

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ДО И ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

Кафедра семейной медицины ТИППМК

*Ключевые слова: артериальная гипертензия, клиническое руководство, качество медицинской помощи, индикатор контроля качества.*

### Актуальность

Широкое распространение артериальной гипертензии (АГ) и её роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений определяют актуальность проведения своевременных и адекватных лечебно-профилактических мероприятий [5]. Однако реальная клиническая практика ведения и лечения пациентов с АГ во всем мире, по разным причинам, существенно отличается от рекомендуемой [6]. Качество диагностики, лечения и профилактики АГ на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) остаются довольно низкими [1, 2].

В современных моделях здравоохранения, которые ориентированы на уменьшение смертности от повышенного артериального давления и его последствий, акцент делается на повышение качества медицинской помощи (КМП), что является одним из приоритетных направлений системы здравоохранения во многих странах мира, в том числе и в Республике Таджикистан (РТ) [3]. "Концепция реформирования системы здравоохранения РТ" утверждена постановлением Правительства РТ № 94 от 4 марта 2002 г., реализация которой началась с 2004 г. Приоритетной задачей процесса реформирования является повышение качества предоставляемых медицинских услуг населению, улучшение результатов лечения больных, а также оптимизация затрат, связанных со здравоохранением.

Одним из основополагающих методов улучшения качества является широкое применение методов и принципов доказательной медицины (ДМ), как основного фундамента возникновения и критической оценки клинической информации [4, 7]. Внедрение принципов ДМ в практическое здравоохранение через внедрение клинических руководств (протоколов, стандартов) позволяет оптимизировать качество медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности и стоимости. Практическая деятельность врача:

диагностика заболеваний, назначение эффективного лечения, минимизация негативных последствий проведенных вмешательств и т.д. должна основываться только на самой надежной, достоверной информации [10].

### Цель исследования

Провести сравнительный анализ качества лечения пациентов с АГ в практике семейного врача (СВ) до и после внедрения клинического руководства, основанного на принципах ДМ.

### Материал и методы исследования

Оценка качества лечения больных АГ проводилась путем сравнения существующей реальной практики лечения пациентов с АГ семейными врачами в лечебно-профилактических учреждениях г. Душанбе, г. Истаравшан, г. Канибадам с положениями КР по АГ на основе применения индикаторов контроля качества (ИКК).

### Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного анализа, построенного на сопоставлении мероприятий немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентов с АГ, выполненных в исследуемых лечебных учреждениях, до и после внедрения КР по АГ оказались неоднородными и характеризовались следующими ИКК.

Проводился анализ с целью определения приверженности СВ к консультированию пациентов по изменению образа жизни, а также оценивалась приверженность самих пациентов к выполнению рекомендаций по немедикаментозному лечению. При этом условием выполнения ИКК "Проведение немедикаментозных мероприятий среди больных с АГ" являлось наличие в амбулаторной карте больного с установленной АГ записей, свидетельствующих о том, что давались врачебные рекомендации (советы) по изменению образа жизни (в полном объеме с учетом имеющихся модифицируемых факторов риска). После внедрения КР ИКК "Проведение немедикаментозных мероприятий среди больных

с АГ" вырос в несколько раз: в ГЦЗ №1 г. Душанбе в 1,6 раза (с 55,5% до 88,2%), в ГЦЗ №1 г. Истаравшан в 9,4 раза (с 9,6% до 89,9%), в ГЦЗ №1 г. Канибадам в 4,3 раза (с 15,6% до 67,3%).

Однако, в клинической практике эффективность лечения АГ во многом определяется отношением самого пациента к своему здоровью, его приверженностью к выполнению рекомендаций, данных врачом. Приверженность пациентов с АГ к выполнению рекомендаций по немедикаментозному лечению, по изменению образа жизни отражает ИКК

"Выполнение немедикаментозных мероприятий", который оценивался путем опроса пациентов и с учетом тех больных АГ, которые выполняли данные рекомендации в полном объеме в зависимости от имеющихся у них модифицируемых факторов риска (МФР). Данный ИКК также увеличился в несколько раз после внедрения КР по АГ: в ГЦЗ №1 г. Душанбе в 2,5 раза (с 9,5% до 24,1%), в ГЦЗ №1 г. Истаравшан в 8 раз (с 3,2% до 25,6%), в ГЦЗ №1 г. Канибадам в 2,6 раза (с 8,3% до 21,5%) (рис. 1).

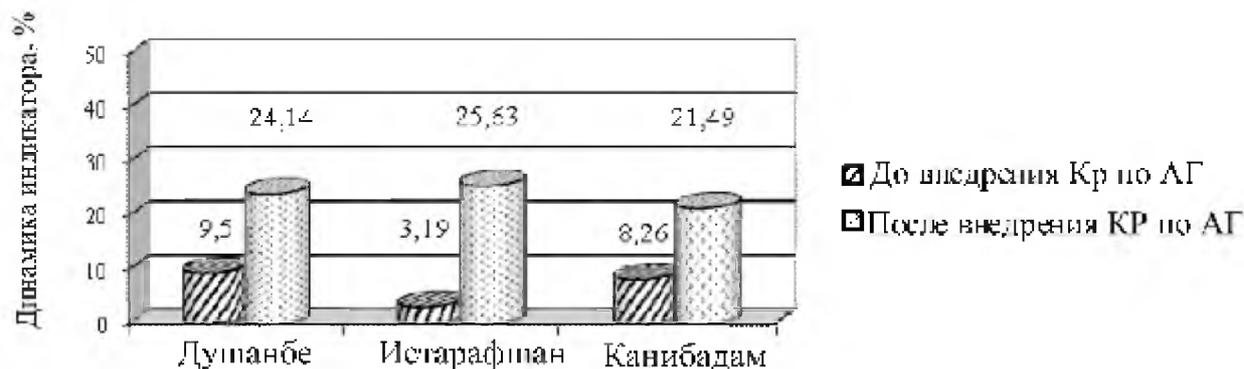


Рис.1. Динамика индикатора контроля качества "Выполнение немедикаментозных мероприятий" до и после внедрения КР по АГ

При разработке и реализации программ контроля АГ основные усилия фокусируются на медикаментозной коррекции повышенного АД. На территории РТ для лечения АГ наиболее часто используются четыре группы препаратов: антагонисты кальция (АК), ингибиторы АПФ (иАПФ), бета-блокаторы (ББ) и диуретики (Д). Медикаментозное лечение было назначено не всем пациентам с АГ. Так, в ГЦЗ №1 г. Душанбе гипотензивные лекарственные средства (ГЛС) были прописаны 88% больным АГ до внедрения КР и 97,5% - после, в ГЦЗ №1 г. Истаравшан соответственно до внедрения - 51,6%, после - 86,4%, в ГЦЗ №1 г. Канибадам до - 77,9%, после - 93,5%. Таким образом, количество пациентов с АГ, которым были прописаны ГЛС, после внедрения КР увеличилось.

Анализ структуры назначений ГЛС до и после внедрения КР по АГ выявил следующее. В ГЦЗ №1 г. Душанбе до внедрения КР в 30,7% назначалась монотерапия, при этом предпочтение отдавалось ББ (59,3%), на втором месте - АК (16,7%), затем - Д (14,8%). У 64,8% пациентов использовалась комбинация двух ГЛС, у 4,6% - комбинация трех ГЛС. Часто назначались следующие комбинации ГЛС: АК + Д (42,9%), ББ + Д (25,4%), ББ + АК (14,9%), иАПФ+Д+АК (87,5%).

После внедрения КР по АГ, основанного на принципах ДМ, анализ показал, что при-

менение монотерапии осталось примерно на том же уровне - 33,8%, однако структура используемых препаратов несколько изменилась с учетом современных рекомендаций. Так, на первое место вышли АК (35%), на второе - ББ (25%), на третье - Д (23,8%).

Применение комбинированной терапии осталось примерно на том же уровне: у 61,1% пациентов использовалась комбинация двух ГЛС, у 5,1% - комбинация трех ГЛС. При этом доля рациональных комбинаций увеличилась: в 3,7 раза чаще стала применяться комбинация иАПФ + Д (7,9% и 28,9%), в 7,1 раз чаще - комбинация иАПФ + АК (1,8% и 12,4%), при этом в 3,1 раза реже стала применяться комбинация ББ + Д (25,4% и 8,3%).

В ГЦЗ №1 г. Истаравшан до внедрения КР монотерапия назначалась в 24,7%, при этом предпочтение также отдавалось ББ (47,8%), на втором месте - Д (21,7%), затем - иАПФ (17,4%). У 48,5% пациентов использовалась комбинация двух ГЛС, у 25,8% - комбинация трех ГЛС, у 2,1% - комбинация четырех ГЛС (иАПФ+Д+АК+ББ). Часто назначались следующие комбинации ГЛС: иАПФ + ББ (36,2%), иАПФ + АК (31,9%), иАПФ + Д (19,2%), иАПФ+Д+ББ (84%). При повторном мониторинге после внедрения КР по АГ применение монотерапии сравнительно увеличилось до 37,2%, структура используемых препаратов несколько изменилась. На первое

место вышли иАПФ (45,3%), на второе - АК (40,6%), на третье - ББ (7,8%). Структура применения комбинированной терапии несколько изменилась: чаще стала использоваться комбинация двух ГЛС (52,3%), в 2,6 раза реже - комбинация трех ГЛС (9,9%). При этом доля рациональных комбинаций увеличилась: в 1,5 раз чаще стала применяться комбинация иАПФ + Д (19,2% и 27,8%), комбинация иАПФ + АК (31,9% и 34,4%), стали использовать комбинацию ББ+АК (24,4%), при этом в 11,3 раза реже стала применяться комбинация ББ + Д (12,8% и 1,1%), в 32,6 раза реже - комбинация иАПФ + ББ (36,2% и 1,1%).

Анализ медикаментозной терапии в ГЦЗ №1 г. Канибадам до внедрения КР показал, что монотерапия назначалась в 24,7%, при этом на первом месте были Д (33,3%), на втором месте - в равных долях ББ и иАПФ (23,8%), затем - АК (19,1%). У 43,5% пациентов использовалась комбинация двух ГЛС, у 25,9% - комбинация трех ГЛС, у 5,88% - комбинация четырех ГЛС (иАПФ+Д+АК+ББ). Часто назначались следующие комбинации ГЛС: иАПФ + Д (43,2%), ББ + Д (24,3%), иАПФ + ББ (13,5%), комбинация трех ГЛС - иАПФ+Д+ББ (86,4%). Также применялись препараты из разряда "устаревших", в частности комбинация препарата раунатина/адельфана + иАПФ / ББ (8,1%). При повторном мониторинге после внедрения КР по АГ применение монотерапии сравнительно увеличилось - до 32%, структура используемых препаратов несколько изменилась. В 2 раза чаще стали назначать иАПФ (50%), однако в 2 раза реже - АК (19,1% и 9,4%), в 1,8 раза реже - Д (33,3% и 18,8%). Структура применения комбинированной терапии несколько изменилась: чаще стала использоваться комбинация двух ГЛС (56%), в 2,2 раза реже - комбинация трех ГЛС (12%), не назначалась комбинация четырех ГЛС. При этом доля рациональных комбинаций увеличилась: чаще стала применяться комбинация иАПФ + Д (43,2% и 55,4%), в тоже время в 2,3 раза реже стала применяться комбинация ББ + Д (24,3% и 10,7%). Отрадно, что после внедрения КР перестали назначать "устаревшие" и небезопасные препараты или их комбинации.

Необходимо помнить, что эффективность медикаментозного лечения АГ во многом определяется правильностью использования ГЛС: с учетом доказательной базы, в соответствующей дозировке, с учетом имеющихся у пациента показаний и противопоказаний, при необходимости в рациональной комбинации и т.д. Оценка качества лечения с применением ИКК подразумевает определение

степени соответствия существующей лечебной практики и практики лечения в соответствии с доказательными рекомендациями.

В соответствии с рекомендациями КР по АГ препаратами первого выбора при проведении медикаментозной терапии являются тиазидовые диуретики [8, 9]. Согласно рекомендации, степень достоверности (доказательности) которой соответствует градации "А", для оценки качества медикаментозного лечения применялся ИКК "Назначение тиазидового диуретика в качестве препарата первого ряда или как компонента комбинированной терапии для лечения АГ с учетом показаний и противопоказаний". Сравнительный анализ данного ИКК (рис.2) демонстрирует, что практика назначения тиазидовых диуретиков после внедрения КР по АГ несколько улучшилась. Так, в ГЦЗ №1 г. Душанбе до внедрения КР данный ИКК составил 54,5%, после - 58,1% ( $p < 0,05$ ); в ГЦЗ №1 г. Истаравшан соответственно до - 29,9%, после - 43% ( $p < 0,01$ ). Однако, в ГЦЗ №1 г. Канибадам данный ИКК остался примерно на том же уровне и составил соответственно 62,4% до внедрения КР и 61% после внедрения КР.

В КР по лечению АГ на уровне ПМСП к препаратам первого выбора, кроме тиазидовых диуретиков, также относятся блокаторы кальциевых каналов. Согласно рекомендации, уровень доказательности которой соответствует градации "А", длительнодействующие АК группы производных дигидропиридина (амлодипин, коринфар-ретард) могут быть использованы в качестве альтернативы тиазидовым диуретикам пациентам с АГ в возрасте 55 лет и старше с учетом показаний и противопоказаний [8].

Диаграмма (рис.3) демонстрирует, что практика применения АК пролонгированного действия после внедрения КР претерпела значительные изменения. Повысилась приверженность врачей применять доказательные рекомендации, предоставленные в КР по лечению АГ в своей практике. Данный ИКК увеличился в 2010 г. в сравнении с 2008 г.: в ГЦЗ №1 г. Душанбе в 1,7 раза (с 29,3% до 48,5%), в ГЦЗ №1 г. Истаравшан в 2,7 раза (с 20,5% до 55,8%), в ГЦЗ №1 г. Канибадам в 2 раза (с 10,3% до 20,3%).

Показателем эффективности лечения является достижение целевого уровня АД в процессе лечения. В данном исследовании для оценки эффективности лечения рассчитывался ИКК "Достижение целевого уровня АД" путем вычисления доли больных, у которых в течение текущего года при последнем визите систолическое АД и диастолическое АД

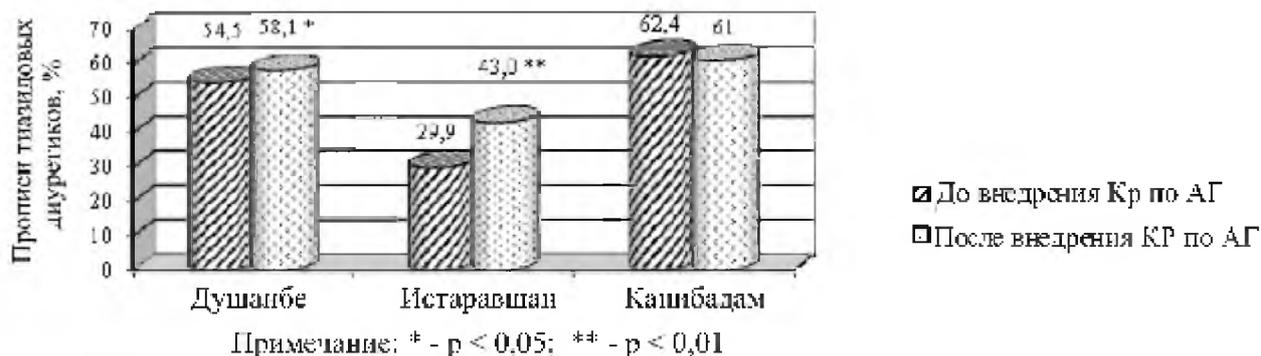


Рис. 2. Динамика индикатора контроля качества "Назначение тиазидового диуретика в качестве препарата первого ряда или как компонента комбинированной терапии для лечения АГ с учетом показаний и противопоказаний" до и после внедрения КР по АГ

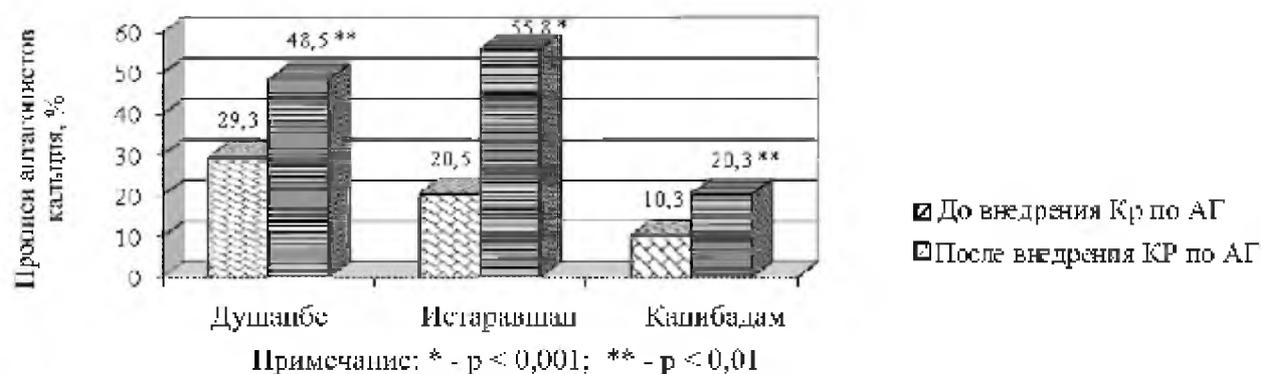


Рис. 3. Динамика индикатора контроля качества "Назначение длительнодействующих АК группы производных дигидропиридина в качестве альтернативы тиазидовым диуретикам пациентам с АГ в возрасте 55 лет и старше с учетом показаний и противопоказаний" до и после внедрения КР по АГ

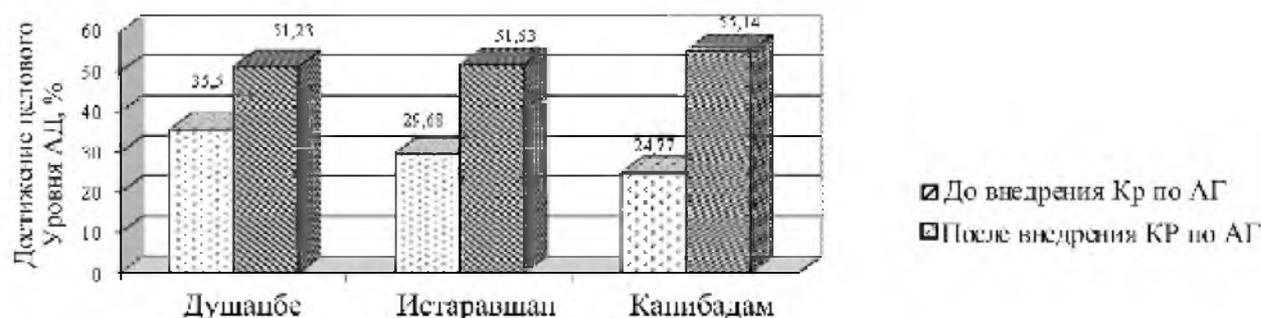


Рис. 4. Динамика индикатора контроля качества "Достижение целевого уровня АД" до и после внедрения КР по АГ

удовлетворяли целевому уровню в соответствии с клиническим статусом больного. Сравнительный анализ результатов данного ИКК представлен на рисунке 4.

В ГЦЗ №1 г. Душанбе в 2008 г. целевой уровень АД был достигнут у 35,5% пациентов, а в 2010 г. - у 51,2% больных, соответственно в ГЦЗ №1 г. Истаравшан в 2008 г. - у 29,7%, а в 2010 г. - у 51,6% больных, в ГЦЗ №1 г. Канибадам в 2008 г. - у 24,8%, а в 2010

г. - у 55,1% больных. Таким образом, можно сделать вывод, что количество пациентов с достигнутым целевым уровнем АД после внедрения КР по АГ выросло в ГЦЗ №1 г. Душанбе в 1,4 раза, в ГЦЗ №1 г. Истаравшан в 1,7 раза, в ГЦЗ №1 г. Канибадам в 2,2 раза.

#### Вывод

Эффективное внедрение разработанного КР по АГ, основанного на принципах ДМ,

способствовало повышению качества лечебно-профилактического процесса на уровне ПМСП в практике СВ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдолова Р.Н., Рахимов З.Я., Бахроми М.Т. Внедрение программы рационального использования лекарственных средств и совершенствование качества работы кардиологической службы Республики Таджикистан // Матер. конгресса кардиологов стран СНГ. СПб., 2003. № 1. С.3.
2. Абдолова Р.Н., Рахимов З.Я., Косимов Х. Роль реализации образовательной программы и внедрения принципов доказательной медицины в фармакотерапию кардиоваскулярных заболеваний на уровне ПМСП: сборник тезисов // 5-й Конгресс Ассоциации кардиологов стран СНГ. Ташкент, 2005. С.4.
3. Вялков А.И., Воробьев П.А. Состояние системы управления качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. №12. С. 3-8.
4. Методическое пособие по разработке клинических практических руководств [Электронный ресурс] // ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. Москва, 2003: [www.osdm.org].
5. Ольбинская Л.И., Андрулишина Г.Б. Рациональная фармакотерапия артериальной гипертензии [Электронный ресурс] // [www.rmj.ru].
6. Рудакова А.В., Хвещук П.Ф. Современная фармакотерапия: доказательства эффективности. СПб.: ВМедА, 2002. 256 с.
7. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 2004. 352 с.
8. British Hypertension Society Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society. BHS IV CG, 2004.
9. Essential hypertension: managing adult patient in primary care. Final Consultation Draft. National Guideline Research and Development Unit, University of Newcastle Upon Tyne, 2004.
10. Maynard A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices // Lancet. 1997. Vol. 349. P. 126-128.

*Мирзоева З.А., Рахимов З.Я., Назирова Н.К.*

**Санчиши сифати табобати беморони фишорбаландии шараёнӣ дар ҷаъолияти табиби тибби оилавӣ то ва баъди ворид намудани дастури клиникӣ**

**Калимаҳои калидӣ:** фишорбаландии шараёнӣ, дастури клиникӣ, сифати ёрии тиббӣ, нишондоди назораткунии сифат.

Истифодаи нишондодҳои назорати сифатӣ, бо мақсади муайян намудани самаранокии табобати беморони мубтало ба фишорбаландии шараёнӣ, барои муқоисаи амалиёти мавҷудаи табобат намудани беморони мазкур аз тарафи табибони тибби оилавӣ муассисаҳои табобатӣ пешгирикунандаи шахрҳои Душанбе, Истарафшан ва Конибодом имкон фароҳам овард

*Мирзоева З.А., Рахимов З.Я., Назирова Н.К.*

**Оценка качества лечения пациентов с артериальной гипертензией в практике семейного врача до и после внедрения клинического руководства**

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, клиническое руководство, качество медицинской помощи, индикатор контроля качества.

Использование индикаторов контроля качества для оценки эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией позволило сравнить существующую практику лечения этих пациентов семейными врачами в лечебно-профилактических учреждениях г.г. Душанбе, Истаравшан и Канибадам.

*Mirzoeva Z.A., Rakhimov Z.J., Nazirova N.K.*

**The quality of treatment of arterial hypertension patients in family medicine before and after the introduction of a clinical practice guideline**

**Key words:** arterial hypertension, clinical guideline, treatment quality, quality indicators.

Use indicator checking of quality for estimation of efficiency of the treatment patient with arterial hypertension has allowed to compare the existing practical person of the treatment these patient household physician in medical-preventive institutions of Dushanbe, Istaravshan and Konibodom.