

Изменения в лечении артериальной гипертензии в Ярославской области: результаты, полученные в результате 4 лет реализации комплексной программы по совершенствованию областной системы оказания медицинской помощи

М.Е.Можейко¹, А.В.Вигдорчик⁴, С.Я.Ерегин², Н.В.Даниленко³, И.М.Климовская^{2,4}, К.Раманатан⁴, Д.Хьюз⁵

¹ГБУЗ «Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн». 150047, Россия, Ярославль, ул. Угличская, д. 40;

²ГБУЗ «Ярославская областная клиническая больница». 150062, Россия, Ярославль, Яковлевская ул., д. 7;

³Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области. 150000, Россия, Ярославль, ул. Советская, д. 11/9;

⁴ООО «Новartis Фарма». 125315, Россия, Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3;

⁵ООО «Новartis». CH-4002, Швейцария, Базель, PO Box

Цель программы. Показатели сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в России одни из самых высоких в Европе. Целью данной работы было внедрение комплексной программы по совершенствованию системы оказания медицинской помощи в Ярославской области России, направленной на повышение эффективности лечения артериальной гипертензии (АГ) и профилактики ее осложнений.

Материалы и методы. Программа была разработана группой специалистов в области здравоохранения Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области совместно с компанией «Новartis Фарма» в рамках частно-государственного партнерства. Программа включала комплекс мер по повышению внимания работников системы здравоохранения и населения к проблеме АГ. Достижение целевого уровня артериального давления (АД) каждым пациентом, обращающимся за медицинской помощью в государственные учреждения здравоохранения Ярославской области, стало главным показателем эффективности и целью лечения АГ. Также особое внимание было уделено обучению пациентов методам самоконтроля уровня АД и важности достижения целевых показателей в соответствии с российскими национальными клиническими рекомендациями, сохранению приверженности пациентов лечению. В течение 4 лет реализации проводился регулярный контроль эффективности программы методом ежегодных одномоментных дневниковых эпидемиологических исследований, проведенных на репрезентативной выборке пациентов и оценивающих контроль уровня АД, средний уровень АД и его распределение по степени повышения систолического АД, а также факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сопутствующие заболевания и применяемую пациентами гипотензивную терапию. Также проводился анализ официальной статистики заболеваемости в Ярославской области и баз данных по продажам антигипертензивных препаратов.

Результаты. С 2011 по 2014 г. уровень контроля АД значительно улучшился: 17% имели АД<140/90 мм рт. ст. в 2011 г., 23% – 2012 г., 32% – 2013 г. и 33% – 2014 г., при этом средний уровень АД снизился со 151/90 до 145/86 мм рт. ст., а процент пациентов с систолическим АД≥180 мм рт. ст. уменьшился в 2 раза, с 10 до 5% в 2011 и 2014 гг. соответственно. Также были достигнуты снижение уровня первичной заболеваемости инсультом на 20% (с 4,6 до 3,7 на 1 тыс. взрослого населения в 2011 и 2014 гг. соответственно) и повышение уровня продаж антигипертензивных препаратов на душу населения на 16% (в 2014 г. относительно уровня 2011 г.).

Заключение. Программа повышения эффективности лечения АГ привела к достоверному росту уровня контроля АД и значимому снижению заболеваемости инсультом. Тем не менее, для дальнейшего снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе необходимо продолжать работы по улучшению уровня контроля АД у пациентов с АГ. Национальная система лекарственного обеспечения антигипертензивными препаратами могла бы стать эффективным инструментом для достижения более высоких показателей программы.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, контроль уровня артериального давления, российские рекомендации.

✉mmozeheiko@yandex.ru; ✉inaz.klimovskaya@novartis.com

Для цитирования: Можейко М.Е., Вигдорчик А.В., Ерегин С.Я. и др. Изменения в лечении артериальной гипертензии в Ярославской области: результаты, полученные в результате 4 лет реализации комплексной программы по совершенствованию областной системы оказания медицинской помощи. Системные гипертензии. 2017; 14 (1): 23–29.

Arterial hypertension treatment changes in Yaroslavl region: results obtained after 4 years of complex program of regional healthcare system's improvement implementation

[Original article]

M.E.Mozheyko¹, A.V.Vigdorchik⁴, S.Ya.Eregin², N.V.Danilenko³, I.M.Klimovskaya^{2,4}, K.Ramanathan⁴, D.Hughes⁵

¹Yaroslavl Regional Clinical Hospital of War Veterans. 150047, Russian Federation, Yaroslavl, ul. Uglichskaia, d. 40;

²Yaroslavl Regional Clinical Hospital. 150062, Russian Federation, Yaroslavl, Iakovlevskaia ul., d. 7;

³Department of Healthcare and Pharmacy of Yaroslavl Region. 150000, Russian Federation, Yaroslavl, ul. Sovetskaia, d. 11/9;

⁴Novartis Pharma LLC. 125315, Russian Federation, Moscow, Leningradskii pr-t, d. 72, building 3;

⁵Novartis AG. PO Box, CH-4002, Basel, SWITZERLAND

Abstract

Program's aim. Cardiovascular morbidity and mortality rates in Russia are among the highest in Europe. The aim of this work was to implement a complex healthcare system improvement program in Russia's Yaroslavl region, dedicated to increasing arterial hypertension treatment efficacy and prevent complications of arterial hypertension.

Materials and methods. The program was developed by a group of healthcare professionals of the Department of Healthcare and Pharmacy of Yaroslavl region together with Novartis Pharma Company's technical advice within the framework of a private-public partnership. The program consisted of several actions aiming to raise the healthcare system's attention to hypertension. Achievement of target blood pressure (BP) control by every patient seen by physicians of the Yaroslavl region healthcare system became the main goal and leading criteria for assessing hypertension treatment efficacy. Additionally, significant effort was put into patient education on self-control of BP levels and importance of achieving target BP levels in accordance with Russian national clinical guidelines and on adherence to treatment. Within 4 years, program efficacy was evaluated and reinforced by conducting annual cross-sectional questionnaire-based epidemiological studies. Analysis was performed in a representative sample of patients that evaluated BP control level, mean BP levels, systolic BP level distribution by grades, as well as cardiovascular risk factors and concomitant diseases presence and current antihypertensive therapy. In addition, analysis of official statistics on disease incidence and drug sales databases were performed.

Results. From 2011 to 2014 BP control level increased significantly: 17% of patients had BP<140/90 mm Hg in 2011, 23% in 2012, 32% in 2013 and 33% in 2014. In the same time mean BP level reduced from 151/90 to 145/86 mm Hg and share of patients with systolic BP≥180 mm Hg decreased from 10% to 5%. Stroke in-

✉mmozheiko@yandex.ru; ✉ilnaz.klimovskaya@novartis.com

For citation: Mozheyko M.E., Vigdorichik A.V., Erejin S.Ya. et al. Arterial hypertension treatment changes in Yaroslavl region: results obtained after 4 years of complex program of regional healthcare system's improvement implementation. Systemic Hypertension. 2017; 14 (1): 23–29.

cidence declined by 20% (from 4,6 to 3,7 per 1000 adult population in 2011 and 2014 respectively) and antihypertensive drug utilization increased by 16% (2014 vs. 2011).

Conclusion. A healthcare system improvement program aiming to increase hypertension treatment efficacy resulted in significant improvement in BP control level and substantial decrease in stroke incidence. Continuous improvement is necessary to increase BP control level further resulting in reduction of cardiovascular mortality and morbidity in the region. Nationwide system for hypertension drug provision could be an instrument of further improvement.

Key words: hypertension, blood pressure control level, russian guidelines.

Введение

Несмотря на позитивную тенденцию последнего десятилетия, смертность в Российской Федерации все еще значительно выше, чем в развитых странах Европы; при этом болезни системы кровообращения являются причиной более 1/2 смертей в нашей стране, тогда как в Европе их доля составляет только около 1/3 всех случаев смерти [1]. Особенно важно отметить, что в РФ болезни системы кровообращения – также причина №1 смертности в трудоспособном возрасте, при этом смертность мужчин трудоспособного возраста в 3,5 раза выше, чем женщин [2]. Самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) в РФ – артериальная гипертензия – АГ (~40% взрослого населения), и оно же является наиболее важным фактором риска сердечно-сосудистой смертности [3]. Именно поэтому реализация программ, направленных на улучшение диагностики и лечения данного заболевания, является одной из стратегических задач российской системы здравоохранения. С данной целью нами и была проведена настоящая работа, направленная на повышение эффективности лечения АГ врачами медицинских учреждений Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области.

В 2011 г. была проведена диагностика эффективности лечения АГ, показавшая ее достаточно низкий уровень на территории Ярославской области [4]. С использованием данных диагностики была разработана и внедрена комплексная программа модернизации системы оказания медицинской помощи в Ярославской области, основанная на внедрении в клиническую практику врачей актуальных клинических рекомендаций и использовании современных обучающих материалов и методов самоконтроля давления для пациентов, посещающих лечебные учреждения области [5, 6]. Данная программа была разработана в рамках меморандума о сотрудничестве, подписанного правительством Ярославской области и компаний «Новартис Фарма», и основана на принципах частно-государственного партнерства.

Материалы и методы

Ранее нами были подробно описаны результаты первых двух кросс-секционных исследований эффективности лечения АГ в Ярославской области, проведенных в 2011 и 2012 г. до начала реализации программы улучшений и через год после ее начала соответственно [5, 6]. Там же подробно описаны основные компоненты реализованной программы. Они включали, во-первых, актуализацию диагностики и лечения АГ для всех работников здравоохранения. Был создан управляющий комитет при Департаменте здравоохранения и фармации Ярославской области, который разрабатывал методологию и руководил программой. Во-вторых, при помощи полномасштабной образовательной программы был внедрен унифицированный протокол диагностики и лечения АГ, основанный на российских национальных клинических рекомендациях.

Для всех медицинских работников, задействованных в лечении пациентов с АГ (терапевты, кардиологи, медицинские работники среднего звена), был определен основной критерий эффективности лечения АГ в соответствии с национальными рекомендациями – это доля пациентов, достигших целевого уровня артериального давления – АД (так называемого контроля АД, менее 140/90 мм рт. ст.). В-третьих, была внедрена массовая образовательная программа для пациентов с АГ, были распространены информационные листовки, дневники самоконтроля давления, проведены школы пациентов с АГ, размещены плакаты об АГ и правилах измерения АД во всех лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) области, а также проведена социально-информационная компания «Сохраняй свою жизнь – контролируй давление».

Всего в течение 4 лет реализации программы было проведено 4 кросс-секционных исследования в период с мая по сентябрь в 2011, 2012, 2013 и 2014 г. с вовлечением врачей из 39 ЛПУ области [5–7]. В каждом из исследований врачи-терапевты и кардиологи самостоятельно заполняли стандартные опросники на 15 последовательных пациентов, обратившихся к ним по поводу АГ в течение отчетного периода (в 2011 г. врачи заполняли опросники на 10 пациентов). В опросниках собирались (анонимно) медицинские данные, которые врачи обычно регистрировали в амбулаторных картах пациентов на стандартном осмотре во время визита. Во время сбора данных не проводилось дополнительных осмотров, анализов, вмешательств или специальных процедур. Измерение АД проводилось с помощью метода, применяемого в обычной клинической практике в целях оценки пациента во время клинического визита. Данные о числе врачей, принявших участие в исследовании, и количестве проанализированных опросников о пациентах представлены в табл. 1.

В каждом из исследований были собраны данные об основных характеристиках пациентов, такие как пол, возраст, уровень АД, длительность течения АГ, наличие факторов риска, поражения органов-мишеней и сопутствующие заболевания, а также имеющиеся в амбулаторных картах основные лабораторные показатели.

Полученные результаты

Основные характеристики пациентов в течение 4 лет наблюдений практически не отличались (табл. 2), так же как и не отличались основные лабораторные показатели (табл. 3). Абсолютное большинство пациентов, включенных в исследование, принимали антигипертензивную терапию: 97% в 2011 г., 90% – 2012 г., 94% – 2013 г. и 92% – 2014 г. При этом 83% в 2011 г., 71% – 2012 г., 73% – 2013 г. и 68% – 2014 г. принимали более 1 препарата. Большинство препаратов, назначаемых врачами пациентам, относилось к 5 основным классам, рекомендованным российскими национальными рекомендациями, но в их долях произошли значимые изменения. Так, досто-

Таблица 1. Врачи, принявшие участие в исследованиях, и число пациентов за 2011–2014 гг.

Год	Число врачей	Из них: терапевтов	Из них: кардиологов	Число пациентов	Из них: пациентов терапевтов	Из них: пациентов кардиологов
2011	180	154	26	1794	1525	269
2012	202	177	25	2992	2619	373
2013	196	171	25	2836	2468	368
2014	201	170	31	3015	2550	465

Таблица 2. Демографические характеристики, история заболевания, факторы риска, поражение органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния пациентов

Характеристики	Годы проведения исследований			
	2011	2012	2013	2014
Мужчины/женщины/нет данных, %	37/60/3	36/62/2	36/64 /0	37/63/1
Средний возраст, лет	60	59	60	60
<i>Распределение пациентов по возрастным группам, %</i>				
<50 лет	19	22	19	16
50–59 лет	34	30	29	29
60–69 лет	25	26	28	32
≥70 лет	23	22	24	23
Доля лиц трудоспособного возраста*	50	46	38	43
<i>Распределение пациентов по длительности заболевания АГ, %</i>				
≤1 года	18	17	12	4
2–9 лет	40	47	42	52
≥10 лет	42	36	46	43
<i>Распределение пациентов по факторам риска, поражению органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, %</i>				
Гипертрофия левого желудочка	72	69	69	72
Абдоминальное ожирение	54	48	54	51
Дислипидемия	48	45	45	46
Регулярное употребление алкоголя	37	36	29	26
Семейная история ранних ССЗ	33	36	28	29
Курение или курение в прошлом	24	26	21	22
Сахарный диабет типа 2	21	18	19	18
Изменения в сонной артерии	17	17	15	18
Поражение периферических артерий	6	3	5	2
Диабетическая нефропатия	3	4	3	3
Микроальбуминурия	3	4	4	5
Заболевания сердца	48	43	41	39
Хроническая сердечная недостаточность	38	29	30	28
Стенокардия	29	22	22	20
Инфаркт миокарда	11	10	9	10
Гипертензивная ретинопатия	20	21	16	15
Цереброваскулярные заболевания	15	18	16	15
Инсульт	6	7	6	7
Транзиторная ишемическая атака	6	8	5	6

*18–60 лет у мужчин и 18–55 лет у женщин.

Таблица 3. Основные лабораторные показатели пациентов за 2011–2014 гг.

Год	Общий холестерин, ммоль/л	Холестерин ЛПНП, ммоль/л	Холестерин ЛПВП, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л	Глюкоза крови натощак, ммоль/л	Мочевая кислота, мкмоль/л
2011	5,5 (n=1501)	3,1 (n=628)	1,7 (n=519)	1,8 (n=546)	5,4 (n=1,614)	260,4 (n=360)
2012	5,7 (n=2266)	3,2 (n=1138)	1,9 (n=937)	2,2 (n=922)	5,6 (n=2225)	252,8 (n=802)
2013	5,3 (n=2407)	2,8 (n=1080)	1,6 (n=909)	1,8 (n=882)	5,8 (n=2147)	249,9 (n=759)
2014	5,8 (n=2677)	2,9 (n=1433)	1,6 (n=1263)	1,8 (n=1292)	5,7 (n=2285)	271,9 (n=1070)

Примечание. ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

Таблица 4. Заболеваемость отдельными видами инсульта в Ярославской области

Год	2011		2012		2013		2014		2014 vs 2011	
	абс.	на 1 тыс. человек	абс.	на 1 тыс. человек	абс.	на 1 тыс. человек	абс.	на 1 тыс. человек	абс.	на 1 тыс. человек
Инфаркт мозга	3764	3,5	3454	3,3	3428	3,2	3052	2,9	-18,9%	-17,8%
Внутричерепное кровоизлияние	671	0,6	555	0,5	507	0,5	501	0,5	-25,3%	-24,3%
Инсульт (неуточненный)	351	0,3	199	0,2	197	0,2	232	0,2	-33,9%	-33,0%
Субарахноидальное кровоизлияние	147	0,1	76	0,1	98	0,1	87	0,1	-40,8%	-40,0%
Всего	4933	4,6	4284	4,0	4230	4,0	3872	3,7	-21,5%	-20,4%

верно снизилась доля β -адреноблокаторов (с 50% в 2011 г. до 41% в 2014 г., $p < 0,05$), ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (с 49% в 2011 г. до 36% в 2014 г., $p < 0,05$), диуретиков (с 40% в 2011 г. до 27% в 2014 г., $p < 0,05$), в то время как доля антагонистов кальция практически не изменилась, а доля блокаторов рецепторов ангиотензина II выросла (с 16% в 2011 г. до 20% в 2014 г., $p < 0,05$); рис. 1.

В течение 4 лет средний уровень АД ежегодно снижался с исходного уровня в 151/90 мм рт. ст. в 2011 г. до 147/88 мм рт. ст. в 2012 г., 144/86 мм рт. ст. – 2013 г. и 145/86 мм рт. ст. – 2014 г. у всех пациентов. При этом данное снижение было более выражено у пациентов терапевтов, чем у пациентов кардиологов (рис. 2). На фоне снижения уровня АД отмечен значительный рост контроля уровня АД в течение 4 лет наблюдений (рис. 3). Так, если в 2011 г. доля пациентов с уровнем АД < 140/90 мм рт. ст. составляла всего лишь 16,8%, то к 2014 г. она составила уже 32,5%, т.е. выросла практически в 2 раза. Особо обращают на себя внимание двукратное сокращение доли пациентов с тяжелой неконтролируемой АГ с уровнем систолического АД (САД) > 180 мм рт. ст. (с 9,7% в 2011 г. до 4,7% в 2014 г.) и сокращение доли пациентов с уровнем САД от 160 до 179 мм рт. ст. (с 26,0% в 2011 г. до 21,1% в 2014 г.). Доля пациентов с уровнем САД с 140 до 159 мм рт. ст. также снизилась с 44,1% (2011 г.) до 38,7% (2014 г.). Обозначенные изменения в уровне АД свидетельствуют об общем улучшении эффективности лечения АГ в Ярославской области за 4 года реализации программы (рис. 4).

На фоне произошедших изменений в эффективности лечения АГ была отмечена положительная динамика по первичной заболеваемости инсультом в Ярославской области. Так, в 2011 г. было зарегистрировано 4933 случая инсульта (коды I60–I64 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра), 4284 случаев – 2012 г., 4230 – 2013 г. и 3872 – 2014 г. (снижение на 21,5% в 2014 г. по сравнению с 2011 г.) [8, 9]. Данное снижение соответствовало снижению показателя первичной заболеваемости на 20,4% (рис. 5). Снижение было отмечено по всем видам инсульта, при этом наибольшее численное снижение было отмечено в группе ишемического инсульта (инфаркта мозга, на 712 случаев в 2014 г. меньше, чем в 2011 г.), а наибольшее относительное снижение – в группе субарахноидального кровоизлияния (на 40,0% в 2014 г. меньше, чем в 2011 г.); табл. 4. При этом в течение всех 4 лет наблюдений был отмечен рост уровня потребления антигипертензивных препаратов (АГП) на душу населения, который оценивали по объему продаж АГП. Так, если в 2011 г. в среднем на одного человека приходилось 2,9 упаковки АГП в год, то к 2014 г. данный показатель увеличился на 16% и составил 3,4 упаковки (рис. 6) [10].

Обсуждение

Разработка и многолетняя реализация программы частно-государственного партнерства в целях борьбы с низкой эффективностью лечения АГ и высоким уровнем сердечно-сосудистых осложнений, таких как инсульт, в Ярославской обла-

сти России привели к значимому улучшению ситуации в регионе. С 2011 по 2014 г. контроль уровня АД вырос практически двукратно, а доля больных с крайне высоким уровнем АД (САД \geq 180 мм рт. ст.) уменьшилась в 2 раза. Данные изменения сопровождались ростом применения антигипертензивной терапии и привели к снижению заболеваемости инсультом среди взрослого населения региона на 20%.

Полученные нами результаты наглядно демонстрируют возможности по повышению эффективности контроля за самым распространенным заболеванием в России – АГ и, как следствие, достигнутые результаты по снижению заболеваемости инсультом. Важно отметить, что в течение реализации программы были внесены существенные изменения в работу системы здравоохранения Ярославской области. Была установлена приоритетность проактивной работы с пациентами, страдающими АГ, на всех уровнях: от правительства и департамента здравоохранения области до отдельно взятого участкового терапевта, непосредственно оказывающего помощь больному. Программа отличалась в первую очередь масштабом реализации с вовлечением практически всех ЛПУ Ярославской области.

Начиная с 2011 г. ежегодно проводились форумы врачей Ярославской области с приглашением международных экспертов по вопросам эффективной реализации массовых программ борьбы с АГ в мире. На форумах присутствовали большинство врачей-терапевтов и кардиологов области, а также все руководство системы здравоохранения и представители правительства области.

В рамках программы прошли обучение в формате малых групп абсолютное большинство врачей терапевтов и кардиологов области. Проведено более 200 образовательных семинаров на рабочих местах с разбором основных положений национальных рекомендаций по диагностике и лечению АГ, анализом амбулаторных карт и обсуждением отдельных клинических примеров.

Были изготовлены и предоставлены информационные и контрольные материалы для пациентов (листочки, дневники самоконтроля давления) в количестве, достаточном для распространения среди всех больных (~100 тыс. с установленным диагнозом и ~300 тыс. пациентов, потенциально имеющих повышенное АД).

Наглядная информационная кампания проводилась во всех поликлиниках – были размещены плакаты, рассказывающие о гипертензии и методах измерения давления.

В период Международного дня гипертензии (17 мая ежегодно) размещалась наружная реклама «Сохрани свою жизнь – контролируй давление» в 2012 и 2013 г. на наружных плакатах и на общественном транспорте в крупных городах области.

На базе Ярославского областного клинического госпиталя ветеранов войн был создан единый региональный образовательный центр для проведения «Школ гипертензии» для пациентов и обучения врачей и среднего медицинского персонала.

Рис. 1. Частота назначения основных классов антигипертензивных препаратов специалистами области (терапевты и кардиологи).

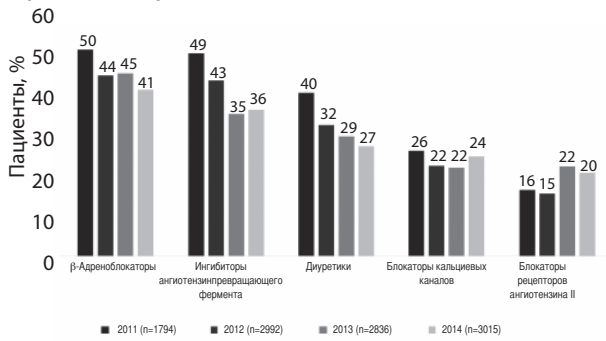


Рис. 2. Снижение среднего уровня АД у пациентов кардиологов и терапевтов.

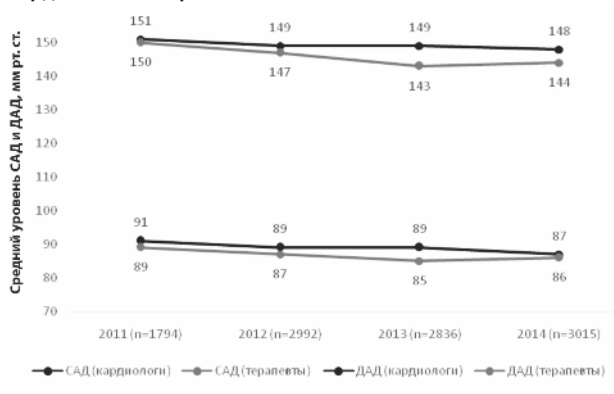


Рис. 3. Доля пациентов, достигших контроля АД (<140/90 мм рт. ст.).

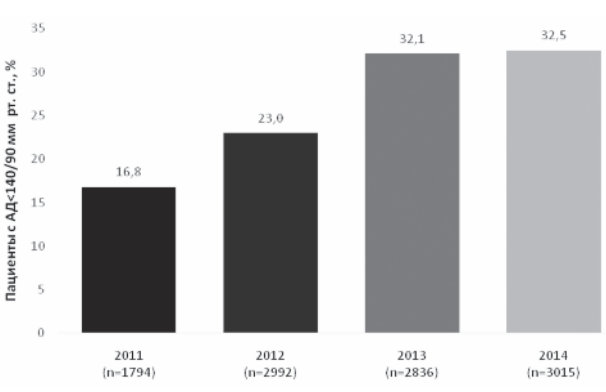


Рис. 4. Изменение распределения пациентов по группам в зависимости от степени повышения САД.

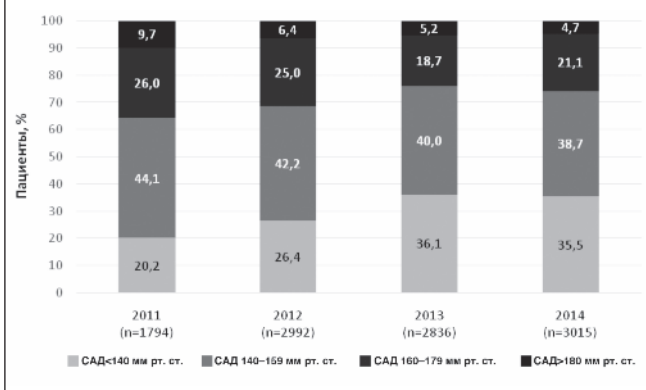


Рис. 5. Первичная заболеваемость инсультом в Ярославской области.

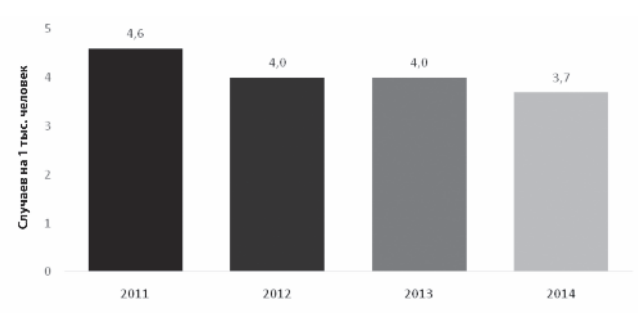
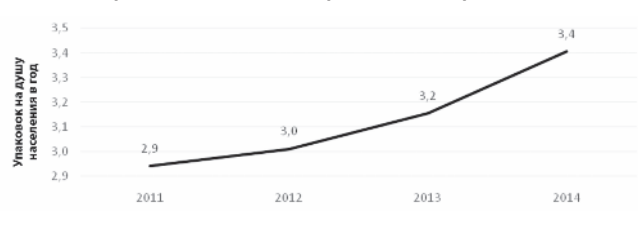


Рис. 6. Потребление АГП (канал розничной торговли).



Печатные и электронные версии «Школ гипертонии», подготовленные образовательным центром, распространялись по всем ЛПУ области.

В 2013 г. в масштабах всей области был создан реестр пациентов с АГ, в который стали заноситься данные об уровне АД, наличии диагноза АГ и инсульта в анамнезе на каждом визите каждого пациента при посещении амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения (вне зависимости от причины обращения пациента). В соответствии с приказом Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области о создании данного реестра врач обязан заносить требующиеся данные в статистический талон, заполняемый при каждом посещении пациента, с последующим внесением информации медицинским регистратором в медицинские информационные системы для дальнейшего контроля и анализа главными внештатными терапевтом и кардиологом области. Таким образом, появилась возможность проводить анализ эф-

фективности лечения АГ в каждом отдельно взятом ЛПУ области, сравнивать результаты лечения и проводить корректирующие образовательные мероприятия в тех, в которых отмечена низкая эффективность работы.

Следует отметить, что данная программа была удостоена награды от Всемирной антигипертензивной лиги в 2014 г. за достижение лучших и уникальных результатов в борьбе за профилактику, лечение и контроль распространения гипертонии среди населения [11]. Программа является лишь одной из нескольких крупномасштабных региональных программ по АГ, которые были реализованы и их эффект был изучен. Подобного рода программы были реализованы в Северной Америке (например, в Канаде [12, 13], Калифорнии [14], Миннесоте [15]), Европе (например, в Англии [16], Финляндии [17]) и Азии (например, в Китае [18]), а также в России [19]. Так, Канадская образовательная программа по гипертонии началась в 1999 г. и включала в себя формирование 3 основных рабочих групп: группу по созданию клинических рекомендаций, группу по внедрению клинических рекомендаций в реальную практику и группу по оценке результатов программы [20]. Следует отметить, что такой показатель, как контроль АД (менее 140/90 мм рт. ст.), улучшился после начала Канадской программы с уровня 13,2% в 1992 г. (n=22 314) [21] до 68,1% в 2013 г. (n=5785) [22]. За время реализации программы в Канаде снизилась смертность от инсульта, сердечной недостаточности и инфаркта миокарда, что было связано с началом про-

граммы и увеличением числа выписанных рецептов на антигипертензивную терапию [20]. Канадские специалисты активно сотрудничали и делились с главными специалистами и руководством здравоохранения Ярославской области накопленным опытом из своей программы, а также материалами для врачей, среднего медицинского персонала, пациентов и их семей в отношении диагностики и лечения АГ.

Явный успех нашей программы можно связать с тем, что нам удалось справиться с основными затрудняющими реализацию подобных программ факторами в системе здравоохранения, такими как отсутствие поддержки со стороны руководства, сопротивление или скептицизм со стороны персонала, нерешительность по желанию инвестировать время и ресурсы, нехватка внутренних ресурсов, снижение приверженности лечению со временем и отсутствие желания принимать ответственность [23]. Однако, как и почти любая программа по трансформации в области здравоохранения, Ярославская программа имеет свои ограничения и трудности.

В первую очередь программа была ориентирована на пациентов, обращающихся за медицинской помощью в ЛПУ области, так как задача стояла повысить эффективность их лечения. Несмотря на проводимую социально-информационную кампанию «Сохрани свою жизнь – контролируй давление», ее эффективность была ограничена стоимостью размещения наружной рекламы, которую удавалось разместить только в течение 1 мес в году (в мае, когда отмечается Международный день гипертонии). При этом вся остальная наглядная информация размещалась только в стенах амбулаторно-поликлинических ЛПУ области либо распространялась врачами среди обращающихся к ним пациентов. Как результат, нами не было получено значимого увеличения первичной заболеваемости (увеличения числа вновь устанавливаемых диагнозов), таким образом, не произошло улучшение диагностики данного заболевания.

Второй сложностью в реализации данной программы было то, что не учитывался очень важный аспект лечения – наличие доступного лекарственного обеспечения. В настоящий момент в России на бесплатное амбулаторное получение АГП могут рассчитывать только льготные категории граждан (не монетизировавшие свои льготы). При этом доля льготного лекарственного обеспечения препаратами для лечения ССЗ в 2014 г. составляла ~3–4% от всего рынка данных лекарственных средств (как в стоимостном, так и натуральном выражении) [24]. Таким образом, абсолютное большинство пациентов приобретают препараты за собственный счет. Для сравнения, в странах Организации экономического сотрудничества и развития в среднем ~60% всех расходов на лекарства приходится именно на государственную систему лекарственного обеспечения населения [25]. Во время реализации нашей программы уровень потребления АГП в Ярославской области увеличился на 16%. Для сравнения, в близлежащих регионах Вологодской и Ивановской областях, где не проводились подобные программы, наблюдалось 10% увеличение и 15% уменьшение потребления АГП соответственно. Интересно, что изменения в потреблении АГП в данных регионах коррелируют с динамикой инсультов [7–10]. Возможно, если бы в России имелась всеобщая система лекарственного обеспечения пациентов с ССЗ (по факту установления конкретного диагноза, а не по факту наличия льготы для получения лекарств), мы бы смогли добиться лучших результатов.

Третьим и, наверное, самым значимым фактором, который влияет на реализацию подобных программ, является их длительность. Динамика показателей эффективности нашей программы позволяет предположить, что необходим более длительный, а лучше бессрочный период реализации программ по модернизации эффективности лечения заболеваний. Так, начало программы в 2011 г. и ее активная реализация с вовлечением всех ЛПУ и специалистов (терапевтов и кардиологов) региона в 2012 и 2013 гг. привели к максимальным результатам, заметным уже по результатам проведенного в

2013 г. исследования: был достигнут уровень контроля АД в 32,1%. В 2014 г. интенсивность образовательных программ для врачей была снижена и ряд мероприятий программы был посвящен обучению среднего медицинского персонала. К 2014 г. показатель контроля уровня АД практически вышел на плато и поднялся до 32,5%. Именно поэтому Канадская образовательная программа по гипертонии продолжается до сих пор.

Одним из возможных способов поддержания работы программы, который мы попытались создать, стал реестр пациентов, позволяющий отслеживать эффективность работы ЛПУ по данному заболеванию у всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Тем не менее для того, чтобы данный реестр не стал пассивной системой сбора и анализа информации, а превратился в активную систему, предоставляющую обратную связь ЛПУ и отдельно взятым практикующим врачам, корректирующую их работу, важны наличие человеческих ресурсов, правильная организация их работы и государственная поддержка. Это еще предстоит сделать в Ярославской области.

В заключение стоит отметить, что в 2014 г. были опубликованы результаты клинического исследования SPRINT, показавшие, что еще более интенсивное снижение уровня САД < 120 мм рт. ст. у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений приводит к достоверному снижению риска общей смерти на 27% и риска комбинированного исхода (нефатальный инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, инсульт, сердечная недостаточность, сердечно-сосудистая смерть) на 25% по сравнению с общепринятым целевым уровнем САД < 140 мм рт. ст. [26]. Наши ранее опубликованные результаты моделирования со стандартными целевыми уровнями контроля АД также убедительно показывают важность улучшения контроля уровня АД в масштабах РФ. Если бы в России удалось добиться уровня контроля АД, аналогичного достигнутому уровню контроля АД в Канаде (60%), это могло бы привести к сохранению 2,4 млн жизней в течение 10 лет и снизить на 34% прямые медицинские расходы в течение этого периода [27].

Благодарности. Авторы хотели бы поблагодарить Шелдона Тоуба, Нормана Кемпбелла и Донну Маклейн, являвшихся руководителями Канадской программы СНЕР, за предоставленные материалы, консультативную помощь и личное участие в проводимых конференциях в рамках данной программы в Ярославской области. Также авторы выражают благодарность Ольге Черниченко, Андрею Карасеву, Екатерине Германовой и Анне Скворцовой, являющимися сотрудниками Международного института маркетинговых исследований «ГФК-Русь», за помощь в планировании, реализации и первичном анализе результатов исследований. Все описанные терапевтические вмешательства согласуются с Российскими национальными рекомендациями и допустимой медицинской практикой, а также одобрены Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области. Согласно политике о научной деятельности, осуществляемой Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, данная работа соответствует стандартам улучшения операционной деятельности и была освобождена от рассмотрения этического комитета.

Конфликт интересов. М.Е.Можейко – получение исследовательских грантов, лекторских гонораров, оплаты расходов на участие в конференциях от ООО «Новартис Фарма», Россия. С.Я.Ерегин – получение лекторских гонораров и оплаты расходов на участие в конференциях от ООО «Новартис Фарма», Россия. Н.В.Даниленко – конфликта интересов не обозначено. А.В.Вигдорчик являлся сотрудником ООО «Новартис Фарма», Россия, во время реализации проекта, И.М.Климовская и К.Раманатан являются сотрудниками ООО «Новартис Фарма», Россия, Д.Хьюз является сотрудником международного офиса ООО «Новартис», Швейцария.

Источники финансирования. Описанные исследования были инициированы Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, разработаны и оценены всеми авторами, проведены Международным институтом маркетинговых исследований «ГФК-Русь» и финансировались международным офисом ООО «Новартис», Базель, Швейцария. Статья размещена при поддержке ООО «Новартис Фарма».

Вклад авторов. Все авторы внесли вклад в концепцию и дизайн данной работы, имели полный доступ ко всем данным, описанным в работе (в том числе статистические отчеты и таблицы) и несут полную ответственность за целостность данных и точность/корректность анализа. Рукопись была подготовлена А.В.Вигдорчиком и И.М.Климовской с участием М.Е.Можейко, С.Я.Ерегина, Н.В.Даниленко, К.Раманатана и Д.Хьюза.

Литература/References

- Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R et al. European cardiovascular disease statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis 2012; https://www.escardio.org/static_file/escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf. Accessed February 11, 2016.
- Росстат. Здравоохранение. 2015. / Rosstat. Zdravookhranenie. 2015. [in Russian]
- Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов). Системные гипертензии. 2010; 7 (3): 5–26. / Diagnostika i lechenie arterial'noi gipertenzii (Rekomendatsii Rossiiskogo meditsinskogo obshchestva po arterial'noi gipertenzii i Vserossiiskogo nauchnogo obshchestva kardiologov). Systemic Hypertension. 2010; 7 (3): 5–26. [in Russian]
- Mozheyko M, Eregin S, Vighdorichik A, Hughes D. A cross-sectional survey of hypertension diagnosis and treatment practices among physicians in Yaroslavl Region, Russia. Adv Ther 2012; 29 (12): 1016–25.
- Mozheyko M, Eregin S, Vighdorichik A et al. Changes in hypertension treatment in the Yaroslavl region of Russia: improvements observed between 2 cross-sectional surveys. J Clin Hypertens (Greenwich) 2013; 15 (12): 918–924.
- Можейко М.Е., Ерегин С.Я., Вигдорчик А.В. и др. Изменения в лечении артериальной гипертензии в Ярославской области: промежуточные результаты годовой реализации комплексной программы по модернизации областной системы здравоохранения. Системные гипертензии. 2014; 11 (4): 30–6. / Mozheiko M.E., Eregin S.Ja., Vighdorichik A.V. i dr. Izmeneniia v lechenii arterial'noi gipertenzii v yaroslavskoi oblasti: promezhutochnye rezul'taty godovoi realizatsii kompleksnoi programmy po modernizatsii oblastnoi sistemy zdravookhraneniia. Systemic Hypertension. 2014; 11 (4): 30–6. [in Russian]
- Mozheyko M, Eregin S, Danilenko N et al. Hypertension in Russia: Changes Observed After 4 Years of a Comprehensive Health System Improvement Program in the Yaroslavl Region. J Clin Hypertens (Greenwich) 2016. DOI: 10.1111/jch.12885.
- Заболееваемость взрослого населения России в 2014 году. Статистические материалы. Часть III. М.: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 2015. / Zabolevaemost' vzroslogo naseleniia Rossii v 2014 godu. Statisticheskie materialy. Chast' III. M.: FGBU «Tsentral'nyi nauchno-issledovatel'skii institut organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniia» Minzdrava Rossii, 2015. [in Russian]
- Заболееваемость взрослого населения России в 2012 году. Статистические материалы. Часть III. М.: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 2013. / Zabolevaemost' vzroslogo naseleniia Rossii v 2012 godu. Statisticheskie materialy. Chast' III. M.: FGBU «Tsentral'nyi nauchno-issledovatel'skii institut organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniia» Minzdrava Rossii, 2013. [in Russian]
- www.imshealth.com [in Russian]
- Campbell NR, Niebylski ML, World Hypertension League Executive. Prevention and control of hypertension: developing a global agenda. Curr Opin Cardiol 2014; 29 (4): 324–30.
- Campbell NR, Tu K, Brant R et al, Canadian Hypertension Education Program Outcomes Research Task Force. The impact of the Canadian Hypertension Education Program on antihypertensive prescribing trends. Hypertension 2006; 47 (1): 22–8.
- Tu JV, Nardi L, Fang J et al. National trends in rates of death and hospital admissions related to acute myocardial infarction, heart failure and stroke, 1994–2004. CMAJ 2009; 180 (13): E118–E125.
- Jaffe MG, Lee GA, Young JD et al. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. JAMA 2013; 310 (7): 699–705.
- Sillah A, Sidebottom AC, Boucher JL et al. Program participation and blood pressure improvement in the Heart of New Ulm Project, Minnesota, 2009–2011. Prev Chronic Dis 2014; 11: E48.
- Falascetti E, Chaudhury M, Mindell J, Poulter N. Continued improvement in hypertension management in England: results from the Health Survey for England 2006. Hypertension 2009; 53 (3): 480–6.
- Nissinen A, Kastarinen M, Tuomilehto J. Community control of hypertension – experiences from Finland. J Hum Hypertens 2004; 18 (8): 553–6.
- Chen XJ, Gao XL, You GY et al. Higher blood pressure control rate in a real life management program provided by the community health service center in China. BMC Public Health 2014; 14: 801.
- Ощепкова Е.В. О ходе реализации федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации». <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderzhanie/Tom%206/XIII/Oschepkova.pdf>. / Oshchepkova E.V. O khode realizatsii federal'noi tselevoi programmy «Profilaktika i lechenie arterial'noi gipertenzii v Rossiiskoi Federatsii». <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderzhanie/Tom%206/XIII/Oschepkova.pdf>. [in Russian]
- Campbell NR, Johansen H et al. Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. Hypertension 2009; 53 (2): 128–34.
- McAlister F, Wilkins K, Joffres M et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. CMAJ 2011; 183 (9): 1007–13.
- Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, Campbell NR, Outcomes Research Task Force of the Canadian Hypertension Education Program. Epidemiology of hypertension in Canada: an update. Can J Cardiol 2016; 32 (5): 687–94.
- Trusko B, Pexton C, Harrington J, Gupta PK. Improving Healthcare Quality and Cost with Six Sigma. Upper Saddle River, NJ: FT Press; 2007.
- Аналитический отчет. Фармацевтический рынок России. DSM Group. 2014. <http://www.dsm.ru/> Аналитический отчет. Фармацевтический рынок России. DSM Group. 2014. <http://www.dsm.ru/> [in Russian]
- Health at a Glance 2015, OECD Indicators. DOI: 10.1787/health_glance-2015-en. Собственный анализ статистических материалов авторами. / Health at a Glance 2015, OECD Indicators. DOI: 10.1787/health_glance-2015-en. Sobstvennyi analiz statisticheskikh materialov avtorami. [in Russian]
- SPRINT Research Group, Wright JT Jr, Williamson JD et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. N Engl J Med 2015; 373 (22): 2103–16.
- Shum K, Alperin P, Shalnova S et al. Simulating the impact of improved cardiovascular risk interventions on clinical and economic outcomes in Russia. PLoS One 2014; 9 (8): e103280.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Можейко Мария Евгеньевна – д-р мед. наук, зав. кардиологическим отделением ГБУЗ ЯОКГВВ, гл. терапевт Ярославской области. E-mail: mmozheiko@yandex.ru

Вигдорчик Алексей Владимирович – канд. мед. наук, менеджер медицинских проектов ООО «Новартис Фарма»

Ерегин Сергей Янович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим центром ГБУЗ ЯОКБ, гл. кардиолог Ярославской области

Даниленко Наталья Владимировна – зам. дир. Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области

Климовская Илназ Минсихатовна – канд. биол. наук, менеджер медицинских научных проектов ООО «Новартис Фарма». E-mail: ilnaz.klimovskaya@novartis.com

Раманатан Кришнан – канд. биол. наук, дир. по науке ООО «Новартис Фарма»

Хьюз Дэвид – д-р медицины, глава международных программ по зарекомендовавшим себя препаратам ООО «Новартис»