**МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ENSURING OF EFFICACY OF
PREVENTION OF ESSENTIAL HYPERTENSION COMPLICATIONS AT THE
OUT-PATIENT STAGE OF TREATMENT**

**ГРУЗДЕВА А.А.¹
ХАРИТОНОВА Е.А.¹
ИЛЬИН М.В.²**

**GRUZDEVA A.A. 1
KHARITONOVA E.A.1
ILYIN M.V.2**

¹*ОГБУЗ Окружная больница
Костромского округа № 1*

¹*District Hospital № 1 of Kostroma District*

²*ФГБОУ ВО «Ярославский
государственный медицинский
университет» Минздрава России*

²*Yaroslavl State Medical University*

gruzdeva-anna@mail.ru

gruzdeva-anna@mail.ru

doi: 10.18411/pivsn-10

idsp: pivsn-10

АННОТАЦИЯ

Артериальная гипертония является приоритетной проблемой оказания кардиологической помощи взрослому населению на догоспитальном этапе. Предпринято медико-социальное исследование с целью изучения эффективности профилактики осложнений артериальной гипертонии на догоспитальном этапе. Программа сбора материала предусматривала использование метода экспертной оценки 400 случаев лечения пациентов в условиях взрослой поликлиники. Исследование позволило установить частоту и структуру дефектов проведения профилактической работы, выявить приоритетные проблемы в обеспечении качества данной работы и разработать рекомендации по совершенствованию кардиологической помощи пациентам, направленные на повышение ее эффективности.

Ключевые слова: артериальная гипертония, профилактика, лечение

ABSTRACT

Essential hypertension is a priority problem of cardiology and cardiological treatment of adult population at the out-patient facilities. The purpose of our medical and social study was to evaluate the efficacy of prevention of essential hypertension complications at the ambulatory stage of treatment. The program of collecting material provided the use of the method of expert assessment of 400 cases of treatment of patients in out-patient facilities. We discovered the frequency and structure of defects of hypertension prophylactics and established priority problems in the quality of prophylaxis. We developed the recommendations for improvement of the cardiological care in patients with essential hypertension to increase the efficacy of prophylactics.

Key words: essential hypertension, prophylactics, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертония является приоритетной проблемой кардиологии и оказания кардиологической помощи взрослому населению на догоспитальном этапе. Поскольку проблема борьбы с артериальной гипертензией требует комплексного подхода, постольку решить ее можно только путем целенаправленных скоординированных действий поликлиник для взрослых, стационаров, скорой медицинской помощи, специализированных отделений стационаров, специализированных кардиологических центров и диспансеров [1, 2, 3, 4].

В программных документах обращается внимание на необходимость реформирования амбулаторно-поликлинической помощи, повышение ее эффективности. В тоже время количество исследований, рассматривающих проблему качества профилактики осложнений артериальной гипертензии с позиции анализа всего комплекса медико-социальных и медико-организационных факторов, явно недостаточно, что затрудняет разработку обоснованных управленческих решений по совершенствованию данного направления работы в региональных условиях.

Целью данного исследования являлось изучение психологического потенциала больных ишемической болезнью сердца с разным уровнем эффективности лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе медицинских организаций города Костромы. Использовались методы экспертной оценки, социологический, математико-статистический. По специально разработанной анкете «Медико-социальная характеристика пациента кардиологического профиля» проведен опрос 400 больных артериальной гипертензией на предмет их удовлетворенности медицинской помощью.

Проведена экспертная оценка 400 случаев медицинского наблюдения пациентов в условиях взрослой поликлиники. Изучались факторы эффективности вторичной и третичной профилактики артериальной гипертензии в группах сравнения; доступность поликлинической помощи; полноценность профилактических рекомендаций участкового врача; полноценность диагностических мероприятий; полноценность лечебных мероприятий; полноценность организации динамического наблюдения; профессиональные качества врача; факторы оптимальности оказания помощи по купированию приступа заболевания медицинскими работниками скорой помощи; факторы оптимальности тактики участкового врача после случая оказания помощи по купированию приступа заболевания медицинскими работниками скорой помощи; обострения заболевания (по данным анкетирования и экспертной оценки).

Оценена эффективность лечения пациентов по наличию или отсутствию осложнений гипертонической болезни и сформированы две группы: первая – с осложнениями (173 пациента), вторая – без осложнений (227 пациентов).

Статистическая обработка полученных результатов включала в себя группировку данных, расчет экстенсивных показателей, стандартной ошибки средней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка доступности оказания медицинской помощи складывалась из результатов ответов на вопросы анкеты о возможности попасть на прием к врачу, получении рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья от специалистов поликлиники, обращения за медицинской помощью в поликлиники по месту жительства и другие лечебные учреждения.

При анкетировании респондентов с артериальной гипертензией отметили нарушения доступности помощи участкового врача и специалистов поликлиники 36,5% пациентов первой и 31,2% второй группы ($p < 0,05$). Основной причиной нарушения доступности пациенты называли чаще всего большие очереди и неудобный график работы врачей (28,0%). Это, а так же отсутствие в поликлинике необходимого оборудования и специалистов, их невнимательное отношение побудило 26,3%

пациентов обращаться за медицинской помощью в другие медицинские организации, в том числе коммерческие.

Полный комплекс диагностического обследования реализован лишь у 5,3% больных первой группы и 12,5% второй группы. Не были проконсультированы узкими специалистами в первой группе - 7,8% больных против 1,2% во второй группе.

Изучались факторы полноценности лекарственных назначений врачами по данным анкетирования и экспертной оценки в соответствии со стандартами. Нарушение полноценности лекарственных назначений врачами отметили 37,5% пациентов первой группы и 34,1% пациентов второй группы ($p < 0,05$).

При впервые установленном диагнозе артериальной гипертонии больным было назначено большое количество различных групп лекарственных препаратов. Постоянный прием таблетированных препаратов был назначен 30,5% больным первой и 32,5% второй группы.

Отметили нарушение полноценности профилактических рекомендаций 56,2% в первой группе и 51,4% во второй группе ($p < 0,05$). Рекомендации по сохранению и укреплению здоровья от специалистов поликлиники в первой группе пациентов получали всегда 51,0% больных, иногда - 38,5% и не получали вообще - 10,5%; во второй группе, соответственно: 75,4%, 20,5%, 4,1%. Рекомендации по изменению образа жизни в первой группе пациентов были предложены лишь 0,25% больным, аутогенная тренировка, нормированные физические нагрузки, поведенческая терапия не предлагалась никому; второй группе, соответственно, 23,4%, 3,4%, 5,4%, 3,9%.

Нарушении оптимальности оказания помощи по купированию приступа заболевания отметили 18,7% больных в первой группе и 14,2% во второй группе ($p < 0,05$). Купирование криза и улучшение общего самочувствия пациента на длительный период достигалось по результатам обслуживания бригадой скорой медицинской помощи в первой группе у 77,3% пациентов, достигался кратковременный эффект в 22,8% случаев; во второй группе - 82,7% и 17,3%. Госпитализация в стационар была предложена 6,5% респондентов первой и 6,1% второй группы.

В результате ухудшения состояния, обострения артериальной гипертонии (криза), в первой группе пациентов различные осложнения возникли у 68,8% больных; во второй группе доля осложнений составляла 21,3%. При осложнениях и кризах были госпитализированы в первой группе лишь 25,0% больных, во второй группе - 32,4%. Отказались от госпитализации в стационар, соответственно, 39,8% и 34,5% больных. В 16,8% и 5,6% случаев госпитализация не предлагалась вообще.

Никто из больных первой группы, вызвавших скорую медицинскую помощь, на прием к участковому терапевту не приглашался, во второй группе доля приглашенных составила 12,5%. Для коррекции лечения после обострения артериальной гипертонии и ухудшения состояния в первой группе пациентов была увеличена доза назначенных препаратов у 6,5% больных, проведена замена препарата у 11,3%, назначена комбинация препаратов разных групп у 17,3%; назначена немедикаментозная терапия 0,25% больным, выдано направление на стационарное лечение 8,3% больным. Во второй группе - 4,7%, 15,6%, 18,5%, 1,3%, 19,8%, 30,1%, соответственно. Коррекция лечения не проводилась у 70,8% больных I группы и 10% пациентов II группы.

При ухудшении состояния или обострении/ кризе артериальной гипертонии среди пациентов первой группы отдают предпочтение вызову врача из поликлиники по месту жительства 7% больных, вызову врача скорой медицинской помощи – 86,15%, обращение к врачам частных клиник – 1,15%, обращение к знакомым врачам – 5,7%; во второй группе, соответственно: 22,4%, 67%, 2,2%, 8,4%. Никто из больных не отдает предпочтение лечению у специалистов по нетрадиционной медицине, гомеопатов и физиотерапевтов.

Нарушение факторов организации динамического наблюдения отметили 36,6% в первой группе и 30,2% во второй группе ($p < 0,05$). В первой группе 22,0% пациентов состоят на диспансерном учете с момента обнаружения у них повышенного артериального давления; с момента установления диагноза артериальной гипертензии - 16,5%, после различных осложнений артериальной гипертензии - 25,3%, не состоят на диспансерном учете 36,3% респондентов; во второй группе, соответственно, 30,3%, 46,2%, 23,0%, 0,4%. Не знают о том, состоят ли они на диспансерном учете в поликлинике 17,5% опрошенных первой и 4,5% второй группы.

После выписки из стационара нарушали основные рекомендации лечащего врача по разным причинам 27,8% больных первой группы и 4,5% второй группы. Основными причинами нарушения врачебных рекомендаций являлись неэффективность, по мнению пациентов, терапии (6,8%); отсутствие времени на выполнение рекомендаций (8,5%); отсутствие финансовой возможности (12,5%). В 4,3% случаев назначения врача стационара были изменены участковым терапевтом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущими причинами снижения качества и результативности медицинской помощи кардиологического профиля являются факторы со стороны медицинских работников (34,0%), со стороны пациентов (40,0%), организационные факторы (26,0%).

Наибольший вес в наступлении неблагоприятных исходов среди факторов со стороны пациентов имеют возраст старше 70 лет, тяжесть состояния, низкий уровень медицинской активности пациента, низкий уровень материального благополучия, низкий уровень приверженности лечению, мужской пол, наличие проблем в семье, низкий уровень доверия пациентов здравоохранению.

Среди факторов со стороны медицинского персонала - высокий уровень рабочей нагрузки персонала, стаж работы менее 3 лет, недостаточный уровень квалификации работников. Среди организационных факторов - доступность для врачей и медицинских сестер современной методической и нормативно-правовой литературы по актуальным проблемам медицинской деятельности, отсутствие в медицинских организациях структур по обеспечению качества медицинских услуг.

1. Бритов А.Н. Тактика ведения больных артериальной гипертензией, роль участкового терапевта // Качество жизни. – 2003. - №2. – С.31-36.
2. Гамбурцев А.Г., Чибисов С.М., Стрелков Д.Г., Куликов С.И. Мониторинг артериального давления // VIII международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке; концепции болезней цивилизации», 14-17 ноября 2007 года, РУДН, г. Москва - С.193- 194.
3. Фуфаев Е.Н., Ступаков И.Н., Самогородская И.В. Динамика показателей заболеваемости и организации первичной медицинской помощи населению мегаполиса // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2008. - №3. - С.11-14.
4. Чесноков П.Е., Клименко Г.Я., Бредихин С.В. Взаимосвязь показателей состояния здоровья населения с результатами деятельности муниципального амбулаторно-поликлинического учреждения // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. М., 2006. - С.43-45.