

HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Научно-практический
рецензируемый журнал*

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция февраль 2011 года)

Главный редактор А. И. Вялков

Редакционная коллегия:

Адрес редакции:

*115446, Москва,
Коломенский пр., 4, МТП Ньюдиамед, а/я 2*

Кафедра гематологии и гериатрии

Тел./факс (499) 782-31-09

E-mail: mtpndm@dol.ru

Internet: www.zdrav.net

Директор издательства:

Буланова В. А.

Директор по маркетингу:

Рихард Г. С.

Компьютерная верстка:

ООО «АДВАНСЕД СОЛЮШНЗ»

В. А. Батурич
С. Г. Боярский
Н. Д. Букреева
П. А. Воробьев
(зам. главного редактора)
Н. Г. Гончаров
К. Д. Данишевский
Е. В. Елшсева
Н. Н. Камынина
В. И. Кисина
Н. Н. Лебедева
Д. В. Лукьянцева
(научный редактор)
В. В. Мадьянова
А. Ю. Малый
В. В. Меньшиков
В. М. Новолодский
Л. Д. Попович
В. Ю. Семенов
С. М. Степнов
А. П. Столбов
С. Ш. Сулейманов
А. С. Юрьев

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

**1—2 2011
(Январь—Февраль)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «Ньюдиамед»

Формат 60×90/8

Печ. листов 5,5. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

Редакционный совет:

Б. А. Айнабекова (Казахстан)
Ю. Б. Белоусов (Москва)
А. В. Быков (Москва)
В. В. Власов (Москва)
А. И. Воробьев (Москва)
С. В. Грачев (Москва)
А. В. Катлинский (Москва)
А. А. Кубанова (Москва)
В. К. Леонтьев (Москва)
В. А. Насонова (Москва)
В. С. Преображенская (Москва)
М. Д. Смит (США)
В. И. Стародубов (Москва)
А. Л. Хохлов (Ярославль)
Г. Н. Царик (Кемерово)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2011

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

СМЕНА МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШИЙ МЕХАНИЗМ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ

Кораблев В.Н., Метелкина И.В. 3

ОБОСНОВАНИЕ ПРОТОКОЛОВ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Кондрашова Д.В., Елисеева Е.В., Гельцер Б.И., Беньковская О.П. 8

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Королев В.М. 13

ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛИТАХ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ

Хохлов А.Л., Николаева Н.Е. 18

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ СТАНЦИЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шестаков Г.С., Байсултанов И.Х. 23

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Ростова Н.Б. 30

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ДАННЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я. 35

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ 43

PRACTICAL STANDARDIZATION

CHANGE MANAGEMENT MODEL AS AN IMPORTANT MECHANISM OF IMPROVEMENT THE QUALITY AND ACCESSIBILITY OF TUBERCULOSIS CARE TO THE POPULATION AND INCREASE THE EFFICIENCY OF BUDGET EXPENDITURES

Korablev V.N., Metelkina I.V. 3

SUBSTANTIATION OF PHARMACEUTICAL THERAPY PROTOCOLS IN PATIENTS WITH BURNS

Kondrashova D.V., Yeliseyeva Ye.V., Gel'tser B.I., Ben'kovskaya O.P. 8

THE BASIC DIRECTIONS OF PERFECTION THE MEDICAL CARE IN PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA IN DIVERSIFIED HOSPITAL

Korolev V.M. 13

ESTIMATION OF COMPLAINS OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF ACUTE TONSILLITIS AND ANALYSIS OF ITS EFFECT ON PATIENTS' ADHERENCE TO TREATMENT

Khokhlov A.L., Nikolayeva N.Ye. 18

RESOURCE PROVISION AND OPTIMIZATION OF EMERGENCY CARE STATION MANAGEMENT

Shestakov G.S., Baysultanov I.Kh. 23

RESULTS OF A STUDY OF A PROVISION WITH DRUGS PROCESS AND INTRODUCTION OF FORMULARY SYSTEM IN HEALTH CARE INSTITUTIONS

Rostova N.B. 30

PECULIARITIES OF CLINICAL SIGNS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION. THE RESULTS OF PRIMARY MEDICAL DOCUMENTATION ANALYSIS

Posnenkova O.M., Kiselyov A.R., Gridnev V.I., Dovgalevskiy P.Ya. 35

SUMMARY 43

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ДАННЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

О.М. Посненкова¹, А.Р. Киселев, В.И. Гриднев, П.Я. Довгалевский

*Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии
Минздравсоцразвития России*

Изучалась полнота обследования и репрезентативность клинических показателей больных артериальной гипертонией, полученных по данным амбулаторных карт. Проанализированы 12 604 амбулаторные карты пациентов с диагнозом артериальная гипертония из 13 регионов России. Изучались следующие показатели: половозрастная структура, факторы риска, распределение артериального давления, лабораторные тесты, наличие ассоциированных клинических состояний и поражений органов-мишеней. В амбулаторных картах содержалось недостаточно информации о выполнении диагностических исследований по сравнению с положениями рекомендаций по артериальной гипертонии. Выявлено, что статистическое распределение значений систолического артериального давления, общего холестерина и креатинина отличается от нормального, что делает нецелесообразным использование средних значений данных показателей. Показана нерепрезентативность значений креатинина по отношению ко всей популяции больных артериальной гипертонией. Неполнота и недостоверность данных о клиническом статусе пациентов затрудняет интерпретацию популяционных оценок здоровья больных артериальной гипертонией, основанных на данных амбулаторных карт.

Ключевые слова: артериальная гипертония, амбулаторные карты, клинические рекомендации, репрезентативность, первичное звено здравоохранения

Совершенствование качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией остается важнейшей и до настоящего времени нерешенной проблемой российского здравоохранения [1]. Мощнейшим фактором совершенствования качества является его адекватная оценка

¹ Посненкова Ольга Михайловна — канд. мед. наук, старший научный сотрудник Центра продвижения новых кардиологических информационных технологий Саратовского НИИ кардиологии; 410028, г. Саратов, ул. Чернышевского, 141; тел.: (8452) 20-18-99; e-mail: kolizhirina@hotmail.ru.

[2]. В основе наиболее эффективных систем контроля качества медицинской помощи, широко распространенных за рубежом, лежит систематический анализ соответствия клинической практики принятым стандартам — клинический аудит [3]. В качестве эталона, как правило, используются клинические рекомендации, принятые в стране, а в качестве источника данных о реальной клинической практике — первичная медицинская документация (амбулаторные карты).

Применение современной методологии клинического контроля качества медицинской помо-

щи больным артериальной гипертонией в первую очередь требует полноты и достоверности клинических данных о пациентах, наблюдающихся в первичном звене.

В настоящее время оформление первичной медицинской документации остается плохо структурированным, что влияет на качество содержащейся в амбулаторных картах информации [4]. Возможность использования данных амбулаторных карт для суждения о состоянии первичной медицинской помощи больным артериальной гипертонией требует изучения.

Цель исследования — изучить полноту обследования и репрезентативность клинических характеристик больных артериальной гипертонией, полученных по данным первичной медицинской документации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены данные амбулаторных карт (форма 025/у-04) 12 604 пациентов (7819 женщин и 4785 мужчин) с диагнозом артериальная гипертония, наблюдающихся в 13 регионах России. Клинические данные о больных артериальной гипертонией получены из базы данных информационно-аналитической Интернет-системы российского Регистра артериальной гипертонии (далее — Регистр АГ) по состоянию на 2007 год. Исследуемая выборка сформирована случайным образом.

Изучались клинические характеристики, которые, согласно российским рекомендациям «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» 2004, 2008 гг. [5, 6] (далее — Рекомендации), ежегодно должны быть оценены у всех больных артериальной гипертонией: факторы риска (курение), уровень артериального давления, наличие ассоциированных клинических состояний и поражений органов-мишеней, лабораторные показатели (общий холестерин, креатинин). Для ряда показателей (уровень систолического и диастолического артериального давления, общий холестерин, креатинин) путем анализа распределений оценивалась их репрезентативность для всей популяции больных артериальной гипертонией.

Статистический анализ данных производился при помощи программного пакета «Statistica 6.1». Все данные проверялись на соответствие закону нормального распределения на основе критерия Колмогорова—Смирнова. Для всех количественных показателей, при условии отличия их распределения от нормального, вычислялись значения медианы (Me) и квартильного диапазона (25—75%), Me [25, 75%]. При условии соответствия закону нормального распределения данные представлялись в виде среднего

(M) и стандартного отклонения (σ или SD). Для бинарных показателей вида «имеется/отсутствует» (например, перенесенный инфаркт миокарда, курение и др.) определялись частоты их встречаемости в изучаемой популяции, выраженные в процентах. Сравнения переменных выполнялись при помощи критерия парных сравнений Вилкоксона. Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна—Уитни. Надежность используемых статистических оценок принималась не менее 95%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Половозрастная структура

Исследуемая выборка содержала 62% женщин и 38% мужчин.

На рис. 1 и рис. 2 представлена структура изучаемой когорты больных артериальной гипертонией в виде распределения пациентов по возрастным группам в зависимости от пола. Показано абсолютное преобладание доли лиц старше 55 лет (61% среди мужчин, 66% среди женщин). Пик

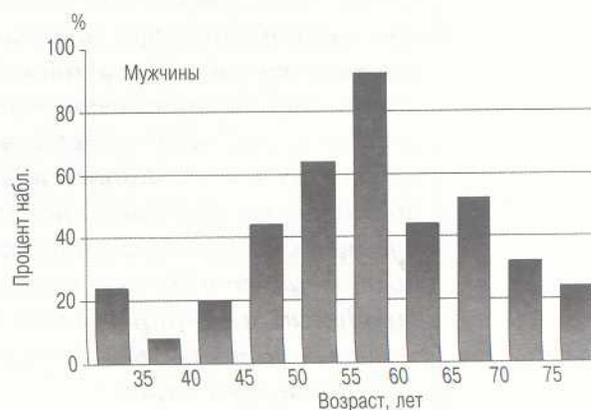


Рис. 1. Возрастная структура, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией мужского пола.

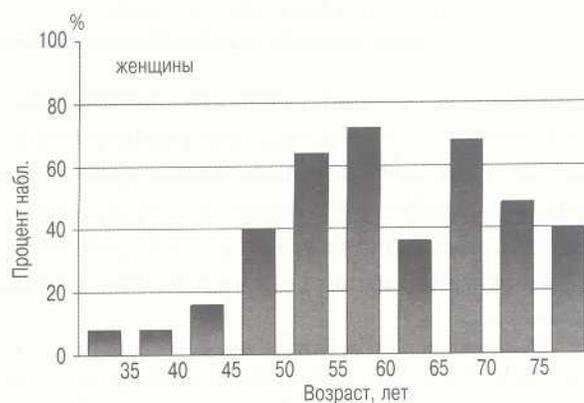


Рис. 2. Возрастная структура, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией женского пола.

возрастного распределения как у мужчин, так и у женщин совпал с возрастным диапазоном 55—59 лет ($p < 0,01$). То есть, по данным амбулаторных карт, поликлинику посещали в основном лица пенсионного и предпенсионного возраста. Отмечена малая доля лиц в возрасте 45—54 лет (27% среди мужчин, 26% среди женщин).

Распределение уровня систолического и диастолического артериального давления

Согласно Рекомендациям, необходимо не менее 1 визита в год для всех больных артериальной гипертонией, а для большинства пациентов с учетом их клинического статуса — не менее 2—3 визитов.

Хотя бы одна запись об уровне артериального давления за 2007 г. содержалась в амбулаторных картах 45% больных артериальной гипертонией. В амбулаторных картах 55% больных артериальной гипертонией не было ни одной записи об уровне артериального давления в течение года.

Определены значения систолического и диастолического артериального давления для каждого больного и в целом по выборке. Среднегодовой уровень систолического артериального давления в выборке составил 143 (133; 152) мм рт. ст., т. е. более чем у 50% больных артериальной гипертонией уровень систолического артериального давления был выше целевого (140 мм рт. ст.), обозначенного в Рекомендациях. Достоверных половых отличий по уровню систолического артериального давления в изучаемой популяции больных артериальной гипертонией не выявлено ($p > 0,05$). Среднегодовой уровень диастолического артериального давления составил $87,5 \pm 8,2$ мм рт.ст. Половых отличий по уровню диастолического артериального давления также не отмечено ($p > 0,05$).

Построены распределения уровней артериального давления по данным 5671 пациента (3572 женщины и 2099 мужчин), имеющего в амбулаторных картах хотя бы один результат измерения артериального давления в течение анализируемого года.

Распределение уровней диастолического артериального давления в изучаемой когорте больных артериальной гипертонией совпадает с нормальным распределением (рис. 3, 4), что свидетельствует об их репрезентативности для популяции больных артериальной гипертонией.

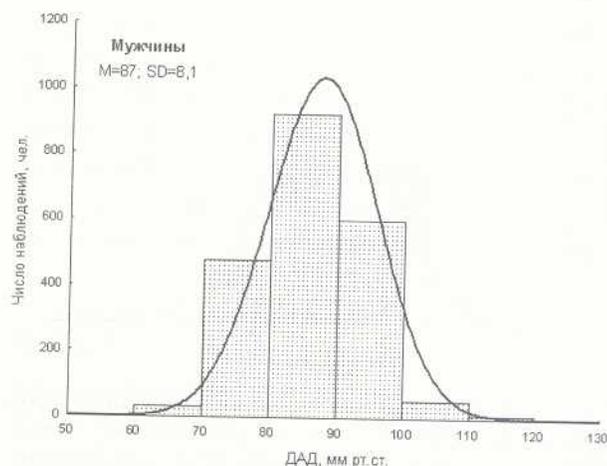


Рис. 3. Распределение уровней диастолического артериального давления, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией мужского пола.

Примечание. ДАД — диастолическое артериальное давление.

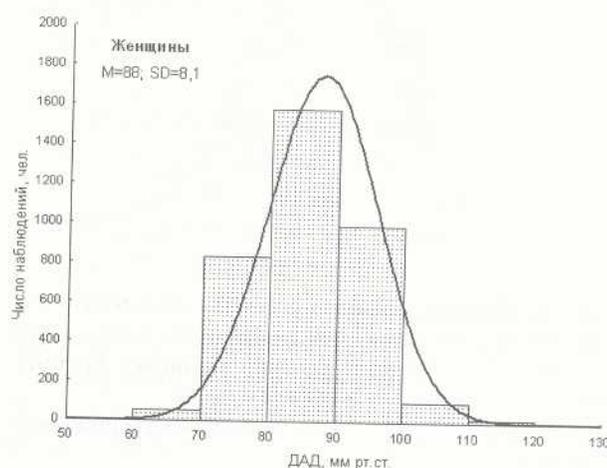


Рис. 4. Распределение уровней диастолического артериального давления, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией женского пола.

Примечание. ДАД — диастолическое артериальное давление.

В отличие от диастолического артериального давления, тип полученных распределений уровня систолического артериального давления отличался от нормального как среди мужчин, так и среди женщин (рис 5, 6).

По данным медицинской статистики [7], многие переменные в медицине имеют не стандартное нормальное, а логнормальное распределение, то есть нормально распределены логарифмы переменных. После логарифмирования значений систолического артериального давления полу-

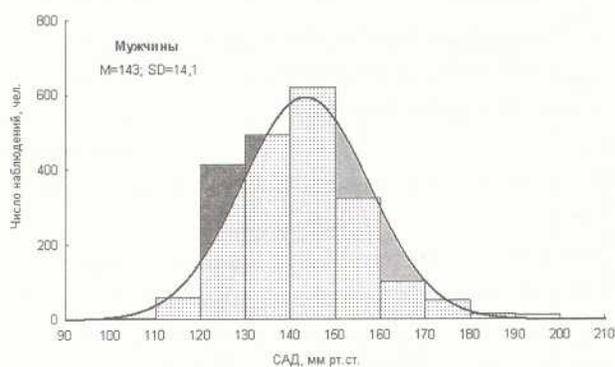


Рис. 5. Распределение уровней систолического артериального давления, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертензией мужского пола.

Примечание. САД — систолическое артериальное давление.

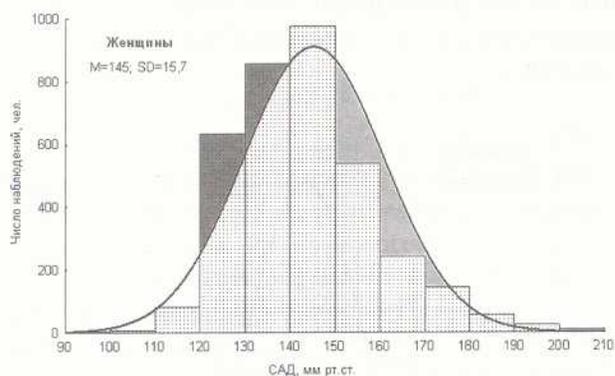


Рис. 6. Распределение уровней систолического артериального давления, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертензией женского пола.

Примечание. САД — систолическое артериальное давление.

чено логнормальное распределение показателей (рис. 7, 8), что свидетельствует о репрезентативности данных систолического артериального давления для общей популяции больных артериальной гипертензией.

Распределения основных клинических показателей

Рекомендации предполагают ежегодное определение у всех больных артериальной гипертензией обязательного перечня клинических показателей и выявление неблагоприятных привычек в образе жизни для определения факторов риска, поражений органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний. Цель — установление степени риска сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии.

Одним из важнейших факторов риска, контролируемых ежегодно, согласно Рекомендациям, является курение. Информация о курении присутствовала в амбулаторных картах 35% больных артериальной гипертензией. Распространенность курения составила 10,1%.

В перечень обязательных клинических показателей, определяемых ежегодно у всех больных артериальной гипертензией, входит общий холестерин. Данные об уровне общего холестерина присутствовали в 2007 г. в амбулаторных картах 3877 больных артериальной гипертензией, что составило 30,8% от общего количества карт, использованных для анализа. Уровень общего

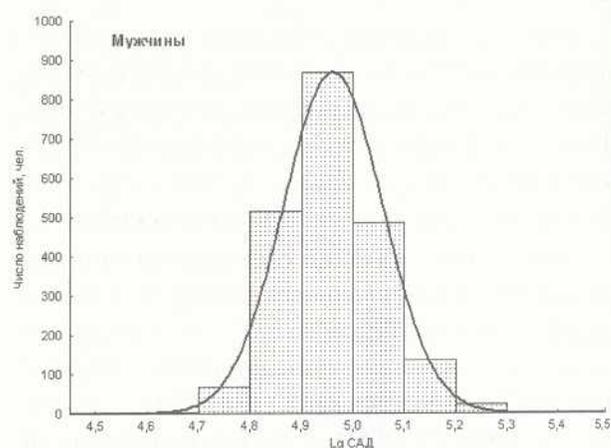


Рис. 7. Распределение логарифмов уровней систолического артериального давления изучаемой группы больных артериальной гипертензией мужского пола.

Примечание. САД — систолическое артериальное давление.

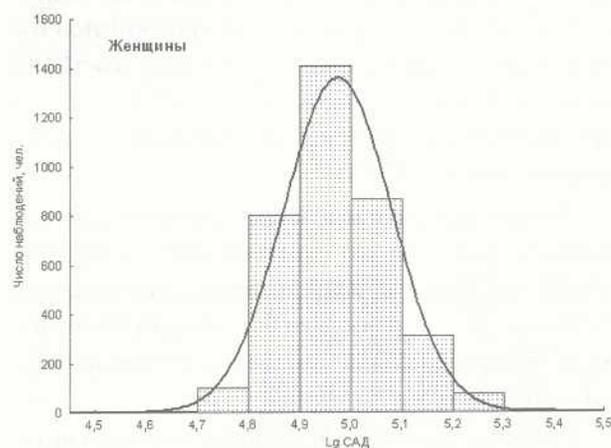


Рис. 8. Распределение логарифмов уровней систолического артериального давления изучаемой группы больных артериальной гипертензией женского пола.

Примечание. САД — систолическое артериальное давление.

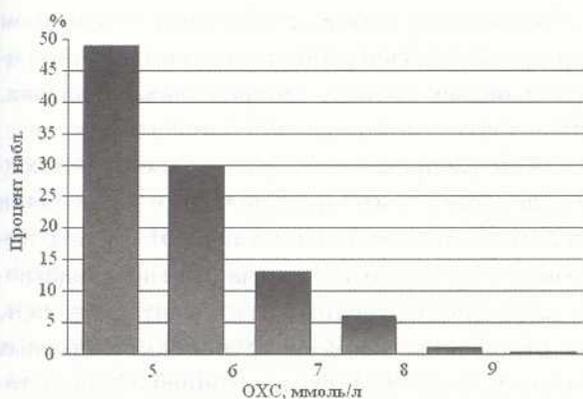


Рис. 9. Распределение уровней общего холестерина крови, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией.

Примечание. ОХС — общий холестерин.

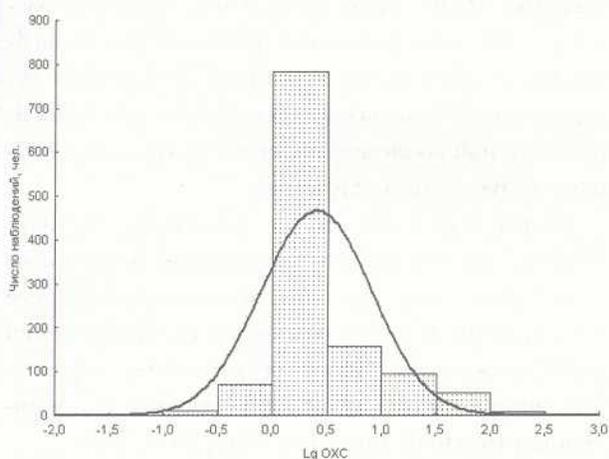


Рис. 10. Распределение логарифмов уровней общего холестерина крови.

Примечание. ОХС — общий холестерин.

холестерина в исследуемой выборке составил 5,09 (4,58; 6,0) ммоль/л.

На рисунке 9 представлено распределение уровней общего холестерина в изучаемой когорте больных артериальной гипертонией. Достоверных половых различий в распределении данного показателя выявлено не было. Показано ассиметричное смещение распределения уровня общего холестерина в сторону нормальных его значений, однако после логарифмирования получено приближающееся к логнормальному распределение значений общего холестерина (рис. 10).

Согласно Рекомендациям, ежегодно у всех больных артериальной гипертонией должен определяться уровень креатинина крови для выявления нарушений выделительной функции почек. Данные об уровне креатинина крови име-

лись в амбулаторных картах у 2583 больных артериальной гипертонией, что соответствовало 20,5% общей численности изучаемой когорты. Уровень креатинина в выборке составил 86,73 (70,8; 102,66) мкмоль/л. Статистическое распределение значений креатинина значительно отличалось от нормального и логнормального (рис. 11).

Согласно Рекомендациям, ежегодно у всех больных артериальной гипертонией должен оцениваться уровень персонального риска. Для предварительной оценки до завершения углубленного обследования используется калькулятор SCORE. Для окончательного суждения о состоянии пациента используются Фрамингемские критерии. Согласно Фрамингемским критериям, пациенты с установленными поражениями органов-мишеней, ассоциированными клиническими состояниями или сахарным диабетом относятся к категории высокого и очень высокого риска.

В исследуемой выборке поражения органов-мишеней, ассоциированные состояния или сахарный диабет были диагностированы у 28% пациентов. В таблице представлены данные о поражениях органов-мишеней и ассоциированных клинических состояниях в изучаемой когорте больных артериальной гипертонией.

Персональный риск сердечно-сосудистых осложнений по модели SCORE должен быть определен у всех больных артериальной гипертонией, не имеющих доказанной ишемической болезни сердца. Диагноз «ишемическая болезнь сердца» был установлен у 16% пациентов в изучаемой группе. В амбулаторных картах остальных больных артериальной гипертонией данные для оцен-

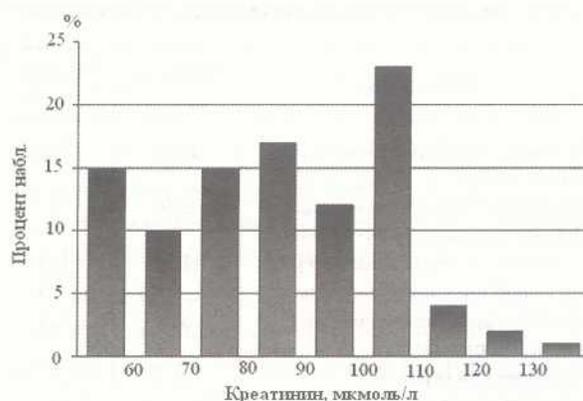


Рис. 11. Распределение уровней креатинина крови, по данным амбулаторных карт, изучаемой группы больных артериальной гипертонией.

ки риска SCORE имелись в полном объеме у 26,6% пациентов. Среди них уровень персонального риска составил 4,63 (1,55; 9,4) %.

В проведенном исследовании на основании данных первичной медицинской документации охарактеризована амбулаторная помощь больным артериальной гипертонией и выявлены основные проблемы качества медицинской помощи.

Анализ половозрастной структуры случайной выборки амбулаторных больных артериальной гипертонией показал, что в 2007 г. поликлинику посещали преимущественно лица старше 55 лет (большинство больных в возрасте 55—59 лет). Отмечена низкая посещаемость лиц трудоспособного возраста (45—55 лет). При этом результаты мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в Российской Федерации (2005—2007 гг.) [8] показали, что максимальная численность больных артериальной гипертонией в структуре населения России приходится на возрастную группу от 45 до 65 лет. Возможно, лица трудоспособного возраста недостаточно часто обращаются за амбулаторной медицинской помощью по поводу артериальной гипертонии в связи с малосимптомным или бессимптомным течением заболевания, высокой занятостью, низкой удовлетворенностью работой учреждений первичного звена.

Проведенный анализ выявил недостаточную полноту и связанные с этим статистические особенности медицинских данных, содержащихся в амбулаторных картах больных артериальной гипертонией.

Распространенность поражений органов мишеней и ассоциированных клинических состояний у амбулаторных больных артериальной гипертонией

Показатель	Женщины, %	Мужчины, %
Ишемические болезни сердца. Стенокардия	13,9	16
Ишемические болезни сердца. Перенесенный инфаркт миокарда	2,9	9
Атеросклероз мозговых артерий	1,5	1,5
Мозговой инсульт в анамнезе	1	0,9
Транзиторные ишемические атаки в анамнезе	3,3	2,5
Хроническая сердечная недостаточность	14,7	15,7
Атеросклероз периферических артерий	4,2	5,1
Гипертрофия левого желудочка	19,1	17,2

Более чем у половины больных с диагнозом «артериальная гипертония» за год ни разу не контролировался уровень артериального давления, что недопустимо согласно Рекомендациям.

Типы распределений уровней систолического и диастолического артериального давления в анализируемой выборке позволяют сделать выводы о репрезентативности данных артериального давления, полученных из амбулаторных карт, по отношению ко всей группе амбулаторных больных артериальной гипертонией. Однако, типы распределений систолического и диастолического артериального давления отличаются друг от друга: распределение систолического артериального давления логнормальное, распределение диастолического артериального давления — нормальное. Ранее проведенные исследования распределений артериального давления [9] базировались на общей популяции и не проводились отдельно среди больных артериальной гипертонией, поэтому наблюдаемое явление требует дальнейшего углубленного изучения.

Вследствие того, что распределение систолического артериального давления отличается от стандартного нормального, использовать среднее его значение в качестве популяционной оценки нецелесообразно. Более объективной характеристикой в таком случае является медиана и интерквартильный диапазон (Me [25%, 75%]).

Информация о курении присутствовала в амбулаторных картах 35% больных артериальной гипертонией. То есть, врачи амбулаторного звена мало внимания уделяли установлению статуса курения и не фиксировали его в амбулаторных картах. Распространенность курения среди больных артериальной гипертонией, по данным амбулаторных карт, составила 10,1%, что значительно ниже данных других исследований, где изучалась распространенность курения среди населения в некоторых регионах России и странах Европы [10, 11]. Таким образом, получаемые по данным формы 025/у-04 сведения о курении не являются достоверной клинической характеристикой всей популяции амбулаторных больных артериальной гипертонией.

У большинства пациентов с артериальной гипертонией не выполнялись такие обязательные исследования, как определение уровня общего холестерина, креатинина.

Хотя наблюдаемое распределение значений общего холестерина не противоречит законам

медицинской статистики, то есть этот показатель репрезентативен по отношению ко всей популяции больных артериальной гипертонией, значение уровня общего холестерина вызывает вопросы. Уровень холестерина, полученный по данным амбулаторных карт, в исследуемой выборке составил 5,09 (4,58; 6) ммоль/л. Подобный «благоприятный» профиль значений общего холестерина не согласуется с тяжестью клинического статуса изучаемой группы больных артериальной гипертонией: 14,5% пациентов в исследуемой когорте перенесли инфаркт миокарда. Особенно явно проявляется это несоответствие при сравнении с результатами мета-анализа клинико-популяционных характеристик больных артериальной гипертонией, проведенного S.J. Pocock и соавторами [11]. В данном исследовании при общей численности группы 47 088 больных артериальной гипертонией инфаркт перенесли 2,5% пациентов женского и 4,7% пациентов мужского пола, что достоверно ($p < 0,05$) ниже такового показателя в российской выборке больных артериальной гипертонией. При этом уровень общего холестерина в данной группе составил более 5,0 ммоль/л у 91,7% пациентов женского пола и у 88,9% пациентов мужского пола. Таким образом, уровень общего холестерина, полученный из амбулаторных карт, несмотря на статистическую достоверность, должен с осторожностью применяться в качестве групповой оценки здоровья больных артериальной гипертонией. В связи с тем, что распределение показателей общего холестерина отличается от нормального, значения данного показателя должны представляться в виде медианы и интерквартильного диапазона.

Распределение значений креатинина показало нерепрезентативность данного показателя по отношению ко всей популяции амбулаторных больных артериальной гипертонией, в первую очередь за счет редкого определения уровня креатинина. Следовательно, уровень креатинина, полученный по данным амбулаторных карт, не может использоваться в качестве валидной оценки здоровья амбулаторных больных артериальной гипертонией. При статистическом анализе значений креатинина результат должен представляться только в виде медианы и интерквартильного диапазона.

По данным амбулаторных карт больных артериальной гипертонией, выявлена низкая частота поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, что является след-

ствием недостаточно глубокого, не соответствующего Рекомендациям обследования.

Все эти факторы препятствуют объективной оценке клинического статуса больного и определению категории риска. Согласно Рекомендациям [5, 6], именно уровень риска является основанием для выбора той или иной тактики лечения. У всех больных артериальной гипертонией, не имеющих выявленных ассоциированных клинических состояний, ежегодно должен быть определен уровень риска по модели SCORE как скрининговая оценка клинического статуса. Несмотря на важность определения уровня риска, подчеркиваемого в Рекомендациях, все данные для его оценки по модели SCORE в 2007 г. имелись в полном объеме лишь у трети больных артериальной гипертонией. По данным проекта SCORE, Россия отнесена в категорию стран высокого риска осложнений артериальной гипертонии [12]. При этом популяционный уровень персонального риска составил 4,63 (1,55; 9,4) %, то есть более 50% пациентов имели риск менее 5%, что не характерно для страны «высокого риска». Парадоксально низкий популяционный уровень персонального риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений (SCORE) определяют особенности распределения основных показателей, характеризующих клинический статус больных артериальной гипертонией: уровень систолического артериального давления, общего холестерина, данные о курении. Неадекватная оценка уровня персонального риска, особенно его занижение, неизбежно влечет за собой ошибки в тактике лечения больных артериальной гипертонией и влияет на достоверность мониторинга клинических результатов медицинской помощи.

В амбулаторных картах недостаточно информации содержится о факторах риска артериальной гипертонии (курение), обязательных клинических (артериальное давление) и лабораторных показателях (общий холестерин, креатинин). Это свидетельствует, что качество сбора информации, полнота обследования пациентов не соответствует Рекомендациям, имеются недостатки заполнения первичной медицинской документации.

Таким образом, клинический «портрет» больных артериальной гипертонией в амбулаторном звене в России, получаемый в настоящее время по данным первичной медицинской документации (амбулаторным картам), искажен. Данные амбулаторных карт не позволяют получить достоверные популяционные оценки здоровья на-

селения, то есть обеспечить объективность системы контроля качества медицинской помощи, соответствующей общемировым стандартам.

Текущая ситуация с качеством клинических данных о больных артериальной гипертонией, содержащихся в амбулаторных картах, является следствием сложившейся системы оценки деятельности российской амбулаторной службы, где акцент сделан на экстенсивные организационные показатели, не связанные с процессом достижения клинических целей лечения артериальной гипертонии (достижение целевого артериального давления и снижение персонального риска сердечно-сосудистых осложнений).

Назрела необходимость внедрения принципиально новых подходов к обеспечению качества первичной помощи больным артериальной гипертонией, в частности, клинического аудита. Внедрение инновационной системы оценки качества медицинской помощи должно проводиться с учетом опыта зарубежных стран и особенностей организации первичной помощи больным артериальной гипертонией в условиях российского здравоохранения. Изменение подхода к контролю качества медицинской помощи должно, в первую очередь, затрагивать совершенствование первичной медицинской документации. Применение современных методов управления качеством медицинской помощи невозможно без полноценного, соответствующего реальности и Рекомендациям, отражения клинического статуса больного артериальной гипертонией в амбулаторной карте.

ВЫВОДЫ

По данным амбулаторных карт, у больных артериальной гипертонией не выполняются рекомендации по оценке факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Отдельные данные о клиническом статусе больных артериальной гипертонией характеризуются статистической недостоверностью: с учетом типа распределения — для креатинина, с учетом сравнительных данных литературы — для общего холестерина, уровня персонального риска.

При оценке некоторых показателей больных артериальной гипертонией (значение систолического артериального давления, общего холестерина, креатинина), отраженных в амбулаторных картах, выявлены статистические особенности — распределение значений, отличное от нормаль-

ного. В связи с этим рекомендовано для представления результатов использовать не средние значения данных показателей, а квартили (Me [25%; 75%]).

Неполнота и недостоверность данных амбулаторных карт больных артериальной гипертонией отражают несистемный подход к оценке клинического статуса пациента, что влияет на качество оказываемой медицинской помощи. Необходимо внедрение современных методов управления качеством медицинской помощи, которое, в первую очередь, должно сопровождаться совершенствованием первичной медицинской документации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И., Воробьев И.А. Трудности и ошибки реализации программы управления качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006. № 1. С. 3—7.
2. Dixon N. Medical Audit primer // Hampshire. 1991.
3. Индейкин Е.Н. Клинический аудит: опыт Великобритании // Качество медицинской помощи. 2002. № 2. С. 45—53.
4. Варужанян А.А. Оценка качества ведения первичной медицинской документации в некоторых поликлиниках г. Еревана // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2009. № 3/4. С. 19—22.
5. Второй пересмотр рекомендаций ВНОК по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. Т. 3. № 3. Ч. I. С. 105—120.
6. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов (третий пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008. Т. 7. № 6 (приложение 2).
7. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
8. Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в Российской Федерации (2005—2007 гг.), проведенного в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ. 2008.
9. Бивере Т., Лип Г., О'Брайен Д. Артериальная гипертензия / Перевод с англ. под ред. докт. мед. наук, профессора В.И. Метелицы. М.: Бином. 2005.
10. Бабанов С.А., Агаркова И.А. Гендерные и возрастные особенности табачной зависимости среди городского населения в Среднем Поволжье // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5. № 2. С. 197—200.
11. Pocock S.J., McCormack V., Gueyffier F. et al. A score for predicting risk of death from cardiovascular disease in adults with raised blood pressure, based on individual patient data from randomised controlled trials // BMJ. 2001. Vol. 323. P. 75—81.
12. Conroy R.M., Pyörälä K., Fitzgerald A.P. et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project // European Heart Journal. 2003. Vol. 24. P. 987—1003.