

---

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ**

**«ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ  
СТАНДАРТИЗАЦИИ  
В УПРАВЛЕНИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ»**

**2 ОКТЯБРЯ 2008 г.  
г. АСТАНА**

---

## Проект повышения качества помощи больным артериальной гипертонией (АГ) в организациях ПМСП г. Павлодара. Первая часть. Оценка качества ведения диспансерных больных АГ до проведения вмешательства

*Д.С. Нугманова\**, *А.Э. Нугманова\*\**, *Б.К. Абдиева\**, *Л.Н. Асташикина\*\*\**, *Л.И. Панина\*\*\**, *Г.Н. Черемпей\*\*\**, *А.Ж. Тергеусизова\*\*\**, *Т.М. Воробьева\*\*\**

\* Ассоциация семейных врачей Казахстана, кафедра семенной медицины Алматинского государственного института усовершенствования врачей, г. Алматы

\*\*Проект USAID ЗдравПдус, г. Алматы

\*\*\*Ассоциация семейных врачей Казахстана (АСВК), филиал в Павлодарской области.  
г. Павлодар

За последние два десятилетия само понятие качества медицинской помощи претерпело существенные изменения. При этом общая тенденция в улучшении и понимании качества приобрела направление от больших глобальных проектов к небольшим, на уровне отдельной организации медицинской помощи, от централизации на уровне всей страны к децентрализации до уровня небольшого коллектива или команды людей, которые эту помощь оказывают. Артериальная гипертония (АГ) и ее осложнения (острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения) являются одними из ведущих причин сердечно-сосудистой смертности в стране [1]. Предполагается, что улучшение выявления АГ среди населения на ранних стадиях и внедрение научно обоснованных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, позволит снизить бремя болезни. Разработка и внедрение стандартов, основанных на принципах доказательной медицины, являются необходимыми компонентами качества. Большую роль в стандартизации ведения больных и повышении качества медицинских услуг играют клинические руководства [2]. В 2004 году в Казахстане было разработано и утверждено клиническое руководство (КР) по артериальной гипертонии [1], которое «описывает клинические и организационные аспекты оказания врачом общей практики первичной медико-санитарной помощи больным АГ». Одним из важных инструментов оценки качества помощи является аудит или анализ историй болезни/ амбулаторных карт больных на соответствие определенным стандартам [3]. При внедрении КР важно получить информацию об исходном, до вмешательства (внедрения), состоянии дел по той или иной болезни.

Цель исследования: Оценить качество диагностики, ведения и лечения больных АГ, состоящих

на диспансерном учете в трех организациях ПМСП г. Павлодара, до начала, внедрения КР по артериальной гипертензии и проведения ряда вмешательств в виде модульного обучения по АГ, обеспечения врачей ПМСП экземплярами КР и краткими алгоритмами по АГ.

Материалы и методы: Был проведен анализ записей в амбулаторных картах диспансерных больных АГ за год (с 1 июля 2006 г. по 30 июня 2007 г.). В качестве стандарта или критериев, на соответствие с которыми оценивались записи, были выбраны достаточно простые и минимально необходимые показатели. Для удобства были разработаны специальные оценочные формы или таблицы. Амбулаторные карты для анализа были отобраны рандомизированно. Для объективизации полученной информации, была рассчитана репрезентативная выборка, размер которой зависел от количества состоящих на диспансерном учете больных с АГ. Всего было проанализировано 607 карт. Средний возраст больных был 58,7 лет; 68,7% женщин и 32,9% мужчин.

Результаты и их обсуждение: Из общего количество проанализированных карт в 10,5% случаев (n=61) не было записи об осмотре врача за указанный календарный период. В целом, диспансерные больные довольно хорошо посещали врачей - в среднем 5,5 раз за год. Из них 41% больных (n=249) были осмотрены более 4 раз в год, 42,5% (n=258) - 2-4 раза в год, и только 39 больных (6,4%) были осмотрены врачами однократно.

У больных АГ должны быть выявлены факторы риска (такие как курение, ожирение) и приняты меры по информированию больных о необходимости борьбы с этими вредными явлениями. Как показал анализ, лишь в 22,1% карт (n=124) медицинские работники отмечали курит ли больной и только в 34 картах (5,6%) был указан индекс массы тела (ИМТ). Как известно,

определение ИМТ является простым и доступным на уровне ПМСП методом определения избыточного веса/ ожирения. Однако, несмотря на измерение роста и веса больным, данный показатель практически не определялся. Можно сказать, что измерение роста и веса не использовалось врачами для выработки тактики ведения больных АГ.

Учитывая важность наличия ассоциированных клинических состояний (АКС) при АГ, нами был проведен анализ выявления этих заболеваний. Чаще всего АГ сопутствовала ишемическая болезнь сердца (ИБС) - 46,0% (n=279), на втором месте - хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая была выявлена у 18,5% больных (n=112). Диагноз «сахарный диабет» был выставлен 12,5% больным (n=76). Наличие АКС относит больного к группе очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Наличие большого числа больных с АКС может косвенно указывать на позднюю диспансеризацию при АГ.

Охват диспансерных больных обязательными диагностическими тестами составил: электрокардиографией - 77,9% (n=473), общим анализом мочи - 76,8% (n=466), исследованием на определение уровня глюкозы крови - 70,5% (n=428). Все три обязательных теста имели 64,3% больных (n=390), с размахом по организациям от 53,4% до 78,7%. Это свидетельствует о том, что практически каждый третий диспансерный больной не имел как минимум одного из указанных видов обследования, доступных в лечебных организациях первичного звена.

Анализ амбулаторных карт по важным биохимическим методам обследования на креатинин крови и общий холестерин выявил, что охват этими тестами составил 34,3% (n=209) и 53,4% (n=324), соответственно. Эти цифры могут свидетельствовать не только о том, насколько больные следуют рекомендациям своих и врачей и проходят все необходимые обследования, но и дают основание организаторам здравоохранения задуматься о необходимости повышения доступности биохимических исследований на уровне ПМСП.

Все пять методов обследования проведены только трети больных - 31,0% (n= 188). При этом охват этими исследованиями по организациям колебался от 24,5% до 44,3%.

В Отчете IV рабочей группы Британского Общества АГ (BHS IV) было отмечено, что изменение образа жизни снижает АД также, как и медикаментозное лечение. Согласно современным рекомендациям, все больные с АГ должны получить четкие рекомендации по здоровому образу жизни (ЗОЖ) в устной и письменной форме [4]. В связи с этим, назначение немедикаментозных методов лечения был выбран одним из критериев оценки качества услуг диспансерным больным. Как

показали результаты, эта сторона ведения АГ оставляет желать лучшего. Так, рекомендации ограничить соль были указаны в 41% (n=249) амбулаторных карт, физические упражнения были назначены 229 больным (37,3%), еще меньшее количество больных - 32,3 % (n=196) - получили рекомендации по диете. По-видимому, врачи недооценивают роль немедикаментозной терапии и назначают ее недостаточно. Анализ показал, что только четверть больных получила все три рекомендации по изменению образа жизни (26,2%, n=159). Этот показатель требует усиления внимания со стороны врачей и медицинских сестер.

Анализ данных по лекарственной терапии АГ выявил, что наиболее часто врачи назначали ингибиторы АПФ. Их получали 68,2% пациентов (n=362). На втором месте были тиазидовые диуретики - 45,1% (n=239), хотя они рекомендованы КР в качестве препаратов первой линии. На третьем месте находились блокаторы кальциевых каналов - 30,9% (n=164). Бета-блокаторы получали 138 больных, что составило 26,0%. Препараты данной группы показаны пациентам с АГ при сочетании с ИБС, т.к. снижают риск развития осложнений и внезапной смерти у больных. Однако, анализ показал, что только 13,7% больным из этой группы назначены бета-блокаторы. Это свидетельствует о недостаточной приверженности врачей современным клиническим рекомендациям по лечению АГ.

В тоже время 17,0% больным врачи назначали препараты с недоказанным эффектом (циннаризин, кавинтон и др), что является необоснованным расходом средств как больных, так и системы здравоохранения.

Выше уже было отмечено, что такое важное биохимическое обследование как определение уровня креатинина сыворотки крови, является недостаточно доступным на уровне ПМСП. Особенно важен мониторинг креатинина при назначении ингибиторов АПФ. Нами выявлено, что среди пациентов, получающих ИАПФ и, следовательно, нуждающихся в обязательном контроле функции почек, только 137 человек (22,6%) прошли данное обследование.

Больные АГ должны быть проинформированы о том, что принимать гипотензивные препараты необходимо регулярно и длительно, и об этом должна быть запись в амбулаторной карте. В связи с этим мы оценивали, как часто врачи указывают рекомендуемую длительность приема лекарств при лечении АГ. К сожалению, только в каждой четвертой амбулаторной карте врачи указывали длительность медикаментозной терапии, и только в 9,1 % (n=55) был рекомендован длительный

или постоянный прием лекарств. Размах по организациям составил от 6,5% до 16,2%. На основании этого можно сделать вывод, что врачи уделяют недостаточное внимание правильному назначению фармакотерапии, живуча старая традиция курсового лечения АГ.

Вывод: Анализ исходной практики ведения диспансерных больных с АГ в организациях ПМСП Павлодара выявил несоответствие этой практики международным и отечественным стандартам. При достаточно высокой частоте осмотра больных АГ, ряд показателей, таких как, охват больных обязательными диагностическими тестами (например, биохимическими исследованиями), рекомендациями по здоровому образу

жизни, остаются низкими. Факторы риска (курение и избыточный вес) выявляются у диспансерных больных недостаточно. Очень небольшой процент больных АГ при сочетании с ИБС получают бета-блокаторы. Также было выявлено, что врачи не уделяют должного внимания постоянному, непрерывному многолетнему лечению АГ. Далее нами было запланировано вмешательство в виде клинического обучения врачей ПМСП, узких специалистов и врачей скорой помощи Павлодара, обеспечение их КР и краткими алгоритмами. Результаты анализа амбулаторных карт по тем же критериям после вмешательства будет опубликован во второй части статьи.

Литература:

1. J.M. Grimshaw, R.E. Thomas, G. MacLennan, etc "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementing strategies", Health Technology Assessment, 2004; Vol 8, No.6, p. 102
2. «Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с АГ на уровне ПМСП». Под ред., дмн проф. Л.К. Джусипова, дмн проф. А.Е. Гуляева, дмн проф. К.А. Алихановой - Алматы, ТОО "Versalex", 2004 - 191 с.
3. B.H. Gregory, C. Van Not, and V.S. Kaprielian "8 steps to chart audit for quality", Family Practice Management, 2008, July/August, p. 31-35
4. B.Williams, N.E. Poulter, M.J. Brown, etc " Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV", Journal of Human Hypertension (2004), 18, p. 139-185