

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО БОРЬБЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В МОСКВЕ

Лазебник Л.Б., Гайнулин Ш.М., Дроздов В.Н., Назаренко И.В., Пятигорская С.М., Карагодина Ю.Я.

Организационно-методические отделы по терапии и медицинской профилактике Департамента здравоохранения города Москвы.

Артериальная гипертония (АГ) является одной из актуальнейших проблем современного общества, одним из самых широко распространенных заболеваний во многих странах, в том числе и в России, где ее распространенность составляет 39% у мужчин и 41% у женщин [1].

Ассоциированные с артериальной гипертонией заболевания (расстройства мозгового и коронарного кровообращения) являются главными причинами инвалидизации и смертности населения [2, 3].

Предпринимаемые целым рядом стран усилия (создание и осуществление государственных программ по борьбе с АГ, государственные дотации на лечение и т.п.) следует признать единственно реальными способами противостояния этой эпидемии. Лидер этого направления — США, где, в результате реализации с 1960 по 1990 год национальной программы по борьбе с АГ, добились снижения факторов риска (кроме повышенной массы тела) и заболеваемости АГ, а также снижения смертности от инсульта на 50% [4].

Принятая Правительством РФ в 2001 году Федеральная программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» ставит своей задачей снижение заболеваемости инсультами и ОИМ на 13-18%.

В целом ряде регионов России начато изучение эпидемиологии АГ и организация профилактической помощи населению по предотвращению факторов риска заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Правительством и Комитетом (ныне Департаментом) здравоохранения города Москвы, начиная с 1998 года, предпринят целый ряд финансируемых организационных мер по обеспечению качественной лечебно-диагностической помощи больным АГ, а также профилактике этого заболевания.

В приведенном сообщении использованы данные официальной статистики, нормативные документы, а также результаты исследований и проверок, проведенных сотрудниками организационно-методического отдела по терапии Департамента здравоохранения г.Москвы.

Распространенность и заболеваемость АГ

По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г.Москвы (учетные формы №12), в период с 1992 по 2001 год прослеживается четкая динамика роста показателей распространенности и заболеваемости (впервые выявленной) АГ (рис. 1, 2).

Так, в период 1992-1995гг. отмечено уменьшение

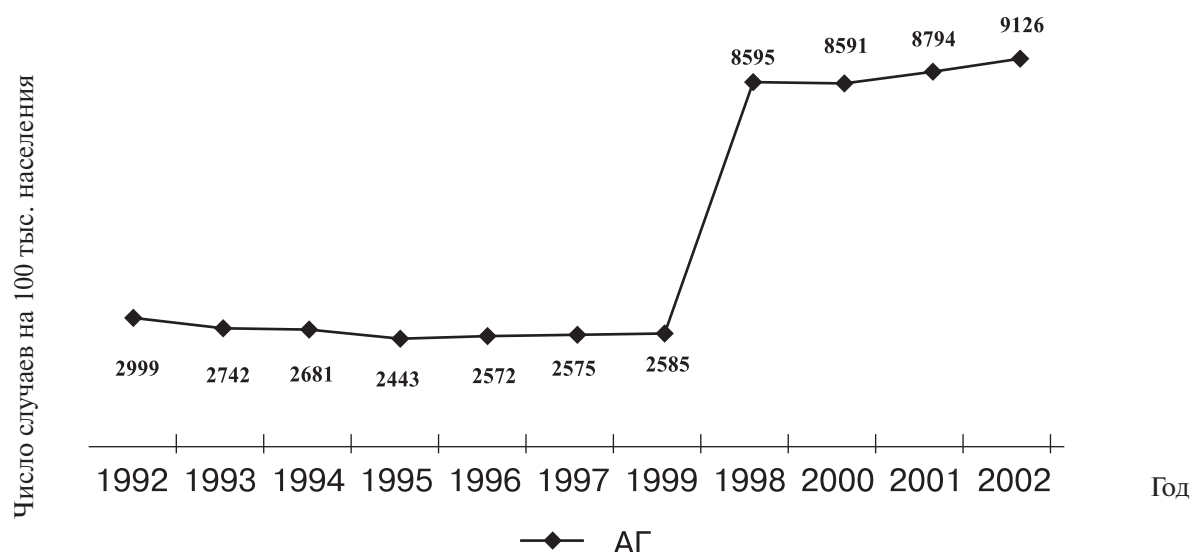


Рис. 1. Распространенность АГ в г. Москве в 1992 — 2002 гг.

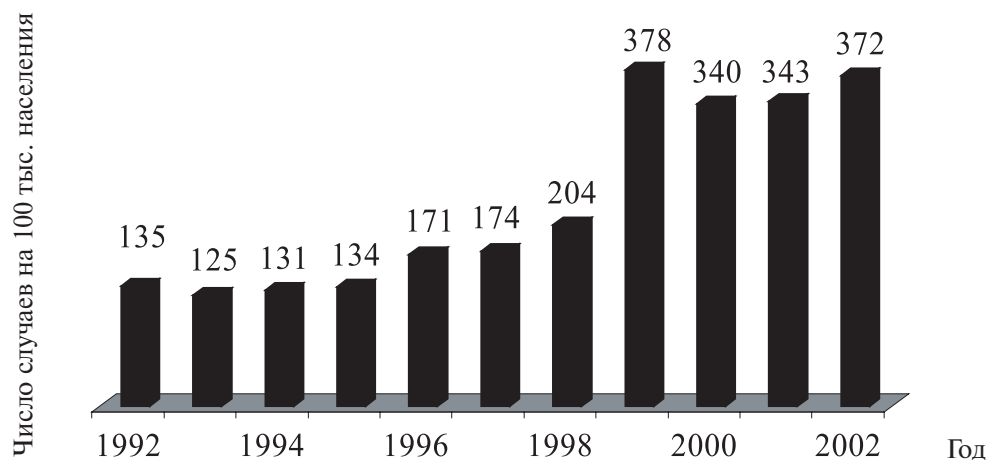


Рис.2. Заболеваемость АГ в г. Москве в 1992-2002 гг.

распространенности АГ и до 1998 года колебания кривой были незначительны. В 1992-1997 гг. число впервые выявленных случаев АГ менялось недостоверно. Объяснением данному факту являются известные социальные причины, заставлявшие людей не обращаться к врачу, предпочитая самолечение [5, 6].

В 1999 г. в г. Москве отмечено значительное увеличение распространенности (в 3,6 раза) и заболеваемости (на 11,7% — в 1998 г. и на 18,5% — в 1999 г.) АГ, что, по-видимому, можно объяснить несколькими причинами. Первое — это, так называемый, человеческий фактор, явившийся причиной увеличения обращаемости. Второе — в результате принятия Правительством Москвы и Комитетом здравоохранения целевой подпрограммы «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний у населения трудоспособного возраста в Москве» стали улучшаться статистические показатели. И, наконец, третье — переход на Международную классификацию болезней X пересмотра, согласно которой больных с осложненным течением АГ, ранее включаемых в рубрику «ИБС с гипертонической болезнью» и «Цереброваскулярная болезнь с гипертонией», стали относить к рубрикам «Болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением».

Результаты целевой диспансеризации

В целях реализации постановления Правительства Москвы от 30.12.97. № 941 «О мерах по охране здоровья населения г. Москвы на 1998-1999 гг.» Комитетом здравоохранения была утверждена Комплексная программа «Целевая диспансеризация населения г. Москвы» (Приказы КЗ №154 от 25.03.98., №308 от 14.07.00.), одной из подпрограмм которой явилась «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний».

Целью подпрограммы было не только выявление больных, но и определение факторов риска, способ-

ствующих возникновению таких заболеваний. Приказ Комитета здравоохранения и положение о диспансеризации определили не только выявление факторов риска, критерии состояния здоровья пациента (здоров, совет по немедикаментозному лечению, направление на консультацию к врачу), но и тактику дальнейшей работы с больными.

Началу диспансеризации предшествовала подготовительная работа: было открыто и оснащено необходимым оборудованием 224 кабинета доврачебного контроля и осмотра (КДК), разработана компьютерная программа для хранения и обработки полученных данных, обучен средний медицинский персонал.

Диспансеризация проводилась в возрастной группе 35-55 лет, т.к. пациенты этого возраста склонны к недооценке состояния собственного здоровья, и именно на этот возраст чаще всего приходится начало заболевания.

Целью диспансеризации было «...создание системы профилактики и ранней диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы и адекватного пожизненного лечения указанной патологии...». Комитетом здравоохранения были разработаны: положение о кабинете доврачебного контроля и осмотра; инструкция о проведении мероприятий в кабинете доврачебного контроля и осмотра; карта регистрации пациента, обследованного в кабинете доврачебного контроля и осмотра (табл. 1); формы оперативного отчета о работе кабинета доврачебного осмотра и контроля и о выполнении подпрограммы «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний».

Согласно инструкции, в КДК проводилось анкетирование больных. При наличии только одного из факторов риска (индекс массы тела выше 25 кг/см², табакокурение, повышение АД свыше 140/90 мм рт. ст., глюкозы — до 6,5 ммоль/л натощак или 7,6 ммоль/л после еды, холестерина — до 5 ммоль/л) ме-

Таблица 1

Форма карты регистрации пациента, обследованного в кабинете доврачебного контроля и осмотра

Номер в регистре
№ страхового полиса
Дата заполнения
Ф.И.О.
Пол пациента: муж.; жен.
Возраст (полных лет)
Адрес
Социальное положение: 1-руководитель; 2-служащий; 3-рабочий; 4- учащийся; 5-неработающий;
Рост.....Вес.....Индекс массы тела (норма-25)
Артериальное давление
Холестерин (норма — менее 5,2 ммоль/л)
Глюкоза (норма – менее 5,5 ммоль/л)

дицинской сестрой (фельдшером) пациенту давался совет по немедикаментозному устранению выявленного фактора риска (табл. 1) и объяснялась необходимость повторного обращения через полгода. При превышении указанных пограничных значений (АД 140/90 мм рт. и выше, содержание глюкозы более 6,5 ммоль/л натощак или 7,6 ммоль/л после еды, холестерина более 5,0 ммоль/л) пациенту рекомендовали повторное посещение на следующий день натощак. Если при повторном обращении обнаруженные факторы оставались повышенными, больного направляли к участковому врачу. Если показатели повторного обследования не превышали норму, пациенту давали нижеуказанный совет (табл. 2).

При выявлении двух факторов риска обратившийся пациент направляется к участковому врачу или эндокринологу. При обнаружении трех и более факторов риска обратившийся пациент направляется к кардиологу и неврологу. При наличии у больного жалоб на состояние здоровья медицинская сестра(фельдшер) направляет больного к лечащему врачу, независимо от констатации факторов риска.

В результате проведенных мероприятий в

Таблица 2

Советы по немедикаментозному устранению факторов риска

Фактор риска	Совет
Табакокурение	Отказаться от курения
Повышенное АД	Соблюдение режима труда и отдыха, прекращение табакокурения и злоупотребления алкоголем, ограничение приема поваренной соли с пищей
Повышенный ИМТ	Ограничение потребления с пищей жиров и углеводов, легкие спортивные упражнения
Повышение глюкозы	Ограничение употребления углеводной пищи
Повышение холестерина	Ограничение употребления жирных и мясных продуктов

Таблица 3

Заболевания, выявленные при целевой диспансеризации населения

Наименование	Процент от числа больных, поставленных на диспансерный учет
Гипертоническая болезнь	49,0%
ИБС	21,4%
Сахарный диабет	12,9%
Ожирение	5,1%
Другие заболевания	11,0%

Таблица 4

Количественная характеристика факторов риска, выявленных при целевой диспансеризации населения

Факторы риска	Процент от общего количества пациентов с факторами риска
Повышенный ИМТ	28%
Табакокурение	28%
Повышенное АД	26%
Гипергликемия	9%
Гиперхолестеринемия	9%

1998-2001 гг. обследовано более 1,5 млн. человек. У 2,8% из них выявлены заболевания, и они поставлены на диспансерный учет, у 58% обследованных обнаружены факторы риска и 39,9% признаны здоровыми; 34,9% получили совет по немедикаментозному лечению.

Среди выявленных больных наибольшее число составили пациенты с АГ. Все они поставлены на диспансерный учет в поликлиниках (табл. 3).

Вторым, но не менее важным, результатом диспансеризации было выявление у 58% пациентов факторов риска. Наиболее часто среди факторов риска отмечались повышенный ИМТ – 28%, табакокурение – 28% и повышение уровня АД – 26% (табл. 4).

Подобные результаты получены в 2000-2001 годах ГНИИЦ профилактической медицины в результате проведения методом телефонного опроса 1,5 тыс. москвичей в возрасте 25-64 лет по унифицированной системе мониторинга поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний [6]. Так, наибольшую распространенность среди факторов риска имели повышенный ИМТ — у 41% мужчин и у 34% женщин, ожирение, которое констатировано у 10% мужчин и у 18% женщин. В России распространенность повышенного ИМТ в возрастной группе от 25 до 64 лет составляет 44-59% у мужчин и 59-74% — у женщин [7]; в Финляндии — 58% у мужчин и 52% — у женщин, в Венгрии — 76% у мужчин и 56% — у женщин [8].

Табакокурение, по данным ГНИИЦ профилактической медицины, также является одним из самых распространенных факторов риска — в Москве ку-

Таблица 5
Количественная характеристика сочетаний факторов риска, выявленных при целевой диспансеризации населения

Сочетания факторов	Процент от общего количества пациентов с факторами риска
Сочетание 2 факторов риска:	27,1%
Табакокурение+АД	3,4%
Повышенный ИМТ +АД	8,1%
Табакокурение +повышенный ИМТ	8,2%
Сочетание 3 факторов риска:	7,8%
Табакокурение+АД+ повышенный ИМТ	2,3%
Повышенный ИМТ +АД+ гиперхолестеринемия	1,5%
Табакокурение +повышенныйИМТ + гиперхолестеринемия	1,0%
Сочетание 4 факторов риска	1,6%
Сочетание 5 факторов риска	0,1%

рят 57% мужчин и 21% женщин [6]. В России, по данным национальной выборки, в возрастной группе от 25 до 64 лет курят 59,9% мужчин и 8,1 % женщин [9].

По данным ГНИИЦ профилактической медицины, повышенное АД в возрастной группе 25-64 лет отмечалось у 35% опрошенных. По нашим данным, повышенное АД встречалось у 27% обследованных в 1998 году, у 22,3% — в 1999 году, а в последующие годы — только у 20,4% обследованных в ходе целевой диспансеризации.

По данным опроса ГНИИЦ профилактической медицины, повышенный уровень холестерина отме-

чался у 24% мужчин и у 32% женщин, при этом у мужчин в возрасте 35-64 лет — в 39% случаев. Гиперхолестеринемия в ходе целевой диспансеризации отмечалась у 9% больных. По данным других исследователей, распространенность гиперхолестеринемии в России в возрастной группе от 25 до 64 лет составляет, в среднем, 29% среди мужчин и 32% среди женщин [10].

Несмотря на похожие тенденции в распространении факторов риска, полученные при телефонном опросе и в ходе целевой диспансеризации, абсолютные значения значительно различались. Эта разница обусловлена как разными методами получения результата, так и разными возрастными группами, в которых проводилось изучение факторов риска. Но оба исследования свидетельствуют о высокой распространенности факторов риска среди москвичей.

Среди обследованного населения в ходе целевой диспансеризации в 27,1% случаев отмечалось наличие 2-х факторов риска, в 7,8% — 3-х факторов риска и в 1,6 % случаев имело место сочетание 4-х факторов риска. И только у 0,1% обследованных имелось сочетание всех 5 факторов риска (табл.5).

Лечение АГ в лечебно-профилактических учреждениях Москвы

С целью улучшения качества проводимой терапии, Комитетом здравоохранения были разработаны «Стандарты медикаментозного лечения основных заболеваний терапевтического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях препаратами, включенными в перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по ре-

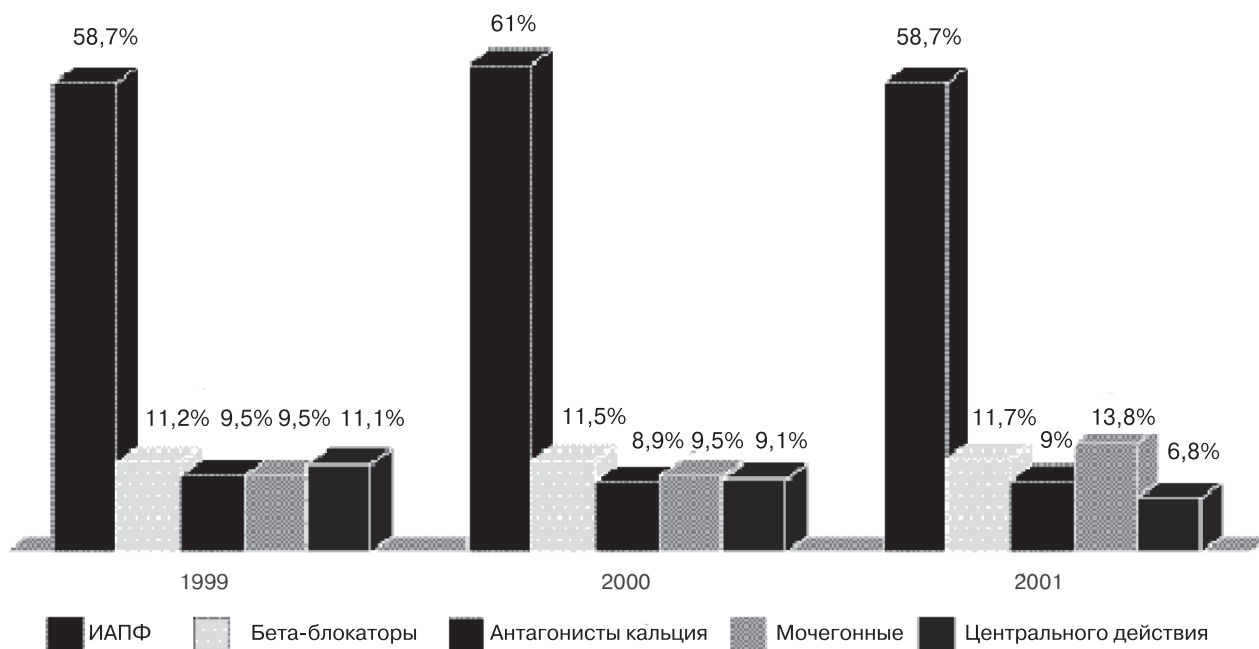


Рис. 3. Структура медикаментозной терапии АГ в г. Москве в 1999-2002 гг.

Таблица 6

Причины несоблюдения больными артериальной гипертонией рекомендаций врача

Причины	Процент от числа опрошенных
Отсутствие преемственности лечения	27%
Финансовые затруднения	24%
Осложнения фармакотерапии	18%
Немотивированный отказ от лечения	31%

цептам врачей бесплатно или со скидкой в г. Москве» (составлены на основании распоряжения мэра Москвы от 12.07.2000г. №747-РМ «Об организации обеспечения отдельных категорий населения г. Москвы лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или со скидкой»).

Нами была изучена структура медикаментозной терапии АГ в декретированной группе населения (больные, получающие препараты бесплатно). Полученные результаты (рис. 3) свидетельствуют, что основную группу препаратов для лечения больных АГ в 1999-2001 годах составили ингибиторы АПФ, применяемые практически у 60% больных. Положительным фактом является и уменьшение в структуре терапии препаратов центрального действия с 11,1% до 6,8%, и рост числа мочегонных препаратов с 9,5% до 13,8%.

Проведенный нами опрос 500 больных АГ, находящихся на стационарном лечении, в котором приняли участие 229 (48,5%) женщин и 271 (54,2%) мужчин (средний возраст больных — 61,4±13,4 года) выявил, что соблюдали рекомендации врача и регулярно принимали препараты 35 % больных; принимали препараты нерегулярно и пренебрегали рекомендациями по диете и здоровому образу жизни 34%; 31% больных практически не получали регулярной терапии.

Данные о несоблюдении пациентами рекомендаций врача и отказе от лечения имеются в сообщениях и других исследователей. Так, ГНИЦ профилактической медицины приводит данные об отказе от лечения 59,6% мужчин и 40,3 % женщин, больных АГ [6]. По данным Шапиро И.А., в Хабаровском крае регулярное лечение гипотензивными препаратами получают только 67,6% больных [5]. Т. Denolle et al. (Франция) отметили, что до 38% пациентов, страдающих АГ, не принимали лекарственных препаратов [11].

По нашим данным, основными причинами несоблюдения рекомендаций врача были немотивированный отказ от лечения (31%) и отсутствие преемственности лечения (27%), (табл. 6).

В других исследованиях, проведенных в России, больные в качестве причин нерегулярного приема препаратов или отказа от лечения отмечали финансовые трудности — в 51,5% случаев, забывчивость — в 29,3%, неудобства частого приема — в 24,7%, отсутст-

Таблица 7

Причины госпитализации больных артериальной гипертонией

Заболевание	Процент от общего числа ассоциированных заболеваний
ИБС, стенокардия	32,5%
Острый инфаркт миокарда	23,5%
Цереброваскулярная болезнь	22%
Другие	22%

вие поддержки со стороны врача — в 7,8%, и 29,8% больных были убеждены в ненужности постоянного приема препаратов [5]. Результаты полученных исследований неоднозначны. С одной стороны, врачами, как правило, назначаются адекватные схемы лечения, но при этом достаточно большой процент больных их не выполняет.

Осложнения АГ

Безусловно, кроме динамики распространенности и заболеваемости АГ, большое значение имеет заболеваемость и летальность ассоциированных с ней заболеваний: цереброваскулярной болезни (ЦВБ) и ОИМ.

По данным, полученным нами при анализе причин госпитализации больных АГ, установлено, что в 50% случаев причиной госпитализации были ассоциированные заболевания, ведущее место среди которых занимает стенокардия и ОИМ (табл.7).

По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения г.Москвы, с 1991 по 1996 год в Москве отмечался рост заболеваемости ЦВБ, с 1996 года рост заболеваемости прекратился и появилась тенденция снижения этого показателя: с 465 в 1997 г. до 409 в 2001 г. (на 100 тыс. населения). Заболеваемость ОИМ стабилизировалась с 1997 года на цифрах 143-146 на 100 тыс. населения.

Снизилась летальность ОИМ с 25,9% (1993г.) до 19,7% (2001г.). В этот же период летальность ЦВБ также снизилась с 11,3% до 8,4% (на 100 тыс. населения).

Положительная динамика заболеваемости и летальности при ОИМ и ЦВБ косвенно свидетельствует о продуктивности организационных мероприятий, проводимых в Департаменте здравоохранения города.

Подводя итоги результатов работы учреждений здравоохранения Москвы по выработке дальнейших, более эффективных методов борьбы с артериальной гипертензией, можно сделать следующие выводы:

— рост заболеваемости артериальной гипертонии в Москве требует более пристального внимания к проблеме и проведения профилактических мероприятий, направленных на коррекцию и исключение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и оптимизацию лечения больных артериальной гипертонией с целью предупреждения развития

осложнений АГ;

— организационные мероприятия, проводимые Департаментом здравоохранения, позволяют уменьшить рост числа и летальности таких осложнений АГ, как ОИМ, ЦВБ;

— основные организационные мероприятия должны быть направлены не только на лечение больных АГ, но, в первую очередь, на формирование здорового образа жизни, что включает в себя и профилактику факторов риска развития АГ и связанных с ней осложнений;

— устойчивого снижения распространенности и заболеваемости АГ можно ожидать только при проведении мероприятий по коррекции факторов риска ССЗ среди населения г. Москвы;

— улучшения качества лечения в настоящее время возможно добиться только при индивидуальной работе с пациентами в школах для больных АГ, которые были созданы в 1991 году (Приказ Комитета здравоохранения города Москвы № 404 от 12.09.01.) и начали активную работу во всех поликлинических учреждениях

Литература

1. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. «Артериальная гипертония. Информированность, лечение, контроль» Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. 2001;4:3-7.
2. Stamler J., Stamler R., Neaton J.D. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks: US population data. Arch. Intern. Med. 1993;153:598-615
3. Stoks J III, Kannel W.B., Wolf P.A. et al. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease/ The Framingham study — 30 years of follow-up. Hypertension. 1989; 13 (suppl. I): 113-118.
4. McGovern P.G., Burke G.L., Sprafka J.M. et al. Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990/ The Minnesota Heart Survey. JAMA 1992; 1268:753-59.
5. Шапиро И.А., Калинина А.М. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002, 1, 16-21.
6. Разработка системы мониторингирования поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России. Исследование в Москве 2000-2001 гг./ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва, 2002.
7. Потемкина Р.А., Ананко И.М. Выявление лиц с артериальной гипертонией и избыточной массой тела методом почтового опроса. Кардиология. 1989;7:77-80.
8. Morgenstern W., Tsechovski M. S., Nussel E., Schettler G. (Eds.) Baseline Evaluation CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme. World Health Organization Regional Office for Europe. 1992.
9. Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России по результатам обследования национальной представительной выборки. Диссертация на соискание ученой степени доктора мед. наук, 1999.
10. К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России. М., 1997.
11. Denolle T., Gallois H., L Hostis P. et al. Decision of treatment in relation to cardiovascular risk in isolated systolic hypertension in general practice: PREHSI study/ H/S320 ibid.

Поступила 25/05-2003