

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА: УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

© 2010 Н.Н. Крюков<sup>1</sup>, Т.А.Ларина<sup>1</sup>, Л.С.Федосеева<sup>2</sup>, И.М. Назаркина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая поликлиника № 15 г.о. Самара

Поступила в редакцию 14.10.2010

В работе представлена разработанная концепция системного подхода к решению проблемы оказания качественной медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (АГ) на амбулаторно-поликлиническом этапе в условиях мегаполиса. Она включает в себя мероприятия, направленные на улучшение профессиональной грамотности медицинского персонала, организацию скрининга по выявлению АГ, устранение пациент-зависимых факторов риска, внедрение обучающих программ, совершенствование имеющихся и внедрение инновационных методов терапии. Результатом преобразований явилось увеличение числа лиц с ранними стадиями АГ, снижение показателей смертности от осложнений.

Ключевые слова: *артериальная гипертензия, медицинская помощь, амбулаторно-поликлинический этап*

Начало XXI века ознаменовано победой над опасными инфекционными заболеваниями, такими, как оспа, чума и др. Однако на смену им пришли неинфекционные болезни, которые приобрели характер пандемий. Одной из таких патологий является артериальная гипертензия (АГ) как наиболее распространенная причина развития острых сердечно-сосудистых катастроф, одной из причин которой является урбанизация населения с формированием более напряженного ритма жизни. До настоящего времени в Российской Федерации остаются одними из наиболее высоких в мире показатели смертности от болезней кровообращения (в 2007 г. 829 случаев на 100 тыс. человек, в 2006 г. – 865, в 2005 г. – 908). Соответствующие показатели в других странах составляли в 2005 г.: в «старых» странах ЕС – 214 случаев на 100 тыс. человек, в «новых» странах ЕС – 493, в США – 315. При этом доля смертности от инсультов в России составляет почти половину (46%) в смертности от болезней системы кровообращения. Анализ возрастной структуры смертности от болезней системы кровообращения в период с 1991 по 2009 гг. показывает существенное увеличение смертности в трудоспособном возрасте.

Первой линией борьбы с АГ является амбулаторно-поликлинический этап оказания медицинской помощи. До настоящего времени

именно здесь разворачиваются основные мероприятия по борьбе с АГ. Проблема оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией в ММУ ГКП № 15 является ключевой на протяжении последних 12 лет. В своей работе коллектив поликлиники ориентировался на областную программу «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Самарской области», рассчитанную на 1998-2010 гг., при этом активное участие в разработке и осуществлении мероприятий принимали ученые Самарского государственного медицинского университета. Была разработана концепция системного подхода к решению проблемы оказания качественной медицинской помощи пациентам с АГ. Она включала в себя ряд положений.

1. Процессный подход управления качеством оказания медицинской помощи больным АГ, который рассматривает медицинского работника (врач, медицинская сестра) и пациента как две неразрывно действующие стороны единого лечебно-диагностического процесса.
2. Разработка этапов лечебно-диагностического процесса (скрининг; лечебные мероприятия; обучение пациентов; диспансерное динамическое наблюдение; реабилитация пациентов).

3. Определение целевых, конечных и промежуточных показателей деятельности (медицинских, социальных, экономических).
4. Работа с медицинским персоналом поликлиники (создание команды сотрудников-единомышленников из врачей и медицинских сестер; расширение полномочий врача-терапевта путем трансформации специальности «участковый врач» в специальность «врач общей практики»; внедрение непрерывно действующих образовательных программ; использование современных медицинских технологий, инноваций в ведении больного АГ).
5. Создание системы мотивации работы сотрудников.
6. Достижение комплаенса между врачом и пациентом.

На первом этапе была разработана программа организации работы персонала поликлиники по борьбе с АГ. Она предусматривала, прежде всего, внедрение непрерывно действующих образовательных программ как для врачей и медицинских сестер, так и пациентов. Этому способствовали повышение квалификации врачей и медицинских сестер на курсах последипломного обучения, на научно-практических конференциях, клинических разборах, проводимых в поликлинике, постоянный тренинг персонала с использованием различных ситуаций (на примере конкретных случаев). Результатом непрерывного образовательного процесса явилось оказание квалифицированной многопрофильной доступной медицинской помощи в поликлинике. Обязательным стало решение вопросов преемственности между врачом общей практики, кардиологом, врачом дневного стационара и медицинской сестрой ОП. Учитывая широкую распространенность АГ к работе были привлечены все специалисты терапевтического профиля: каждый врач общей практики на своем участке с обязательным привлечением медицинской сестры. Кроме того, была сформирована команда «гипертензиологов» из числа врачей и медицинских сестер общей практики (ВОП и МОП), которые взяли на себя не только клинические, но и организационные аспекты работы с больными АГ, а также проведение анализа существующей системы оказания медицинской помощи, выявление ее дефектов и поиска новых решений. К работе привлекались также врачи других специальностей (кардиолог, невропатолог, психотерапевт, врач реабилитационного отделения и др.).

Основой реорганизации медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе стало изменение целей, перераспределение задач и полномочий в команде (рис. 1):

- анализ литературных данных и поиск новых подходов к медикаментозной терапии;
- создание команды ведущих «гипертензиологов»;
- активное диспансерное наблюдение с целью контроля за течением выявленного заболевания, предупреждения развития его осложнений;
- обучение врачей методам диагностики и лечения артериальной гипертензии.
- разработка протокола ведения больного на основе постулатов доказательной медицины;
- обучение пациентов и организация «Школы борьбы с артериальной гипертензией» («Школы АГ»).

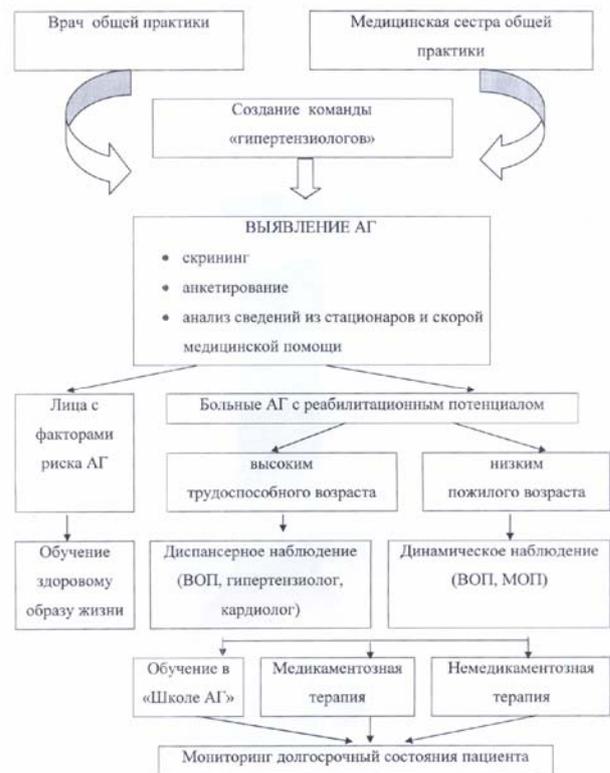


Рис. 1. Система оказания медицинской помощи больным АГ в условиях поликлиники

В основе созданной системы положен принцип раннего выявления больных АГ и пациентов, имеющих факторы риска развития заболевания. Для активного выявления используется метод персистирующего скринингового тестирования (анкетирования) всех лиц, обратившихся за любой медицинской помощью в поликлинику, а при необходимости используются методики экспресс-диагностики определения холестерина, липопротеидов, глюкозы

крови. Тактика выявления (скрининга) и ведения (обследования) больных АГ медицинской сестрой – МОП (врачом) общей практики представлена на рис. 2 и 3. В результате проведения скрининговых мероприятий среди прикрепленного населения с использованием инструментальных методов исследования и тестовых экспресс-систем количество больных с зарегистрированной АГ возросло с 1124 в 1996 г. до 11798 в 2009 г.

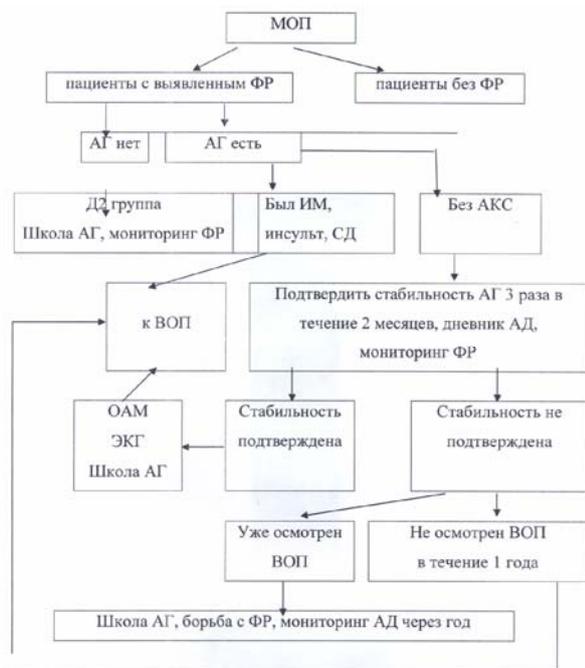


Рис. 2. Алгоритм проведения скрининга для выявления АГ

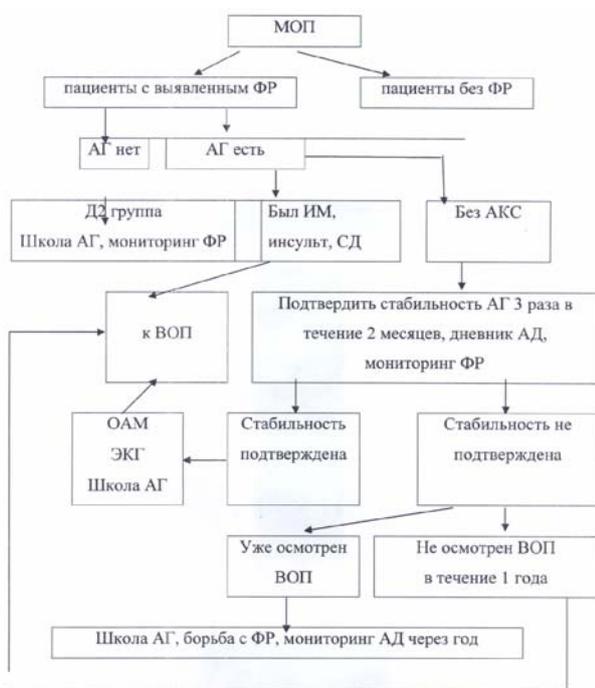


Рис. 3. Тактика выявления и ведения (обследования) больных АГ

Категории больных, подлежащих обязательному скринингу:

- пациенты, имеющие семейную наследственность по АГ;
- пациенты с высоким нормальным АД;
- подростки;
- женщины фертильного возраста;
- беременные;
- рабочие с профессиональной вредностью.

Использование «агрессивной тактики» выявления больных АГ привело к значительному увеличению их квоты в общем объеме оказываемой медицинской помощи населению каждого участка. При этом наблюдаемый рост количества пациентов формировался за счет так называемых «немых» форм АГ, в основном с начальной степенью повышения артериального давления. Изменилась и структура этой группы по степени тяжести заболевания. Если в 1996 г. под диспансерным наблюдением состояли, в основном, пациенты, уже имеющие осложнения гипертонической болезни, то в 2009 г. доля больных с первой стадией заболевания возросла до 32%. Число наблюдаемых имеет за прошедшие годы тенденцию к нарастанию, однако еще не достигло расчетных цифр, приводимых профессором А.Н. Бритовым (1997). По его расчетам на каждый врачебный участок, обслуживающий 2000 человек, приходится от 320 до 500 человек, страдающих АГ, 60-70% которых нуждаются в достаточно тщательной функциональной и дифференциальной диагностике и постоянном антигипертензивном медикаментозном лечении.

Вторым принципом современной технологии ведения больного является мониторинг АГ с использованием как аппаратного метода, так и долгосрочного самостоятельного контроля АД пациентом, обучение его принципам самоконтроля с регистрацией изменения его состояния в специальном дневнике. Кроме того, там же отмечаются и изменения в назначаемой номенклатуре лекарственных препаратов и их дозах.

Следующим принципом явилась разработка и внедрение алгоритмов диагностики и лечения АГ применительно к современным требованиям и возможностям поликлиники, создание собственного формуляра с учетом принципов доказательной медицины и фармакоэкономики. Большим достижением можно считать охват наблюдением не только больных АГ, но и лиц, имеющих факторы риска возникновения АГ. Для последней группы был разработан комплекс немедикаментозных воздействий, улучшающих качество жизни.

Немаловажным принципом явилась организация для больных «Школы борьбы с артериальной гипертензией», где большое внимание уделяется воздействию на модифицируемые факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ФР ССО).

Разделение медикаментозной терапии на неотложную (ургентную) с использованием быстро и коротко действующих средств и базисную с применением длительно действующих препаратов позволило повысить комплаенс между врачом и больным (приверженность к лечению). Изменились принципы терапии больных АГ на амбулаторном этапе. Применение современных лекарственных препаратов позволяет не только снижать уровень артериального давления, предотвращая развитие осложнений, но и оказывать плеотропное влияние на органы мишени. На основании имеющихся рекомендаций, данных доказательной медицины был создан внутренний стандарт оказания медицинской помощи больным. Изменилась тактика оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, расширилось применение стационарозамещающих технологий.

Реализация программы борьбы с АГ в условиях технического прогресса невозможна без внедрения компьютерной информационно-аналитической системы в поликлинике, которая объединяет всех врачей общей практики, специалистов паратерапевтического профиля, участвующих в определении природы АГ и является одной из составных частей управления качеством оказания медицинской помощи. Она может обеспечить интеллектуальную поддержку процессов принятия решений по организации лечебно-профилактической работы, планирования ежедневной работы врача, в том числе по управлению финансами и т. д. Без нее невозможен мониторинг. Однако следует отметить, что объективность ее работы во многом зависит от корректности и полноты вносимой информации о пациентах и проводимых мероприятиях по конкретному случаю. Использование принципов системного подхода в организации оказания медицинской помощи больным АГ позволило снизить количество гипертонических кризов за период с 1999 по 2009 гг. с 3658 до 652 в год. За 10 лет наблюдения количество инфарктов уменьшилось с 249 до 172, острых нарушений мозгового кровообращения – с 216 до 160.

Имеющийся положительный опыт организации оказания медицинской помощи больным АГ амбулаторном этапе был применен при реализации программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, разработанной

Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области. В рамках Программы врачами поликлиники наблюдались 654 пациента с различной степенью гипертензии и стадиями заболевания. Использование системного подхода и современных методов лечения позволили достигнуть целевого уровня артериального давления у 92,4% пациентов с мягкой гипертензией, у больных с умеренной гипертензией – в 74,8% случаев, и в 31% больных с высокой гипертензией. Залогом успешного лечения АГ является ее раннее выявление, что в совокупности со своевременно начатым лечением позволяет предупредить или замедлить развитие органических поражений, что в свою очередь определяет прогноз развития заболевания.

Научное обоснование Программы борьбы с артериальной гипертензией было реализовано в форме изданных монографий, учебных пособий для врачей (2) и больных. Последние постоянно обновляются и переиздаются, так как практически каждый пациент в процессе обучения в Школе АГ его получает для постоянного пользования. В рамках дальнейшей реализации Программы борьбы с АГ перед коллективом поликлиники должны быть поставлены следующие задачи.

1. Дальнейшее осуществление скрининга по выявлению АГ.

2. Совершенствование имеющихся и внедрение инновационных методов терапии АГ. Широкое использование современных антигипертензивных препаратов, а также лекарственных средств, устраняющих влияние факторов риска ССО (антиагреганты, липидкорректирующие препараты и др.)

3. Диспансерное наблюдение больных с АГ и начальный этап диспансеризации лиц с факторами риска развития АГ и других сердечно-сосудистых осложнений, в том числе с так называемым высоким нормальным артериальным давлением.

4. Распространение образовательных программ (Школы АГ) со 100% охватом лиц, страдающих АГ, а также привлечение к обучению членов семей больных и лиц, имеющих ФР ССО.

5. Разработка мероприятий по повышению приверженности пациента с АГ к лечению.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Гуревич, М.А.* Артериальная гипертензия у пожилых: Руководство для врачей. – М.: генеральное представительство АО «Фарм. завод ЭГИС», 2005. 144 с.
2. *Ковалева, О.Н.* Артериальная гипертензия у пожилых // *Medicus Amicus*. 2002. №6. С. 1-2.

3. Кобалава, Ж.Д. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, В.Н. Хирманов // Под ред. В.С. Мусеева, Р.С. Карпова. – М., 2004. – С. 107-148, 196-215.
4. Красницкий, В.Б. Блокаторы медленных кальциевых каналов и их место в лечении артериальной гипертензии // Медицина неотложных состояний. 2007. №3. С. 1-2.
5. Крюков, Н.Н. Образовательные школы в диагностике и лечении артериальной гипертензии / Н.Н. Крюков, Т.А. Ларина, Ю.А. Осипов. – Самара, 2004. 194 с.
6. Крюков, Н.Н. Артериальные гипертензии: тактика ведения больных на амбулаторном этапе. Клинико-организационное руководство для врачей общей практики / Н.Н. Крюков, В.В. Павлов, Т.А. Ларина и др. – Самара, 2005. 226 с.
7. Лазебник, Л.Б. Особенности суточного профиля артериального давления у пожилых больных с пограничной артериальной гипертензией / Л.Б. Лазебник, Е.А. Шутемова, И.А. Комиссаренко и др. / Российский кардиологический журнал. 2004. №3. С. 10-14.
8. Ларина, Т.А. Новые медицинские технологии гериатрической помощи при артериальных гипертензиях / Т.А. Ларина, Л.С. Федосеева, О.И. Лопырева и др. – М.-Самара, 2006. 126 с.
9. Ларина, Т.А. Образовательные школы в диагностике и лечении терапевтической патологии: методология и дизайн: Клинико-организационное руководство для врачей / Т.А. Ларина, Н.Г. Бохонко, С.В. Гурвич и др. – Самара: ГП «Перспектива»: СамГМУ, 2008. 190 с.
10. Мусеев, В.С. Артериальная гипертензия у пожилых людей // Клиническая фармакология и терапия. 2006. Т. 15, №4. С. 20-23.
11. Преображенский, Д.В. Артериальная гипертензия у пожилых: особенности патогенеза и лечения // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12, №10. С. 3-13.
12. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр). М., 2004. ? с.
13. Федосеева, Л.С. Артериальные гипертензии: тактика ведения гериатрических больных в дневном терапевтическом стационаре (Клинико-организационное руководство для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений) / Л.С. Федосеева, Т.А. Ларина, О.И. Лопырева и др. – М.-Самара, 2006. ? с.
14. Чихладзе, Н.М. Гипертензия у пожилых // М.: издательский дом «Атмосфера», 2007. 14 с.
15. Шарандак, А.П. Регресс гипертрофии миокарда левого желудочка сердца у пожилых больных с артериальной гипертензией и ожирением / А.П. Шарандак, Л.Л. Кириченко, О.С. Цека // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12, №10. С. 14-16.
16. Шунникова, М.И. Обратимость ремоделирования сердца и сосудов у пожилых пациентов на фоне гипотензивной терапии / М.И. Шунникова, А.Л. Хохлов, А.Ю. Соснин // Клиническая геронтология. 2008. №3. С. 17-18.
17. Hayashi, K. Renal hemodynamic effects of calcium antagonists / K. Hayashi, Y. Ozawa, T. Saruta // Epstein M. Calcium antagonists in clinical medicine. 3rd edition. – Philadelphia: Hanley and Belfus, 2002. P. 559-78.

## ARTERIAL HYPERTENSIA IN CONDITIONS OF MEGACITY: QUALITY MANAGEMENT OF RENDERING A MEDICAL CARE AT AMBULATORY-POLYCLINIC STAGE

© 2010 N.N. Kryukov<sup>1</sup>, T.A. Larina<sup>1</sup>, L.S. Fedoseeva<sup>2</sup>, I. M. Nazarkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Samara State Medical University

<sup>2</sup> City Clinical Polyclinic N 15, Samara

In work the developed concept of systemic approach to the decision of problem of rendering a qualitative medical care to patients with arterial hypertension (AH) at ambulatory-polyclinic stage in conditions of a megacity is presented. It includes the actions referred on improvement of professional literacy of medical personnel, the organization of screening on revealing AH, elimination the patient-dependent risk factors, introduction of training programs, perfection available and introduction of innovative methods of therapy. Result of transformations was the augmentation the number of patients with early stages of AH, decreasing the mortality parameters from complications.

Key words: *arterial hypertension, medical care, ambulatory-polyclinic stage*

---

*Nikolay Kryukov, First Prorector – Deputy Rector of Scientific and Innovative Work, Doctor of Medicine, Professor*

*Tatiana Larina, Doctor of Medicine, Associate Professor at the Faculty Therapy Department. E-mail: lar.t.a@yandex.ru*

*Lidiya Fedoseeva, Candidate of Medicine, Head Physician. E-mail: polik72@list.ru*

*Irina Nazarkina, Candidate of Medicine, Assistant to the Head Physician. E-mail: upolik72@list.ru*