

*На правах рукописи*

**СЕРГЕЕВ ДМИТРИЙ НИКОЛАЕВИЧ**

**НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ  
СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат**

**диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва – 2012**

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,  
профессор, заслуженный врач РФ      Муравьева Валентина Николаевна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор

Коротков Юрий Александрович  
ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России, заведующий отделением научных основ организации муниципального здравоохранения

доктор медицинских наук,  
профессор

Злобин Александр Николаевич  
МУ «Городская клиническая больница»  
г. Жуковский, главный врач

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова».

Защита состоится 30 марта 2012 г. в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 г.

Ученый секретарь  
диссертационного Совета,  
доктор медицинских наук

К.Г. Пучков

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** В настоящее время перспективы развития здравоохранения в России определяются нерешенными проблемами и негативными тенденциями в уровне общественного здоровья, сложившееся в течение последних двух десятилетий. Основные потери в продолжительности жизни российского населения определяют хронические неинфекционные заболевания.

Маркерами негативных последствий системного кризиса, сопровождавшего рыночные преобразования в России, явились уровень и структура смертности от болезней системы кровообращения. Патология сердечно-сосудистой системы определяет более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. В России смертность от болезней системы кровообращения поражает более молодое население, чем в европейском регионе (Оганов Р.Г. 2003г.; Константинов В.В. и др. 2001г.; Беленков Ю.Н. 2005г.; Бокерия Л.А. и др. 2009г.; Евсевьева М.Е. 2009г.)

В Российской Федерации, как и во всем мире одной из самых актуальных проблем кардиологии остается артериальная гипертензия (АГ). По данным эпидемиологических исследований известно, что стандартизированная по возрасту распространенность артериальной гипертензии в России составляет от 15 до 25% взрослого населения (Фомин В.П. и др., 2000г.; Лазебник Л.Б. и др. 2003г.; Евсевьева М.Е. 2008г.). У людей с повышенным артериальным давлением в 7 раз чаще случается инсульт, в 4 раза – инфаркт миокарда, в 2 раза – поражение сосудов нижних конечностей. Артериальная гипертензия является одним из основных факторов внезапной смерти (Чазова И.Е., 2002г.; Оганов Р.Г., 2003г.; Агив Ф.Т. и др. 2004г.; Беленков Ю.Н. и др. 2005г.; Кобалава Ж.Д., 2006г.; Ступаков И.Н., Бокерия Л.А., 2009г., 2010г., Zanfani С., 2005г. и др.).

Артериальная гипертензия – проблема поликлиническая. Результативность организации оказания медицинской помощи пациентам с АГ в значительной степени определяется уровнем профессионализма медицинских работ-

ников амбулаторно-поликлинической службы, качеством организации лечебно-диагностического процесса, следованием Рекомендациям ВНОК РФ на этапе профилактики, диагностики и лечения (Оганов Р.Г., Галкин В.А., Масленникова Г.Я., 2006г., Николаев М.Е., 2008г.).

При высокой распространенности гипертонической болезни охват диспансерным наблюдением этой группы пациентов не превышает 25-30% от всего числа предполагаемых больных АГ. Как правило, на диспансерный учет ставятся больные с тяжелыми формами гипертонической болезни, у которых вторичная профилактика менее результативна при больших затратах ресурсов.

В России на протяжении многих десятилетий показатели здоровья сельского населения характеризуются более высокой чем городского негативной динамикой. Данная ситуация связана как с более низким качеством жизни, так и с несовершенством сельской медицины. Ограниченное финансирование сельского здравоохранения, слабая материально-техническая база, низкая кадровая обеспеченность, нарушение этапности оказания медицинской помощи – ограничивают доступность первичной и специализированной помощи сельскому населению (Рогожников В.А., 2003г.).

Целью осуществляемой в настоящее время модернизации здравоохранения является обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи населению вне зависимости от места проживания. Создание адекватных диагностических, лечебных, медико-реабилитационных условий и внедрение современных управленческих технологий в первичном секторе должно обеспечить достаточную по объему и высокую по качеству медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Такая постановка решения проблемы базируется на современной ресурсной модели и создает условия для нивелирования различий городского и сельского здравоохранения.

Анализ вышеперечисленных проблем показал, что вопросы оптимизации медицинской помощи сельскому населению остаются актуальными и прежде всего в первичном секторе сельского здравоохранения.

### **Цель исследования.**

На основании комплексного социально-гигиенического исследования научно обосновать и разработать организационно-технологические рекомендации по диагностике и оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в первичном секторе сельского здравоохранения.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить международные и отечественные (национальные) Рекомендации, ведомственные директивные документы, данные научных публикаций по организации лечебно-диагностической помощи пациентам с артериальной гипертензией;

2. Проанализировать медико-демографические тенденции в сельских районах Ставропольского края. Изучить эпидемиологическую ситуацию по болезням системы кровообращения и болезням, характеризующимся повышенным артериальным давлением;

3. Провести анализ знаний и соответствия практической деятельности сельских участковых терапевтов и врачей общей практике Рекомендациям ВНОК (2004-2008) и директивным документам МЗ и СР России по проблеме АГ;

4. Разработать научно-обоснованные рекомендации по совершенствованию диагностического процесса АГ в амбулаторно-поликлинических условиях сельского здравоохранения

### **Научная новизна исследования.**

Проведен комплексный анализ смертности и заболеваемости болезнями системы кровообращения, уровня и структуры смертности городского и сельского населения Ставропольского края от болезней с повышенным АГ, что позволило доказать недооценку АГ среди сельских жителей.

Впервые проведена оценка уровня знаний и соответствия используемых практик диагностики АГ в первичном звене сельского здравоохранения Рекомендациям ВНОК и РМАОГ (2001-2004-2008гг). и директивным документам МЗСР РФ

Проведена сравнительная оценка информативности обязательных диагностических исследований, назначаемых участковыми терапевтами и врачами общей практики

Разработан организационно-технологический алгоритм диагностики АГ в сельских амбулаторно-поликлинических условиях

### **Практическая значимость работы.**

В амбулаторно-поликлинических условиях сельского района Ставропольского края апробирована и внедрена в практическую деятельность участковых терапевтов и врачей общей практики система оптимизации диагностического процесса артериальной гипертензии, что позволило перейти на новый уровень рационального использования диагностических и информационных технологий и оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в сельском здравоохранении Ставропольского края.

Принципы оптимизации клинической практикой, диагностики и профилактического консультирования больных артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях могут быть использованы в сельском здравоохранении регионов РФ.

### **Личный вклад автора.**

Автором разработана программа, план и методическое обеспечение исследования: автор лично участвовал в сборе информации, подготовке первичного материала (анкет) для опроса врачей первичного звена сельской районной больницы. Автор обосновал, разработал и внедрил формализованный организационно-функциональный алгоритм диагностического процесса для участковых врачей и врачей общей практики в сельском районе.

### **Объект исследования**

Пациенты амбулаторно-поликлинической службы сельской районной больницы с артериальной гипертензией.

### **Предмет исследования**

Организация оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях сельского здравоохранения.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Медико-демографическая ситуация, показатели здоровья сельского населения Ставропольского края, уровень заболеваемости и структура смертности от болезней системы кровообращения, болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, свидетельствуют о недовыявлении артериальной гипертензии среди сельских жителей.

2. Уровень знаний, применяемые практики диагностики артериальной гипертензии в амбулаторном звене сельского здравоохранения не соответствуют Рекомендациям ВНОК (2004 г., 2008 г.) и директивным документам МЗСР РФ по организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией.

3. Важными направлениями совершенствования медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в сельских амбулаторных условиях является организационно-функциональная алгоритмизация диагностического процесса на стадии первичной постановки диагноза, верификации артериальной гипертензии и стратификации рисков развития осложнений артериальной гипертензии, организация непрерывного повышения и мониторинг профессиональных знаний медицинских работников сельского здравоохранения.

**Внедрение результатов исследования.** Разработана и внедрена карта наблюдения больного АГ, которая позволяет проводить мониторинг и оценку результативности лечебно-диагностических мероприятий на индивидуальном уровне, а так же оценивать в целом доступность и качество медицинской помощи пациентам с АГ в первичном звене сельского здравоохранения.

Результаты исследования использованы в разработке программы развития здравоохранения Благодарненского района, при подготовке информационного письма «Оптимизация клинической практики и диагностики АГ» для участковых терапевтов и врачей общей практики, проведены обучающие семинары для врачей сельских районов по принципам лечения АГ, основанных на принципах доказательной медицины. Основные положения диссертационной работы используются в лекциях кафедр внутренних болезней №1 и Общественного

здоровья и здравоохранения Ставропольской государственной медицинской академии.

**Апробация работы.** Материалы исследования доложены и обсуждены на Межкафедральной коенференции кафедр внутренних болезней №1 и Общественного здоровья и здравоохранения Ставропольской государственной медицинской академии. Материалы доложены на трех Всероссийских научно-практических конференциях: «Новые технологии в здравоохранении», Москва, 2007; «Проблемы территориального здравоохранения», Москва, 2008 г.; «Кадровая политика в здравоохранении», Москва, 2009г.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, в том числе 4 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикаций результатов кандидатских диссертаций.

**Объем и структура диссертационной работы.** Диссертация изложена на 150 страницах машинописного текста, содержит 28 таблиц, 27 рисунков, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя, включающего 175 источника литературы, из которых 105 наименования на русском языке и 70 – иностранных.

#### **Содержание работы.**

**Во введении** обоснована актуальность темы, определены цели и задачи исследования, его научная новизна, практическая значимость, а также основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** представлены результаты анализа ныне действующих правовых, директивных, нормативных документов, данных отечественной и зарубежной литературы по организации медицинской помощи больным артериальной гипертонией.

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что проблема АГ не теряет своей актуальности, и остается главной причиной развития тяжелых поражений системы кровообращения и высокого уровня смертности.



Анализ Рекомендаций ВНОК (2001,2004,2008гг.), Комитета экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, европейские рекомендации по диагностике и лечению АГ, исполнительные резюме ВОЗ позволяет сделать заключение, что в настоящее время в отечественных и Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии отсутствует раздел оказания медико-профилактической помощи больным АГ в условиях сельского здравоохранения. Врачи первичного звена сельского здравоохранения лишены информации по данной проблеме, что негативно влияет на современный уровень диагностического процесса и клиническую практику, отвечающую положениям доказательной медицины и рекомендациям ВОЗ.

**Во второй главе** представлена база, организация и методы исследования.

Исследование проводилось в сельском районе (Благодарненский район) Ставропольского края в период 2005 – 2010 гг.

Поставленная цель и задачи исследования определили применяемые методы социально-гигиенического изучения проблемы артериальной гипертензии: статистический, аналитический, социологический, эпидемиологический, экспертных оценок.

Программа исследования состояла из четырех этапов (таблица № 1).

*На первом этапе* исследования изучены законодательные, директивные, нормативные, организационно-методические документы по проблеме артериальной гипертензии. Проведен анализ Рекомендаций ВНОК (2001 г., 2004 г., 2008 г.), РМОАГ (2008 г.), ВОЗ, а также публикаций в зарубежной и отечественной литературы за последние десять лет.

*На втором этапе* проведен статистический анализ медико-демографической ситуации, показателей здоровья сельского населения, дана сравнительная оценка показателей заболеваемости, уровня и структуры смертности населения от болезней системы кровообращения в Благодарненском районе, Ставропольском крае, Северо-Кавказском федеральном округе, России в целом. Результаты статистического анализа убедительно показали, что в Благо-

дарненском районе как в целом среди сельского населения края имеется недо-  
выявление артериальной гипертензии.

*На третьем этапе* путем анкетирования проведена оценка знаний сельских терапевтов, врачей общей практики по вопросам доказательной медицины по проблеме первичной диагностики артериальной гипертензии, верификации диагноза и стратификации факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Изучены первичные медицинские документы пациентов с артериальной гипертензией на предмет соответствия применяемой в реальной практике медицинской помощи больным с артериальной гипертензией, Рекомендациям ВНОК, директивным документам Минздравсоцразвития России.

*На четвертом этапе* проведена оценка информативности используемых диагностических исследований, их рациональность и объективность для постановки диагноза в условиях низкого финансового обеспечения и кадрового дефицита в сельском здравоохранении.

*На пятом этапе* по результатам исследования разработан и внедрен формализованный организационно-функциональный алгоритм диагностики артериальной гипертензии в амбулаторных условиях сельского здравоохранения на основе принципов доказательной медицины (Рекомендации ВОЗ, ВНОК, РМОГ РФ, Приказов МЗ и СР РФ).

**Методы статистической обработки данных.** Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики, реализованных в пакете программы Excel для Windows XP (Microsoft Co.). В работе проводился описательный анализ для всех больных, включенных в исследование, по некоторым показателям - подгрупповой анализ. Для оценки достоверности различий в связанных выборках применялся критерий Фишера. Различия считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

Таблица 1

**Этапы, материалы и методы исследования**

<b>Этапы исследования</b>	<b>Методы</b>	<b>Источники информации</b>	<b>Объем наблюдения</b>
Первый этап: Изучение законодательных, директивно-нормативных, организационно-методических документов и литературных источников по проблеме артериальной гипертонии	аналитический, контент-анализ	Документы и материалы, содержащиеся в базах данных по доказательной медицине	200 источников, из них 175 литературных источников
Второй этап: Изучение медико-демографических показателей, показателей заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения	статистический, аналитический, эпидемиологический	Данные государственной статистической информации, сборники статистических данных информационно-аналитического центра МЗ СК.	5 форм за период 2005 – 2010 гг.
Третий этап: Изучение знаний и применяемых практик в организации медицинской помощи больным АГ, и ее соответствие рекомендациям ВНОК (2004 г., 2008 г.), РАОАГ РФ (2008 г.)	аналитический, экспертных оценок	Карты амбулаторных больных (ф.025-у); талоны амбулаторных пациентов (ф.025 –у 10-у-97 – у); книгу записей амбулаторных больных (ф.074-у); книгу записей вызовов врачей на дом (ф.031-у); рецепты (ф. -148-1/у-88 и 148-1/у-06 л). Анкеты опроса врачей «Оценка информированности использования в работе нормативных документов ВНОК и МЗСР РФ»	2262 ед. наблюдения 20 сельских и 46 городских врачей первичного звена
Четвертый этап: Оценка информативности используемых в амбулаторной практике диагностических исследований	аналитический, экспертных оценок	Клинико-амбулаторные, клинико-функциональные исследования, проведенные больным с АГ	7178 исследований
Пятый этап: Разработка и внедрение организационно-функционального алгоритма диагностики АГ в условиях сельского здравоохранения на основе принципов доказательной медицины	аналитический, организационного эксперимента	Результаты исследования, рекомендации ВНОГ (2008 г.), РМОАГ РФ (2008 г.), Приказы МЗСР РФ, Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации», ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 гг.)», Национальный проект «Здоровье»	

**В третьей главе** представлена медико-демографическая и эпидемиологическая ситуация по болезням системы кровообращения за период 2005-2010 гг. в целом по России и по Ставропольскому краю, за 2008-2010 гг. – по Северо-Кавказскому федеральному округу.

Смертность сельского населения в Российской Федерации за 2005-2010 годы снизилась на 12,0% (с 18,3 до 16,1 на 1000 населения).

Показатель смертности сельского населения, по сравнению с городским населением, в 2010 году в среднем по России выше на 19,6%; в Ставропольском крае – на 11,8%. В Северо-Кавказском ФО смертность сельского населения ниже смертности городского населения на 1,0%. В Ставропольском крае смертность сельского населения ниже, чем в среднем по России, на 18,3% и выше, чем в среднем по Северо-Кавказскому ФО, на 55,1%.

Болезни системы кровообращения в структуре смертности не только занимают первое место, но и являются преобладающими среди всего населения, жителей города и села, как в среднем по России (соответственно 56,8%; 56,9% и 56,5%), так и в Северо-Кавказском ФО (56,9%; 56,2% и 57,7%) и Ставропольском крае (57,6%; 56,5% и 58,9%).

Среди женщин, по сравнению с мужчинами, в структуре смертности болезни системы кровообращения регистрируются значительно чаще как в среднем по России (64,8% против 49,3%;  $p < 0,001$ ), так и по Ставропольскому краю (61,5% против 54,0%,  $p < 0,001$ ).

С 2005 года по 2010 год смертность от болезней системы кровообращения по России в целом снизилась на 11,2% (с 908,0 до 805,9 на 100 000 населения), а по Ставропольскому краю – на 19,2% (с 883,9 до 714,3 на 100 000 населения).

В целом по России от болезней системы кровообращения смертность мужчин ниже, чем женщин, на 3,7% (2010 год – соответственно 789,6 против 819,7 на 100 000 населения соответствующего пола). Другая ситуация в Ставропольском крае – смертность мужчин выше на 9,1% (747,8 против 685,2 на 100 000 населения).

По России в целом отмечается обратная динамика показателей при болезнях системы кровообращения: с 2005 года по 2010 год смертность снизилась на 11,2%, а заболеваемость выросла на 14,0% (с 2308,9 до 2631,2 на 100 000 населения). В результате проводимых широкомасштабных мероприятий по выявлению АГ среди населения соотношение «заболеваемость / смертность» стало существенно больше – рост с 2,54 до 3,26.

В Ставропольском крае в 2005 году соотношение «заболеваемость / смертность» при болезнях системы кровообращения составляло только 1,43. Далее при существенном снижении (на 19,2%) к 2010 году смертности происходил рост заболеваемости – на 63,3% (с 1262,0 до 2060,3 на 100 000 населения). В результате соотношение «заболеваемость / смертность» выросло до 2,88. Тем не менее, данное соотношение по-прежнему существенно ниже, чем в среднем по России. В крае имеет место недовыявление болезней системы кровообращения (рисунок 1).

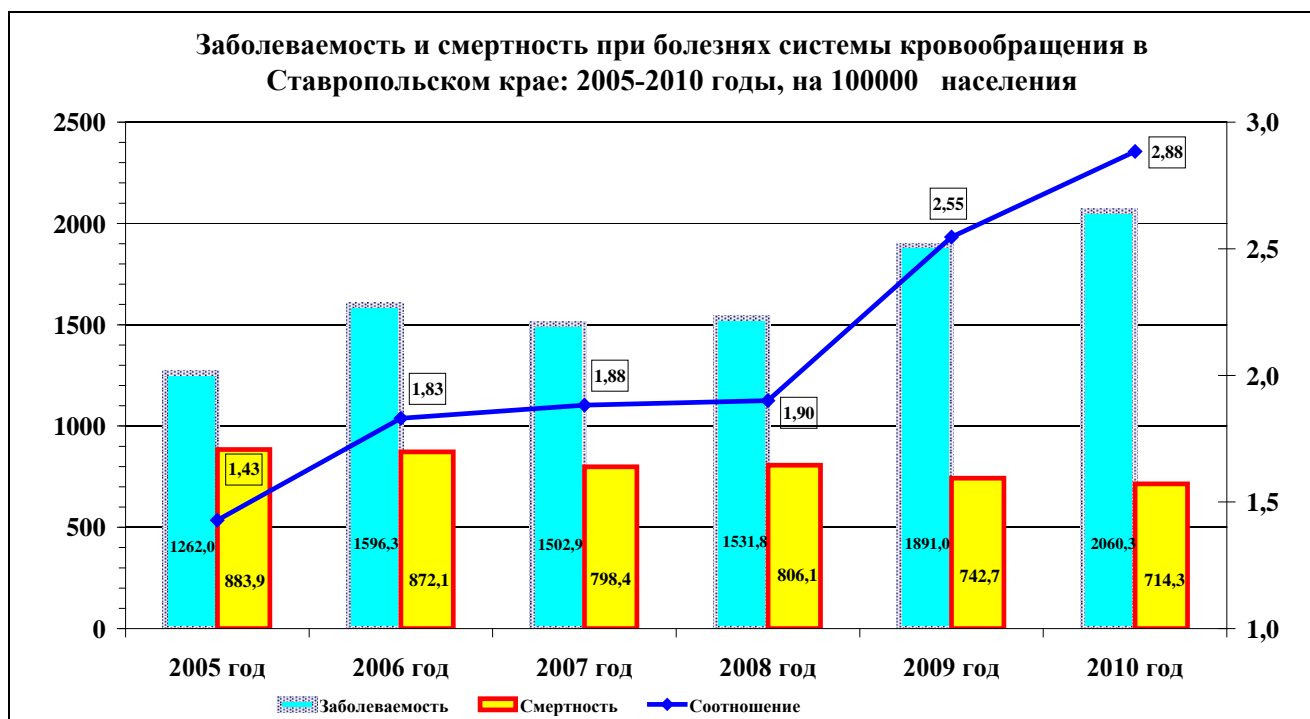


Рисунок 1

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»,

болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, относятся к социально значимым заболеваниям.

В структуре заболеваемости болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, среди болезней системы кровообращения составили в 2010 году (рисунок 2) в целом по России 23,3%; по Северо-Кавказскому ФО – 27,1%; по Ставропольскому краю – 24,5%.

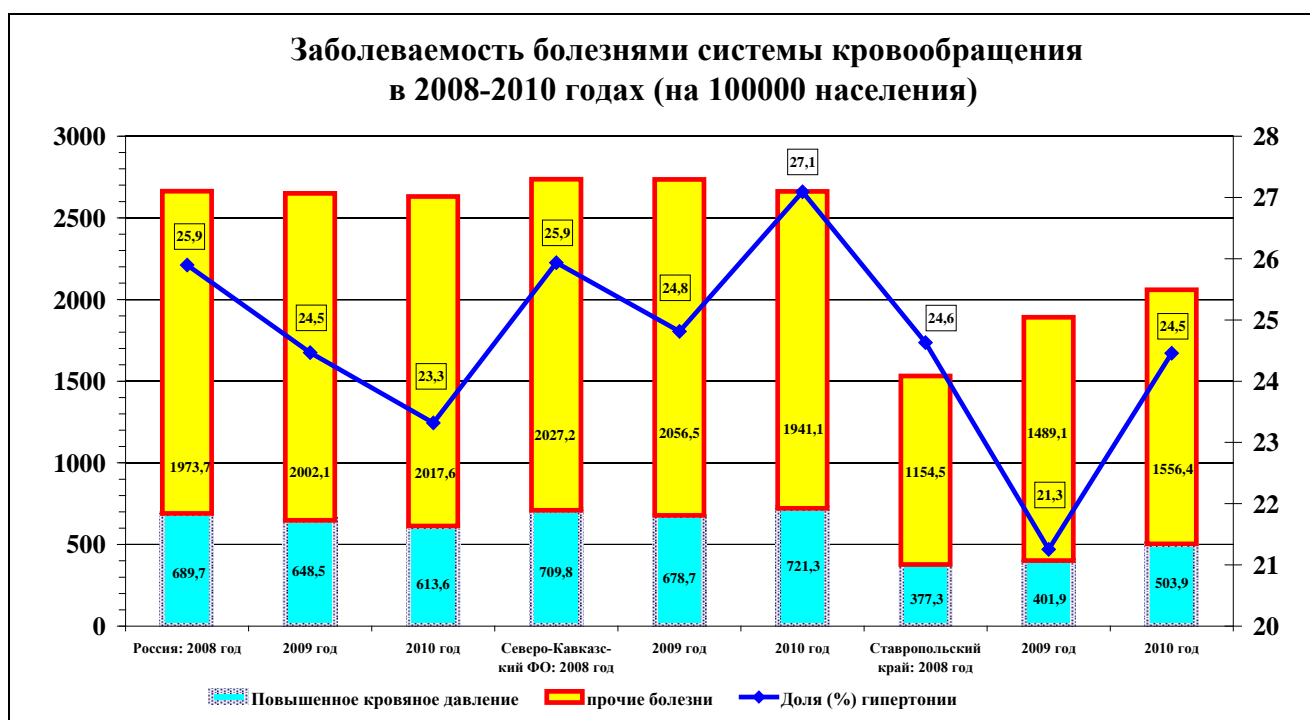


Рисунок 2

С 2005 года по 2010 год в целом по России показатель заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, вырос на 12,8% (с 544,2 до 613,6 на 100 000 населения), а по Ставропольскому краю – на 66,2% (с 303,2 до 503,9 на 100 000 населения). Тем не менее, в 2010 году показатель в крае на 17,9% ниже, чем в среднем по России.

В Северо-Кавказском ФО (2010 год) по сравнению со Ставропольским краем, заболеваемость выше как в целом болезнями системы кровообращения (2662,4 против 2060,3 на 100 000 населения), так и их частью – болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (721,3 против 503,9 на 100 000 населения).

Доля болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, среди болезней системы кровообращения в структуре смертности в 2010 году существенно больше по Северо-Кавказскому ФО (6,1%) и по Ставропольскому краю (7,7%), чем по России в целом (2,8%). Эти тенденции отмечаются как среди городских жителей (соответственно 5,5%; 7,3% и 2,6%), так и среди сельских жителей (соответственно 6,7%; 8,1% и 3,4%).

**В четвертой главе** представлены результаты изучения знаний и используемых практик участковыми терапевтами, врачами общей практики в сельском здравоохранении, при оказании медицинской помощи больным с АГ, их соответствие положениям директивных документов, по диагностике, профилактике и лечению артериальной гипертензии (АГ).

В последнее десятилетие в стране для снижения заболеваемости, смертности, инвалидности от АГ осуществлены масштабные научные, организационные, методические разработки. На принципах доказательной медицины разработаны, утверждены к внедрению Рекомендации ВНОК (2001, 2004, 2008 гг.), РМОАГ (2008 г.), изданы директивные документы Минздравсоцразвития России по диагностике, профилактике и лечению АГ, реализована ФЦП «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», осуществлено материально-техническое переоснащение первичного звена здравоохранения в рамках Национального проекта «Здоровье», организовано повышение квалификации медицинского персонала амбулаторно-поликлинической службы.

Однако, в решении проблемы снижения заболеваемости, инвалидности, смертности от болезней системы кровообращения, в том числе заболеваний, характеризующихся повышенным кровяным давлением, существенных результатов в Ставропольском крае не достигнуто.

Результаты статистического анализа показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по болезням системы кровообращения, уровень организации медицинской помощи в первичном секторе здравоохранения сель-

ского района Ставропольского края свидетельствуют о имеющемся недо выявлении АГ среди сельского населения.

Результаты анонимного анкетирования участковых терапевтов и врачей общей практики сельского района свидетельствуют о низкой информированности врачебного персонала по базовым положениям директивных и рекомендательных документов по вопросам организации медицинской помощи больным с АГ, и принципам доказательной медицины.

Результаты анализа первичных медицинских документов 2262 больных АГ показали значительные различия между предписаниями директивных документов по АГ и реальным их применением в повседневной работе врачами амбулаторно-поликлинической службы.

Установлены грубые нарушения обследования больных на всех этапах первичной диагностики АГ (сбор анамнеза жизни и заболевания, предыдущая антигипертензивная терапия, характер и лечение сопутствующих заболеваний, наследственные факторы и др.). Используемые лабораторно-функциональные исследования при выявлении органов-мишеней не соответствовали Рекомендациям ВНОК (2004, 2008 гг.) по большинству параметров.

Исследования, направленные на стратификацию степени риска осложнений при АГ назначали лишь 26% врачей. Исследование ЭКГ было выполнено только у трети больных АГ в 2005 году и у каждого десятого в 2008 году. Исследование уровня холестерина, креатинина, глюкозы у 10% больных АГ. Эхокардиографическое исследование проводилось в 20% случаев. Неправомерно редко назначались консультации кардиолога, особенно у пациентов старших возрастных групп (46%), уролога (10%), нефролога (5%), эндокринолога (0,5% больных). Оценка и прогнозирование индивидуального риска пациентов с АГ фактически не проводилось.

Проведенный компонентный анализ диагностики АГ показал отсутствие системного подхода и коллегиальности, недостаточное осмысление отдельных составляющих диагностического процесса, недооценку индивидуальных факторов развития и исхода АГ, использования лабораторных, функциональных,



специальных исследований без учета их информативности, специфичности, чувствительности и доказательной эффективности.

При сравнении назначаемых исследований участковыми терапевтами и врачами общей практики больных с АГ и утвержденных стандартов медицинской помощи больным с АГ (приказ МЗСР РФ от 22.11.2004 г. № 254) установлено, что по отдельным показателям частота назначения исследований была в 30 раз реже, чем требуется по стандарту.

Несоблюдение рекомендаций и стандартов врачами первичного сектора сельского здравоохранения по клинической практике и диагностике АГ выявил причины сложившейся ситуации:

- отсутствие системы информационного обеспечения врачей по новым технологиям, целевого информирования по приоритетным проблемам здоровья населения, директивным и рекомендательным документам федерального и регионального уровня по АГ;
- несоответствие ресурсного обеспечения и стандарта оснащения сельских лечебно-профилактических учреждений выполняемой ими медицинской деятельности, что привело к использованию в реальной практике морально устаревшего диагностического оборудования;
- неполное финансирование программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи диктовало необходимость оплаты пациентами диагностической помощи в ЛПУ регионального уровня;
- глубокие проблемы кадровой политики в сельском здравоохранении – кадровый дефицит, отсутствие непрерывного повышения квалификации, дефекты аттестации, мотивации и ответственности медицинского персонала;
- отсутствие системы мониторинга и оценки результатов реализации ФЦП, приказов, рекомендаций на всех уровнях системы здравоохранения;
- отсутствие в программах постдипломной подготовки врачей раздела «сельское здравоохранение», а также пособий и руководств по оказанию медицинской помощи сельским жителям с учетом их особенностей труда и уклада жизни.

**В пятой главе** представлен организационно-функциональный алгоритм совершенствования медицинской помощи сельским жителям в амбулаторно-поликлинических условиях сельского здравоохранения на основе принципов доказательной медицины, реальных возможностей сельского здравоохранения, особенностей уклада жизни селян.

По результатам экспертной оценки информативности клинико-лабораторных, функциональных и специальных исследований на этапе первичной и дифференциальной диагностики АГ, стратификации индивидуальных факторов риска развития осложнений, положений Рекомендаций ВНОК (2008г.) и РМОАГ РФ (2008г.) разработана система управления диагностическим процессом для амбулаторного сектора сельского здравоохранения.

Разработана и внедрена карта наблюдения больного АГ, которая позволяет проводить мониторинг и оценку результативности медико-диагностических мероприятий на индивидуальном уровне, а также оценивать в целом доступность и качество медицинской помощи пациентам АГ в первичном звене сельского здравоохранения.

Обобщенным позитивным результатом внедрения в практику амбулаторно-поликлинической службы здравоохранения Благодарненского района явилось увеличение показателя заболеваемости АГ за счет своевременной и качественной диагностики и снижения показателя смертности, что позитивно отразилось на величине коэффициента соотношения смертность/заболеваемость от заболеваний системы кровообращения.

## **ВЫВОДЫ**

1. Болезни системы кровообращения в структуре смертности не только занимают первое место, но и являются преобладающими среди всего населения, жителей города и села, как в среднем по России (2010 год: соответственно 56,8%; 56,9% и 56,5%), так и в Северо-Кавказском ФО (56,9%; 56,2% и 57,7%) и Ставропольском крае (57,6%; 56,5% и 58,9%). Среди женщин, по сравнению с мужчинами, в структуре смертности болезни системы кровообращения регист-

рируются значительно чаще по России в целом (2010 год: 64,8% против 49,3%;  $p < 0,001$ ) и в Ставропольском крае (61,5% против 54,0%,  $p < 0,001$ ). Смертность от болезней системы кровообращения в среднем по России среди мужчин ниже, чем среди женщин, на 3,7% (2010 год - соответственно 789,6 против 819,7 на 100 000 населения соответствующего пола), а в Ставропольском крае смертность мужчин выше на 9,1% (747,8 против 685,2 на 100 000 населения).

2. В структуре заболеваемости болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, среди болезней системы кровообращения составили в 2010 году в целом по России 23,3%; по Северо-Кавказскому ФО -27,1%; по Ставропольскому краю - 24,5%. В структуре смертности их доля существенно больше по Северо-Кавказскому ФО (6,1%) и по Ставропольскому краю (7,7%), чем по России в целом (2,8%). Эти тенденции отмечаются (соответственно 5,5%; 7,3% и 2,6%) в большей степени среди сельских жителей (соответственно 6,7%; 8,1% и 3,4%).

3. Результаты комплексного анализа обязательных и специальных диагностических исследований в сельской амбулаторно-поликлинической службе при первичной диагностике артериальной гипертензии, дифференциальной диагностике стратификации индивидуальных факторов риска развития осложнений АГ на этапах диспансерного наблюдения свидетельствуют о не соответствии объема и качества диагностического обследования пациентов с АГ Рекомендациям ВНОК Комитета экспертов РМОАГ, директивным документам Минздравсоцразвития России по диагностике, профилактике, лечению артериальной гипертонии.

Установлен значительный разрыв между знаниями участковых терапевтов, врачей общей практики о принципах доказательной медицины и их использованием в реальной медицинской практикой. 46,9% врачей первичного сектора сельского здравоохранения знают основные положения рекомендаций ВНОК и КЭ РМОАГ по диагностике и лечению АГ в амбулаторных условиях, но только 26% из них используют в практической работе. Исследования, на-

правленные на стратификацию степени риска развития осложнений при АГ назначают 17% ВОП и терапевтов сельской поликлиники.

4. Результаты проведенного анонимного опроса врачей амбулаторно-поликлинической службы сельского района показали, что в сельском здравоохранении отсутствует система постоянного информирования медицинских работников по новым организационным и медицинским технологиям, основанных на принципах доказательной медицины, в т.ч. по проблеме артериальной гипертензии, отсутствуют практические пособия и руководства по тактике ведения данной категории больных.

Информационные технологии, в т.ч. экспертные системы, для информационной поддержки в работе сельских врачей не внедрены. В программах постдипломной подготовки (переподготовки) отсутствуют разделы по организации медицинской помощи в сельском здравоохранении с учетом особенностей характера труда, уклада и качества жизни сельских жителей.

5. Результаты экспертной оценки информативности диагностических исследований, используемых в клинической практике сельской амбулаторно-поликлинической службы, оценки знаний врачей первичного сектора сельского здравоохранения, анализа ресурсного обеспечения здравоохранения сельского района явились научно-организационной основой для разработки предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с АГ в соответствии с положениями Рекомендаций ВНОК и КЭ РМОАГ, с учетом специфики характера труда, уклада жизни сельских жителей.

Механизмом реализации научно-обоснованных предложений избран организационно-функциональный алгоритм для сельского здравоохранения первичного звена по организации медицинской помощи больным гипертонической болезнью.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При разработке программы модернизации регионального здравоохранения обратить особое внимание сельскому здравоохранению по бесплатной медицинской помощи, материально-техническому переоснащению, закреп-

лению медицинских кадров, финансовому обеспечению программы государственных гарантий.

2. Предложенные организационно-методические подходы по алгоритмизации диагностического процесса АГ в амбулаторном секторе сельского здравоохранения могут явиться основой обязательного мониторингования выполнения Рекомендаций ВНОК (2008) и оценки результативности мероприятий по данной проблеме.

3. Создать систему информирования сельского медицинского персонала по приоритетным проблемам здоровья и здравоохранения.

4. Включить во все образовательные программы постдипломной подготовки (переподготовки) медицинских работников раздел «Сельское здравоохранение».

#### **РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Сергеев Д.Н. Состояние клинической практики и диагностики артериальной гипертонии в амбулаторно-поликлиническом звене сельского здравоохранения /Сергеев Д.Н. //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. - № 3 (15). – С. 36-40.**

2. **Сергеев Д.Н. Сравнительная оценка состояния клинической практики и диагностики артериальной гипертензии первичного звена сельского и городского здравоохранения /Яковлев В.М., Сергеев Д.Н //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. - №3 (15). - С.21-25.**

3. **Сергеев Д.Н. Оценка оказания медико-санитарной помощи больным с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях сельского здравоохранения /Сергеев Д.Н. //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. - № 4 (20). – С. 68-72.**

4. **Сергеев Д.Н. Обеспечение и эффективность использования ресурсов экстренной медицинской помощи населению Российской Федерации в Ставропольском крае в динамике за 10 лет / Стародубов В.И., Муравьев**

**К.А., Сергеев Д.Н.//Проблемы управления здравоохранением. – 2011. - №6 (61). – С. 51-54.**

5. Сергеев Д.Н. Оптимизация диагностики и лечения артериальной гипертензии в амбулаторно-поликлинических условиях сельского здравоохранения (практические рекомендации для врачей общей практики и участковых терапевтов) /Яковлев В.М., Сергеев Д.Н. - Ставрополь, 2009. – 30 с.

6. Сергеев Д.Н. Эпидемиологическая ситуация по болезням системы кровообращения в Ставропольском крае //Материалы краевой научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной кардиологии», посвященной 40-летию клинической кардиологической базы СтГМА – МУЗ ГКБ №3. Ставрополь, 2011. – С. 145 – 150.

Подписано в печать 24.02.2012.  
Формат 60x84/16. Тираж 100 экз.  
Заказ 04/02-12

Отпечатано в РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ»  
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11