

ISSN 1607-419X
ISSN 2411-8524 (Online)
УДК 616.12-008.331.1:614.2

Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации

А. М. Калинина, С. А. Бойцов, Д. В. Кушунина,
Б. Э. Горный, Л. Ю. Дроздова, В. А. Егоров

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научно-исследовательский центр
профилактической медицины» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Москва, Россия

Контактная информация:
ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава РФ,
Петроверигский пер., д. 10,
Москва, Россия, 101990.
Тел.: +7(499)553–67–50.
E-mail: akalinina@gnicpm.ru

*Статья поступила в редакцию
20.10.16 и принята к печати 20.12.16.*

Резюме

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) вносит основной вклад (около 42 %) в структуру заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, при этом ранняя выявляемость АГ в рутинной практике остается невысокой. Для решения проблемы раннего выявления АГ, как и других хронических заболеваний, являющихся основной причиной потерь трудового и жизненного потенциала нашего общества, в настоящее время внедряется комплекс мер, в частности мер медицинской профилактики этих заболеваний на основе диспансерного метода, включающего диспансеризацию и диспансерное наблюдение. **Цель исследования** — оценить полноту и качество выявления в рамках диспансеризации взрослого населения заболеваний, характеризующихся повышенным артериальным давлением (АД), и связанных с ними факторов риска, и оценить региональные особенности. **Материалы и методы.** Проведен анализ обобщенных по всей стране и региональных результатов диспансеризации, проведенной в 2015 году. В статье проведен анализ частоты АГ, которая включает диагноз заболеваний, характеризующихся повышенным АД, в том числе и предварительный диагноз, а также повышенное АД как фактор риска. **Результаты.** В 2015 году прошли диспансеризацию 21,7 млн человек. Частота АГ составила 33,6 %, в том числе у 16,5 % установлен диагноз заболевания, у 3,6 % диагноз установлен как предварительный, у 13,5 % повышение АД было оценено как фактор риска. В регионах Российской Федерации отмечаются значительные колебания этих показателей. В регионах с более низкой активной выявляемостью АГ была ниже общая заболеваемость АГ по обращаемости, но выше первичная заболеваемость АГ и выше смертность от болезней системы кровообращения, и в ходе диспансеризации в этих регионах отмечена меньшая частота установления диспансерного наблюдения по поводу АГ. В регионах с высокой смертностью от цереброваскулярных болезней отмечена тенденция к более низкой постановке диагнозов заболеваний, характеризующихся повышенным АД при их активном выявлении. **Заключение.** Показана прямая взаимосвязь между выявленной при диспансеризации АГ и алиментарно-зависимыми факторами риска, что позволяет подтвердить важность многофакторной профилактики и контроля АГ в первичном звене здравоохранения. Доля случаев впервые установленного диагноза заболевания, характеризующегося повышенным АД, от всех случаев заболеваний с этими

диагнозами может быть использована для оперативной оценки качества диспансеризации по выявлению АГ на региональном уровне.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, диспансеризация, заболеваемость, профилактика, факторы риска, первичное звено здравоохранения, качество медицинской помощи

Для цитирования: Калинина А. М., Бойцов С. А., Кушунина Д. В., Горный Б. Э., Дроздова Л. Ю., Егоров В. А. Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации. Артериальная гипертензия. 2017;23(1):6–16. doi: 10.18705/1607-419X-2017-23-1-6-16.

Hypertension in the routine healthcare: Focus on the results of health check-up

A. M. Kalinina, S. A. Boytsov, D. V. Kushunina,
B. E. Gornyy, L. Yu. Drozdova, V. A. Egorov

National Research Center for Preventive Medicine,
Moscow, Russia

Corresponding author: National
Research Center for Preventive Medicine,
10 Petroverigsky lane, Moscow, Russia,
101990.
Phone: +7(499)553–67–50.
E-mail: akalinina@gnicpm.ru

Received 20 October 2016;
accepted 20 December 2016.

Abstract

Background. Arterial hypertension (HTN) plays a major role (42 %) for cardiovascular disease incidence, meanwhile routine early HTN detection remains low. Different measures are implemented in order to solve the problem of early HTN detection, as well as other chronic diseases leading to disability and the decrease in life expectancy. These measures include medical prevention based on the regular check-up and follow-up. **Objective.** To evaluate the quality of the check-ups regarding the diagnostics of blood pressure (BP) elevation and associated risk factors, and to evaluate the regional characteristics in the adult population. **Design and methods.** We analysed general data obtained in 2015 year during the check-ups in the country and regions. In this analysis, we present the data regarding HTN rates, including cases of preliminary diagnosis and elevated BP as a risk factor. **Results.** In 2015, 21,7 million people underwent health check-up. HTN incidence was 33,6 %, including 16,5 % of verified HTN, 3,6 % cases of preliminary diagnosis, in 13,5 % cases increased BP was considered as a risk factor. We found significant regional differences. In regions with a lower active HTN detection the overall HTN morbidity is lower, but primary HTN morbidity and CVD-related mortality are higher. In addition, in these regions active follow-up of patients with verified HTN is performed less frequently. In regions with high mortality associated with cerebrovascular diseases, the diagnosis of the diseases characterized by BP elevation is lower. **Conclusions.** We found a positive correlation between diagnosed HTN and nutrition-associated risk factors that confirms the importance of multi-factor prevention and control of HTN in primary health care. We suggest to use the ratio between the newly diagnosed cases of elevated BP of all cases with such diagnoses for rapid assessment of the quality of the health check-up for HTN detection at the regional level.

Key words: hypertension, clinical examination, morbidity, prevention, risk factors, primary health care, quality of care

For citation: Kalinina AM, Boytsov SA, Kushunina DV, Gornyy BE, Drozdova LY, Egorov VA. Hypertension in the routine healthcare: Focus on the results of the health check-up. Arterial'naya Gipertenziya = Arterial Hypertension. 2017;23(1):6–16. doi: 10.18705/1607-419X-2017-23-1-6-16.

Введение

Несмотря на стойкую тенденцию снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в нашей стране на протяжении последних лет, величина этого показателя остается одной из самых высоких в мире, что определяет значительные затраты на оказание медицинской помощи больным [1–3]. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 2011 год (последние данные, представленные в ВОЗ), стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от БСК среди населения до 65 лет в Российской Федерации (РФ) был одним из самых высоких в Европе (192,11 на 100 тыс. населения). Выше был только показатель в Республике Беларусь (197,73 на 100 тыс. населения) [3], причем СКС от БСК в России превышал показатель по отдельным странам Европы в 6–10 раз. Это подтверждает актуальность внедрения эффективных мер раннего выявления и своевременного лечения и профилактики этих заболеваний, прежде всего на уровне первичного звена здравоохранения. По данным официальной медицинской статистики, в нашей стране в 2015 году зарегистрировано 33,3 млн больных БСК, из которых заболевание ежегодно устанавливается впервые у 17%.

Артериальная гипертензия (АГ) вносит основной вклад (около 42%) в структуру заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), при этом ранняя выявляемость АГ (доля АГ в структуре впервые выявленных случаев БСК) невысока — 9,3%, что, несомненно, требует принятия более активных мер для своевременного выявления этого заболевания.

В последние годы, благодаря созданию на федеральном уровне и внедрению в практику отечественного здравоохранения научно-обоснованной нормативно-методической базы, направленной на совершенствование деятельности первичного звена здравоохранения, можно с уверенностью констатировать, что в отечественном здравоохранении происходит устойчивое формирование системы медицинской профилактики, прежде всего в отношении хронических неинфекционных заболеваний и, в частности, ССЗ, являющихся основной причиной преждевременной смертности населения [1, 4]. Впервые в нашей стране утвержден Порядок профилактики хронических неинфекционных заболеваний [4]. Ключевыми нормативными документами, определяющими организационные и технологические основы медицинской профилактики, безусловно, являются приказы Минздрава России по организации и проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансерному наблюдению [5–7].

Цель исследования — оценить полноту и качество выявления в рамках диспансеризации взрослого населения заболеваний, характеризующихся повышенным артериальным давлением (АД), и связанных с ними факторов риска, и оценить региональные особенности.

Материалы и методы

Проведен анализ обобщенных по РФ и региональных результатов диспансеризации, проведенной в 2015 году по данным статистической отчетной формы 131 [5]. Методология выявления основных ССЗ, обусловленных атеросклерозом и имеющих общие факторы риска, включала выявление ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний (ЦВБ), проводилась в рамках двух этапов диспансеризации, согласно нормативным документам Минздрава РФ [6], результативность методологии выявления ССЗ была неоднократно опубликована [8, 9].

Выявление АГ при массовых скрининговых обследованиях не представляет трудности и базируется на методике измерения АД. Вместе с тем известно, что процесс от измерения АД до постановки диагноза не может быть одномоментным и нередко помимо обязательных диагностических процедур требует определенного продолжительного периода времени для дополнительных исследований [10, 11].

Процесс постановки диагноза заболеваний, характеризующихся повышенным АД (коды I10–I15 по МКБ-10), в рамках диспансеризации взрослого населения включает:

- анкетирование (анамнез личный и семейный, жалобы, прием антигипертензивных препаратов (АГП));
- измерение АД (критерий — уровень АД 140/90 мм рт. ст. и выше или прием АГП);
- антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;
- определение уровня общего холестерина (ОХС) и глюкозы в крови;
- электрокардиографию в покое (для мужчин от 35 лет, женщин — от 45 лет);
- общий анализ мочи.

По определенному возрастному графику проводится:

- клинический анализ крови (три показателя — концентрация гемоглобина в эритроцитах, количество лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов) или
- клинический анализ крови, развернутый (в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет);

- анализ крови биохимический общетерапевтический (уровень креатинина, общего билирубина, аспартатаминотрансаминазы, аланинаминотрансаминазы), а также глюкозы и ОХС для лиц 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо экспресс-анализов этих показателей.

По показаниям выполняются следующие обследования:

- при повышении уровня ОХС проводится определение липидного спектра крови;
- при повышении уровня глюкозы натощак определяется уровень гликированного гемоглобина или проводится глюкозотолерантный тест;
- осмотр врача-терапевта (определение группы здоровья, диспансерного наблюдения, постановка диагноза и при показаниях направление на дополнительные исследования для его уточнения, определение дальнейшей тактики, назначение лечения, проведение краткого профилактического консультирования и определение показаний для углубленного профилактического консультирования).

Методология диспансеризации взрослого населения, включающая на первом этапе фиксированный набор скрининговых методик по возрастному графику, а на втором этапе — ряд диагностических процедур, не ставит задачи постановки окончательного диагноза заболевания, характеризующегося повышенным АД, во всех случаях, но позволяет врачу по совокупности данных:

- а) поставить (или подтвердить из ранее установленных) клинический диагноз заболевания, характеризующегося повышенным АД (коды I10-I15 по МКБ-10);
- б) поставить предварительно клинический диагноз заболевания, характеризующегося повышенным АД;
- в) выделить обследованных с повышенным АД, когда факт повышения АД врачом оценивается и регистрируется не как диагноз гипертонической болезни или симптоматической АГ, а как фактор риска ССЗ (кодируется по МКБ-10 кодом R03.0).

Таким образом, очевидно, что с позиции контроля АД в первичном звене здравоохранения как важнейшей меры профилактики ССЗ, обусловленных атеросклерозом, важно при анализе результатов диспансеризации оценивать все три вышеперечисленные категории обследованных, как отдельно, так и в совокупности. Только такой подход позволит планировать целенаправленную индивидуальную тактику лечения, диагностики и профилактики у этих пациентов. Учитывая сказанное, применительно к трактовке результатов диспансеризации, оцениваемых по статистической форме отчетности (форма 131) [5], понятие «арте-

риальная гипертензия» включает в совокупности заболевания, характеризующиеся повышенным АД (установленный диагноз или подозрение — коды I10-I15 по МКБ-10), а также повышенное АД как фактор риска (код R03.0 МКБ-10).

В рамках настоящей статьи рассматриваются результаты диспансеризации, проведенной в нашей стране в 2015 году в период введения в действие обновленного приказа Минздрава РФ № 36 ан [6], с включением уточнения по выявленной патологии, в частности, с регистрацией впервые выявленных случаев заболеваний и установления диспансерного наблюдения по каждой нозологической форме заболевания.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистических программ IBM SPSS Statistics v.20.0. Значимость различий показателей между двумя группами определялась при помощи критерия Манна–Уитни. Для анализа соответствия возрастной структуры лиц, проходящих диспансеризацию, и демографической структуры населения использован критерий χ^2 . Для анализа зависимости показателей с нормальным распределением или без него применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

За три года внедрения новой технологии диспансеризации в нашей стране прошли медицинское обследование около 65 млн человек. В 2015 году прошли диспансеризацию 21,7 млн человек (90% от запланированной численности).

Характеристика обследованных в рамках диспансеризации в 2015 году

Учитывая специфику проведения диспансеризации (1 раз в три года), важно оценить репрезентативность получаемых результатов диспансеризации. Для этой цели проведен сравнительный анализ структуры населения РФ по возрасту, местности проживания и занятости (работающие, обучающиеся, неработающие).

При сравнении возрастной структуры учитывалась особенность возрастного графика проведения обследований в рамках диспансеризации, поэтому сравнивались не сплошные возрасты в возрастных интервалах, а с интервалом в три года, для чего сформирована выборка из населения страны тех возрастных групп, которые подлежат диспансеризации, и были сформированы подгруппы молодых (21–36 лет), средних (39–60 лет) и старших возрастов (старше 60 лет). Сравнение показало сходство возрастных структур населения РФ и граждан,

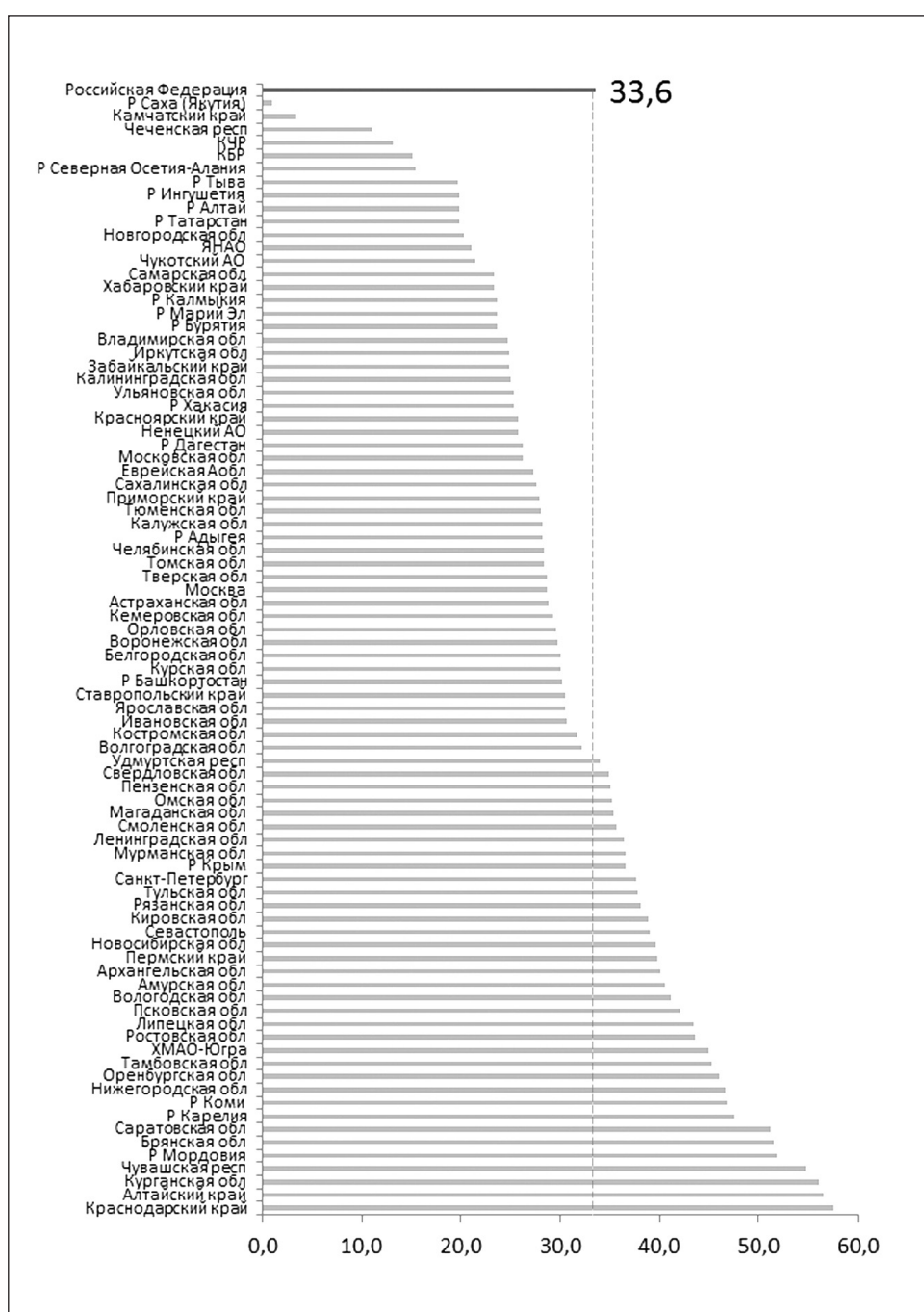
обследованных в рамках диспансеризации: доля молодых составила соответственно 36,8 и 34,5 %, средних — 43,0 и 41,2 %, старших — 20,2 и 24,3 % ($\chi^2 = 0,47$, $p > 0,05$).

Структура граждан, обследованных в рамках диспансеризации, оказалась также сопоставима со структурой населения страны по месту проживания (жители городов составили 79,8 и 74,3 %, сельской местности — 20,2 и 25,7 % соответственно, $\chi^2 = 1,02$, $p > 0,05$) и занятости (доля работающих составила 54,8 и 65,0 %, обучающихся по очной

форме — 3,2 и 4,5 %, неработающих — 42,0 и 31,5 % соответственно, $\chi^2 = 2,67$, $p > 0,05$).

Из проведенного сопоставления можно сделать заключение, что полученные результаты диспансеризации можно с определенной достоверностью считать представительными для населения страны в целом и использовать как базовые при определении приоритетов и планировании медицинских мер, в том числе и профилактических. Вместе с тем наблюдается тенденция, что диспансеризация в меньшей степени охватывает молодые возрасты,

Рисунок 1. Частота выявления артериальной гипертензии в регионах Российской Федерации в ходе диспансеризации определенных групп населения в 2015 году (данные из отчетной формы № 131, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 87 н)



жителей сел и работающих граждан, что необходимо принимать во внимание на местных уровнях в дальнейшем при организации привлечения граждан к прохождению диспансеризации, особенно этих категорий граждан. Кроме того, для принятия оперативных управленческих решений необходимо на местном уровне оценивать результаты диспансеризации с позиции качества и полноты данных.

Заболевания, характеризующиеся повышенным артериальным давлением

По данным официальной статистики Росстата, в РФ общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным АД, по данным обращаемости составляла в 2013 году 8718,8 случаев на 100 тыс. (или 8,7%) населения, в 2014 году — 9130,5 случаев на 100 тыс. (9,1%) населения, впервые выявленная заболеваемость соответственно 616,7 случаев на 100 тыс. (или 0,6%) населения в 2013 году и 691,5 случаев на 100 тыс. (0,7%) населения в 2014 году [12], то есть отмечена тенденция к повышению показателей. Увеличение первичной заболеваемости можно в определенной степени связать с активным выявлением заболеваний в ходе диспансеризации, однако для окончательного ответа на этот вопрос необходимо более длительное наблюдение, что в настоящее время проводится в режиме постоянного мониторинга результатов диспансеризации по всей стране.

Выявление артериальной гипертензии в ходе диспансеризации

По данным диспансеризации, в 2015 году частота АГ (по данным отчетной формы (форма 131)) в соответствии с определением, приведенным в методической части статьи, составила 33,6% (около 6,2 млн человек), из которых у 16,5% (3 млн человек) установлен диагноз заболевания, характеризующегося повышенным АД (коды I10-I15 по МКБ-10), у 3,6% (около 670 тыс. человек) диагноз установлен как предварительный (всего с диагнозом — 20,1%), и еще у 13,5% (2,5 млн человек) повышение АД было оценено врачами как фактор риска (код R03.0 по МКБ-10).

Среди всех обследованных при диспансеризации частота впервые выявленных случаев с установленным диагнозом заболеваний, характеризующихся повышенным АД, составила 2,8% (около 530 тыс. человек), еще у 3,6% (около 670 тыс. человек) этот диагноз установлен как предварительный. Таким образом, суммарная частота впервые выявленных заболеваний, характеризующихся повышенным АД (установленный и предварительный диагноз), составила 6,4% (1,2 млн человек),

причем окончательный диагноз удалось поставить в рамках диспансеризации менее чем у половины обследованных (44,2%), что необходимо принимать во внимание в последующей клинической работе первичного звена, в первую очередь, участковых врачей. Кроме того, все случаи повышения АД, отнесенные не к заболеваниям, а к фактору риска, также требуют клинического обследования, так как этот фактор риска может быть проявлением самостоятельного прогностически неблагоприятного заболевания и требует полноценной диагностической и лечебной тактики. В целом последующее дообследование для выяснения причин повышения АД по результатам диспансеризации 2015 года потребовалось около 3,2 млн человек, что, безусловно, определяет и акценты врачебной тактики.

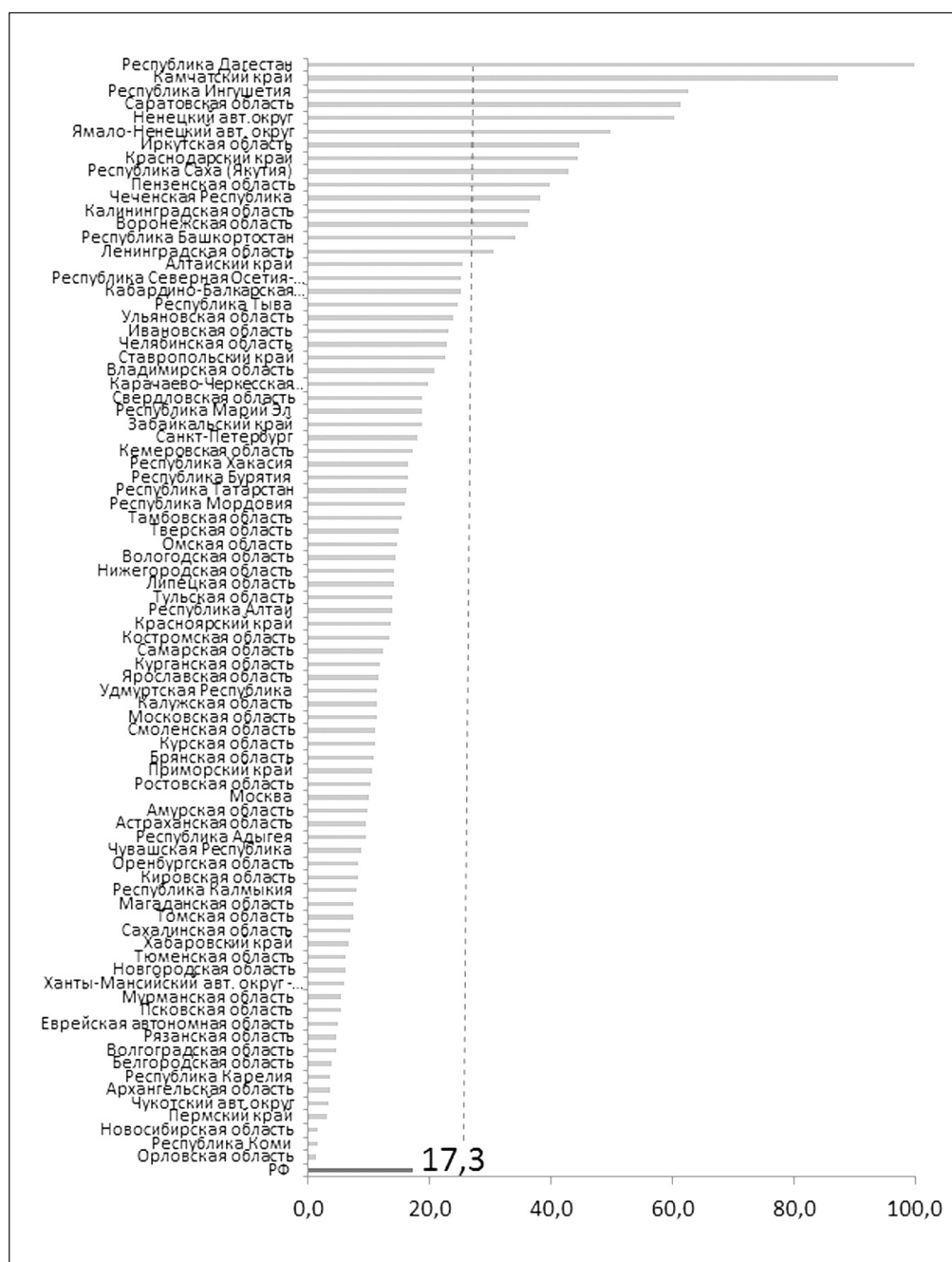
При сравнении частоты выявления АГ в регионах РФ отмечается значительный разброс показателей: от 1,0% в Республике Саха (Якутия) до 57,4% в Краснодарском крае (рис. 1).

Около половины регионов (40,0%) демонстрируют частоту выявления АГ выше среднероссийского показателя, 6 регионов — вдвое ниже среднего показателя. Очевидно, что во всех этих регионах требуется на местном уровне контроль качества выявления АГ. Нередко оппоненты диспансеризации высказывают мнение, что диспансеризация охватывает преимущественно пациентов, самостоятельно посещающих поликлиники по разным причинам, а не приглашаемых активно, что можно было бы предположить в регионах с высокой частотой АГ. Однако при корреляционном анализе такое критическое предположение не подтвердилось: не отмечено корреляции между частотой установления диагноза заболеваний, характеризующихся повышением АД (коды МКБ-10 I10-I15), и частотой случаев этих заболеваний, выявленных впервые ($r = 0,03$).

Вместе с тем при проведении межрегиональных сравнений возникает сомнение, что процедура активного выявления АГ выполняется в полном соответствии с рекомендациями. Так, при среднероссийском показателе доли впервые выявленных случаев заболеваний от всех диагнозов с кодами I10-I15 по МКБ-10 17,3%, в 11 регионах этот показатель был менее 5%, то есть более чем в три раза меньше среднего показателя, что может быть обусловлено низкой активностью привлечения граждан для прохождения диспансеризации (рис. 2).

Несомненно, необходим углубленный анализ причин таких различий. Прежде всего, очевидно, что ключевая проблема — это контроль качества и полноты выявления АГ, однако такой контроль требует специального анализа и невозможен толь-

Рисунок 2. Доля впервые установленных в ходе диспансеризации в 2015 году определенных групп населения диагнозов заболеваний, характеризующихся повышенным артериальным давлением, от всех случаев с установленным диагнозом



ко по данным статистической отчетности. Вместе с тем, исходя из известных данных эпидемиологических исследований, демонстрирующих высокую распространенность АГ в российской популяции среднего возраста [13], правомерно предположить, что низкая выявляемость АГ может быть показателем недостаточного качества диспансеризации в отношении постановки диагноза заболевания, характеризующегося повышением АД.

Для проверки этого предположения проведен межрегиональный корреляционный анализ между частотой выявления АГ при диспансеризации

и показателями заболеваемости в этих регионах по данным медицинской статистики. Анализ показал, что в регионах с более низкой активной выявляемостью АГ отмечена отрицательная корреляция слабой силы с первичной заболеваемостью АГ по обращаемости ($r = -0,19$) и прямая с общей заболеваемостью по обращаемости ($r = 0,34$). В этих же регионах низкая выявляемость АГ отрицательно коррелировала (связь умеренной силы) со смертностью от БСК ($r = -0,25$). Иными словами, можно предположить, что смертность от БСК и ее различия в регионах страны в определенной

степени зависят от своевременного (активного) выявления АГ.

Известно, что показатель общей заболеваемости с превентивной точки зрения отражает два противоположных процесса: позитивный (включает случаи обращения в рамках диспансерного наблюдения) и негативный (включает случаи обращения по причине обострения заболевания). Проведенный корреляционный анализ показал наличие положительной взаимосвязи, но малой силы ($r = 0,05$) между низкой активной выявляемостью АГ и постановкой этих пациентов на диспансерное наблюдение. То есть подтверждается предположение, что низкая частота впервые выявленной АГ при диспансеризации может быть индикатором неудовлетворительного качества своевременного выявления заболеваний и, несомненно, может негативно отразиться на показателях здоровья населения в дальнейшем, в том числе увеличить обращаемость по заболеваниям и обострениям. Целью же современных стратегий первичного звена здравоохранения является стремление к увеличению профилактических посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (в том числе и в рамках диспансерного наблюдения) взамен обращений по заболеваниям.

Взаимосвязь артериальной гипертензии и основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Проведенный корреляционный анализ показал наличие значимой связи между частотой АГ, выявленной при диспансеризации, и основными факторами риска, также установленными при диспансеризации по единым нормативно утвержденным критериям [6]. Так, коэффициент корреляции Спирмена по убыванию силы связи между АГ и фактором риска составил: для избыточной массы тела и ожирения — $r = 0,72$ ($p < 0,001$), для низкой физической активности — $r = 0,69$ ($p < 0,001$), для нерационального питания — $r = 0,68$ ($p < 0,001$), для дислипидемии — $r = 0,55$ ($p < 0,001$), для гипергликемии — $r = 0,45$ ($p < 0,001$). Отмечена прямая связь меньшей силы между АГ и курением ($r = 0,36$, $p < 0,01$), а также между АГ и опасным потреблением алкоголя ($r = 0,27$, $p < 0,05$). Корреляции наибольшей силы установлены между нерациональным питанием и низкой физической активностью ($r = 0,83$, $p < 0,001$), между избыточной массой тела/ожирением и нерациональным питанием ($r = 0,75$, $p < 0,001$), а также между избыточной массой тела/ожирением и низкой физической активностью ($r = 0,75$, $p < 0,001$), что свидетельствует о важной роли и тесной взаимосвязи поведенческих факторов риска в развитии заболеваний.

Таким образом, проведенный анализ позволяет оценить результат диспансеризации в отношении установления факторов риска в целом как удовлетворительный, поскольку подтверждаются известные по эпидемиологическим исследованиям закономерности и взаимосвязи факторов риска. Более того, что касается профилактики АГ, можно констатировать, что результаты диспансеризации могут быть использованы для планирования приоритетов профилактики АГ в первичном звене здравоохранения. При этом важно оценить и региональные особенности для формирования местных акцентов профилактики АГ в медицинской практике и на популяционном уровне.

Анализ региональных особенностей качества выявления артериальной гипертензии при диспансеризации

Совершенно очевидно, что оценивая результаты диспансеризации, особенно в их прикладном значении, важно получать доказательства качества этих результатов, для чего недостаточно только количественной оценки результатов.

Проведен сравнительный анализ результатов диспансеризации в отношении выявления АГ с учетом межрегиональных различий по показателям здоровья (по показателю СКС от ЦВБ за 2014 год), для чего были сформированы подгруппы регионов с различными величинами СКС от ЦВБ (10 регионов с наименьшими и 10 регионов с наибольшими показателями).

Так, при среднем по РФ показателе СКС от ЦВБ в 2014 году 156,1 случаев на 100 тыс. человек, в 10 регионах с наименьшей смертностью населения от ЦВБ этот показатель колебался от 36,7 до 111,4 случаев на 100 тыс. человек, а в 10 регионах с наибольшими — от 220,1 до 277,1 случая на 100 тыс. человек, что, несомненно, ставит в ряд актуальных задач анализ причин таких значительных межрегиональных различий. Безусловно, многофакторность формирования показателей смертности требует специального изучения и, конечно, не является задачей данной статьи. Вместе с тем анализ межрегиональных различий по частоте выявления и качества диагностики АГ в рамках диспансеризации представляет определенный интерес, так как смертность от ЦВБ в значительной степени связана именно с АГ (рис. 3).

Все сравниваемые показатели активного выявления АГ оказались выше в регионах с низкой смертностью от ЦВБ, чем в регионах с высокой смертностью, хотя различия были на уровне тенденций и не носили значимого характера, ни по частоте впервые установленного диагноза ($p = 0,19$),

ни по частоте предварительно установленного ($p = 0,14$), ни по частоте диспансерного наблюдения от впервые установленного диагноза ($p > 0,05$). Единственным показателем с различием, близким к значимому, оказалась доля впервые установленного диагноза от всех случаев заболеваний, характеризующихся повышенным АД ($p = 0,05$). Таким образом, по имеющимся в настоящее время данным, этот показатель (доля лиц с впервые установленным диагнозом от всех случаев заболевания с кодом МКБ-10 I10-I15) может быть использован для сравнительной оценки качества диспансеризации в отношении выявления АГ [14]. Однако для ранжирования этого показателя и определения критериев, несомненно, необходимы дальнейшее наблюдение и анализ. Вместе с тем уже по данным проведенного анализа очевидно, что желательно, чтобы его величина была близкой к показателю в регионах с низким СКС от ЦВБ. Дополнительный анализ показал наличие тенденции к более высокой частоте алиментарно-зависимых поведенческих факторов риска АГ в регионах с высоким СКС от ЦВБ по сравнению с регионами с низким СКС от ЦВБ. Так, частота нерационального питания составила соответственно 28,9 и 22,1 % ($p > 0,05$), избыточной массы тела и ожирения — 22,1 и 18,7 % ($p > 0,05$), что согласуется с известной концепцией многофакторной профилактики АГ среди населения.

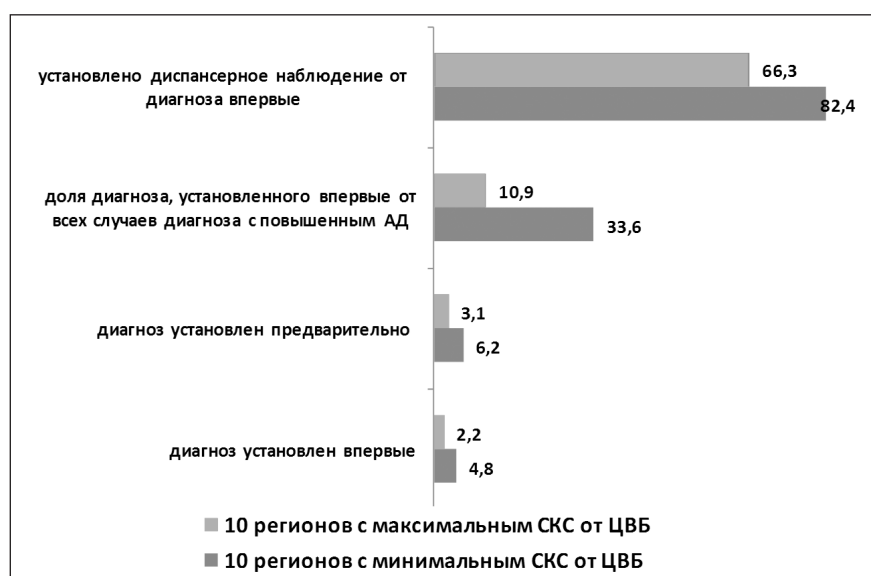
Ключевыми задачами диспансеризации являются не только выявление заболеваний и риска их развития, но и формирование дальнейшей лечебной

и профилактической тактики, в частности диспансерного наблюдения. Неоднократно показано, что именно эти задачи первичного звена требуют пересмотра, в фокусе проблемы по контролю АГ, в первую очередь задачи врачей-терапевтов (участковых, врачей общей практики). Диспансеризация в настоящее время с этой позиции может рассматриваться как активный катализатор процесса профилактики, так как именно массовое обследование позволяет визуализировать масштабы проблемы и определить ее текущее состояние. Прежде всего, следует подчеркнуть, что показатель охвата больных АГ диспансерным наблюдением является стартовым механизмом управления здоровьем этой категории пациентов. Результаты медицинского осмотра в рамках диспансеризации позволяют только констатировать постановку пациентов на диспансерное наблюдение, что потребует в дальнейшем контроля качества и эффективности этого процесса. Особого внимания требуют пациенты с впервые выявленным заболеванием.

Выводы

1. Полученные результаты диспансеризации можно с определенной достоверностью считать представительными для населения страны в целом и использовать как базовые при планировании медицинских мер, в том числе и профилактических на региональном уровне. Вместе с тем на местных уровнях при организации привлечения граждан к прохождению диспансеризации необходимо уде-

Рисунок 3. Показатели полноты и качества установления при диспансеризации диагноза заболевания, характеризующегося повышенным артериальным давлением (коды МКБ-10 I10-I15), в регионах Российской Федерации с наименьшими и наибольшими величинами стандартизованного коэффициента смертности от cerebrovasкулярных болезней [12] в процентах от обследованных в выделенных подгруппах регионов



Примечание: СКС — стандартизованный коэффициент смертности; ЦВБ — cerebrovasкулярные болезни.

лять больше внимания привлечению к обследованиям лиц молодых возрастов, жителей сел и работающих граждан.

2. По данным диспансеризации, в 2015 году частота АГ составила 33,6%, из которых у 16,5% установлен диагноз заболевания, характеризующегося повышенным АД (коды I10-I15 по МКБ-10), у 3,6% диагноз установлен как предварительный, и у 13,5% повышение АД было оценено врачами как фактор риска (код R03.0 по МКБ-10). Отмечаются значительные межрегиональные различия частоты АГ, что требует детального специального анализа.

3. Среднероссийский показатель доли впервые выявленных случаев заболеваний составил 17,3% от всех диагнозов с кодами I10-I15 по МКБ-10. Однако в 11 регионах этот показатель был менее 5%, что вызывает сомнение в полноценном использовании в этих регионах активного привлечения граждан для прохождения диспансеризации. В регионах с более низкой активной выявляемостью АГ была ниже общая заболеваемость АГ по обращаемости, но выше первичная заболеваемость АГ и выше смертность от БСК, и в ходе диспансеризации в этих регионах отмечена меньшая частота установления диспансерного наблюдения по поводу АГ.

4. Выявлена сильная статистически значимая взаимосвязь между выявленной при диспансеризации АГ и алиментарно-зависимыми факторами риска, что позволяет подтвердить многофакторность профилактики и контроля АГ в первичном звене здравоохранения.

5. Доля случаев впервые установленного диагноза заболевания, характеризующегося повышенным АД, от всех случаев заболеваний с этими диагнозами может быть использована для оперативной оценки качества диспансеризации по выявлению АГ на региональном уровне.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Список литературы / References

1. Бойцов С. А., Самородская И. В. Смертность и потерянные годы жизни в результате преждевременной смерти в Российской Федерации. URL: [http://www.gnicpm.ru/var/cache/783362-8a19c573855bcd7b5beb5bf82f27253d/\[Boytsov SA, Samorodskaja IV. Mortality and years of life lost due to premature mortality in the Russian Federation. URL: http://www.gnicpm.ru/var/cache/783362-8a19c573855bcd7b5beb5bf82f27253d/. In Russian\]](http://www.gnicpm.ru/var/cache/783362-8a19c573855bcd7b5beb5bf82f27253d/[Boytsov SA, Samorodskaja IV. Mortality and years of life lost due to premature mortality in the Russian Federation. URL: http://www.gnicpm.ru/var/cache/783362-8a19c573855bcd7b5beb5bf82f27253d/. In Russian]).
2. Оганов Р. Г., Концевая А. В., Калинина А. М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011;10(4):4-9. [Oganov RG, Koncevaja AV, Kalinina AM. Economic burden of cardiovascular disease in the Russian

Federation. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2011;10(4):4-9. In Russian].

3. Building primary care in a changing Europe. 2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf?ua=1.

4. Приказ Минздрава России от 30.09.2015 года № 683 н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Доступно по: <http://minjust.consultant.ru/documents/17000?items=1&page=3>. Ссылка активна на: 05.09.2016. [Russian Ministry of Health Order from 09.30.2015, № 683n “On approval of the organization and implementation of the prevention of noncommunicable diseases and activities to promote healthy lifestyles in health care organizations”. Available at: <http://minjust.consultant.ru/documents/17000?items=1&page=3>. Link is active on: 09.05.2016. In Russian].

5. Приказ Минздрава России от 06.03.2015 № 87 н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению». Доступно по: http://www.arfoms.ru/documents/index.php?SECTION_ID=99. Ссылка активна на: 05.09.2016. [Russian Ministry of Health Order from 06.03.2015 number 87n “On the unified form of medical documentation and form of statistical reporting used in the conduct of clinical examination of certain groups of the adult population and preventive medical examinations, orders for filling them out”. Available at: http://www.arfoms.ru/documents/index.php?SECTION_ID=99. Link is active on: 09.05.2016. In Russian].

6. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36 ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Доступно по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8542-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-3-fevralya-2015-g-36an-ob-utverzhdenii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya>. Ссылка активна на: 05.09.2016. [Russian Ministry of Health Order from 02/03/2015 number 36an “On approval of the medical examination of certain groups of adults”. Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8542-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-3-fevralya-2015-g-36an-ob-utverzhdenii-poryadka-provedeniya-dispanserizatsii-opredelennyh-grupp-vzroslogo-naseleniya>. Link is active on: 09.05.2016. In Russian].

7. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2013 года № 1344 н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=142423> Ссылка активна на: 05.09.2016. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation, 21 December 2013, № 1344n “The order of the prophylactic medical examinations”. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW; n=142423>. The link is active on: 05.09.2016. In Russian].

8. Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Результаты диспансеризации взрослого населения России в 2013 году. Заместитель главного врача. 2014;7(98):6-14. [Boytsov SA, Kalinina AM, Ipatov PV. The results of the clinical examination of the adult population of Russia in 2013. Zamestitel Glavnogo Vrach = Deputy Chief Physician. 2014;7(98):6-14. In Russian].

9. Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Новые клинико-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи. Терапевтический архив. 2013;85(8):8-13. [Boytsov SA, Kalinina AM, Ipatov PV. New clinical and organizational approaches to preventing cardiovascular diseases in

the primary health care system. *Terapevticheskij Arkhiv*. 2013;85(8):8–13. In Russian].

10. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159–2219. doi:10.1093/eurheartj/eh151.

11. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. 2013. URL: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.gipertonik.ru/files/recommendation/Recommendations_hypertension.docx. [Diagnosis and treatment of hypertension. Clinical guidelines. 2013. URL: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.gipertonik.ru/files/recommendation/Recommendations_hypertension.docx. In Russian].

12. Здравоохранение в России. 2015. Стат. сб. Росстат. М., 2015. 174 с. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf. [Health care in Russia. 2015. Article collection Rosstat. Moscow, 2015. 174 p. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf. In Russian].

13. Бойцов С. А., Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Девев А. Д., Артамонова Г. В., Гатагонова Т. М. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(4):4–14. DOI:10.15829/1728-8800-2014-4-4-14. [Boytsov SA, Balanova YA, Shalnova SA, Deev AD, Artamonova GV, Gatagonova TM et al. Arterial hypertension among individuals of 25–64 years old: prevalence, awareness, treatment and control (data from the ESSE study). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(4):4–14. DOI:10.15829/1728-8800-2014-4-4-14. In Russian].

14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 422 ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9212-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rf-ot-7-iyulya-2015-g-422an-ob-utverzhenii-kriteriev-otsenki-kachestva-meditsinskoy-pomoschi>. [Russian Ministry of Health Order from 7 July 2015 number 422an “On approval of the criteria for assessing the quality of care”. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9212-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rf-ot-7-iyulya-2015-g-422an-ob-utverzhenii-kriteriev-otsenki-kachestva-meditsinskoy-pomoschi>. In Russian].

Информация об авторах

Калинина Анна Михайловна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;

Бойцов Сергей Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;

Кушунина Дарья Вячеславовна — лаборант-исследователь отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;

Горный Борис Эмануилович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;

Дроздова Любовь Юрьевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;

Егоров Вадим Анатольевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России.

Author information

Anna M. Kalinina, MD, PhD, DSc, Professor, Head, Department of Primary Prevention of Chronic Non-communicable Diseases, State Research Center for Preventive Medicine;

Sergey A. Boytsov, MD, PhD, DSc, Professor, Director, State Research Center for Preventive Medicine;

Daria V. Kushunina, MD, Assistant Researcher, Department of Primary Prevention of Chronic Non-communicable Diseases, State Research Center for Preventive Medicine;

Boris E. Gornyy, MD, PhD, Senior Researcher, Department of Primary Prevention of Chronic Non-communicable Diseases, State Research Center for Preventive Medicine;

Lubov Yu. Drozdova, MD, PhD, Senior Researcher, Department of Primary Prevention of Chronic Non-communicable Diseases, State Research Center for Preventive Medicine;

Vadim A. Egorov, MD, PhD, Senior Researcher, Department of Primary Prevention of Chronic Non-communicable Diseases, State Research Center for Preventive Medicine.