

## Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1-3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации

Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Булгакова Е. С., Орлов Д. О., Курилов И. В.

Ввиду высокого числа пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в российской популяции становится крайне важным соблюдение критериев качества оказания медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения (ДН) этой группы пациентов.

**Цель.** Оценить качество диспансерного наблюдения взрослого населения с АГ 1-3 степени, за исключением резистентной АГ (РАГ), проводимого врачом-терапевтом участковым медицинских организаций субъектов Российской Федерации в соответствии с основными положениями Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.

**Материал и методы.** В рамках рабочих визитов экспертной группы специалистов ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в 38 субъектов Российской Федерации в период с 01.02.2020г по 15.12.2020г при посещении поликлиник проведен анализ амбулаторных карт пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, находящихся на ДН у участкового врача медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях. Выборка карт выполнялась во время выездного мероприятия экспертной группы в 2-3 поликлиниках каждого субъекта в произвольном порядке с разных терапевтических участков. Всего было проанализировано 3614 амбулаторных карт, из которых с диагнозом АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, — 764. Анализ карт выполнялся по разработанному чек-листу, содержащему вопросы о соблюдении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми и клинических рекомендаций. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 20 (США) и Microsoft Office Excel 2016 (США).

**Результаты.** Проведен анализ 764 амбулаторных карт пациентов при посещении выездной группой экспертов ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России поликлиник 38 субъектов Российской Федерации. Средний возраст пациентов составлял — 63,9±11,2 (женщины — 64,7±11,3 лет, мужчины — 62,7±10,9 лет). Большинство (58,9%) от общего числа участников были женщины. Своевременно установлено ДН у 450 чел. (58,9%) пациентов, из которых мужчин было 189 чел. (42%), женщин — 261 чел. (58%). В 87,9% (672 пациента) случаев формулировка клинического диагноза соответствовала установленным критериям клинических рекомендаций. В 36 случаях (4,7%) в медицинской документации не было свидетельств в пользу установления диагноза АГ согласно действующим клиническим рекомендациям. В 21,1% (161 пациент) случаев не соблюдалась минимальная рекомендуемая периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) у врача-терапевта участкового. У 323 пациентов в рамках последнего визита с целью ДН уровень АД не достигал целевых значений. При анализе амбулаторных карт отсутствовали сведения о контроле холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) в 91,4% случаях (698 пациентов), среди пациентов с известным уровнем ХС-ЛНП целевые показатели достигнуты лишь в 15,2% случаев (10 пациентов).

**Заключение.** Проведенный нами анализ выявил недостаточное качество оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам с АГ в рамках ДН. Сформулированы предложения по организации контроля и мерам повышения качества медицинской помощи этой категории пациентов при принятии управленческих решений для предотвращения отмеченных недостатков и ошибок.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия у взрослых, артериальная гипертензия, взрослое население, диспансерное наблюдение, клинические рекомендации.

**Отношения и деятельность:** нет.

ФГБУ Национально-исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва.

Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Шепель Р. Н. — зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-8984-9056, Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-4529-3308, Калинина А. М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Булгакова Е. С. — начальник отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи, м.н.с., отдел фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0002-5126-1097, Орлов Д. О.\* — врач-терапевт Центра телемедицины, отдел организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи, ORCID: 0000-0002-0994-8880, Курилов И. В. — врач-терапевт Центра телемедицины, отдел организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи, ORCID: 0000-0001-7552-1140.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
DOrlov@gnicpm.ru

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ХС-ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, МИС — медицинская информационная система, МО — медицинская организация, ОХС — общий холестерин, РФ — Российская Федерация, ССЗ — сердечно-сосудистый риск, ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Рукопись получена 04.02.2021

Рецензия получена 17.02.2021

Принята к публикации 14.03.2021



**Для цитирования:** Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М., Булгакова Е. С., Орлов Д. О., Курилов И. В. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1-3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(4):4332. doi:10.15829/1560-4071-2021-4332

## Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions

Drapkina O. M., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Bulgakova E. S., Orlov D. O., Kurilov I. V.

In view of the high prevalence of hypertension (HTN) among Russian population, it becomes extremely important to meet the criteria for the medical care quality within the periodic examinations for this group of patients.

**Aim.** To assess the quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension (RH), by primary care physicians in different Russian regions.

**Materials and methods.** As part of working visits of the expert group from the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine in 38 Russian regions in the period from February 1, 2020 to December 15, 2020, an analysis of ambulatory records of patients with grade 1-3 hypertension was carried out. A total of 3614 ambulatory medical records (AMRs) were analyzed, of which the grade 1-3 hypertension, with the exception of RH, was revealed in 764 ones. The analysis of records was carried out using an original checklist. Statistical processing was carried out using the software package IBM SPSS Statistics 20 (USA) and Microsoft Office Excel 2016 (USA).

**Results.** An analysis of 764 AMRs was performed. The mean age of patients was 63,9-11,2 (women, 64,7-11,3 years; men, 62,7-10,9 years). The majority (58,9%) of participants were women. Follow-up monitoring was established in a timely manner in 450 people (58,9%) of patients, of which there were 189 men (42%) and 261 women (58%). In 87,9% (n=672) of cases, the diagnosis formulation met the established clinical guidelines criteria. In 36 cases (4,7%), there was no evidence in favor of hypertension according to the current clinical guidelines. In 21,1% (n=161) of cases, the minimum recommended periodicity of visits was not observed. In last visits of 323 patients, the blood pressure did not reach the target values. AMRs did not contain information on low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in 9164% of cases (n=698). Among patients with a known level of LDL-C, the target values were achieved only in 15,2% of cases (n=10).

**Conclusion.** Our analysis revealed the insufficient quality of outpatient medical care to hypertensive patients within the periodic examinations. Proposals are created for monitoring and measures to improve the quality of care for this category of patients.

**Keywords:** hypertension in adults, hypertension, adult population, follow-up monitoring, clinical guidelines.

**Relationships and Activities:** none.

National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Drozdova L. Yu. ORCID: 0000-0002-4529-3308, Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Bulgakova E. S. ORCID: 0000-0002-5126-1097, Orlov D. O.\* ORCID: 0000-0002-0994-8880, Kurilov I. V. ORCID: 0000-0001-7552-1140.

\*Corresponding author:

DOrlov@gnicpm.ru

**Received:** 04.02.2021 **Revision Received:** 17.02.2021 **Accepted:** 14.03.2021

**For citation:** Drapkina O. M., Shepel R. N., Drozdova L. Yu., Kalinina A. M., Bulgakova E. S., Orlov D. O., Kurilov I. V. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(4):4332. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2021-4332

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения составляет 30-45%, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет [1]. В российской популяции среди лиц в возрасте 25-64 лет распространенность АГ составляет 44,2%, статистически значимо выше у мужчин, чем у женщин (49,1% vs 39,9%;  $p < 0,0005$ ) [2]. Важной задачей ведения пациентов с АГ в амбулаторной практике является раннее выявление и своевременное лечение заболевания до появления осложнений, поскольку АГ служит ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных (хроническая болезнь почек) заболеваний.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, за период 01.01.2020г по 01.09.2020г наибольшую долю в структуре нозологических форм заболеваний у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН) у врача-терапевта участкового, занимали пациенты с АГ 1-3 степени (за исключением резистентной АГ (РАГ)) — 49,36% (11501717 пациентов) [3].

Ввиду высокой распространённости пациентов с АГ как в российской популяции, так и среди прикрепленного населения на терапевтическом участке, становится крайне важным контроль за соблюдением критериев качества оказания медицинской помощи этой группе пациентов. Одними из основных нормативно-правовых документов, регламентирующих правила оказания медицинской помощи паци-

ентам с АГ на этапе первичной медико-санитарной помощи, служат:

— Приказ Минздрава Российской Федерации (РФ) от 29 марта 2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми” [4];

— Клинические рекомендации Минздрава РФ 2020г “Артериальная гипертония у взрослых” [5].

Порядок проведения ДН за взрослыми указывает на строгую необходимость установления пожизненного ДН пациентов с АГ 1-3 степени врачом-терапевтом, за исключением РАГ, при которой пациенты наблюдаются врачом-кардиологом (коды МКБ-Х I10, I11, I12, I13, I15), в т.ч.:

— определяет сроки постановки на ДН — не позднее 3-х рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

— определяет ответственных за организацию ДН — руководитель медицинской организации (МО) либо уполномоченный им заместитель руководителя МО;

— определяет лиц, ответственных за осуществление ДН — врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач), врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики

или центра здоровья, фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем МО отдельных функций;

— регламентирует минимальную периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) — не реже 2 раз в год;

— определяет контролируемые показатели состояния здоровья в рамках проведения ДН: уровень артериального давления (АД) (согласно клиническим рекомендациям), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) (согласно клиническим рекомендациям).

Клинические рекомендации Минздрава РФ 2020г “Артериальная гипертензия у взрослых” определяют правила диагностики, лечения, реабилитации и профилактики АГ у взрослых. Кроме того, клинические рекомендации содержат информацию о критериях оценки качества медицинской помощи пациентам с АГ [5].

В рамках федерального проекта “Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий” федеральное государственное бюджетное учреждение “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава РФ (ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России), как “головная” МО РФ по профилю “терапия”, ответственен за проведение мониторинга и анализа внедрения клинических рекомендаций, разрабатываемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в региональных МО. Мониторинг включает оценку критериев качества медицинской помощи по заболеваниям, а также выполнение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи по профилю “терапия” [6]. С этой целью в рамках рабочих визитов сотрудников отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России в субъекты РФ проводится, в частности, анализ амбулаторных карт на предмет соблюдения основных положений Порядка проведения ДН за взрослыми и клинических рекомендаций, одобренных Научно-практическим Советом Минздрава России на момент даты совершения рабочего визита. Оценка проводится по разработанному экспертами ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России чек-листу, содержащему основные критерии качества медицинской помощи согласно указанным нормативно-правовым документам. Результаты анализа по итогам рабочего визита направляются руководителям посещенных МО, главным внештатным специалистам по терапии субъекта, руководителю органа исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта для принятия мер и управленческих

решений, направленных на устранение выявленных замечаний.

Цель исследования: оценить качество ДН взрослого населения с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, врачом-терапевтом участковым МО субъектов РФ на основании соблюдения основных положений Порядка проведения ДН за взрослыми.

### Материал и методы

В рамках рабочих визитов в субъекты РФ при посещении поликлиник выполнялся анализ амбулаторных карт пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ. Выборка карт выполнялась во время выездного мероприятия экспертной группы в 2-3 поликлиниках каждого субъекта в произвольном порядке с разных терапевтических участков. Всего было проанализировано 3614 амбулаторных карт, из которых с диагнозом АГ 1-3 степени, за исключением РАГ — 764.

Анализ карт выполнялся по разработанному экспертами ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России чек-листу, который включает показатели (рис. 1):

- Пол;
- Возраст (полных лет);
- Своевременность установления ДН;
- Правильность формулировки клинического диагноза;
- Соблюдение минимальной периодичности приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН;
- Достижение контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения ДН.

#### Критерии оценки качества ДН

**Своевременность установления ДН.** Взятие на ДН считалось своевременным при условии установления ДН в течение 3 рабочих дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

При постановке на учет выполнялась оценка *правильности формулировки клинического диагноза*. Формулировка диагноза считалась верной при указании следующей информации:

- стадия гипертонической болезни;
- степень повышения АД у пациентов с впервые диагностированной АГ. Если пациент принимает антигипертензивную терапию, то наличие контроля АД (контролируемая/неконтролируемая АГ);
- факторы риска, поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая болезнь почек (при наличии) и категория сердечно-сосудистого риска (ССР);
- целевой уровень АД для данного пациента.

Кроме того, выполнялась оценка установления диагноза АГ согласно требованиям клинических ре-

комендаций. Требования считались выполненными при наличии в амбулаторной карте информации о зафиксированном повышении офисного (клинического) АД >140 и/или 90 мм рт.ст. на повторных визитах либо на основании суточного мониторирования АД (среднее за 24 ч  $\geq$ 130 мм и/или  $\geq$ 80 мм рт.ст.).

Соблюдение минимальной периодичности приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН считалось надлежащим при условии посещения пациентом врача-терапевта участкового не реже 2 раз в год.

**Достижение контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения ДН.** В рамках ДН в качестве контролируемых показателей состояния здоровья служат АД (согласно клиническим рекомендациям), ХС-ЛНП (согласно клиническим рекомендациям).

Целевой уровень АД у пациентов с АГ считали достигнутым при следующих условиях:

- пациенты с АГ, получающие лечение, независимо от возраста и степени риска: <140/90 мм рт.ст., а при условии хорошей переносимости — 130/80 мм рт.ст. или ниже;

- пациенты моложе 65 лет и без хронической болезни почек, получающие антигипертензивную терапию: 120-130 мм рт.ст.;

- пациенты 65 лет и старше без старческой астении, получающие антигипертензивную терапию, вне зависимости от уровня ССР и наличия сердечно-сосудистых заболеваний: систолическое АД 130-139 мм рт.ст.;

- пациенты с АГ вне зависимости от возраста, уровня риска и наличия сопутствующих заболеваний: диастолическое АД 70-79 мм рт.ст.

Целевой уровень ХС-ЛНП у пациентов с АГ считали достигнутым при следующих условиях:

- пациенты с АГ и очень высоким или экстремальным ССР ХС-ЛНП  $\leq$ 1,4 ммоль/л или его снижение на  $\geq$ 50% от исходного;

- пациенты с АГ и высоким ССР: ХС-ЛНП  $\leq$ 1,8 ммоль/л или его снижение на  $\geq$ 50% от исходного;

- пациенты с умеренным ССР: ХС-ЛНП  $\leq$ 2,6 ммоль/л;

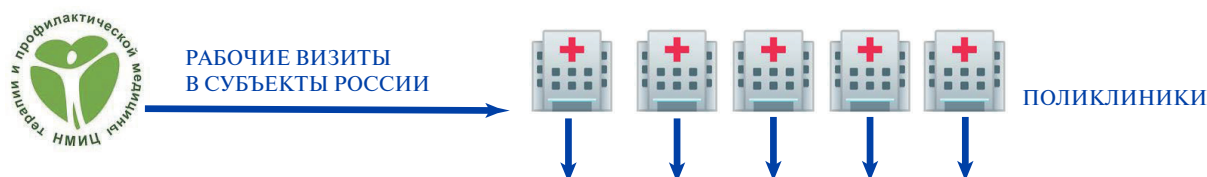
- пациенты с низким ССР: ХС-ЛНП  $\leq$ 3,0 ммоль/л.

В рамках оценки качества лечения с целью достижения контролируемых показателей состояния здоровья проанализированы:

- число случаев начала антигипертензивной лекарственной терапии одним из препаратов рекомендованных клиническими рекомендациями классов после 3-го мес. модификации образа жизни у пациентов с АГ 1-й степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска;

- число случаев назначения комбинированной двухкомпонентной антигипертензивной терапии сразу после постановки диагноза лицам с АГ 2-3 степенью и проведение ее интенсификации для достижения целевого АД;

- частота назначения гиполипидемической терапии пациентам с АГ при наличии показаний.



№	ПОКАЗАТЕЛЬ	ЗНАЧЕНИЕ
1.	Пол	Мужчина/женщина
2.	Возраст (полных лет)	___ лет
3.	ДН установлено своевременно	Да/нет
4.	Клинический диагноз сформулирован верно	Да/нет
4.1.	Диагноз АГ установлен согласно требованиям клинических рекомендаций	Да/нет
5.	Соблюдение минимальной периодичности приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН	Да/нет
6.1.	Достижение целевого уровня АД	Да/нет
6.1.1.	Начало антигипертензивной лекарственной терапии выполнено одним из препаратов рекомендованных клиническими рекомендациями классов после 3-го месяца модификации образа жизни у пациентов с АГ 1-й степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска	Да/нет
6.1.2.	Назначение комбинированной двухкомпонентной антигипертензивной терапии выполнено сразу после постановки диагноза лицам с АГ 2-3 степенью и проведение ее интенсификации для достижения целевого АД	Да/нет
6.2.	Достижение целевого уровня ХС-ЛНП	Да/нет
6.2.1.	При наличии показаний — назначение гиполипидемической терапии у лиц, не достигших целевого уровня ХС-ЛНП	Да/нет

Рис. 1. Дизайн исследования.

**Сокращения:** АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДН — диспансерное наблюдение, ХС-ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 20 (США) и Microsoft Office Excel 2016 (США). Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения  $p \leq$  или близкое к 0,05. Уровень значимости является двусторонним.

### Результаты и обсуждение

Исследование было выполнено в период с 01.02.2020г по 15.12.2020г. Проведен анализ 764 амбулаторных карт пациентов при посещении поликлиник 38 субъектов РФ: Амурская область, Воронежская область, Еврейская автономная область, Забайкальский край, Иркутская область, Калининградская область, Камчатский край, Кемеровская область, Красноярский край, Курская область, Ленинградская область, Магаданская область, Ненецкий автономный округ, Новосибирская область, Омская область, Оренбургская область, Орловская область, Пермский край, Приморский край, Псковская область, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Карелия, Республика Крым, Республика Марий Эл, Республика Саха (Якутия), Республика Тыва, Республика Хакасия, Саратовская область, Ставропольский край, Тульская область, Ульяновская область, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Челябинская область, Чеченская Республика, Чукотский автономный округ, Ярославская область.

**Средний возраст** участников —  $63,9 \pm 11,2$  (женщины —  $64,7 \pm 11,3$  лет, мужчины —  $62,7 \pm 10,9$  лет). Анализируя **пол участников**, установлено, что 450 (58,9%) от общего числа были женщины, 314 (41,1%) — мужчины.

**Своевременность установления ДН.** Своевременно установлено ДН у 450 (58,9%) пациентов, из которых мужчин — 189 (42%), женщин — 261 (58%). Среди лиц, которые несвоевременно установлены на ДН, преобладали женщины — 189 человек (60,2%) (рис. 2).

Согласно Приказу Минздрава РФ от 29 марта 2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения ДН за взрослыми” пациенты с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, должны быть поставлены на ДН не позже 3 рабочих дней после установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях или получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях [4]. Косвенно это подтверждалось тем, что длительность ДН была меньше продолжительности заболевания.

**Предложения по повышению сроков и качества своевременной постановки на ДН на основе анализа причин нарушений (экспертный анализ)**

По итогам рабочих визитов экспертов ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России в МО субъектов

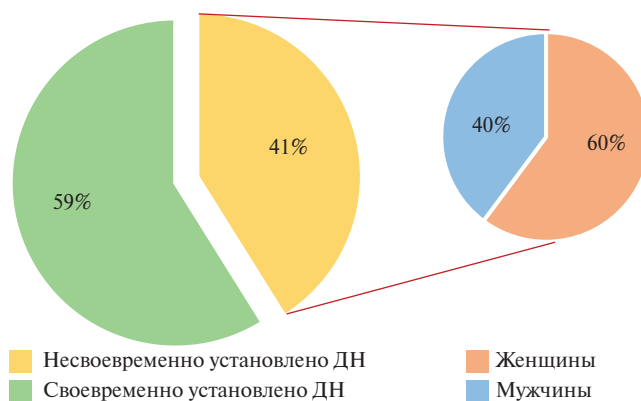


Рис. 2. Своевременность установления ДН за пациентами с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ.

РФ в 2018–2020гг, основными причинами нарушения сроков своевременной постановки на ДН лиц с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, служат:

1) *недостаточная осведомленность* лиц, ответственных за организацию и проведение ДН в МО об основных положениях Порядка проведения ДН за взрослыми, в частности — недостаточное владение информацией о перечне заболеваний или состояний (группах заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается ДН;

2) *низкая преемственность терапевтической и профилактической служб.* Принимая во внимание Приказ Минздрава РФ от 13 марта 2019г № 124н “Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения” и Порядок проведения ДН за взрослыми по результатам профилактического медицинского осмотра или диспансеризации лица с IIIa и IIIб группами здоровья подлежат постановке на ДН врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий не позднее 3 рабочих дней с момента определения группы здоровья [7].

3) *низкая преемственность амбулаторного и стационарного этапов оказания медицинской помощи.* Порядок проведения ДН за взрослыми регламентирует установление ДН в срок не более 3 рабочих дней получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного с установленным диагнозом по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4) *недостаточные функциональные возможности медицинских информационных систем (МИС) МО амбулаторного и стационарного этапов оказания помощи МО.*

Согласно “Методическим рекомендациям по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций” Минздрава РФ от 2016г [8], МИС МО субъектов РФ создаются поэтапно и в процес-

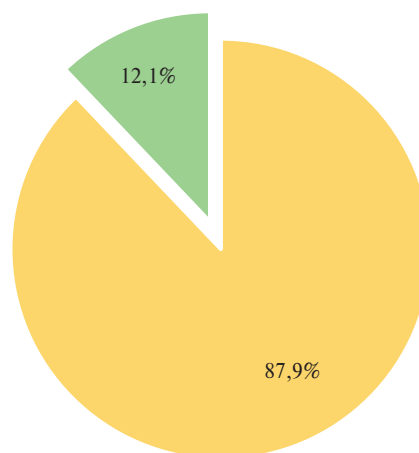
се развития обеспечивают различные уровни функциональных возможностей: минимальный, базовый и расширенный.

Одними из основных характеристик базовой функциональности МИС МО служат обеспечение ведения электронной медицинской карты пациента (или ее части: анкетные данные, анамнез, осмотры, диагнозы, назначения, лечение, сведения о новорожденном, данные вакцинаций, результаты лабораторных, радиологических и инструментальных исследований, протоколы оперативных вмешательств, эпикризы) и обмен данными внутри МО (к примеру, врачами-терапевтами участковыми и кабинетом/отделением медицинской профилактики).

В состав МИС МО должны входить подсистемы, которые обеспечивают базовые и расширенные функциональные возможности, набор которых зависит от типа МО.

К числу основных подсистем МИС МО для обеспечения базового функционала относят подсистемы “Регистратура амбулаторно-поликлинической организации” (к числу обязательных функциональных возможностей которой должна быть предусмотрена возможность учета прикрепления, открепления, перерегистрации обслуживаемых граждан и анализ движения прикрепленного контингента), “Ведение электронных амбулаторных карт пациентов” (рекомендуемой функцией у которой служит интеграция с внешними системами с обеспечением получения документов или записей электронных медицинских карт пациента по запросу из интегрированной электронной медицинской карты, формирования направлений на получение медицинской помощи в иных учреждениях здравоохранения, включая направления на госпитализацию, санаторно-курортное лечение, и регистрация их результатов, передачу документов или записей электронных амбулаторных карт пациента, включая сведения о направлениях и рецептах, экстренные извещения о заболеваниях в интегрированную электронную медицинскую карту), “Ведение электронных стационарных карт пациентов” (обязательной функцией которой служит интеграция с внешними системами с возможностью передачи медицинских структурированных документов пациента в интегрированную электронную медицинскую карту).

К числу расширенных функциональных возможностей МИС МО относят наличие подсистемы “Диспансерное наблюдение”, среди обязательных функциональных возможностей которой должны присутствовать: учет случаев ДН и профилактических осмотров, регистрация фактов постановки пациента на ДН и снятия с ДН, внесение информации о явках пациента, формирование этапных эпикризов, планов наблюдения, формирование списков для углубленного медицинского обследования. К числу



- Правильная формулировка диагноза
- Формулировка диагноза с ошибками

**Рис. 3.** Правильность формулировки клинического диагноза согласно требованиям клинических рекомендаций (с указанием стадии заболевания, степени повышения АД (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний).

рекомендуемых функциональных возможностей подсистемы относят планирование и контроль состояния ДН (автоматическое планирование мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам на основании действующих нормативно-правовых актов Минздрава России), контроль полноты проведения мероприятий и правильности заполнения медицинской документации, автоматическое информирование руководителя МО о фактах неисполнения плана ДН, автоматическое напоминание врачу о пропущенных явках пациента по ДН, формирование утвержденной статистической отчетности и интеграция с внешними системами (получение из внешних информационных систем по дополнительной диспансеризации работающего населения списков граждан для дополнительной диспансеризации и передача данных о результатах диспансеризации).

**Формулировка клинического диагноза с указанием стадии заболевания, степени повышения АД (при отсутствии терапии), категории риска, наличия поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний**

В 87,9% (672 пациента) случаев формулировка клинического диагноза соответствовала установленным критериям клинических рекомендаций, в 12,1% (92 пациента) случаев отмечались ошибки при формулировании клинического диагноза (рис. 3).

При анализе амбулаторных карт пациентов с АГ установлено недостаточное освоение участковыми врачами информации, представленной в клинических рекомендациях “Артериальная гипертензия у взрослых”. В частности, при формировании клинического диагноза наиболее часто не указывалась информация о факторах риска, поражениях органов-

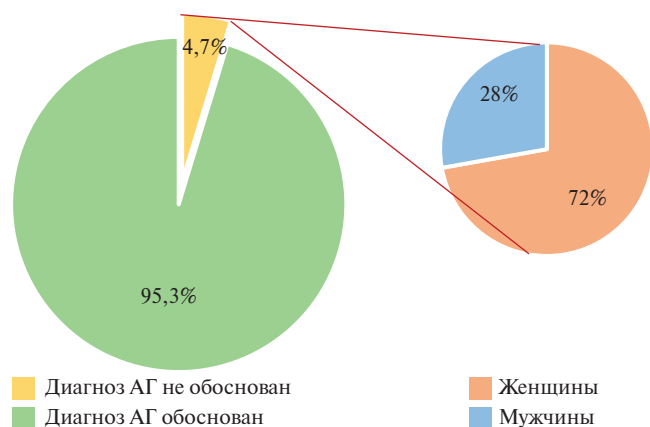


Рис. 4. Установление диагноза АГ согласно клиническим рекомендациям.

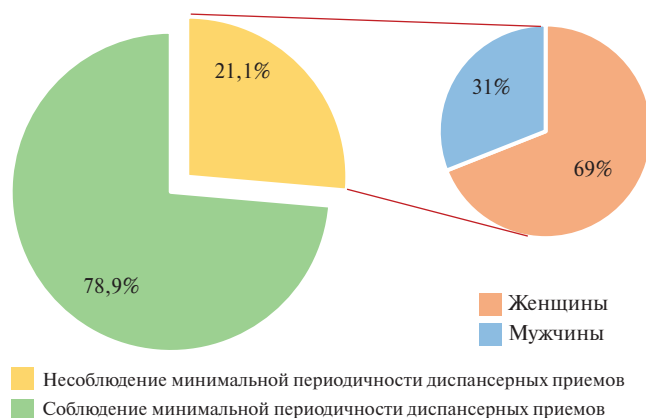


Рис. 5. Соблюдение минимальной периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) среди пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ.

мишеней, сердечно-сосудистых заболеваниях, хронической болезни почек (при наличии), категория ССР и целевой уровень АД для данного пациента.

#### Установление диагноза АГ согласно клиническим рекомендациям

В 36 случаях (4,7%) в медицинской документации не было свидетельств, подтверждающих установление диагноза АГ согласно действующим клиническим рекомендациям “Артериальная гипертензия у взрослых”. В частности, в медицинской документации при установлении диагноза отсутствовала информация о зафиксированном повышении офисного (клинического) АД  $>140$  и/или  $90$  мм рт.ст. на повторных визитах, либо результаты суточного АД (среднее за  $24$  ч  $\geq 130$  мм и/или  $\geq 80$  мм рт.ст.). Среди всех пациентов с необоснованным диагнозом АГ женщины составили 72,2% (26 случаев), мужчины 28% (10 случаев) (рис. 4).

#### Соблюдение минимальной периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций)

В 21,1% (161 пациент) случаев среди лиц, находящихся на ДН по поводу АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, не соблюдалась минимальная рекомендуемая периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) у врача-терапевта участкового, при этом в 69% (111 пациентов) случаев из них — женщины и 31% мужчин (50 пациентов) (рис. 5).

Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, в рамках ДН должна составлять не менее 2 раз в год [4].

#### Предложения по повышению соблюдения периодичности диспансерных приемов на основе анализа причин нарушений (экспертный анализ)

По итогам рабочих визитов экспертов ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России в МО субъектов РФ в 2018-2020гг, основными причинами несоблюдения периодичности диспансерных приемов

(осмотров, консультаций) пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, служат:

1) *недостаточная осведомленность* лиц, ответственных за организацию и проведение ДН в МО, об основных положениях Порядка проведения ДН за взрослыми, в частности — недостаточное владение информацией о периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН;

2) *низкое качество ведения отчетных документов в рамках организации и проведения ДН*. Согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 № 282 “Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового” одними из основных учетных медицинских документов при оценке эффективности работы врача-терапевта участкового являются:

- медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма N 025/y);
- контрольная карта ДН (учетная форма N 030/y);
- паспорт врачебного участка (учетная форма N 030/y-тер) [9].

Приказ Минздрава РФ от 15 декабря 2014г № 834н “Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению” предусматривает порядки заполнения учетных форм [10]. Наиболее частые нарушения при ведении учетных форм, служащие причиной нарушения периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) пациентов в рамках ДН, которые регистрируются в рамках анализа медицинской документации во время рабочих визитов экспертов ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России в МО субъектов РФ:

а) *Медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма N 025/y):*

- в таблице п. 12 “заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение” карты вно-

сятся сведения не о всех заболеваниях или состояниях (группе заболеваний или состояний) пациента, при наличии которых устанавливается ДН врачом-терапевтом участковым согласно Порядку проведения ДН за взрослыми или заполняются не все графы таблицы (частично отсутствует информация о дате начала/прекращения ДН, диагноз, код по МКБ-10, ФИО врача);

— в таблице п. 12 “заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение”, в случаях, когда ДН по поводу одного заболевания ведут несколько врачей, оно указывается несколько раз, несмотря на то, что необходимо указывать один раз (такую запись вносит врач, хронологически первым установивший ДН);

— в таблице п. 12 “заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение”, в случаях, когда пациент находится на ДН у одного врача по поводу нескольких этиологически не связанных заболеваний, вносится информация по одному из имеющихся, несмотря на то, что необходимо вносить записи по поводу каждого из них;

— п. 29 “диспансерное наблюдение” системно не заполняется в установленном виде либо заполняется частично, с неполным отражением жалоб и динамики состояния пациента, проводимых лечебно-профилактических мероприятиях, рекомендациях и даты следующего диспансерного приема (осмотра, консультации);

— п. 30 “сведения о госпитализациях” для лиц, состоящих на ДН, системно не заполняются, заполняются не в полном объеме либо с нарушением хронологического порядка;

— частые случаи небрежного ведения записей и использование сокращений; при внесении ошибок в записях карты исправления делаются без удостоверяющей подписи врача либо при внесении исправлений отсутствует возможность прочесть ошибочную запись (использование корректора либо избыточное зачеркивание неверной записи).

б) Контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма N 030/у):

— контрольные карты ДН заполняются не на каждое из заболеваний, подлежащих ДН у врача-терапевта участкового. Необходимо заполнять контрольные карты ДН на каждое заболевание, по поводу которого проводится ДН. На больных, находящихся под ДН по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты. В случае, если больной по поводу одного и того же заболевания находится под ДН двух специалистов, должны заполняться две контрольные карты ДН с отметкой на одной из них “дубликат”;

— нарушение принципов формирования картотеки контрольных карт ДН на бумажном носителе

врачом-терапевтом участковым и/или медицинским работником со средним профессиональным образованием. Контрольные карты ДН на бумажном носителе должны храниться в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых на ДН. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в зависимости от срока назначенного врачом очередного диспансерного приема (осмотра, консультации)), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений, принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки;

— нарушение учета контрольных карт ДН пациентов, выбывших из-под ДН. В конце отчетного года из числа карт, накопленных в картотеке врача-терапевта участкового, должны быть исключены карты больных, выбывших из-под ДН (выбывших из района обслуживания МО, переданных под ДН в другие МО, умерших, снятых с ДН в связи с излечением или длительной ремиссией). Карты лиц, снятых с ДН в течение отчетного года, передаются в архив МО;

— неполное заполнение всех пунктов контрольной карты ДН. Наиболее часто игнорируется заполнение п. 17 “сведения об изменении диагноза”, п. 18 “сопутствующие заболевания” и п. 19 “лечебно-профилактические мероприятия” контрольной карты ДН;

— п. 16 “контроль посещений” — системно не заполняется в установленном виде либо заполняется частично, с нарушением хронологии записей. В п. 16 “контроль посещений” контрольной карты ДН должны быть указаны в строгой хронологической последовательности даты назначенных и фактических посещений в соответствии с индивидуальным планом ДН пациента;

— частые случаи небрежного ведения записей и использование сокращений; при внесении ошибок в записях контрольной карты ДН исправления делаются без удостоверяющей подписи врача либо при внесении исправлений отсутствует возможность прочесть ошибочную запись (использование корректора либо избыточное зачеркивание неверной записи).

с) Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма N 025-1/у):

— неполное заполнение данных в талоне путем вписывания не всех необходимых данных и неполного подчеркивания ответов из предложенных вариантов, что ведет к искажению статистических данных;

— в п. 36 “Диспансерное наблюдение” не указываются или указываются не верно данные о ДН: проводится, установлено, прекращено (в т.ч. с выздоровлением или со смертью);

— частые случаи небрежного ведения записей при заполнении талона на бумажном носителе; при внесении ошибок в записях контрольной карты ДН исправления делаются без удостоверяющей подписи врача, либо при внесении исправлений отсутствует возможность прочесть ошибочную запись (исполь-



зование корректора либо избыточное зачеркивание неверной записи).

d) *Паспорт врачебного участка (учетная форма N 030/у-тер):*

— нарушение частоты заполнения паспорта врачебного участка. Регламентированная частота заполнения паспорта врачебного участка — 2 раза в год (в начале отчетного года и в конце, по факту исполнения);

— неполное заполнение всех граф и строк паспорта врачебного участка, в частности — форма Т.1100, графы 3-4 “Состоит под диспансерным наблюдением (человек), на основании которых происходит последующее планирование деятельности МО, а также принимаются оперативные и управленческие меры.

1) *Нарушение взаимодействия МО и ТФОМС.* В соответствии с разделом XV Приказа Минздрава РФ от 28 февраля 2019г № 108н “Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования” страховая МО осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в т.ч. по обращениям, путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой МО о прохождении ДН застрахованными лицами, включенными в группы ДН при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения ДН, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья [11].

МО обязана безвозмездно предоставить страховой МО доступное для пациентов место для размещения информационных материалов о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и средств информирования, в т.ч. информационных стендов, информационных интерактивных панелей, средств телекоммуникационной связи, а также для деятельности представителей страховой МО, что не всегда фиксируется (ввиду нарушений) в посещаемых экспертами ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России МО субъектов РФ.

Страховым представителем страховой МО должна осуществляться работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в т.ч. профилактических мероприятий, формирование списков лиц, находящихся под ДН, организация индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки.

Страховая МО должна вести учет застрахованных лиц, подлежащих ДН в текущем календарном году. В свою очередь, страховой представитель ежемесячно осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинско-

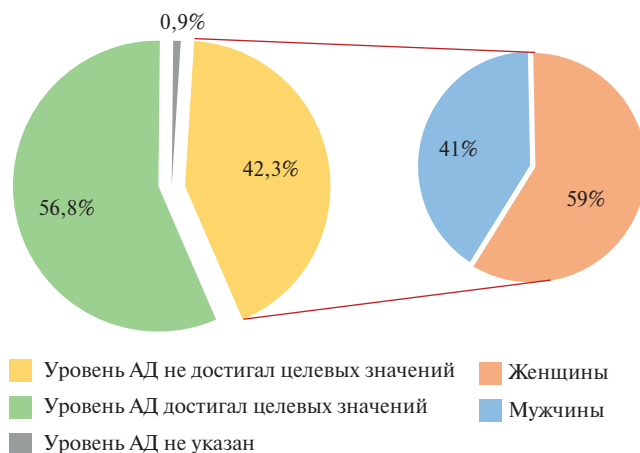


Рис. 6. Достижение пациентами с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, целевых значений уровня АД в рамках последнего визита ДН.

му осмотру, в т.ч. в рамках ДН в текущем году, в т.ч. лиц, не прошедших данные мероприятия, или законных представителей застрахованных лиц о возможности прохождения диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН. Каждое застрахованное лицо, включенное в список для прохождения профилактических мероприятий, информируется один раз и один раз повторно при неявке.

2) *Низкие функциональные возможности МИС МО амбулаторного этапа оказания медицинской помощи.* Согласно “Методическим рекомендациям по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций” Минздрава РФ от 2016г [8], кроме вышеперечисленных, следует обратить внимание на базовую функциональную подсистему “Статистика”, функциональные возможности которой (в частности — подготовка утвержденной государственной статистической отчетности), по итогам анализа МИС экспертами ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России, не всегда способна реализовать все ожидаемые от нее задачи.

#### Достижение контролируемых показателей здоровья в рамках проведения ДН

При анализе медицинской документации на последнем визите пациентов к врачу-терапевту участковому с целью ДН по поводу АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, уровень АД не был указан в 7 (0,9%) случаях.

У 434 пациентов (56,8%) в рамках последнего визита с целью ДН уровень АД достигал целевых значений, рекомендованных клиническими рекомендациями; чаще это были женщины — 255 случаев (59%). Следует отметить, что в 86,9% (377 пациентов) случаях, при которых удалось достичь целевых значений АД, продолжительность ДН составляла >1 года.

У 323 пациентов (42,3%) в рамках последнего визита с целью ДН уровень АД не достигал целевых

значений, рекомендованных клиническими рекомендациями; среди них 192 случая (59,4%) — женщины и 131 случай (41,6%) — мужчины. Следует отметить, что в 84,2% (272 пациента) случаев, при которых не удалось достичь целевых значений АД, продолжительность ДН составляла >1 года (рис. 6).

При анализе амбулаторных карт отсутствовали сведения о контроле ХС-ЛНП в 91,4% случаях (698 пациентов), что значительно снижает качество проведения ДН пациентов с АГ 1-3 степени согласно Приказу Минздрава РФ от 29 марта 2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми”. Среди пациентов с известным уровнем ХС-ЛНП целевые показатели достигнуты лишь в 15,2% случаев (10 пациентов). Уровень целевого значения ХС-ЛНП определялся у пациентов с АГ и очень высоким или экстремальным ССР  $\leq 1,4$  ммоль/л или его снижение на  $\geq 50\%$  от исходного, у пациентов с АГ и высоким ССР  $\leq 1,8$  ммоль/л или его снижение на  $\geq 50\%$  от исходного, у пациентов с умеренным ССР  $\leq 2,6$  ммоль/л и у пациентов с низким ССР  $\leq 3,0$  ммоль/л. Учитывая недостаточные сведения о контроле ХС-ЛНП, проведен анализ уровня общего холестерина (ОХС).

При анализе медицинской документации на последнем визите пациентов с целью ДН по поводу АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, уровень ОХС не был указан в 61 (8,0%) случае. У 488 пациентов (63,9%) в рамках последнего визита с целью ДН уровень ОХС был менее 5,0 ммоль/л; среди них у женщин в 280 случаях (57,4%), у мужчин в 208 случаях (42,6%). У остальных 215 пациентов (28,1%) ОХС был >5,0 ммоль/л; чаще это были женщины — 135 случаев (63%).

**Предложения по повышению достижения целевых показателей здоровья у пациентов с АГ в рамках ДН на основе анализа причин нарушений (экспертный анализ)**

На достижение контролируемых показателей здоровья в рамках проведения ДН у пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ (АД, ХС-ЛНП), влияет большое количество факторов, которые можно объединить в три группы [12]:

1) *проблемы со стороны лечащего врача:*

— недостаточный уровень знаний клинических рекомендаций Минздрава РФ 2020г “Артериальная гипертензия у взрослых”;

— нарушение методики измерения АД, в частности — использование несоответствующего размера манжеты, однократное измерение уровня АД либо нарушение интервала в 1-2 мин при повторных измерениях АД;

— измерение АД на высоте эффекта антигипертензивной терапии;

— назначение нерациональных комбинаций антигипертензивных и гиполипидемических препаратов в неверном режиме и отсутствие интенсифика-

ции антигипертензивной и гиполипидемической терапии;

— низкая частота назначения диуретиков при наличии показаний;

— низкая частота определения уровня ХС-ЛНП среди пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ (отсутствие информации в 698 (91,4%) случаях), врачом-терапевтом участковым;

— использование низких доз антигипертензивных препаратов;

— несвоевременная коррекция назначенной ранее антигипертензивной и гиполипидемической терапии при низкой эффективности или отсутствии клинического эффекта;

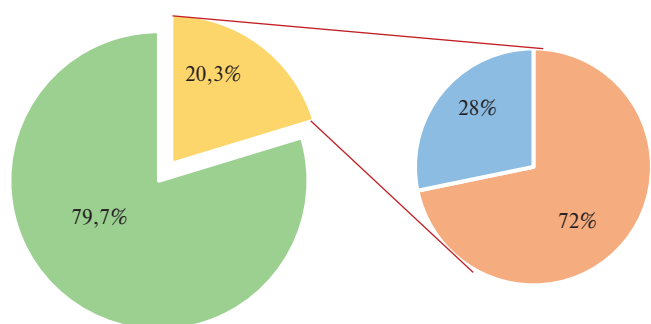
— опасения избыточного снижения уровня АД;

— необоснованные опасения назначать “дорогостоящую” антигипертензивную и гиполипидемическую терапию, не владея информацией о финансовых возможностях пациента;

— психологическая неготовность активно лечить заболевание (АГ), которое протекает клинически малосимптомно;

— отсутствие уверенности в том, что незначительное повышение АД, особенно, систолического АД, а также ХС-ЛНП, увеличивает риск осложнений АГ, особенно среди лиц пожилого возраста или среди пациентов с сахарным диабетом, что сопровождается отсутствием мер по изменению текущей схемы лечения;

— игнорирование/недооценка мер, направленных на изменение образа жизни пациента. К сожалению, анализируя назначаемые схемы лечения пациентов, состоящих на ДН у врача-терапевта участкового по поводу АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, наблюдается игнорирование/недооценка мер, направленных на изменение образа жизни пациента. Это в ряде случаев влияет на частоту достижения целевого АД у данной категории больных. Мероприятия по изменению образа жизни, согласно клиническим рекомендациям, должны быть предусмотрены и соблюдены в схемах лечения всех пациентов с АГ. Немедикаментозные методы лечения АГ способствуют снижению АД, уменьшают потребность в антигипертензивных препаратах и повышают их эффективность, позволяют осуществлять коррекцию факторов риска, проводить первичную профилактику АГ у пациентов с высоким нормальным АД и имеющих факторы риска. По данным нашего исследования 70,3% (537) пациентов имели 2, 3 степень АГ и 1 степень АГ с высоким/очень высоким риском и были исключены из анализа. Из оставшихся пациентов с АГ 1-й степени, относящихся к категориям низкого/среднего риска, в 79,7% (181 пациентов) случаев начата антигипертензивная лекарственная терапия одним из препаратов рекомендованных классов после 3-го мес. модификации образа жизни, в то время как в 20,3% (46 пациентов) случаев резер-



- У пациентов с АГ 1 степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска, начата антигипертензивная лекарственная терапия одним из препаратов рекомендованных классов после 3-го месяца модификации образа жизни
- У пациентов с АГ 1 степени, относящимся к категориям высокого риска, антигипертензивной лекарственной терапии не предшествовал 3-месячный курс модификации образа жизни
- Женщины
- Мужчины

**Рис. 7.** Особенности ведения на амбулаторном этапе пациентов с АГ 1 степени, относящимся к категориям низкого/среднего риска согласно клиническим рекомендациям.

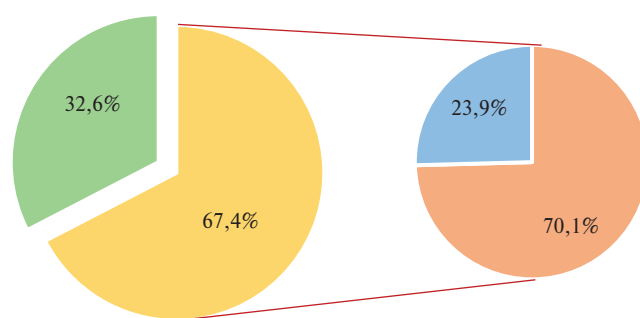
вы немедикаментозной терапии АГ в установленные сроки не были использованы (рис. 7);

— опасения назначать 2 и более антигипертензивных лекарственных препарата. Согласно клиническим рекомендациям, всем пациентам с АГ (кроме пациентов низкого риска с АД <150/90 мм рт.ст., пациентов ≥80 лет, пациентов с синдромом старческой астении) в качестве стартовой терапии рекомендована комбинация антигипертензивных препаратов, предпочтительно фиксированная, для улучшения приверженности к терапии. По полученным нами данным, 32,6% (249) пациентов имели 1 степень АГ и были исключены из анализа. Из оставшихся пациентов лицам с АГ 2-3 степени назначена двухкомпонентная (в т.ч. — комбинированная) антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза, и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД в 32,6% (168 пациентов) случаев, в то время как в 67,4% (347 пациентам) случаев указанные действия, согласно клиническим рекомендациям, выполнены не были (рис. 8);

— отсутствие/низкая мотивация к достижению целевых значений АД, врачебная “инертность”. Обращает на себя внимание то, что у пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ, на последнем визите в рамках ДН у 11 (1,4%) пациентов установлен уровень систолического АД >180 мм рт.ст и/или диастолического АД >120 мм рт.ст. Среди них было 7 (63,6%) женщин и 4 (36,4%) мужчин. При этом все пациенты находились на ДН у врача-терапевта участкового >1 года.

#### 2) со стороны организации медицинской помощи:

— низкая доступность квалифицированной медицинской помощи служит причиной недостаточно-



- Пациентам с АГ 2-3 степени назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД
- Пациентам с АГ 2-3 степени назначена комбинированная двухкомпонентная антигипертензивная терапия сразу после постановки диагноза и проведена ее интенсификация для достижения целевого АД
- Женщины
- Мужчины

**Рис. 8.** Особенности ведения на амбулаторном этапе пациентов с АГ 2-3 степени согласно клиническим рекомендациям.

го количества визитов пациентов с АГ в рамках ДН в поликлинику в течение года;

— высокий груз административной отчетности врача-терапевта участкового, что зачастую не позволяет провести полноценную консультацию пациента во время визита, а также снижает общее число больных, принятых врачом за время приема;

— отсутствие/нарушение работы лабораторных или функциональных методов обследования и соответствующего медицинского оборудования;

#### 3) проблемы со стороны пациента:

— низкая приверженность к лечению;

— отсутствие/низкий уровень владения методикой измерения АД;

— низкий уровень организации самоконтроля АД, нерегулярное ведение дневника АД;

— низкая осведомленность об ожидаемом эффекте, изменениях самочувствия и качестве жизни в ходе терапии, возможных побочных эффектах и способах их устранения при приеме антигипертензивных и гиполипидемических препаратов;

— низкая осведомленность о наличии у пациента и членов его семьи сердечно-сосудистых факторов риска и способах снижения их влияния, в частности — курение, избыточная масса тела, психоэмоциональный стресс, малоподвижный образ жизни, повышенный уровень холестерина;

— отсутствие знаний о необходимости коррекции изменяемых факторов риска при наличии у пациента и членов его семьи некорректируемых факторов риска, к которым относятся: наличие в семейном анамнезе ранних мозговых инсультов, инфарктов миокарда, сахарного диабета; мужской пол; пожилой возраст; физиологическая или хирургическая менопауза у женщин;

— самостоятельное прекращение назначенной антигипертензивной и гиполипидемической терапии при достижении целевых уровней АД и ХС-ЛНП или отсутствии клинических проявлений АГ;

— игнорирование очередной явки к врачу-терапевту участкового при достижении целевых уровней АД и ХС-ЛНП или отсутствии клинических проявлений АГ.

### Заключение

Подводя итог полученным данным следует отметить, что организация и проведение качественного ДН — одна из важных частей работы врача-терапевта участкового, которая направлена на предотвращение прогрессирования патологического процесса и числа обострений хронических неинфекционных заболеваний, что, в свою очередь, ведет к улучшению показателей эффективности ДН, в т.ч. — снижению числа госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи по поводу обострения хронических заболеваний, госпитализации в фазе обострений и смертности лиц, состоящих на ДН. Квалифицированное лечение, своевременное и комплексное обследование способствуют высокой эффективности ДН. Крайне важно при этом использовать в работе единые подходы к организации лечебно-диагностического процесса. Лечение пациентов, в т.ч. находящихся на ДН, необходимо осуществлять в соответствии с клиническими рекомендациями, что позволит внедрить во врачебную практику наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии и лекарственные препараты, избежать необоснованных медицинских вмешательств и повысить качество оказания медицинской помощи. При этом становится крайне актуальным внедрение моделей управления качеством медицинской деятельности в конкретной МО.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности и является обязательным условием в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31 июля 2020г № 785н “Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности” [5, 13]. Важно регулярно планировать и реализовывать плановые и целевые (внеплановые) проверки в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В контексте ДН важно проводить внутренний контроль качества ДН и организации оказания медицинской помощи на основа-

нии данных доказательной медицины и соответствия клиническим рекомендациям путем оценки по разработанному чек-листу, содержащему нижеперечисленные критерии [14]:

*I. Контрольный лист по разделу “Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям”*

— наличие протоколов рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях МО в соответствии с профилем отделения;

— доступ сотрудников в рабочие часы МО ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи;

— наличие обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения) в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи;

— соответствие лечебно-диагностического процесса клиническим рекомендациям;

— соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям.

*II. Контрольный лист по разделу “Диспансерное наблюдение за пациентами”*

— наличие внутреннего приказа по организации ДН;

— наличие положения о рабочей группе по разработке и регулярному обновлению алгоритмов по организации ДН;

— наличие перечня нозологий для постановки на ДН врачами-терапевтами участковыми;

— наличие плана-графика и поименного списка пациентов, нуждающихся в ДН;

— наличие алгоритма ДН врачом-терапевтом участковым по каждому из подлежащих ДН заболеваний/состояний;

— информирование пациентов по вопросам ДН.

Динамическое наблюдение пациентов с АГ, в т.ч. ДН пациентов с АГ 1-3 степени, за исключением РАГ — крайне важная составляющая медицинской помощи пациентам с АГ, основными задачами которого служат достижение и поддержание целевых уровней АД и ХС-ЛНП, контроль выполнения врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска, оценка состояния органов-мишеней и мониторинг соблюдения режима назначенной терапии, в т.ч. антигипертензивной и гиполипидемической. Проведенный нами анализ указал на недостаточное качество оказания медицинской помощи пациентам с АГ в рамках ДН. Полученные данные и сформулированные предложения могут быть полезны для организации контроля качества первичной-медико-санитарной помощи в МО.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература/References

- Muromtseva GA, Kontsevaya AV, Konstantinov VV, et al. The prevalence of non-infectious diseases risk factors in Russian population in 2012-2013 years. The results of ECVD-RF. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):4-11. (In Russ.) Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):4-11. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-4-11.
- Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450-66. (In Russ.) Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э. и др. Распространенность артериальной гипертонии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕ-РФ-2). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2019;15(4):450-66. doi:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
- Drozдова LYu, Ivanova ES, Egorov VA, et al. Quality assessment of the secondary prevention of chronic noncommunicable diseases during the public dispensary observation in regions of the Russian Federation. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(6):21-5. (In Russ.) Дроздова Л.Ю., Иванова Е.С., Егоров В.А. и др. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2020;23(6):21-5. doi:10.17116/profmed20202306221.
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 29.03.2019 N 173n "On approval of the procedure for conducting dispensary monitoring of adults" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 25.04.2019 N 54513). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 29.03.2019 N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.04.2019 N 54513). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72132764/>.
- Kobalava ZD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Arterial hypertension in adults. *Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3786. (In Russ.) Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В. и др. Артериальная гипертония у взрослых. *Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3786. doi:10.15829/1560-4071-2020-3-3786.
- Passport of the national project "Healthcare" (approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and National Projects, protocol №1624.12.2018). Accessed January 08, 2021. (In Russ.). Паспорт национального проекта "Здравоохранение" (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол №16 от 24.12.2018). Ссылка активна на 08.01.2021. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/>.
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 13.03.2019 N 124n (ed. of 02.12.2020) "On approval of the procedure for conducting preventive medical examinations and medical examinations of certain groups of the adult population" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 24.04.2019 N 54495). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н (ред. от 02.12.2020) "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 24.04.2019 N 54495). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/>.
- "Methodological recommendations for ensuring the functionality of medical information systems of medical organizations (MIS MO)" (approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on 01.02.2016). (In Russ.) "Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций (МИС МО)" (утв. Минздравом России 01.02.2016). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71238346/>.
- Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 19.04.2007 N 282 "On approval of criteria for evaluating the effectiveness of a district general practitioner". (In Russ.) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 N 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового". [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_68824/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_68824/).
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 15.12.2014 N 834n (ed. of 02.11.2020) "On approval of unified forms of medical documentation used in medical organizations providing medical care on an outpatient basis, and the procedures for filling them out" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 20.02.2015 N 36160). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36160). <http://base.garant.ru/70877304/>.
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 28.02.2019 N 108n (ed. of 25.09.2020) "On approval of the Rules of compulsory medical insurance" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 17.05.2019 N 54643). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 25.09.2020) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.05.2019 N 54643). <http://ivo.garant.ru/#%2Fdocument%2F72243038%2Fparagraph%2F1282%3A0>.
- Posnenkova OM, Kiselev AR, Gridnev VI, et al. Aiming at clinical result — The basic of modern technology of quality measures development for hypertensive patients. "Arterial'naya Gipertenziya" ("Arterial Hypertension"). 2014;20(3):212-7. (In Russ.) Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И. и др. Ориентация на клинический результат — новый подход в разработке индикаторов качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией. *Артериальная гипертония*. 2014;20(3):212-7. doi:10.18705/1607-419X-2014-20-3-212-217.
- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 31.07.2020 N 785n "On Approval of Requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 02.10.2020 N 60192). (In Russ.) Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 N 60192). <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/>.
- Murashko MA, Ivanov IV, Knyazyuk NF. The basics of medical care quality and safety provision: Monograph. M., 2020. p. 408. (In Russ.) Мурашко М.А., Иванов И.В., Князюк Н.Ф. Основы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: Монография. М., 2020. с. 408. ISBN: 978-5-600-02711-4. doi:10.35400/978-5-600-02711-4.