ОЦЕНКА КАЧЕСТВА КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. Попугаев^{1*}, Г.Т. Банщиков², А.А. Колинко², Н.А. Короленко², Р.А. Касимов¹, Д.А. Рыбаков², А.М. Калинина¹

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

²Департамент Здравоохранения Вологодской области, 160000 Вологда, ул. Предтеченская, 19

Оценка качества контроля артериальной гипертензии среди населения Вологодской области

А.И. Попугаев^{1*}, Г.Т. Банщиков², А.А. Колинко², Н.А. Короленко², Р.А. Касимов¹, Д.А. Рыбаков², А.М. Калинина¹

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

²Департамент Здравоохранения Вологодской области, 160000 Вологда, ул. Предтеченская, 19

Цель. Изучить опыт внедрения и результаты технологии регистрации, учета и оценки качества контроля артериальной гипертензии (АГ) в здравоохранении (Регистр АГ) Вологодской области (ВО).

Материал и методы. Регистр АГ разработан и законодательно внедрен в ВО. За организационную основу взят принцип измерения артериального давления всем обратившимся в поликлинику впервые в данном году. Разработан алгоритм выявления больных АГ на уровне первичного звена сельского здравоохранения. Представлен анализ результатов внедрения системы регистрации, учета и контроля АГ в здравоохранении ВО за период 2004 - 2007 гг.

Результаты. Показано, что в городе чаще к врачам обращаются больные с 1-й степенью АГ, на селе – с 3-й степенью АГ. Больные АГ на селе достоверно чаще принимают антигипертензивные препараты, имеют большую частоту факторов риска и ассоциированных состояний, влияющих на общий сердечно-сосудистый риск.

Заключение. В ходе реализации региональной программы профилактики и лечения больных АГ как в городском, так и сельском секторах здравоохранения отмечается улучшение фармакотерапии АГ. Вместе с тем немедикаментозный контроль АГ требует дальнейшего совершенствования.

Ключевые слова: антигипертензивные препараты, регистр артериальной гипертензии, качество контроля артериальной гипертензии, приверженность лечению, факторы риска.

РФК 2008;5:6-10

Evaluation of quality of arterial hypertension control in population of Vologda Region

A.I. Popugayev^{1*}, G.T. Banishikov², A.A. Kolinko², N.A. Korolenko², R.A. Kasimov¹, D.A. Rybakov², A.M. Kalinina¹

¹State Research Center of Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

²Department of Health Care of Vologda Region, Predtechinskaya ul. 19, Vologda, 160000 Russia

Aim. To study results of registration, calculation and evaluation of quality of arterial hypertension (HT) control (HT Register) in Vologda Region (VR).

Material and methods. HT Register system is developed and legislatively introduced in the VR. Blood pressure registration in every visitor of out-patient clinics is the basic principle of HT Register. The algorithm of HT diagnosis in primary medical care of rural public health services was developed. Analysis of results of HT Register implementation in VR during 2004-2007 is presented.

Results. Patients with HT stage 1 seek medical help more often in cities while patients with HT stage 3 seek medical help more often in villages. Patients with HT in villages take antihypertensive drugs more often, but they have more risk factors and associate conditions.

Conclusion. Improvement of HT pharmacotherapy was observed in urban and rural districts of VR. At the same time non pharmacologic HT control has to be developed.

Key words: antihypertensive drugs, arterial hypertension register, quality of arterial hypertension control, treatment compliance, risk factors.

Rational Pharmacother. Card. 2008;5:6-10

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

Известно, что распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди населения, а также качество ведения пациентов не могут быть оценены по данным официальной медицинской статистики. Это, соответственно, снижает эффективность и доступность медицинской и профилактической помощи таким больным [1,2]. По данным стандартизованных эпидемиологических исследований, в среднем по России распространенность АГ среди взрослого населения составляет около 40% [3].

Внедрение системы динамического наблюдения за эпидемиологической ситуацией в отношении АГ с унифицированной оценкой (регистр АГ) позволяет оценить истинную распространенность АГ. Также это позволит улучшить контроль ведения пациентов, включая лекарственное обеспечение (охват, частоту назначения

отдельных классов антигипертензивных средств). Последние являются показателями реализации на практике современных клинических рекомендаций по лечению больных АГ [4]. В рамках федеральной целевой программы (ФЦП) развивается технология регистра АГ [5]. Вместе с тем, при внедрении системы регистра АГ в реальную практику необходимо пересмотреть существующие организационные формы деятельности первичного звена здравоохранения для обеспечения не только полноты регистрации, но и качества контроля АГ [6].

Настоящее исследование направлено на изучение опыта внедрения и оценки результативности технологии регистрации, учета и оценки качества контроля АГ в здравоохранении Вологодской области (ВО).

Материал и методы

Характеристика технологии выявления и учета больных с артериальной гипертензией в здравоохранении Вологодской области

В Вологодской области формирование системы регистра АГ начато с 1998 года в рамках областной целевой программы (ОЦП) «Профилактика и лечение АГ и атеросклероза на 1998-2002 гг.» (Постановление Губернатора ВО от 21.04.97 г. № 411, Законодательного Собрания области от 18.03.98 г. № 97). Отличительной чертой регионального регистра АГ в ВО явилось то, что за организационную основу был взят принцип измерения АД всем обратившимся в поликлинику впервые в данном году. Такой подход и ранее практиковался в программных мероприятиях в нашей стране. Преимущества его заключаются в ресурсоэкономичности, а недостаток – в том, что часть населения, которая не обращается в поликлинику самостоятельно, не охватывается измерением артериального давления (АД). Однако этот недостаток при повсеместном внедрении системы постепенно со временем уменьшается. Приблизительно за 3-4 года функционирования такой системы имеется реальная возможность охватить измерениями АД основную часть населения, обслуживаемого данным медицинским учреждением (более 75%). Этот факт был подтвержден результатами функционирования данной системы в г. Вологда [6].

На практике раннее выявление АГ неизбежно приводит к формированию когорты больных, которые имеют мягкое, часто бессимптомное течение заболевания. В связи с этим возникает необходимость решения вопроса о дальнейшей тактике со стороны службы здравоохранения в такой ситуации. Понятно, что установление полного диспансерного наблюдения за всеми выявляемыми больными, особенно с АГ 1-2-й степени, практически невозможно в силу широкого распространения АГ.

Особенностью технологии учета выявленных больных и контроля АГ как в городском, так и сельском секторах здравоохранения ВО было внедрение практики кабинетов медицинской профилактики лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Они активно вовлекались в динамическое наблюдение за больными АГ 1-й степени (неосложненного и малосимптомного течения) и проведение профилактического консультирования. Это обеспечивает полноту охвата наблюдения больных АГ и снижает нагрузку на врачей-терапевтов и других специалистов.

Результаты и обсуждение

Система регистра АГ позволила увеличить частоту выявления АГ среди взрослого населения г. Вологда с 3,5% (данные официальной медицинской статистики, что не отражает истинного масштаба проблемы) до

23,5% [6]. Ежегодная частота выявления АГ в ВО колеблется около 24-27%. Однако, по данным эпидемиологических исследований, в г. Вологда реальная распространенность АГ близка к среднероссийскому показателю – 41,6% [3,6]. Таким образом, результаты внедрения регистра АГ в г. Вологда показывают, что выявляемость АГ повышается почти в 7 раз, хотя еще не достигает полного объема [6].

Новый организационный подход позволяет обеспечить своевременное проведение необходимых лечебных и профилактических мероприятий у больных АГ, оставшихся без наблюдения врачей и не обращающихся за медицинской помощью. При этом они имеют повышенный риск получения осложнений и ухудшения прогноза [6-8].

Оригинальным в предложенной организационной модели деятельности является принцип дифференцирования наблюдения пациентов с АГ и интеграции структур первичного звена здравоохранения, обеспечивающих меры по снижению сердечно-сосудистого риска [6].

За последние годы такая система получила развитие в сельском здравоохранении. Сформулированы задачи по выявлению, учету и контролю больных АГ с акцентом на задачи фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) как основной структурной единицы первичного звена здравоохранения на селе [9]. Разработан алгоритм выявления больных АГ на уровне первичного звена сельского здравоохранения (рис. 1).

Известно, что организационная модель медицинского обслуживания сельского населения отличается от модели городского здравоохранения. Прежде всего, эти отличия обусловлены территориальной удаленностью службы здравоохранения от места проживания населения. На селе, как правило, первичное обращение населения за медицинской помощью прово-

Рисунок 1. Выявление и учет больных с АГ в Вологодской области (здравоохранение муниципальных образований)

дится на ФАП. Последние при необходимости направляют пациентов к врачу поликлиники центральной районной больницы (ЦРБ). Учитывая эти особенности, результаты внедрения регистра АГ на уровне области представляют особый интерес. Они демонстрируют реалистичность внедрения профилактической технологии как системы выявления и учета больных АГ среди населения, проживающего на селе.

Технология регистра АГ на уровне первичного звена здравоохранения на селе так же, как и в городском здравоохранении, включает алгоритм выявления и учета больных АГ. Также она включает систему дифференцированного динамического наблюдения и контроля за больными АГ [9] с расширением функций кабинетов медицинской профилактики [10]. Все пациенты с АГ 1-й и 2-й степени с умеренным риском осложнений наблюдаются в кабинете медицинской профилактики и проходят обучение в Школах здоровья. Остальные пациенты с АГ ставятся на учет участковым врачом (врачом общей практики) и проходят необходимые обследование и лечение.

Опыт внедрения системы выявления, учета и оценки качества контроля артериальной гипертонии в Вологодской области

Проведено сравнительное изучение результатов внедрения системы регистра АГ в ВО по данным 2004 и 2007 гг. Именно в эти годы получила наиболее интенсивное развитие система медицинской профилактики в регионе, особенно в сельском здравоохранении, с интеграцией ее в процесс контроля АГ. В таблице 1 представлены сравнительная характеристика выявленных больных АГ и охват их лечением за сравниваемый период среди жителей г. Вологда и села (муниципальные образования). Следует подчеркнуть, что в 2004 году в г. Вологда система регистра АГ действовала в режиме устойчивого развития, в сельском здравоохранении муниципальных образований области этот процесс только начинал развиваться.

В городе больные АГ 1-й степени к врачам обра-

щаются чаще, чем в селе (соответственно, в 2004 году – 22,1 и 11,5%, $p < 0,05$, в 2007 году – 13,4 и 8,5%, $p < 0,05$). В то же время по сравнению с городом на селе чаще обращаются пациенты с АГ 3-й степени (соответственно, в 2004 году – 12,4 и 37,5%, $p < 0,05$, в 2007 году – 26,5 и 39,5%, $p < 0,05$). Выявленные различия нашли отражение и в охвате больных антигипертензивным лечением – охват лечением больных на селе оказался достоверно выше все годы наблюдения (табл. 1).

Проведено сравнение охвата лечением больных с АГ разной степени среди городского и сельского населения, рис. 2 (АГ 1-й степени), рис. 3 (АГ 2-й степени), рис. 4 (АГ 3-й степени).

Рисунок 2. Охват антигипертензивным лечением больных АГ 1-й степени, выявленной в ходе регионального регистра АГ в Вологодской области в динамике 2004 и 2007 гг

Охват лечением возрастал по мере увеличения степени АГ по области в целом. Более высокий охват лечением больных АГ среди сельских жителей может быть связан с рядом факторов. Прежде всего, особенности условий проживания и отдаленность медицинской помощи могли влиять на факт большей приверженности больных к лечению. Однако, как было показано выше, выявляемая среди сельского населения АГ имела по сравнению с городским населением более высокие

Таблица 1. Распределение пациентов по степени повышения АД и охват антигипертензивным лечением по данным регистра АГ среди населения Вологодской области в 2004 и 2007 гг

Степень АГ	г. Вологда		Муниципальные образования		Всего по области	
	2004, n (%)	2007, n (%)	2004, n (%)	2007, n (%)	2004, n (%)	2007, n (%)
1	1051 (22,1)*	413 (13,4)*	1009 (11,5)*	773 (8,5)*	2060 (15,2)	1186 (9,8)
2	3128 (65,5)	1853 (60,1)	4461 (51)	4712 (52)	7589 (56,2)	6565 (54,1)
3	596 (12,4)*	817 (26,5)*	3269 (37,5)*	3570 (39,5)*	3865 (28,6)	4387 (36,1)
С лечением	2203 (46,1)*	1907 (61,9)*	5877 (67,1)*	7139 (78,8)*	8080 (59,7)	9046 (74,5)
Без лечения	2572 (53,9)	1176 (38,1)	2882 (32,9)	1916 (21,2)	5454 (40,3)	3092 (25,5)
Всего	4775 (100)	3083 (100)	8739 (100)	9055 (100)	13514 (100,0)	12138 (100)

* $p < 0,05$ между г. Вологдой и муниципальными образованиями

Рисунок 3. Охват антигипертензивным лечением больных АГ 2-й степени, выявленной в ходе регионального регистра АГ в Вологодской области в динамике 2004 и 2007 гг

Рисунок 4. Охват антигипертензивным лечением больных АГ 3-й степени, выявленной в ходе регионального регистра АГ в Вологодской области в динамике 2004 и 2007 гг

Рисунок 5. Частота факторов риска среди больных АГ, выявленных в ходе регистра АГ на уровне ФАП Вологодской области

уровни АД, что также могло повлиять на охват лечением этих больных. Кроме того, среди сельских жителей с АГ в 29,8% случаев встречалась стенокардия (29,6% мужчин и 29,9% женщин с выявленной АГ, $p>0,05$). Также в 6,1% случаев имелся инсульт в анамнезе (6,6% мужчин и 5,8% женщин с выявленной АГ, $p>0,05$), в 5,8% - перенесенный ИМ, причём чаще у мужчин

(9,2%), чем у женщин (4,1%), $p<0,05$. Сахарный диабет выявлен среди больных АГ у 7,1% мужчин и 13,5% женщин ($p<0,05$), отягощенная наследственность - у 63,9% мужчин и 65,8% женщин ($p>0,05$). Заболеваниями почек страдали 15,6% мужчин и 22% женщин ($p<0,05$) с АГ. Почти каждый третий больной АГ (30,1%) имел инвалидность в связи с АГ или другим соматическим заболеванием. Приведенные данные в целом характеризуют этих больных как группу очень высокого сердечно-сосудистого риска. Кроме того, среди этих больных частота основных факторов сердечно-сосудистого риска также была более высокой (рис. 5).

Среди больных АГ в сельской местности ВО курят 43,6% мужчин и 2,3% женщин ($p<0,05$). Избыточную массу тела (индекс Кетле выше 25 кг/м²) имеют 47,3% пациентов (35,9% мужчин и 53,2% женщин, $p<0,05$), ожирение (индекс Кетле выше 30 кг/м²) выявлено у 24,2% больных (среди мужчин - 16,6%, среди женщин - 28,1%, $p<0,05$). Почти у половины мужчин и женщин с АГ (соответственно, 48,3% и 47,6%) выявлена дислипидемия ($p>0,05$).

Таким образом, при соблюдении принципа выявления по обращаемости среди сельских жителей выявляется АГ с высоким сердечно-сосудистым риском.

Вместе с тем, отмечены некоторые позитивные стороны обучения пациентов, в частности основам самоконтроля АД в домашних условиях. Об этом можно косвенно судить по наличию у больных АГ домашнего тонометра. Так, через 4 года реализации областной программы наличие тонометров регистрировалось среди городского населения (г. Вологда) у 51,1% больных АГ, среди сельских жителей - у 60,2%. Эти данные могут также свидетельствовать о большей приверженности к самоконтролю АД среди сельских жителей еще и по причине удаленности от квалифицированной врачебной помощи.

Для оценки различий медицинской помощи в городском и сельском секторах здравоохранения проведено изучение частоты назначения отдельных классов антигипертензивных препаратов (АГП). Данный анализ так же, как и предыдущий, проведен в динамике (2004 и 2007 гг. - период реализации ОЦП профилактики и лечения АГ). Наиболее часто больным АГ назначались ингибиторы АПФ и диуретики. Результаты анализа представлены на рис. 6 (область), рис. 7 (г. Вологда), рис. 8 (муниципальные образования).

По области в целом не отмечено достоверного изменения частоты назначения АГП больным АГ, за исключением достоверного снижения (в 3,4 раза) доли назначения АГП из других, кроме указанных на рисунках, групп. Следует отметить, что в число «других» препаратов вошли, преимущественно, препараты «старого поколения».

Рисунок 6. Частота назначения отдельных классов АГП в Вологодской области в целом в 2004 и 2007 гг (данные регионального регистра АГ)

Рисунок 8. Частота назначения отдельных классов АГП в муниципальных образованиях ВО в 2004 и 2007 гг (данные регионального регистра АГ)

Рисунок 7. Частота назначения отдельных классов АГП в г. Вологде в 2004 и 2007 гг (данные регионального регистра АГ)

По г. Вологда отмечены тенденция к увеличению частоты назначения ИАПФ, БАБ и уменьшение назначения препаратов «старого поколения».

Таким образом, проведенное исследование показало возможность активного выявления больных АГ в условиях первичного звена здравоохранения, в частности на ФАП. Это осуществимо при условии взаимодействия с врачами районных больниц в каждом кон-

кретном случае впервые выявленной АГ. В ходе реализации региональной программы профилактики и лечения АГ как в городском, так и сельском секторах здравоохранения существенно изменяются подходы к контролю АГ. Происходит это преимущественно за счет оптимизации фармакотерапии АГ. Вместе с тем, немедикаментозный компонент контроля АГ, коррекция факторов риска у больных АГ требует дальнейшего совершенствования и более активного внедрения.

Заключение

В Вологодской области разработана и внедрена система регистрации и контроля больных АГ (регистра АГ). Устойчивому развитию последней в регионе способствовала разработанная нормативная база не только на ведомственном, но и на административном уровне.

В ходе реализации региональной программы профилактики и лечения АГ существенно изменились подходы к контролю АГ, преимущественно за счет оптимизации фармакотерапии. Вместе с тем, требует дальнейшего совершенствования система немедикаментозных мероприятий при ведении пациентов с АГ.

Литература

- Банщикова Г.Т., Колинко А.А., Попугаев А.И. и др. Реализация программы Профилактика и лечение артериальной гипертонии в российской федерации на региональном уровне (опыт г. Вологда). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004; 3 (часть 2):43-6.
- Калинина А.М., Чазова Л.В., Павлова Л.И. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни (10-летнее наблюдение). Кардиология 1996;(3):22-7.
- Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. Оценка и управление суммарным риском сердечно-сосудистых заболеваний у населения России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004;(4):4-11.
- Приказ МЗ РФ № 347 от 29.08.01 г. «О мерах по реализации федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии Российской Федерации».
- Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов «Диагностика и лечение артериальной гипертонии». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7 (6 приложение 2):1-32.
- Попугаев А.И., Рыбаков Д.А., Банщикова Г.Т. и др. Регистр артериальной гипертонии в Вологодской области. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008;(2):18-21.
- Кокурина Е.В., Шальнова С.А., Калинина А.М., Бочарева Е.В. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца: современный взгляд на проблему. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2004; (6 часть 2): 81-6.
- Небиеридзе Д.В. Контроль мягкой артериальной гипертонии – важная задача практического здравоохранения. Кардиология 1998;(11):59-65.
- Попугаев А.И., Рыбаков Д.А., Банщикова Г.Т. и др. Регистр артериальной гипертонии в Вологодской области. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007;(2):12-18.
- Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.03 г. «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».