

ПРОЕКТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ. ЧАСТЬ I. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПМСП ДО НАЧАЛА ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Нугманова Д.С., Абдиева Б.К., Нугманова А.Э., Стафеева И.Ю.,
Оспанова Р.С., Жузенова Р.С., Степанова Т.М., Вахитова А.В., Султанова СИ.,
Нуркина Н.М., Ужегова Е.Б., Кабдырова К.Б., Измайлова М.К., Лузина П.Я., Ахатова Д.М.,
Байжунусов ЭА., Рустемова А.Ш., Ергешова М.Б.

Ассоциация семейных врачей Казахстана, кафедра семейной медицины Алматинского государственного института усовершенствования врачей; Проект ЗдравПлюс АМР США (ЮСАИД), Ассоциация семейных врачей Казахстана (АСВК), филиал в Акмолинский области

Серьезная эпидемиологическая ситуация с АГ явилась основным условием, определившим необходимость разработки клинического практического руководства (КПР), призванного стандартизировать подходы к диагностике и лечению АГ и определить оптимальную тактику ведения больных с артериальной гипертензией на уровне ПМСП в Казахстане. Из международной практики известно, что внедрение клинических руководств, правил и стандартов диагностики, ведения, немедикаментозного лечения, рациональной фармакотерапии способно повысить качество помощи и улучшить результаты лечения больных с артериальной гипертензией. Обычно первым этапом внедрения (вмешательство) является обучение врачей и других медработников, которые имеют дело с данной категорией больных. Эффективность такого вмешательства можно оценить путем анализа существующей практики до и после обучения.

Цель исследования. Оценить качество лечения, диагностики и ведения больных АГ, состоящих на диспансерном учете в организациях ПМСП г. Кокшетау, до внедрения КПР по артериальной гипертензии.

Методы исследования. Анализ амбулаторных карт больных АГ, состоящих на диспансерном учете в трех СВА г. Кокшетау, был проведен с помощью специально разработанных сотрудниками кафедры семейной медицины АГИУВ оценочных таблиц (2001 г.). Амбулаторные карты диспансерных больных АГ для анализа отбирали методом случайной выборки на компьютере. Размер выборки зависел от количества состоящих на Д учете больных с АГ. Далее нами было рассчитано репрезентативное количество карт, которое необходимо проанализировать, чтобы иметь объективную информацию о качестве ведения больных (программа доступна на сайте Свердловского регионального отделения Межрегионального Общества Специалистов Доказательной Медицины http://www.okbl.mplik.ru/~osdm/research.php?topic=1_2&level=1). Всего к анализу было представлено 438 амбулаторных карт. Каждой СВА был присвоен код, который знали только исследователи и врачи этой организации.

Критерии оценки амбулаторных карт Качество *обследования* больных АГ оценивалось по фактическому проведению обязательных методов обследования: оценка общих факторов риска по наличию отметки о курении, данные измерения индекса массы тела (ИМТ), определение наличия ассоциированных клинических состояний (АКС), наличие электрокардиограммы (ЭКГ), наличие анализа мочи (ОАМ), определения уровня глюкозы крови, исследования креатинина сыворотки крови, исследования уровня холестерина крови, количество больных, которым проведены все диагностические тесты. Качество *ведения* больных АГ оценивали по количеству осмотров (посещений больным врача), определению креатинина крови у больных, которые принимали иАПФ. Качество *лечения* больных АГ оценивали по наличию письменных рекомендаций по изменению образа жизни (влияние на модифицируемые факторы риска: диета, ограничение соли, физическая активность), назначений больным препаратов, эффективность и безопасность которых научно доказана (соответствуют принципам доказательной медицины), указаний длительности лечения (месяцы и годы) и отсутствию курсового лечения антигипертензивными препаратами, назначения больным АГ с сопутствующей ИБС бета-блокаторов, а также путем подсчета количества больных, у которых достигнут уровень АД менее 140/90 ммрт.ст.

Результаты исследования и обсуждение Среди Д больных АГ по всем СВА наблюдалось больше женщин, средний возраст Д больных составил 51 год. Такой **фактор риска**, как курение учитывался только в одной СВА: 92, 5 % амбулаторных карт содержали сведения о курении, тогда как в двух других СВА большинство амбулаторных карт не имели отметки, курит пациент или нет (80,8 и 87,9% соответственно). Еще более неудовлетворительно обстояли дела в организациях первичного звена г. Кокшетау по выявлению такого важного фактора риска, как **избыточный вес**. Вычисление индекса массы тела проводилось у единичных диспансерных больных: только у 18 из 438 больных. Учитывая важность при АГ **ассоциированных клинических состояний (АКС)** нами проведен анализ выявления этих состояний. Чаще всего АГ сопутствовал сахарный диабет (в среднем у 24,9% больных), затем ИБС (22,8%), реже выявлялась хроническая сердечная недостаточность (9,6%). Как известно, 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.

Не все диспансерные больные были полностью обследованы **обязательными диагностическими тестами** (ЭКГ, ОАМ и глюкоза крови). Более 60% больных в СВА А и С имели в карточках данные записи ЭКГ, тогда как в СВА В ЭКГ имели только 40%. Доступный общий анализ мочи (ОАМ) не менее одного раза в год имели только 70,6% больных АГ, посещавших врача (в среднем по СВА). При этом хуже всего были обследованы больные в той же СВА В, лучше всего (92,5%) в СВА С. Две трети гипертоников в СВА А и С прошли тест на сахар крови, тогда как в СВА В - только 45%.

Анализ амбулаторных карт по менее доступным (но не менее важным) для организаций ПМСП тестам на **креатинин и общий холестерин** выявил, что охват этими тестами был довольно низким, в среднем по СВА - 26,5% и 33,8% соответственно. Вместе с тем, здесь также следует отметить хорошую работу врачей СВА С: более половины диспансерных больных прошли данные исследования. СВА А по данным тестам отставала от других. Возможно, это связано не только с более хорошей работой медработников СВА С, но и степенью доступности указанных исследований для других СВА. Доступность необходимых диагностических исследований необходимо выяснять в каждой отдельной организации ПМСП. Охват больных всеми тремя тестами (ЭКГ, САМ, глюкоза крови) в среднем составил около 50%. Все пять тестов имело еще меньшее число больных АГ. По этим двум показателям СВА С также опережала две другие.

Оценка качества ведения диспансерных больных АГ Несмотря на немолодой возраст больных АГ (более 50 лет), средняя длительность диспансерного наблюдения по АГ составила всего 4,3 года. Диспансерные больные довольно хорошо посещали врачей. Количество визитов в год колебалось от 3,7 (СВА В) до 7 раз (СВА С). В среднем по всем СВА было 4,4 визита в год. Обобщая данные по осмотрам диспансерных больных, можно сделать вывод, что в двух СВА этот показатель неплохой. Особенно хорошо дело поставлено в СВА С. Но в СВА В треть диспансерных больных целый год не посещали врача.

Оценка качества лечения диспансерных больных АГ Как известно, обязательным компонентом лечения АГ является **немедикаментозное**. Рекомендации по изменению образа жизни совершенно недостаточно получали больные в СВА В, в СВА А почти совсем не упоминали о повышении физической активности. Наилучшие показатели опять имели место в СВА С: большинство больных получали рекомендации по ограничению соли и жирной пищи. Оценка карт на наличие всех трех рекомендаций по модифицируемым факторам риска, показала, что таких больных единицы. В СВА А получили все три рекомендации только 2% (4 из 183 больных), в СВА В - никто, лучше всего в СВА С - 11% (9 из 80 диспансерных больных). 3% - и среднем по СВА. Если врачи не верят в необходимость контроля факторов риска, то больные тем более не используют эти доказанные эффективные и безопасные методы лечения АГ.

Анализ данных по лекарственной терапии АГ Среди лекарств, наиболее часто назначаемых больным АГ, оказались ингибиторы АПФ - 81,6 % (в среднем по СВА), хотя они и не являются первой линией для лечения АГ. Бета-блокаторы чаще всего назначали в СВА С - 48,1%, меньше всего в СВА А - 19%. Тиазидовые мочегонные, являющиеся препаратами **первой линии**, назначались недостаточно, в среднем по СВА - 26,3%. Нами также обращалось внимание на назначение препаратов с недоказанной эффективностью и безопасностью. К сожалению, почти четверть больных (22,8%) получали такие лекарства, как циннаризин, кавинтон, витамины, резерпин, адельфан, папаверин, дибазол и другие. Далее, нами отдельно анализировалось **назначение бета-блокаторов** у больных АГ в сочетании с ИБС. Только четверти больных, нуждающихся в приеме бета-блокаторов, их назначали: из 438 больных АГ у 22% имелась сопутствующая ИБС, и 5,3% больным были назначены бета-блокаторы. При этом врачи СВА С, очевидно, лучше были осведомлены о правильном лечении такой сочетанной патологии, т.к. около 65% больных получали бета-блокаторы. Известно, что при приеме ингибиторов АПФ необходимо контролировать функцию почек. Обычно **мониторят уровень креатинина**. Несмотря на высокий процент назначения иАПФ (81,6%), только треть этих пациентов имели данные в амбулаторных картах по креатинину крови (27,8%). Как известно, АГ - хроническое заболевание и нуждается в постоянном, годами, приеме лекарств. Нас заинтересовало, указывают ли врачи длительность назначения гипотензивных препаратов. Оказалось, что всего у 14 % больных указывалась длительность медикаментозной терапии. Длительный прием препаратов отмечен в среднем в 7,5% карт. Очевидно, что только единицы амбулаторных больных получают лекарственные препараты длительно, что врачи пренебрегают этой важнейшей частью лечения гипертензии. Далее мы проанализировали эффективность лечения АГ путем подсчета больных, получающих гипотензивную терапию, и у которых артериальное давление было ниже 140/90 ммрт.ст. Достижение целевого уровня АД отмечалось только у одной пятой пациентов. Здесь лучшие показатели у СВА В. Врачам СВА С, несмотря на преимущества по другим показателям, не удавалось контролировать АД, т.е. страдала результативность вмешательств. И, наоборот, в СВА А, несмотря на отставание по предыдущим показателям, результат оказался таким же, как в СВА С. Причинами могли быть недостаточные дозы и длительность медикаментозной терапии, неэффективные комбинации лекарственных препаратов и несоблюдение больным рекомендаций врача.