. При пациенти с албуминурия > 30 mg/24 h лечението започва при RR > 130/80 mm Hg и добър контрол е постигнат, ако RR е < 130/80 mm Hg. Препоръчва се започване на лечението с АСЕ инхибитори и ангиотензин-рецепторни блокери [1-9]. Независимо от това коя страна разглеждаме – най-богатата икономика в света САЩ или най-бедната африканска държава, страни с различна организация на здравната система, общото за всички е, че в днешния свят здравеопазването се изкачва стремглаво като един от основните приоритети на върха на политическия дневен ред. Системата на здравеопазване е под изключителен натиск и се изправя пред различни сериозни предизвикателства. Този натиск провокира реформи – ражда се нов модел на здравна система. Основният фокус е изместен от лечението на болестта към превенцията на здравето и най-важното е, че в тази нова стратегия пациентът ще има повече лична, осъзната отговорност и повече контрол върху опазване на собственото си здраве [17-22]. Това рефлектира в специфичен акцент на правителствата върху хроничните заболявания и създаване на нови възможности за домашни и self-management терапии [17-22]. В този контекст моделът на ХББ и хроничното лечение представлява един добър пример за нуждата от радикални промени в стандартните медицински подходи и услуги при тези болни.

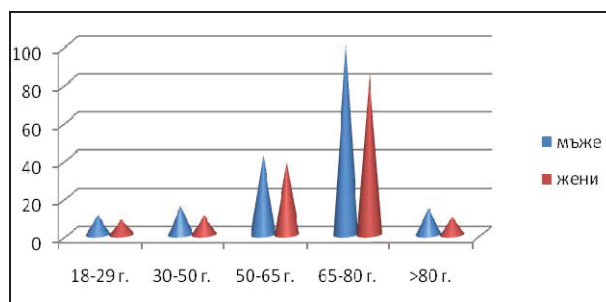
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За периода 01.01.2013-01.07.2014 г. по клинична пътека № 68 в Клиниката по нефрология на УМБАЛ "Александровска", са хоспитализирани и проследени 331 болни – 181 мъже (54,7%) и 150 жени (45,3%), което е 17% от всички преминали болни през Клиниката за тези 18 месеца, които са 1899. Средната възраст на следените болни е $64,45 \pm 38,11$ г.

Разпределението по пол и възраст на пациентите е дадено на фиг. 1 и фиг. 2.



Фиг. 1. Разпределение на болните с ХББ ≥ 3 ст. по пол



Фиг. 2. Разпределение по възрастови групи

47% от хоспитализираните по КП 68 са с местоживеене в София, 10% са от селски райони, а 43% от болните са от други градове от страната. За наблюдавания период от 18 месеца в Клиниката по нефрология няма регистрирани смъртни случаи на болните, включени в проучването. Средният престой на оценяваните пациенти по КП 68 е 5,8 дни. Причините за хоспитализации на болните са анализирани на базата на анамнестичните данни и болничната документация. Уточнени причини за хоспитализация са: лош контрол на кръвното налягане, влошаване на бъбречната функция, започване на лечение на анемичен синдром с ЕПО по наредба 10, оценка на анемичен синдром и продължаване на лечението, оценка на нарушенията в калциево-фосфорната обмяна и започване или продължаване на лечението с медикаменти, изписвани по наредба 10, поява на оточен синдром, влошаване на сърдечно-съдовия статус, инфекция и др.

Данните са получени, след като историите на заболяванията на лекуваните за изследвания

период пациенти са обработени в отдел „Статистика“ на УМБАЛ „Александровска“ с програмата „Гамаконсулт“.

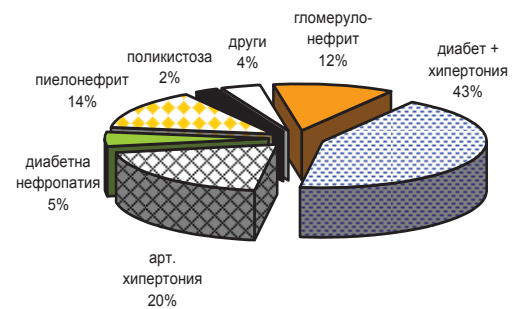
Етиологията на ХББ е определена с описателно популационно епидемиологично проучване, използващо данните от историите на заболяването на проследяваните болни.

Емпирично социологично изследване (ЕСИ), пряка индивидуална анкета, е използвано за оценка на способността на болните с ХББ > 3 ст. да самоуправляват артериалната си хипертония. Анкетата се организира сред пациентите на Клиниката по нефрология към УМБАЛ „Александровска“, хоспитализирани за периода 01.01.2013-01.07.2014 с ХББ и влошена бъбречна функция, отговарящи на ХББ ≥ 3 ст, с трайно повишен серумен креатинин над > 200 μmol/l. Анкетирани са 30 пациенти, отговарящи на горните критерии, подбрани на случаен принцип. Целта на анкетата е да се изследва способността на включените болни за познаване, самоконтрол и самоуправление на един от четирите главни компонента на самоконтрол (self-management) на ХББ – контрол на хипертонията. Пациентите отговарят на 8 въпроса, касаещи прогресията на ХББ и факторите, отговорни за забавянето на влошаването на бъбречната функция и на 5 въпроса относно лечението, контрола и промяната на терапията на артериалната хипертония, както и на въпрос дали желаят сами да управляват проблема артериална хипертония.

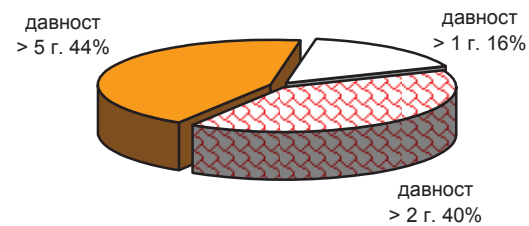
РЕЗУЛТАТИ

Разпределението на основните хронични бъбречни заболявания, довели до влошаване на бъбречната функция, отчетено като траен спад в нивото на гломерулната филтрация, е дадено на фиг. 3. Комбинирано увреждане от хипертония и захарен диабет и/или метаболитен синдром се доказва в 43% от случаите с ХББ ≥ 3 ст., хипертонична нефропатия в 20%, чиста, явна диабетна нефропатия, с постоянна загуба на белтък в 5%, хроничен пиелонефрит със или без хипертонични съдови промени в 14%, бъбречна поликистоза в 2%, хроничен гломерулонефрит в 12% и 4% са класифицирани като други съдови увреди. При болните над 50 г. ХББ ≥ 3 ст. в 60% се дължи на бъбречни увреди от диабет и артериална хипертония, а при пациентите във възрастовия интервал до 30 г. гломерулните увреждания са най-честата причина за ХББ ≥ 3 ст.

Средната давност на ХББ ≥ 3 ст. според историите на заболяванията е $3,4 \pm 1,3$ г. (фиг. 4.)



Фиг. 3. Етиология на ХББ ≥ 3 ст.



Фиг. 4. Давност на ХББ ≥ 3 ст.

Всички 331 болни с ХББ ≥ 3 ст. са с артериална хипертония, която се лекува системно. Средната давност на артериалната хипертония е $7,5 \pm 2,08$ г. Всички пациенти приемат повече от един медикамент за контрол на кръвното си налягане. Анализът на документите показва, че добър контрол има при около 38% (128/331). При останалите 62% лошият контрол на хипертонията е посочен като мотив за хоспитализация. 24% от болните (82/331) имат преживян мозъчносъдов или сърдечно-съдов инцидент – миокарден инфаркт или нестабилна стенокардия, заради които са стентирани с един или повече стента, или имат оперативна интервенция. 48% от болните са диабетици.

На въпросите, оценяващи познанията на болните за факторите, които имат отношение към прогресията на болестта, само 10% – 3 болни, са дали верен отговор, а останалите са посочили частично верни отговори, но само с един фактор. Тези данни се потвърждават и от факта, че само 36% отговарят, че знаят какво трябва да се прави за забавянето на прогресията на ХББ, но от тях реален верен отговор са дали само 3 болни. Основната информация за ХББ болните получават от нефролога в Клиниката, където се лекуват, и чрез обмен на информация с други пациенти с подобно заболяване, 56% от отговорите. Само 13% търсят интернет информация. Това се потвърждава и от отговорите на въпросите за приеманите медикаменти. 30% не знаят какви медикаменти приемат, не могат да

ги изброят (независимо че болните с ХББ приемат терапия магна). Този факт не е изненадващ, подобни данни публикува и Канадската нефрологична фондация, а там програмите за самоконтрол на ХББ работят от години и съществуват сайтове за обучение за придобиване на знания за ХББ и на знания за практикуване на самоконтрол на ХББ. 60% от пациентите знаят кои лекарства за какво са, но при 40% отговорът издава липса на това познание. Липсата на познание за медикаментозното лечение е още едно доказателство за недостатъчното осъзнаване от пациентите на важността на собственото им здраве и липсата на лична отговорност към него.

Въпросите, които касаят артериалната хипертония като домейн в лечението и самоконтрола на ХББ, са втората група, анализирани въпроси.

100% от анкетираните са хипертоници, с давност над 5 години на системно полимедикаментозно лечение. Средната давност на артериалната хипертония е $7,5 \pm 2,08$ г. Само 23% от анкетираните са посочили точната стойност на АН, отговаряща на добрия контрол. Процентът на верните отговори е близък до процента на верни отговори, анализиращи знанието на болните за ХББ. 33% от болните си следят кръвното си налягане ежедневно, 20% по няколко пъти, но 23% го мерят само когато имат симптоми и 23% – много рядко. 33% от болните не биха променили сами лечението си, а сигурни в познанията си за собственото си обективно и субективно състояние и за медикаментите, които приемат, са само 16% и те биха променили сами дозите на антихипертензивните лекарства при промяна в кръвното, а 50% от болните за промяната на дозите и лекарствата за АХ задължително се консултират със специалист, но считат, че могат да оценят точно състоянието си. Само 27% от болните водят дневник за различните оплаквания – новопоявили се или променящи се съществуващи. 40% от анкетираните искат да бъдат активни участници в лечението на болестта си. Този процент е близък до процентите на болни, склонни сами да променят лекарствата си, да интерпретират лабораторните резултати и до тези, които смятат, че имат познания за същността и хода на ХББ. Останалите 60% не искат да бъдат активен субект в лечението и като мотиви затова те посочват липсата и нежеланието да натрупат знание, страх от грешки, които могат да влошат здравето им състояние и наличието на повече от няколко съвместно протичащи болести с хроничен ход.

ОБСЪЖДАНЕ

Получените от нас данни за високия сърдечно-съдов коморбидитет на болните с ХББ > 3 ст. отговаря на литературните данни за много висока честота на ССЗ сред популацията на болни с влошена бъбречна функция, което се обяснява със съвместното действие на класическите и специфичните за ХББ ССРФ и с факта, че влошената бъбречна функция е самостоятелен и уникален ССРФ. Self-management на хипертонията както по отношение на наблюдението на АН, така и по отношение на промяната на хранителния режим и медикаментозните схеми, би могъл драстично да промени тези цифри и да намали ненужните хоспитализации, както и със сигурност да забави прогресията на ХББ, което да отложи във времето скъпоструващото бъбречнозаместително лечение и/или бъбречната трансплантация. Данните от KDOQI на Американската нефрологична фондация показват подобен висок процент на лош контрол на хипертонията сред болните с ХББ [1-8]. Но в последните години публикуваните материали за self-management на хипертонията при ХББ посочват много добри резултати и забавяне на прогресията на ХББ сред групите болни, които са обучени да регулират и самоуправяват лечението на хипертонията си [8-12, 14, 15, 17-22]. За съжаление няма публикувани проучвания у нас. Тази самооценка на познанието е много неточна, отговорите на въпросите потвърждават големи пропуски в познанието на болните, тоест те реално се самозаблуждват, че са добре информирани. Детайлизирането на въпроса за факторите доказва, че 36%, определящи себе си като знаещи, са посочили контрола на хипертонията, спазването на диета и контрола на диетата като важни фактори за контрол на ХББ, но не показват, че имат знание за двигателния режим, спорта, лечението на активността на основната бъбречна болест, на корекцията на анемията, значението на редуцията на протеинурията, лечението на отклоненията в калциево-фосфорната обмяна. Това означава липса на задълбочено познание за същността на заболяването и на съзнателен интерес за натрупване на знание и информация, касаещи болестта, както и пропуски в работата лекар-пациент. Липсата на познание за медикаментозното лечение е още едно доказателство за недостатъчното осъзнаване от пациентите на важността на собственото им здраве и липсата на лична отговорност към него. За сравнение – в САЩ всеки 8 от 10 болни, преди да посети специалист е подготвен за болестта си чрез информация, получена чрез интернет или социалните мрежи [1-6,

13, 15, 16, 18], т.е. той има познание и на тази база може да задава въпроси. Хората, които нямат познания, трудно могат да анализират състоянието си, да задават конкретни въпроси на базата на самоанализ на промените в симптомите си във времето, не могат да анализират резултати и т.н. Прави впечатление, че категорично липсва активно, осъзнато самостоятелно търсене на източници на знание и допълнителна информация, както и обмяна на опит. Притеснителен е фактът, че за хипертонията и нейния контрол се говори в медиите и има много популярни печатни издания, които дават информация за „добрите“ стойности на кръвното, които трябва да са цел при комплексното лечение – медикаменти, диета, стил на живот. И тук пациентите показват слабо желание за получаване и активно търсене на информация, като че ли липсва желание. Въпреки това по-голямата част от болните осъзнават важността на проблема „хипертония“. Много е нисък процентът на болни, които искат активно сами да управляват болестта си. Self-management на артериалната хипертония не е позната и приложима практика у нас.

Въз основа на направения анализ се определиха потребностите на пациентите, за да може да се стартира програма за self-management на ХББ – необходимо е натрупване и постоянно надграждане на познанието за ХББ и нейните проявления, усложнения, лечение и прогресия, като и в частност за проблема артериална хипертония, стимулиране на активното отношение на болните към собственото им заболяване, добра колаборация между лекар и пациент и между пациент и здравна система. Трябва да се създадат обществени програми за self-management и това умение да се популяризира.

Библиография

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International* 2013, 3 Supplement: S1-163.
2. http://www.usrdt.org/atlas_2013.htm
3. www.niddk.nih.gov-National Institute of Diabetes and Digestive and the Kidney Disease;
4. www.diabetes.niddk.nih.gov

5. United States Renal Data System (USRDS) 2012 Annual Data report: Atlas of chronic kidney disease and end stage renal disease in the United States, Bethesda, MD, National Institute of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and the Kidney Diseases, 2012.
6. WHO. Reversing Chronic Diseases: A vital Investment. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Ayidelle, O. E. et C. O. Alebiosu. Burden of chronic kidney disease: an international prospective. *Adv Chronic Kidney Dis* 2010; 17:215-224.
8. Sue-Hsien Chen, Yun Fang Tsai et al. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease – a prospective randomized controlled trial. *Nephrol Dial Transplant*, 2011; 26:3560-3566.
9. Coresh, J., B. C. Astor et al. Prevalence of chronic kidney disease and decrease renal function in adults US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2003; 41(1): 1-12.
10. Powe, N., L. Plantinga et R. Saran. Public health surveillance of CKD: principles, steps and challenges. *Am J Kidney Dis*, 2009; 53(3 Suppl 3): S37-S45.
11. Kadam, U. T. et al. Chronic disease multimorbidity transitions across health care interface and associates cost: a clinical linkage database study. *BMJ Open* 2013. 3: e003109.
12. Nugent, R. A. et al. The burden of chronic kidney disease on developing nations: a 21st century challenge in global health. *Nephron Clin Pract* 2011; 118:c269-c277.
13. Health and Social Care Act 2010-2012.
14. Hegbrant, J. et al. The quest to standardize hemodialysis care. *Contrib Nephrol* 2011; 171:39-39.
15. <http://www.nursingcenter.com> – continuing medical education, *AJN*, 2005; 105:40.
16. Walker, R., M. R. Marshall et N. Polaschek. Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. *Renal Society of Australasia Journal*, 2013, (3): 116-125.
17. Ong, S., S. Jassal, E. Porter et al. Using an electron self-management tool to support patients with chronic kidney disease (CKD): A CKD Clinic Self-care Model. *Seminar in Dialysis*, 2013(26); 2: 195-202.
18. McGowan, P. Self management: a background paper. Available at: http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf; January 16, 2013
19. Education on self-management. www.kidney.org.au/forpatients/management; https://www.kidney.org/kdoqi/guide_5htm
20. Funnell, M. M. et R. M. Anderson. The problem with compliance in diabetes. *J Am Med Assoc* 284:1709, 2000.
21. Lin, C.-C., C.-C. Wu, L.-M. Wu et al. Psychometric evaluation of a new instrument to measure disease self-management of the early stage chronic kidney disease patients. *J Clin Nurs*. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04048.
22. Forjuoh, S. N., M. D. Reis, G. R. Couchman et M. G. Ory. Improving diabetes self-care with a PDA in ambulatory care. *Telemed J E Health* 14(3), 2008, 273-279.

Постъпила за печат на 12 февруари 2015 г.