

19. Kuller L. Prodromata of sudden death and myocardial infarction // *Adv Card.* – 1978. – Vol.25. – P.61-72.
20. Lesperance F., Frasure-Smith N., Juneau M., Theroux P. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina // *Arch Intern Med.* – 2000. – Vol.160. – P.1354-1360.
21. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology // *Eur Heart J.* – 2000. – Vol.21. – P.1406-1432.
22. Montgomery S., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // *Br J Psych.* – 1979. – Vol.134. – P.382-389.
23. Moser D.K., Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? // *Psychosom Med.* – 1996. – Vol.58. – P.395-401.
24. Pokorski R.J. Mortality risk in patients with coronary artery disease and depression // *J Insur Med.* – 1999. – Vol.31. – P.4-7.
25. Savino M., Perugi G., Simonini E. et al. Affective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection? // *J Affect Disord.* – 1993. – Vol.28. – P.155-163.

© БАЛАБИНА Н.М., ДУЛЬСКИЙ В.А., ЖИГАЛОВА О.В., ЗУЕВА Т.Ф., КОРАИДИ А.В.,

ХАПТАНОВА В.А. –

УДК 616.12-008.331.1:362.147

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ ЗА 1998-2000 гг (СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ)

Н.М. Балабина, В.А. Дульский, О.В. Жигалова, Т.Ф. Зуева, А.В. Кораиди, В.А. Хаптанова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра поликлинической терапии, зав. – доц. Н.М. Балабина)

Резюме. Проведено целевое исследование диспансеризации (Д) больных артериальной гипертензией в 17 поликлиниках для взрослых г. Иркутска по специально разработанной карте. Полученные результаты свидетельствуют, что имеется неудовлетворительная система выявления лиц с повышенным уровнем артериального давления; у диспансерных больных не верифицируются факторы риска заболевания; реабилитационные мероприятия включают только медицинский аспект и при этом в неполном объеме. Приводятся рекомендации по улучшению работы с данной категорией больных.

К концу XX столетия сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются основной причиной смерти населения в Российской Федерации (РФ). На долю основных осложнений артериальной гипертензией (АГ) приходится 85,3% [2]. В структуре смертности по г. Иркутску первое место занимают болезни системы кровообращения, которые составили 39,5% в 1999 г [1].

От болезней системы кровообращения в муниципальных стационарах Иркутска в 1999 г умер 601 больной (в 1998 г – 569). Основной причиной смертности в данном классе являются цереброваскулярные болезни (41,8% от числа всех умерших в данном классе). Из них на первом месте стоит летальность от инфаркта мозга (33,9%) и внутричерепные кровоизлияния (30,7%) [1].

Известно, что АГ и курение являются наиболее опасными факторами риска смерти от ССЗ в России [2]. В то же время АГ являясь самостоятельным заболеванием, одновременно выступает и основным, главным фактором риска развития ИБС. При использовании последних критериев ВОЗ для АГ распространенность этого заболевания среди репрезентативной выборки населения РФ среднего возраста достигает 60% [2].

Борьба с АГ является сложным процессом, основными этапами которого являются первичная профилактика, раннее выявление, лечение и реабилитация.

В связи с изложенным выше, целью настоящего исследования явилось выяснение вопроса, каково качество диспансерного наблюдения за больными АГ в муниципальных учреждениях здравоохранения (МУЗ) городских поликлиник Иркутска.

Материалы и методы

В период с 01.12 по 10.12.00 г. нами проведено целевое исследование 17 МУЗ поликлиник для взрослых г. Иркутска по вопросу качества диспансеризации (Д) больных АГ. Исследование проводилось по специально разработанной карте. В ходе данной работы анализу подверглись: амбулаторные карты “Д” больных; контрольные карты “Д” учета (уч.ф. №030-у); журналы учета “Д” больных; наличие годовых эпикризов; эпикризов взятия на “Д” учет; данные отчетов по “Д” за 1998-1999-2000 гг.

Результаты и обсуждение

Количество больных с АГ состоящих на “Д” в поликлиниках МУЗ г. Иркутска велико и резко

колеблется. Так, например, в 1998 г в отдельных ЛПУ на "Д" учете состояло 90 больных, а в других достигало 2188. В 1999 г – эти показатели колебались от 101 больного до 2266. И в 2000 г – от 105 до 2039. Представленные данные свидетельствуют о недостаточной постановке на "Д" учет больных с АГ и их дальнейшем динамическом наблюдении.

В то же время, объем взятых на "Д" учет различен в ЛПУ. Так в группу ЛПУ, с увеличением вновь взятых на "Д" учет больных вошли 9 поликлиник, что составило 52,9%. ЛПУ со стабильным количеством больных, состоящих на "Д" учете, вошли 7 поликлиник (41,2%). И ЛПУ, в которых идет неуклонное снижение количества "Д" больных – 5,9% (1 поликлиника). Таким образом, ЛПУ г. Иркутска можно представить в виде двух групп: 1-я группа ЛПУ – увеличивает количество "Д" больных, что согласуется с современными тенденциями роста заболеваемости АГ и 2-я группа – ЛПУ со стабильным количеством наблюдаемых больных, а в некоторых случаях и с их количественным снижением.

В рассматриваемых случаях представляет интерес соотношение больных АГ трудоспособного и нетрудоспособного возраста, состоящих на "Д" наблюдении. Данное соотношение по годам имеет следующую динамику: 1998 г – 0,67; 1999 г – 0,82 и 2000 г – 0,92. То есть, в настоящее время меняется соотношение в направлении увеличения больных трудоспособного возраста по всем ЛПУ города в целом.

Однако это правило общее, а по отдельным ЛПУ данное соотношение крайне неоднородно. Для наглядности данные показатели представлены в таблице 1.

В зависимости от данного соотношения все поликлиники можно разделить на 3 группы. Первая группа ЛПУ с соотношением $>1,0$ объединяет 6 поликлиник (35,3%). В этой группе соотношение колеблется от 4,7 до 1,1. Таким образом, одна треть ЛПУ г. Иркутска осуществляет "Д" наблюдение преимущественно за лицами трудоспособного возраста.

Вторая группа поликлиник с соотношением $<1,0$ включает 7 ЛПУ (41,2%). В данной группе

ЛПУ соотношение составляет от 0,8 до 0,2. Следовательно, две пятых поликлиник города осуществляет "Д" наблюдение преимущественно за лицами нетрудоспособного возраста.

Анализируя процент охвата больных "Д" наблюдением в целом отмечается крайне незначительное его увеличение. Так в 1998 г средний показатель среди всех ЛПУ составил 54,2%; в 1999 – 59,9% и в 2000 – 60,0%.

При анализе данного показателя среди отдельных ЛПУ, так же выявлялась неоднородная картина: процент охвата колебался от 23,2% до 97% в 1998 году, в 1999 – от 20,8% до 96% и в 2000 – от 22% до 95%. Представленные значения свидетельствуют, что, с одной стороны, имеются ЛПУ с серьезными упущениями в "Д" работе. С другой стороны, ряд ЛПУ, заявляющие 95-97% охват больных АГ "Д" наблюдением вызывают обоснованные сомнения.

Среднее пребывание на листке нетрудоспособности свидетельствует о снижении данного показателя: так в 1998 г среди всех ЛПУ он составил 13,0; в 1999 – 11,7, а в 2000 – 11,5 дней. Данное снижение обусловлено как за счет внедрения единых подходов к лечебным мероприятиям, так и усилением внутри- и вневедомственного контроля качества лечения больных.

Однако и здесь наблюдаются диспропорция. Так, 4 (23,5%) поликлиники имеют тенденцию к его снижению из года в год, 7 (41,2%) – стабильные показатели, а 2 (11,8%) – отчетливый рост по продолжительности пребывания больных на листке нетрудоспособности.

С другой стороны и "само" среднее пребывание значительно отличается среди ЛПУ и данное различие весьма существенно – от 27,0 до 9,1 дней в 1998 г; в 1999 – от 18 до 8,1 и в 2000 – от 18 до 8,4.

Анализ амбулаторных карт "Д" больных свидетельствует, что эпикриз взят на "Д" учет имеется в 90% случаях, однако в большинстве из них данный эпикриз пишется не полно. Во всех картах имеются планы лечебно-оздоровительных мероприятий, годовые эпикризы. Исполняется и кратность наблюдения по всем лечебным учреждениям.

Таблица 1.

Соотношение "Д" больных АГ трудоспособного и нетрудоспособного возраста в поликлиниках г. Иркутска

ГОДЫ	МУНИЦИПАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОЛИКЛИНИКА													
	ТРУДОСПОСОБНЫЕ/НЕТРУДОСПОСОБНЫЕ													
	$> 1,0$						$< 1,0$							
	5	9	1	МСЧ 3	3	МСЧ 2	6	17	10	2	7	12	И А П О	8 11
1998	4,1	3,4	2,8	2,3	1,9	0,9	0,6	-	0,5	0,3	0,4	0,2	0,2	ИТ О Д А Н Н Ы Х
1999	5,4	3,5	3,8	2,3	1,9	1,3	0,9	0,7	0,8	0,7	0,9	0,3	0,2	
2000	4,5	4,3	3,9	1,5	1,0	1,2	0,9	0,8	0,8	1,1	0,6	0,3	0,2	
ИТОГО	4,7	3,7	3,5	2,0	1,6	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,3	0,2	

Таблица 2.

ЛИСТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ													
ФИО:....., ПОЛ; ВОЗРАСТ; ПРОФЕССИЯ													
ДАТА ВЗЯТИЯ; 01 г.; ДИАГНОЗ:													
ПОКАЗАТЕЛИ					КВАРТАЛ								
					НАЗНАЧЕН ОСМОТР				ВЫПОЛНЕНО				
					I	II	III	IV	I	II	III	IV	
ФАКТОРЫ РИСКА	СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ ССЗ												
	КУРЕНИЕ												
	АЛКОГОЛЬ												
	ГКС, НПВС, КОНТРАЦЕПЦИЯ И ДР.												
	ГИПОДИНАМИЯ												
	ТАЛИЯ/БЕДРО												
	ИНДЕКС КЕТЛЕ												
ОБСЛЕДОВАНИЕ	ОБЩИЙ ХОЛЕСТЕРИН												
	ХС ЛПВП												
	ХС ЛПНП												
	ХС ЛПОНП												
	ИНДЕКС АТЕРОГЕННОСТИ												
	ТРИГЛИЦЕРИДЫ												
	ТЕСТ. ТОЛЕРАНТ. К ГЛЮКОЗЕ												
	МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ												
	КРЕАТИНИН												
	МОЧЕВИНА												
	ФИБРИНОГЕН												
	КРОВЬ					K ⁺							
						Na ⁺							
	МОЧА					K ⁺							
						Na ⁺							
	ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, МОЧИ												
	ЭКГ												
	ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ												
	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ					ЭКГ							
						АД							
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ													
УЗС					СОСУДОВ								
					БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ								
					ПОЧЕК								
ГЛАЗНОЕ ДНО													
РЕАБИЛИТАЦИЯ	МЕДИЦИНСКАЯ												
	1. 4.												
	2. 5.												
	3. 6.												
	ФИЗИЧЕСКАЯ												
	1. 2.												
	ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ												
	1. 2.												
	САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ												
	1. 2.												
	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ												
	1. 2.												

С ДИАГНОЗОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ; ПЛАНОМ И КРАТНОСТЬЮ НАБЛЮДЕНИЯ; ПЛАНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ОЗНАКОМЛЕН(А). ОБЯЗУЮСЬ ВЫПОЛНЯТЬ.

“ ” 2001 г.

Полнота обследования "Д" больных соблюдается во всех случаях, однако, она "страдает" из-за отсутствия выявления факторов риска АГ, их «индивидуализации», отсутствия дальнейшего наблюдения в динамике.

Качество и полнота обследования страдает и в силу отсутствия исследования липидного спектра крови. То есть, у всех больных имеется, как правило, только одно исследование – содержание общего холестерина. За последний год данное "положение" начало выправляться и во многих случаях уже появляется развернутый анализ исследования. Однако в большинстве (84%) случаев данный вид исследования по-прежнему отсутствует.

Полнота лечебных мер в целом "выдерживается". Однако общими недостатками является отсутствие мероприятий: обучению навыкам здорового образа жизни; "индивидуализированная" коррекция факторов риска; немедикаментозные методы лечения; как правило (95%), – отсутствует липиднормализующая терапия; психотерапия (только два ЛПУ в более или менее полной мере проводят это, где в штатах имеется врач-психотерапевт), а в 89% случаев – санаторно-курортное лечение.

Анализируя полученные результаты, можно заключить, что имеется неудовлетворительная система выявления лиц с повышенным АД; у лиц, состоящих на "Д" наблюдении не верифицируются факторы риска; реабилитационные мероприя-

тия включают только медицинский аспект и при этом в неполном объеме.

На основании полученных результатов представляется целесообразным открыть и оснастить в поликлиниках г. Иркутска кабинет (отделение) доврачебного осмотра, в функцию которого включить: измерение артериального давления, активное выявление основных и дополнительных факторов риска АГ, ассоциированных состояний и фиксировать данные показатели в амбулаторной карте "Д" больного. Обеспечить лиц, страдающих АГ, качественным "Д" наблюдением, особенно лиц с высоким нормальным давлением, но имеющих сахарный диабет, сердечную или почечную недостаточность, а лицам с нормальным АД – возможностью проводить медицинский контроль один раз в два года. Дать возможность лечебным учреждениям проводить такие биохимические исследования как: определение калия, натрия, креатинина, общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой плотности при проведении первичного скрининга. Дополнить список льготных лекарственных средств липиднормализующими препаратами. Обязать лечащих врачей фиксировать в амбулаторной карте "Д" больного планируемый оптимальный для него уровень АД. Открыть при поликлиниках "Школу для лиц, страдающих повышенным уровнем артериального давления». Ввести в амбулаторную карту временный вкладыш "Д" наблюдения для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (табл. 2).

PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF PATIENT WITH ARTERIAL HYPERTENSION AT MUNICIPAL ESTABLISHMENTS OF HEALTH CARE DURING 1998 – 2000 YEARS (State and Prospects)

N.M. Balabina, V.A. Dulskiy, O.V. Givalova, T.Ph. Zueva, A.V. Coraidi, V.A. Chaptanova

(Irkutsk State Medical University)

The target study of 17 polyclinics was conducted in Irkutsk-city on dynamic observation of patients with arterial hypertension. The study was conducted on a specially designed map. The obtained results show that there is unsatisfactory system of revelation of patients with increased level of arterial blood pressure. The risk factors of disease are not verified, the preventive measures include only medical aspect in incomplete volume. The recommendation on the improvement of medical care are given.

Литература

1. Итоги деятельности муниципальных учреждений здравоохранения за 1999 г. Проблемы и перспективы развития. – Иркутск, 2000. – 136с.

2. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации // Кардиология. – 2000. – №6. – С.4-8.