

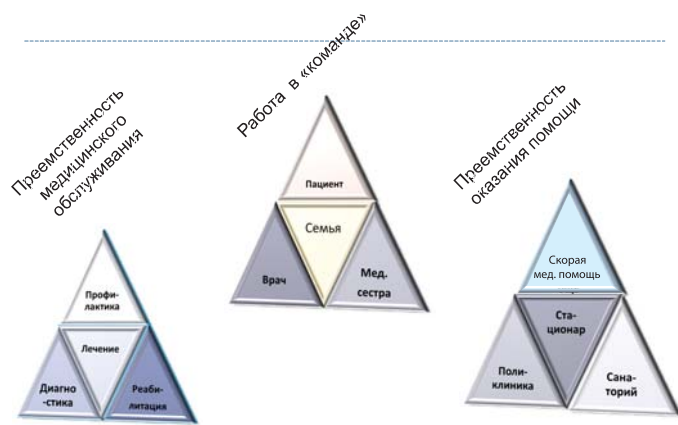


Рис. 5. Схема преемственности советской системы здравоохранения.

ни и улучшению качества жизни у лиц старше 60 лет, а именно: высокие профессиональные знания и навыки персонала, оснащенность поликлиники современной диагностической и лечебной техникой, высокое качество оказания медицинской помощи в полном соответ-

ствии «Стандартам оказания медицинской помощи», этические принципы «Кремлевской медицины», ответственная кадровая политика, гибкость в пересмотре стереотипов и тесная работа в «команде»; ориентация на креативность и новаторство сотрудников, а также высокий кредит доверия пациентов, наработанный за 30 лет существования поликлиники.

Литература

1. Альперович В. Социальная геронтология. Серия «Учебник и учебные пособия». Ростов н/Д.: Феникс, 1997. 576 с.
2. Яценюнская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М.: Владос, 1999. 213 с.
3. Теория социальной работы: Учебное пособие. М.: Владос, 2001. 132 с.
4. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 2003. 143 с.
5. Официальный сайт ГМЦ Росстата <http://www.gmcgks.ru/>
6. Дворецкий Л.И. Пожилой больной. М.: Русский врач, 2001. 144 с.

Стандартизация амбулаторно-поликлинической практики на основе разработки междисциплинарных планов ведения больных

И.А. Егорова¹, Е.Л. Никонов², Е.И. Полубенцева², В.П. Куличенко¹, И.А. Соловьева², Н.Н. Кравцова²

¹ Главное медицинское управление УД Президента РФ, ²ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

В статье представлена методика планирования клинических процессов на основе разработки планов ведения больных с установленным диагнозом в лечебном учреждении (критических путей). Зарубежный и отечественный опыт показывает, что разработка и применение планов ведения больных позволяют улучшить результаты медицинской помощи, повысить медицинскую безопасность пациентов и оптимизировать расходы.

Ключевые слова: планы ведения, критические (клинические) пути, управление технологическими процессами.

The article presents a technique for planning clinical processes (critical ways) based on the authors' experience for treating patients with an established medical diagnosis. Experience of our doctors as well as foreign ones has shown that treatment planning improves results, increases patient's safety and optimize financial expenses.

Key words: treatment plans, critical (clinical) ways, technological process management.

Одним из важнейших направлений реформ в области здравоохранения является дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая в основном выполняется в амбулаторно-поликлинических условиях.

Однако доступность этого важнейшего и во многом определяющего показатели здоровья населения вида медицинской помощи неуклонно снижается. Это явление обусловлено прежде всего постоянно возрастающей нагрузкой на амбулаторно-поликлиническое звено в связи с увеличением продолжительности жизни населения и соответствующим ростом числа больных хроническими неинфекционными заболеваниями, смертельные осложнения которых (инфаркт миокарда и мозговой инсульт) могут быть достоверно предотвращены путем эффективной профилактики и лечения.

Кроме того, внедрение новых медицинских технологий, медикаментозной терапии ведет к росту стоимости медицинской помощи и новым требованиям к квалифи-

кации кадров и организации их взаимодействия. На смену традиционной ПМСП приходит персонифицированная медицина — «первичная помощь, ориентированная на пациента», которая предусматривает значительные временные затраты «семейных» врачей на куриацию пациентов [1, 3].

В 2008 г. в докладе ВОЗ, посвященном проблемам ПМСП, «Сегодня актуальнее, чем когда либо» особое беспокойство экспертов вызывает растущая «фрагментированность» медицинской помощи, когда «чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов ... препятствует внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных людей и семей и не учитывает необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи» [1].

В настоящее время амбулаторно-поликлинические учреждения работают в новых условиях, характеризующихся одновременной реализацией множества сложных

технологических процессов, с большим числом участников, высоким медицинским риском и значительной стоимостью. Однако методы управления этим сложнейшим производством остаются неизменными на протяжении последних 50 лет, что, безусловно, ведет к низкой удовлетворенности пациентов медицинской помощью, очередям и недостаточной медицинской эффективности [7, 10, 11, 15].

Обозначенная проблема не является уникальной для российского здравоохранения и не связана напрямую с уровнем финансирования [1,9]. В одном из последних докладов ВОЗ в 2007 г. констатируется: «Хотя мир никогда не обладал таким мощным арсеналом технологий для лечения болезней и продления жизни, разрыв в уровнях здоровья продолжает расширяться. Есть острая необходимость повысить эффективность систем здравоохранения» [19].

В сложившихся условиях необходимо внедрение хорошо апробированных промышленных методов менеджмента в работу амбулаторно-поликлинических учреждений, основанных на управлении технологическими процессами с применением стандартизации и информатизации [14].

Этапы управления технологическими процессами (рис. 1) предусматривают организацию работы по идентификации процесса, планированию, мотивации персонала, организации выполнения, мониторинга, выявления отклонений и анализ их причин, внесение необходимых изменений для устранения и профилактики отклонений [10].

Одним из эффективных методов планирования лечебно-диагностических процессов является методика построения критических путей, заимствованная из промышленного производства, где она используется для управления проектами.

Критический путь – это оптимальный по времени и последовательности план выполнения элементов оказания медицинской помощи врачами, медицинскими сестрами и другим штатом сотрудников лечебного учреждения при определенной нозологии или процедуре, разработанный в целях оптимизации использования

ресурсов клиники, достижения максимально возможного качества помощи, минимизации задержек и отклонений [17]. Синонимами являются английские термины «critical pathways», «clinical pathways», «care maps» [13, 17, 18]. Для исключения ассоциаций с медициной неотложных состояний впоследствии слово «критический» было заменено на «клинический». В российской медицине на протяжении уже двух веков существует понятие формализованного плана лечения, в связи с чем авторы первого проекта в стране по внедрению методологии построения критических путей в ЛПУ сочли возможным предложить в качестве аналога термин «план ведения», который и использовался в последующих проектах [2, 4, 5].

Первую версию методики разработки клинических путей в практической медицине предложила К. Zander [17]. Метод оказался простым, удобным и эффективным способом планирования объемов диагностики и лечения, времени и последовательности их выполнения медицинским персоналом различных служб и подразделений у пациентов с установленным диагнозом. Кроме того, использование материалов доказательной медицины (клинических рекомендаций, систематических обзоров и пр.) в качестве основы для разработки клинического пути позволяет применять эту технологию для формирования программ поддержки принятия клинического решения. В ряде современных медицинских информационных систем предусмотрена возможность автоматического формирования листа медицинских назначений и мониторинга его выполнения на основе созданных в ЛПУ клинических путей.

Применение метода клинических путей в различных ЛПУ на протяжении 20 лет убедительно продемонстрировало эффективность этого метода управления технологическими клиническими процессами. В клиниках, разрабатывающих клинические пути (планы ведения), удалось добиться достоверного уменьшения продолжительности лечения (на 30–40%), частоты осложнений и существенного снижения финансовых затрат (на 10–20%) [6, 8, 12, 13, 18].

Международная комиссия по аккредитации медицинских организаций (JCI) включила в раздел стандар-

тов по курации пациентов обязательные требования к ЛПУ по наличию порядка координации лечения каждого пациента, использованию клинических рекомендаций и разработке клинических путей (рис. 2) [16].

Однако следует особо отметить, что традиционно планы ведения разрабатываются для ведения больных в условиях стационара, тогда как в амбулаторно-поликлинической практике этот метод фактически не используется.

Врачи ФГБУ «Поликлиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации (далее – поликлиника) в 2011 г. приступили к формированию планов ведения пациентов с установленным заболеванием. Ниже представлена используемая нами методика разработки междисциплинарных планов ведения боль-

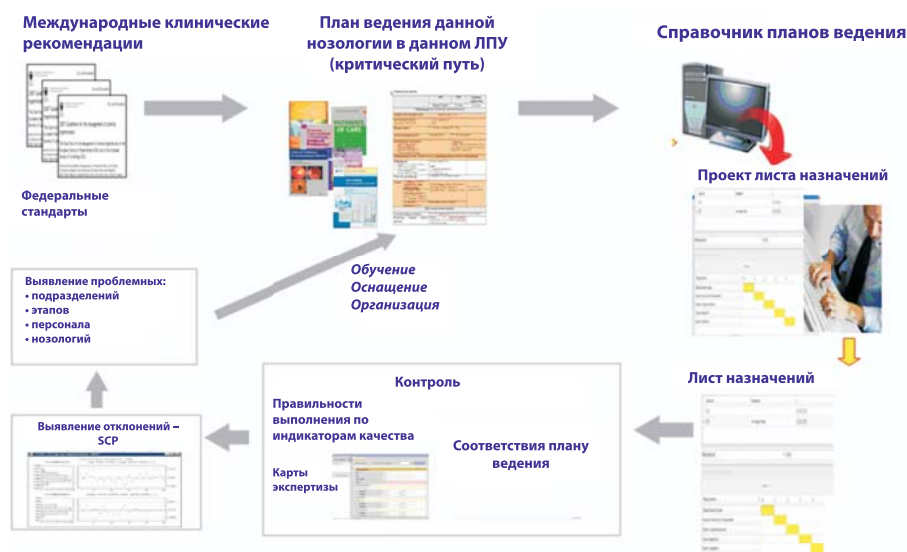


Рис. 1. Этапы управления клиническими технологическими процессами. Планирование на основе метода построения критических путей (планов ведения). Медицинская информационная система «Практика».

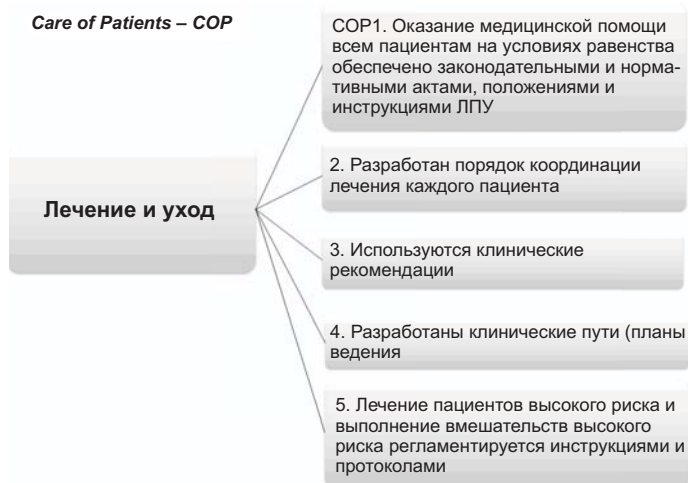


Рис. 2. Стандарты JCI (извлечение). Клинические рекомендации и клинические пути.

ных, курируемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

Работа по созданию планов ведения в ЛПУ предусматривает выполнение ряда этапов.

1. Определение перечня нозологий, для которых будут разрабатываться планы ведения.

Планы ведения разрабатываются для ведения заболеваний, характеризующихся наиболее частой обращаемостью, высоким риском осложнений, значительными финансовыми затратами, а также при внедрении новых медицинских технологий.

Для выбора нозологий целесообразно использовать данные статистических годовых отчетов ЛПУ.

В таблице представлены 10 нозологических форм заболеваний, по поводу которых пациенты наиболее часто обращаются в поликлинику. Эти всего 10 из 2737 нозологий, обозначенных кодами в МКБ-10, в совокупности являются причиной 41% всех врачебных посещений.

2. Разработка и согласование единого электронного формата плана ведения.

3. Формирование междисциплинарных рабочих групп разработчиков.

Группа должна включать представителей всех этапов выполнения диагностических и лечебных процессов, в том числе при необходимости и средний медицинский персонал. Численность группы целесообразно ограничить 8–12 участниками.

4. Подготовка проектов планов ведения рабочими группами. Этот этап разработки включает подбор клинических рекомендаций, нормативных документов (федеральные стандарты и порядки оказания медицинской помощи), изучение методических документов, описание технологических процессов и особенностей взаимодействия персонала при ведении пациентов с данным заболеванием, формирование и рецензирование проекта плана.

5. Обсуждение проекта плана на врачебной конференции.

6. Утверждение плана ведения приказом главного врача в качестве методического пособия для врачей при оказании медицинской помощи больным данным заболеванием.

7. Организация практического внедрения плана ведения: семинары для врачей, обеспечение электронного доступа к документу, включение в медицинскую информационную систему.

8. Организация мониторинга выполнения плана ведения, в том числе с использованием индикаторов качества.

9. Анализ выявленных в процессе мониторинга отклонений и разработка мер по их профилактике и устранению. Внесение при необходимости изменений в план.

10. Систематический пересмотр плана ведения при появлении новых данных доказательной медицины, внедрении новых технологий, изменении нормативных требований.

Особо следует отметить, что планы ведения разрабатываются для случаев с установленным диагнозом и не предусматривают методическую поддержку дифференциального диагностического поиска. Документ должен быть кратким и представленным в виде таблиц.

Выбор медицинских мероприятий, включаемых в план ведения, следует производить с учетом доказательств их эффективности и безопасности (по данным международных и российских клинических рекомендаций профессиональных врачебных ассоциаций). Также необходимо выделить обязательные методы диагностики и лечения, а для дополнительных – кратко обозначить медицинские показания.

Формат таблиц и структуру плана ведения следует сделать едиными для всех клинических отделений независимо от специальности. В противном случае врачи не смогут использовать документ, подготовленный коллегами из других подразделений. Формат плана ведения должен быть также согласован с персоналом, поддерживающим МИС, что позволит в дальнейшем облегчить включение документа в электронные модули формирования листа назначений и автоматической экспертизы качества медицинской помощи.

Структура плана ведения в поликлинике больного с установленным заболеванием представлена на рис. 3, фрагменты плана ведения больных гипертонической болезнью, разработанного сотрудниками поликлиники, — на рис. 4–6.

В заключение следует сказать, что методика планирования медицинских технологических процессов на основе разработки планов ведения отвечает задачам,

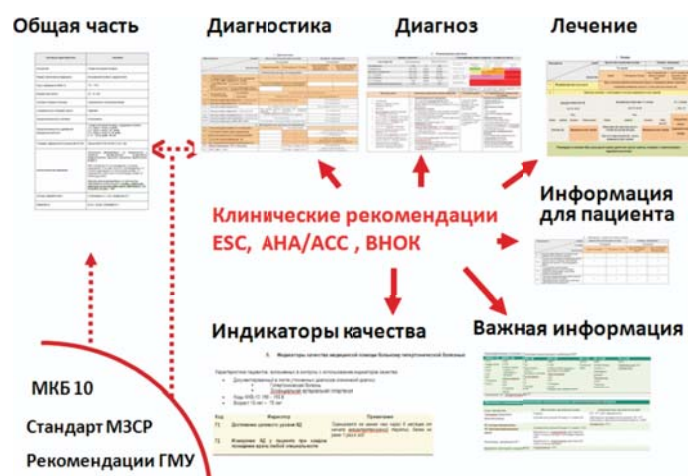


Рис. 3. Структура плана ведения больных гипертонической болезнью в поликлинике.

ФГБУ «Политклиника №1» Управления делами Президента Российской Федерации

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПЛАН ведения больных гипертонической болезнью

Основан на рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов,
федеральных стандартах оказания медицинской помощи и
рекомендациях Европейского общества кардиологов

Москва 2011 год

Общая информация

Основные характеристики	Описание
Номенклатура	Гипертоническая болезнь
Раздел клинической медицины	Внутренние болезни, кардиология
Код и название по МКБ-10	I10 - I13.9
Возрастная группа	18 – 75 лет
Условия оказания помощи	Амбулаторно-поликлиническая
Специальность лечащего врача	Терапевт
Продолжительность лечения	Пожизненно
Продолжительность временной нетрудоспособности	Гипертоническая болезнь, ухудшение течения: 1 ст. (криз 1 типа) 3-5 дней; 2 ст. (криз 1 типа) 7-20 дней; 2 ст. (криз 2 типа) 18-30 дней; 3 ст. 25-30 дней, МСЭК
Стандарт медицинской помощи МЗСР РФ	Приказ МЗСР РФ № 254 от 22.11.04г.
Клинические рекомендации	Российские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии Всероссийского научного общества кардиологов, М.2010 г. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) Методические рекомендации по активному наблюдению за больными и лицами, имеющими факторы риска неинфекционных заболеваний от 07.04.2010 № УДИ – 1029
Авторы-разработчики	Соловьева И.А., к.м.н. Кравцова Н.Н.
Рецензенты	Д.м.н., проф. Алексеева Л.А.

1. Диагностика

Мероприятия	Этапы	Диагностика и назначение лечения		Активное наблюдение	
		Посещения		Посещения	
		Первое посещение	Повторные (2-30 дни)	1 раз в 6 месяцев при низком и среднем риске	1 раз в 4 месяца при высоком и очень высоком риске
1. Клинические методы исследования					
1.1.	Сбор жалоб и анамнеза		+	+	+
1.2.	Стандартное клиническое исследование Рост, вес, ИМТ, окружность талии		+	+	+
1.3.	Стратификация риска https://escol.escardio.org/HeartScore	По шкале SCORE	Риск смерти в ближайшие 10 лет от осложнений ССЗ у пациентов, не имеющих сосудистых заболеваний		
		По классификации общего сердечно-сосудистого риска		+	+
1.4.	Показание для госпитализации	Экстренная	Осложненный гипертонический криз		
		Плановая	Рефрактерная гипертония, подозрение на симптоматическую АГ		
1.5.	Консультация офтальмолога + контроль АД		+ с исследованием глазного дна		По показаниям
1.6.	Консультация невролога + контроль АД		+		По показаниям
1.7.	Консультация кардиолога		При неэффективности лечения		При неэффективности лечения
1.8.	Консультация нефролога + контроль АД		При нарушении функции (снижение КФ, повышение креатинина) и/или структурных изменениях мочевыводящей системы при УЗИ, КТ		По показаниям
1.9.	Консультация эндокринолога + контроль АД		При СД, ожирении, гликемии $\geq 6,1$ ммоль/л		По показаниям
1.10.	Консультация психотерапевта + контроль АД		По показаниям		По показаниям
1.11.	Консультация врача ЛФК, ИРТ, ФТЛ		По показаниям, после достижения целевого АД		По показаниям
2. Функциональные методы исследования					
2.1.	Электрокардиография в 12 отведениях		+	По показаниям	+
2.2.	Эхокардиография трансторакальная			+	+ 1 раз в год (до 60 лет) + 1 раз в 2 года (после 60 лет)
2.3.	Цветовое дуплексное сканирование МАГ			+	+ по показаниям
2.4.	Суточное мониторирование АД			+	+ 1 раз в 2 года (до 60 лет) после 60 лет по показаниям
2.5.	Исследование артериальной ригидности			+	+ при достижении целевого уровня АД
2.6.	Мониторирование ЭКГ по Холтеру			При выс. и оч. выс. риске	По показаниям
2.7.	ЭКГ стресс - тест			При выс. и оч. выс. риске	1 раз в 2 года (до 60 лет) После 60 лет - по показаниям

Мероприятия	Этапы	Диагностика и назначение лечения		Активное наблюдение	
	Хронология	Посещения		Посещения	
		Первое посещение	Повторные (2-30 дни)	1 раз в 6 месяцев при низком и среднем риске	1 раз в 4 месяца при высоком и очень высоком риске
3. Лабораторные исследования					
3.1.	Клинический анализ крови +СОЭ	+		1 раз в год	
3.2.	Биохимический ан.крови: глюкоза, креатинин, мочевая кислота, АСТ, АЛТ, билирубин, К, Na	+		Креатинин - 1 раз в год После начала лечения статинами - АСТ, АЛТ, липидограмма через 6,12 нед., далее 1 раз в год	
3.3.	Липидный профиль: ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ТГ	+			
3.4.	Определение клиренса креатинина	+			
3.7.	Клинический анализ мочи	+		1 раз в год	
3.8.	Определение микроальбуминурии		При отсутствии протеинурии в клиническом анализе	1 раз в год	
3.6.	Пероральный тест толерантности к глюкозе		При глюкозы плазмы натощак > 5,6 и <7 ммоль/л	1 раз в год по показаниям	
	Определение в крови концентрации альдостерона, кортизола, АКТГ, ренина, катехоламинов, ТТГ, Т4		При подозрении на симптоматическую АГ		
4. Методы визуализации					
4.1.	Рентгенография грудной клетки		+	1 раз в год	
4.2.	УЗИ почек, надпочечников, брюшного отдела аорты		+	1 раз в год по показаниям	
4.4.	УЗИ ангиография почечных артерий		+ по показаниям	1 раз в год по показаниям	
4.5.	КТ органов грудной полости	При подозрении на аневризму аорты			
4.6.	КТ головного мозга		+ по показаниям	1 раз в год по показаниям	
4.7.	КТ почек и надпочечников		+ по показаниям	1 раз в год по показаниям	

Примечание. Обязательные медицинские мероприятия выделены «заливкой» строки.

Рис. 4. Фрагменты плана ведения. Разделы: «Общая часть», «Диагностика».

стоящим перед отечественным здравоохранением в области стандартизации.

Использование планов ведения больных с установленным диагнозом в ЛПУ позволяет определить ми-

нимально необходимый и достаточный объем научно обоснованных медицинских мероприятий и сокращает разрыв между ожидаемыми, с учетом достижений медицинской науки, результатами и реальными.

2. Формулировка диагноза

Оценка степени АГ				Стратификация общего сердечно - сосудистого риска				
Категория АД	Систолическое	Диастолическое		Другие факторы риска или заболеваний	Артериальное давление (мм рт. ст.)			
					Высокое норм. 130-139/85-89	АГ 1 степени 140-159/90-99	АГ 2 степени 160-179/100-109	АГ 3 степени ≥180/110
Оптимальное	<120	и	<80	Нет факторов риска	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Нормальное	120-129	и/или	80-84		Низкий риск	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Высокое нормальное	130-139	и/или	85-89	1-2 фактора риска	Низкий риск	Средний риск		
АГ 1 степени	140-159	и/или	90-99		Средний риск	Средний риск		
АГ 2 степени	160-179	и/или	100-109	≥3 фактора риска или поражение органов-мишеней или диабет	Высокий риск			Средний риск
АГ 3 степени	>180	и/или	>110		Средний риск			Средний риск
Изолированная систолическая АГ	>140	и	<90	Ассоциированные клинические состояния	Средний риск			

10-летний риск развития фатальных ССЗ - при низком риске - ниже 4%; умеренном - 4-5%; высоком - 5-8%; очень высоком - >8% в соответствии со шкалой SCORE

Факторы риска	Признаки поражения органов-мишеней	Сахарный диабет	Ассоциированные клинические состояния
✓ Уровень АД ✓ Возраст (мужчины > 55 лет; женщины > 65 лет) ✓ Курение ✓ Дислипидемия: общий холестерин > 5,0 ммоль/л (190 мг/дл) ✓ или ХС ЛНП > 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) ✓ или ХС ЛВП < 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и < 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) для женщин ✓ или ТГ > 1,7 ммоль/л (150 мг/дл) ✓ Глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл) ✓ Нарушение толерантности к глюкозе ✓ Семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин < 55 лет; у женщин < 65 лет) ✓ Абдоминальное ожирение (окружность талии > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин)	✓ Гипертрофия левого желудочка: ЭКГ: признак Соколова-Лайона > 38 мм; Корнерское произведение > 2440 мм х мс ✓ ЭхоКГ: ИММЛЖ ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 110 г/м² для женщин ✓ Поражение сосудов: УЗ признаки утолщения стенки артерии (толщина интима-медиа > 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов ✓ скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии > 12 м/с ✓ подмышечно-плечевой индекс < 0,9 ✓ Поражение почек: сывороточный креатинин: 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл) для мужчин и 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл) для женщин ✓ низкая СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² (MDRD формула) или низкий клиренс креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта-Гаулта) ✓ микроальбуминурия 30-300 мг/сут; отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 22 мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и ≥ 31 мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин	• глюкоза плазмы натощак > 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях • глюкоза плазмы после еды или через 2 часа после приема 75 г глюкозы > 11,0 ммоль/л (198 мг/дл)	• Цереброваскулярные заболевания • ишемический МИ • геморрагический МИ • ТИА • Заболевания сердца • ИМ • стенокардия • коронарная реваскуляризация • ХСН • Заболевания почек • диабетическая нефропатия • почечная недостаточность: сывороточный креатинин > 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и > 124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин • Заболевания периферических артерий • расслаивающаяся аневризма аорты • симптомное поражение периферических артерий • Гипертоническая ретинопатия • кровоизлияния или экссудаты • отек соска зрительного нерва

Определение стадии гипертонической болезни		
Стадия ГБ	Классификационный признак	Примеры формулировки диагноза
I стадия	Отсутствие поражения органов-мишеней	ГБ I стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Риск 2 (средний).
II стадия	Наличие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней	ГБ I стадии. Степень АГ 1. СД тип 2. Риск 3 (высокий) ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий). ГБ II стадии. Степень АГ 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий). ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Ожирение II ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск 4 (очень высокий).
III стадия	Установленные ассоциированные клинические состояния (ОИМ, ХСН, ТИА, ОНМК, ХПН)	Ожирение I ст. Нарушение толерантности к глюкозе. АГ 2 степени. Риск 3 (высокий). ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий). ГБ III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. перемежающаяся хромота. Риск 4 (очень высокий). ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии. Достигнутая степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий)

Комментарии ВНОК: «При отсутствии ассоциированных клинических состояний (АКС) термин «гипертоническая болезнь» в силу своей высокой прогностической значимости закономерно занимает первую позицию в структуре диагноза. При наличии АКС, сопровождающихся высокой степенью нарушения функции или протекающих в острой форме, например, острый коронарный синдром (ОКС), «гипертоническая болезнь» в структуре диагноза сердечно-сосудистой патологии может занимать не первую позицию. При формулировке диагноза у пациента с метаболическим (МС) и/или синдромом обструктивного апноэ во время сна (СОАС) необходимо учитывать время развития МС, СОАС и АГ. Если АГ возникла на фоне МС и/или СОАС, то она с наибольшей степенью вероятности носит симптоматический характер и является вторичной. При вторичных формах АГ, а также при наличии МС, когда АГ является его компонентом, «артериальная гипертензия», как правило, занимает не первое место в структуре диагноза. В ситуации, когда АГ предшествовала появлению признаков МС и/или СОАС, она должна занимать в структуре диагноза предшествующую позицию».

3. Лечение

Мероприятия		Этапы		Диагностика и назначение лечения		Активное наблюдение		
				Посещения		Посещения		
				Первое	Повторные (2-30 дни)	1 раз в 6 месяцев при низком и среднем риске	1 раз в 4 месяца при высоком и очень высоком риске	
Хронология		Диета, назначение адекватных физических нагрузок, прекращение курения, ограничение потребления поваренной соли до 6 г в сутки, алкоголя, контроль АД						
1.	Модификация факторов риска							
2.	Принятие решения о необходимости начала медикаментозной терапии							
Высокое нормальное АД 130-139 / 85-89				Артериальная гипертензия 1-2 степени 140-179 / 90-109			АГ 3 степени ≥ 180/≥ 110	
Риск				Риск			Немедленное начало медикаментозной терапии	
Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	Низкий	Средний	Высокий		Очень высокий
Контроль АД		Медикаментозная терапия		Мониторинг АД и факторов риска в течение нескольких месяцев При отсутствии контроля АД – начать медикаментозную терапию		Медикаментозная терапия		
Рекомендации по изменению образа жизни даются пациенту даются всем группам пациентов, независимо от принятия решения о медикаментозном лечении								

3. Лечение

Мероприятия		Этапы		Диагностика и назначение лечения		Активное наблюдение		
				Посещения		Посещения		
				Первое	Повторные (2-30 дни)	1 раз в 6 месяцев при низком и среднем риске	1 раз в 4 месяца при высоком и очень высоком риске	
Хронология		Диета, назначение адекватных физических нагрузок, прекращение курения, ограничение потребления поваренной соли до 6 г в сутки, алкоголя, контроль АД						
1.	Модификация факторов риска							
2.	Принятие решения о необходимости начала медикаментозной терапии							
Высокое нормальное АД 130-139 / 85-89				Артериальная гипертензия 1-2 степени 140-179 / 90-109				АГ 3 степени ≥ 180/≥ 110
Риск				Риск				Немедленное начало медикаментозной терапии
Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	Низкий	Средний	Высокий	Очень высокий	
Контроль АД		Медикаментозная терапия		Мониторинг АД и факторов риска в течение нескольких месяцев При отсутствии контроля АД – начать медикаментозную терапию		Медикаментозная терапия		
Рекомендации по изменению образа жизни даются пациенту даются всем группам пациентов, независимо от принятия решения о медикаментозном лечении								

3. Лекарственная терапия – назначение моно- или комбинированной антигипертензивной терапии																																												
	Группы лекарственных препаратов	Показания																																										
6.1.	Ингибиторы АПФ (ИАПФ)	ХСН, ИБС, нефропатия, протеинурия – МАУ, ГЛЖ, фибрилляция предсердий, СД, МС, дисфункция ЛЖ, атеросклероз сонных артерий																																										
6.2.	Блокаторы рецепторов АТ II (БРА)	Показания те же, что и для ингибиторов АПФ, а также пожилой возраст, кашель при приеме ИАПФ																																										
6.3.	Антагонисты кальция (АК)	Дигидропиридиновые – изолированная систолическая АГ (у пожилых), стенокардия, гипертрофия ЛЖ, атеросклероз сонных артерий, беременность; Верапамил/дилтиазем – ИБС, атеросклероз сонных артерий, суправентрикулярные тахикардии																																										
6.4.	Диуретики	Тиазидные диуретики: изолированная систолическая АГ, ХСН, пожилой возраст. Петлевые: ХПН, ХСН; Антагонисты альдостерона: ХСН, перенесенный ИМ																																										
6.5.	Бета-блокаторы	ИБС, постинфарктный кардиосклероз, ХСН, тахикардия, глаукома, беременность																																										
6.6.	Комбинированные средства	<table><tr><td>ИАПФ</td><td>ИАПФ</td><td>БРА</td><td>ТД</td><td>β-АБ</td><td>АКд</td><td>АКнд</td></tr><tr><td>БРА</td><td>В</td><td>Р</td><td>Р</td><td>В</td><td>Р</td><td>Р</td></tr><tr><td>ТД</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td></tr><tr><td>β-АБ</td><td>В</td><td>В</td><td>Р</td><td>Р</td><td>В</td><td>В</td></tr><tr><td>АКд</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>В</td></tr><tr><td>АКнд</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Р</td><td>В</td><td>В</td><td>Р</td></tr></table> Р – рациональное сочетание В – возможное сочетание Н – не рекомендуемое сочетание АКд – антагонисты кальция дигидропиридиновые АКнд – антагонисты кальция недигидропиридиновые	ИАПФ	ИАПФ	БРА	ТД	β-АБ	АКд	АКнд	БРА	В	Р	Р	В	Р	Р	ТД	Р	Р	Р	Р	Р	Р	β-АБ	В	В	Р	Р	В	В	АКд	Р	Р	Р	Р	Р	В	АКнд	Р	Р	Р	В	В	Р
ИАПФ	ИАПФ	БРА	ТД	β-АБ	АКд	АКнд																																						
БРА	В	Р	Р	В	Р	Р																																						
ТД	Р	Р	Р	Р	Р	Р																																						
β-АБ	В	В	Р	Р	В	В																																						
АКд	Р	Р	Р	Р	Р	В																																						
АКнд	Р	Р	Р	В	В	Р																																						
Другие гипотензивные лекарственные средства																																												
7.1.	α-адреноблокаторы	Неконтролируемая АГ. Увеличивает риск ИМ и ОНМК																																										
7.2.	Агонисты имидазолиновых рецепторов	Моксонидин – сахарный диабет, нарушения толерантности к глюкозе																																										
Другие лекарственные средства																																												
8.1.	Противотромботические средства	Ацетилсалициловая кислота 100мг при перенесенном ИМ, ОНМК, а также у больных старше 50 лет с высоким риском осложнений ССЗ, умеренном повышении креатинина																																										
8.2.	Гиполипидемические средства	Целевые показатели липидного профиля при ССЗ: общий ХС < 4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП – < 2,5 ммоль/л																																										
8.3.	Ингибиторы протонной помпы	Для снижения ulcerогенного действия аспирина																																										

Рис. 5. Фрагменты плана ведения. Разделы: «Правила формулировки диагноза», «Лечение».

4. Обсуждение с пациентом плана лечения

Мероприятия	Этапы	Диагностика и назначение лечения		Активное наблюдение	
		Посещения		Посещения	
		Первое посещение	Повторные 2-30 дни	1 раз в 6 месяцев при низком и среднем риске	1 раз в 4 месяца при высоком и очень высоком риске
8.1. Консультация пациента по результатам клинического осмотра и данных	Условия	+	+	+	+
8.2. Беседа о необходимости изменения образа жизни, отказа от курения, выполнения физических нагрузок, рекомендаций по диете	Хронология	+	+	+	+
8.3. Составление и разъяснение индивидуального плана лечения и активного наблюдения, заполнение примера дневника АД			+	+	+
8.4. Обучение правилам доврачебной помощи при гипертоническом кризе. Предупреждение о возможных побочных действиях используемых ЛС		+	+	+	+

5. Индикаторы качества медицинской помощи больному гипертонической болезнью

Характеристика пациентов, включаемых в контроль с использованием индикаторов качества:

- Документированный в листе уточненных диагнозов клинический диагноз:
 - Гипертоническая болезнь
 - Эссенциальная артериальная гипертензия
- Коды МКБ-10: I10 - I13.9
- Возраст 18 лет – 75 лет

Код	Индикатор	Примечание
Г1	Достижение целевого уровня АД	Оценивается не менее чем через 6 месяцев от начала антигипертензивной терапии, далее не реже 1 раза в год.
Г2	Измерение АД у пациента при каждом посещении врача любой специальности	

Рис. 6. Фрагменты плана ведения. Разделы: «Обсуждение с пациентом плана лечения», «Индикаторы качества медицинской помощи».

Литература

1. ВОЗ Доклад. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, 2008.
2. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Планы ведения больных. Технологические карты по основным заболеваниям: Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Медицина XXI», 2004.
3. Венедиктова Д.Д., Честнова О.П., Елманова Т.В., Берташ С.А. Первичная медико-санитарная помощь: системные и организационные аспекты: под ред. М.: ИД «Панорама», 2009.
4. Атькова О.Ю., Андреевой О.В., Полубенцевой Е.И. Планы ведения больных / под ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Атькова О.Ю., Полубенцевой Е.И. Планы ведения больных. Терапия / под ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
6. Bergeron B.P. Performance Management in Healthcare. HIMSS, 2006.
7. Blander J., Bergeron B. Clinical Management Systems. Chicago: HIMS, 2004.
8. Critical pathways in cardiovascular medicine / ed. C.P. Cannon, P.T. O'Gara. 2nd ed.- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
9. Crossing the Quality Chasm. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
10. Deming W.E. Out of the Crisis, 1986. Cambridge, Mass.: Center for Advanced Engineering Study.
11. Disease Management / ed. Lilley R., Burns H. N.-Y.: Wiley, 1998. p. 156.
12. Every N.R., Hochman J.H., Becker R. et al. // Circulation, 2000. Vol. 101. P. 461–465.
13. Haddadsm. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs: RHL commentary (last revised: 1 September 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
14. Health operations management / ed. J. Vissers, R. Beech. N.-Y.: Wiley, 2005.
15. Healthcare quality book: vision, strategy, and tools / ed. S.B. Ranson, M. Joshi, D. Nash.- Health Administration Press. Chicago, 2005.
16. Hospital Accreditation Standards // Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Illinois, 2002.
17. Quality in Health Care / Ed. N.O. Graham. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication, 1995.
18. Rotter T., Kinsman L., James E.L. et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews 2010; Issue 3. Art. No.: CD006632; DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.
19. WHO Report: Strengthening health systems to improve Health outcomes. WHO's Framework for action/ WHO: Geneva, 2007.