

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.12-008.331.1:616-07 ББК 54.10.30 С 38

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

В.Н. Синюкова

Краевой клинический диагностический центр, Ставрополь
E-mail: skkdc@skkdc.ru

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN A CLINICAL ADVISORY DIAGNOSTIC CENTER

V.N. Sinyukova

Territorial Clinical Diagnostic Centre, Stavropol

Модель общей врачебной практики (семейной медицины) разработана и внедрена в структуру Ставропольского клиничко-диагностического центра. Создан программный комплекс как информационная основа системы клинического управления медицинской помощью больным с артериальной гипертензией, что позволило оптимизировать диагностику и медико-социальную помощь данному контингенту пациентов.

Ключевые слова: общая врачебная практика, оптимизация диагностики артериальной гипертензии.

The model of general medical practice (family medicine) was developed and implemented in the Stavropol Clinical Diagnostic Center. The program complex, as an informational basis of the clinical management system in medical care for patients with hypertension, was created to optimize diagnosis and medical social assistance to this category of patients.

Key words: general practice, optimization of the diagnosis of hypertension.

Введение

В странах с высоким уровнем организации здравоохранения показатель эффективной диагностики артериальной гипертензии (АГ) довольно высок, что особенно важно для раннего выявления и оказания адекватной медицинской помощи этой категории больным, так как АГ – основной фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, инвалидизации и смертности населения [1, 2, 5, 8, 9].

Проводимая реформа управления и финансирования отечественного здравоохранения направлена на повышение доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации. В 2005 г. Национальным проектом “Здоровье” первичная медико-санитарная помощь определена как одно из приоритетных направлений совершенствования российского здравоохранения. Тогда же была поставлена цель – сформировать основы и условия для повышения эффективности и усиления первичного звена здравоохранения РФ, а также для оптимального использования потенциала участковых терапевтов и врачей общей практики.

Реализация Национального проекта “Здоровье” началась с 01.01.2006 г. Проект предполагал совершенствование и расширение объемов, а также интенсификацию медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в частности развитие стационарно замещающих технологий в поликлинике. Однако за прошедший период реальной реформы первичного звена здравоохранения в России пока не произошло. Подавляющее большинство городских и сельских поликлиник продолжают оказывать первичную медико-санитарную помощь силами участковых терапевтов и узких специалистов. Институт “врачей общей практики” или “семейных врачей” еще не соответствует параметрам уровня квалификации этих специалистов [3].

В клинике внутренних болезней наиболее перспективным и отвечающим медицине, основанной на доказательствах, является комплексный и системный подход к оптимизации диагностики артериальной гипертензии. Современные диагностические и информационные технологии, которыми располагает клинический консультативный диагностический центр, значимо дополняют возможности врачей общей практики в объективной и диф-

ференцированной оценке АГ, способствуют раннему выявлению поражения органов мишеней – сердца, головного мозга, почек и сосудистой системы. Однако в отечественной клинической медицине по сей день решение диагностических задач врачами различных специальностей осуществляется с использованием селективного подхода, а не на комплексной и системной идеологической основе.

Мы предположили, что такой комплексный и системный подход может быть возможен лишь при наличии консультативных диагностических центров (КДЦ) с широким использованием современных лабораторных, визуальных и информационных технологий, способных объективизировать диагностическую гипотезу практического врача [7]. Для этого в 2003 г. главным врачом Ставропольского краевого клинического КДЦ – д.м.н., профессором Г.Я. Хайтом была предложена и внедрена в практику в структуре центра модель общей врачебной (семейной) практики. В дальнейшем – в целях обоснования важности оптимизации диагностики артериальной гипертензии в условиях клинического КДЦ – проведена предварительная аналитическая оценка опыта клинической практики оказания диагностической помощи больным АГ в городе Ставрополе и Ставропольском крае участковыми терапевтами и врачами общей практики. Накопленный опыт системы управления клинической практикой в поликлиническом звене здравоохранения и консультативном диагностическом центре лег в основу теоретического обоснования и разработки модели оптимизации дифференцированной верификации артериальной гипертензии в практике семейного врача в условиях Ставропольского краевого клинического КДЦ.

Цель настоящего сообщения: представить пути оптимизации диагностического процесса и информационную основу системы клинического управления медицинской помощью больным артериальной гипертензией в условиях отделения общей врачебной практики как подразделения консультативного диагностического центра.

Особенности современной организации клинического управления. Организация клинического управления предполагает применение административных, программных, аналитических, статистических, экономических и других методов. Регулирование в управлении обеспечивает необходимое состояние упорядоченности и устойчивости системы оптимизации диагностического процесса [6]. Для принятия обоснованных управленческих решений в стране, регионе, в учреждениях здравоохранения должна действовать эффективная и экономичная информационная система, позволяющая обеспечивать сопоставимость данных, их достаточную дифференциацию, доступность для анализа. Для решения этих задач необходима достоверная информация о тех параметрах здоровья, на которые предполагается воздействовать. В свою очередь, информация должна быть представлена вместе со спектром детерминант, которые определяют уровень состояния здоровья. Поэтому для оптимизации системы диагностического процесса больных с АГ разработана технология персонифицированного сбора и учета информации, которая позволила систематизировать работу всех врачей Краевого КДЦ. Управление сис-

темой оптимизации диагностики АГ в условиях клинического консультативного центра позволяет решить конкретную задачу. В связи с этим положением нами создан программный комплекс как информационная основа системы клинического управления медицинской помощью больным артериальной гипертензией.

Сегодня возможно применение нескольких моделей общей врачебной практики в условиях становления семейной медицины в здравоохранении Российской Федерации [4]. Однако все предлагаемые модели организации общей врачебной практики однотипные, в основном, касаются лишь поликлинического звена здравоохранения.

Логико-структурная модель оптимизации управляемого клинического диагностического процесса при АГ в условиях отделения общей врачебной практики Ставропольского краевого клинического КДЦ. Нами разработана структурно-функциональная организация оказания медицинской помощи пациентам, страдающим артериальной гипертензией, в условиях отделения “Семейной медицины” Ставропольского краевого клинического КДЦ.

Новое подразделение – отделение общей врачебной практики (или семейной медицины) открыто и функционирует в организационной структуре Ставропольского краевого КДЦ с 16 июня 2003 г. Его режим работы включает две смены и, кроме этого, действует стационар одного дня пребывания больного. На сегодня в этом отделении одновременно оказывается медицинская помощь – консультации врачей, диагностические исследования и восстановительное лечение (медикаментозное и физиотерапевтическое) – в среднем более 250 пациентам в день.

Организационная структура отделения общей врачебной практики представлена: врачами общей практики – 4; акушером-гинекологом – 1; невропатологом – 1; окулистом – 1. Параклиническая служба включает клиническую лабораторию (общий анализ крови, мочи, мокроты, сахар крови и мочи); функциональную (ЭКГ, спирография, ЭЭГ) и ультразвуковую диагностику (Эходоплерокардиография, УЗИ органов брюшной полости). Сюда же входит аптека с широким набором лекарственных препаратов.

Функциональные обязанности врачей отделения семейной медицины Ставропольского краевого клинического КДЦ соответствуют существующим Европейским и Российским стандартам семейной медицины. В отличие от врачей первичного поликлинического звена, врачи отделения общей врачебной практики имеют дополнительную подготовку по смежным врачебным специальностям и социально-правовым положениям. Оказание лечебно-профилактической помощи больным АГ осуществляется по разработанной авторами модели оптимизации диагностического процесса в комплексе подразделений КДЦ. Идеологией оптимизации диагностического и лечебного процесса явились Европейские и Российские стандарты, программы и приказы Министерства здравоохранения РФ по ведению больных с артериальной гипертензией.

Основные составляющие модели оптимизации диагностического процесса у больных АГ в условиях отделе-

ния общей врачебной практики включают 2 этапа: 1) психологическую составляющую общения “врач – больной” и 2) стратификацию риска АГ, приведенные ниже.

1) психологическая составляющая общения “врач – больной” подразумевает изучение и оценку анамнестических данных и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Так, опрос пациента направлен на определение признаков поражения органов-мишеней: сердца, головного мозга и глаз, почек, периферических артерий. Врач выясняет, проводилась ли антигипертензивная терапия и какими препаратами, уточняется, был ли их прием постоянным или нерегулярным. Оценивается эффективность лечения и влияние его на качество жизни больного. Устанавливается наличие факторов риска: а) некорректируемых – пол, возраст, наследственность; б) корригируемых – наличие заболеваний сердца и сосудов, почек, метаболического синдрома, сахарного диабета и АГ у близких родственников, ожирения, курения; особенностей пищевого и двигательного поведения.

2) стратификация риска артериальной гипертензии.

У каждого больного, страдающего АГ, в первую очередь следует провести оценку общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

К основным факторам, определяющим высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск (в соответствии с Рекомендациями ЕОАГ/ЕОК, 2007), отнесены: САД $\geq$ 180, ДАД $\geq$ 110 мм рт. ст.; САД $>$ 160, ДАД $<$ 70 мм рт. ст.; сахарный диабет; метаболический синдром; наличие $\geq$ 3 факторов риска одновременно.

Один или более признаков поражения органов мишеней, выявленных функциональными методами исследования: ЭКГ- или ЭхоКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, УЗИ-признаки утолщения стенки сонной артерии или наличие в ней бляшки, повышенная жесткость стенок исследуемых артерий.

По результатам такой оценки больной АГ может быть отнесен в одну из категорий – низкого, умеренного, высокого и очень высокого общего сердечно-сосудистого риска.

В систему стратификации мы также включили понятие “Метаболический синдром” (МС). Метаболический синдром подразумевает кластер, как минимум, трех из пяти возможных факторов: абдоминальное ожирение, повышенный уровень глюкозы натощак, уровень АД $\geq$ 130/85 мм рт. ст., снижение содержания холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) в крови и повышение уровня триглицеридов.

Основными диагностическими критериями оценки поражения органов-мишеней служат:

- ремоделирование сердца – биохимические, ЭКГ-, ЭхоКГ-признаки, данные суточного ЭКГ-мониторирования, Стресс-Эхо- и ЭКГ-систем, включающих ЭКГ-12 отведений, ортогональную ЭКГ и ВКГ по МакФи-Парунгао и ДЭКАРТО-векторное картирование сердца (реологические);

- изменения аорты и периферических сосудов по данным оценки сосудистого эндотелия; сосудов глазного дна;
- результаты исследования почек: диагностика гипертонического поражения почек основана на выявлении нарушения их функции или увеличения экскреции альбумина (микроальбуминурия) с мочой; измерении уровня сывороточного креатинина, а также скорости клубочковой фильтрации;
- томографические исследования головного мозга: “немые”, лакунарные и микроинсульты, также изменения белого вещества нередко встречается у больных АГ, которые могут быть выявлены с помощью МРТ или компьютерной томографии.

Анализ целесообразности и объема исследований подвергается каждый блок обследований. Кроме того, результаты обследований также анализируются, и результаты этого анализа берутся в основу расчетов чувствительности и информативности методов диагностики и разработки алгоритмов дальнейшей лечебной и профилактической тактики, дифференцированных по возрасту пациентов и длительности течения АГ.

Контролируемое лечение больных АГ и профилактики ее осложнений проводятся с учетом принципов семейной медицины.

Заключение

Восьмилетний опыт работы отделения общей врачебной практики показал целесообразность и оправданность формирования в структуре Клинических консультативно-диагностических центров подразделений семейной медицины. Они являются не только новой организационной формой комплексной помощи больным АГ, но и современной моделью оптимизации диагностического и лечебного процесса.

Внедрение в работу Ставропольского краевого КДЦ информационной технологии, представленной выше, позволило провести так называемый компонентный системный анализ, изучить клинко-функциональные особенности, выяснить качественный и количественный состав пациентов, страдающих АГ, как основного объекта оказания медицинской помощи. Результаты этого анализа явились основой для создания и перехода на новый и перспективный уровень диагностического и лечебного процесса лечения больных АГ в отделении общей врачебной практики как структуры клинического диагностического центра.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Фафонова Т.В. Амбулаторно-поликлиническое ведение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в свете нормативных документов // Здравоохранение. – 2004. – № 10. – С. 15–23.
2. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Российское исследование по оптимальному снижению артериального давления (РОСА 2): два года наблюдения. Что в итоге? // Кардиоваскул. терапия и профилактика. – 2005. – № 6, Ч. 1. – С. 4–13.
3. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика

- (семейная медицина). Практическое руководство. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 1000 с.
4. Денисов И.Н., Иванов А.И. Российская модель врача общей практики (семейного врача): Научно-практическое обоснование // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики : сборник тезисов и статей. – Самара, 2000. – С. 123–127.
 5. Клинические рекомендации Европейского Общества Кардиологов – 2007. – М.: МЕДИ Экспо, 2008 – 186 с.
 6. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. – М.: Медицина, 2003. – 192 с.
 7. Хайт Г.Я. Концепция развития диагностических служб в России // Актуальные проблемы деятельности консультативно-диагностических центров. – Екатеринбург : Изд-во АМБ. – 2007. – С. 10–12.
 8. Fagard R.H. Epidemiology of hypertension in the elderly // Am. J. Geriatr. Cardiol. – 2002. – Vol. 11. – P. 24–27.
 9. Kannel W. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study // Am. J. Hyper. – 2000. – Vol. 13 (pt. 2). – P. 3–10.

Поступила 10.05.2012

Сведения об авторе:

Синюкова Валентина Николаевна, генеральный директор ЗАО “Краевой клинический диагностический центр”.

Адрес: 355017, г. Ставрополь, ул. Ленина, 304.

E-mail: skkdc@skkdc.ru.