



Документ исследования политики

**Причины низкой обращаемости
мужчин с повышенным
артериальным давлением за
медицинской помощью**

Бишкек - 2016



РЕФЕРАТ

В настоящее время в Кыргызстане существует значительный гендерный разрыв в преждевременной смертности от ССЗ. В возрастной группе от 0 до 64 лет смертность от заболеваний системы кровообращения среди мужчин превышает женскую смертность в 2.5 раза, от ишемической болезни сердца - в 3 раза, от цереброваскулярных заболеваний – в 1.9 раз. Высокий коэффициент смертности среди мужчин обусловлен рядом факторов, включая плохую осведомленность о состоянии здоровья и низкий уровень использования услуг ПМСП мужчинами, что приводит к позднему выявлению хронических состояний. Улучшение выявления и ведения гипертонии является одним из ключевых приоритетов Национальной программы здравоохранения «Ден соолук», которая предполагает ряд мероприятий на уровне населения и индивидуальных услуг. Однако данные меры не учитывают гендерный фактор, и не существует подходов для повышения осведомленности и приверженности лечению, предназначенных специально для мужчин. Данное исследование направлено на выявление причин низкой обращаемости мужчин, имеющих повышенные показатели уровня артериального давления, в организации здравоохранения. Результаты должны стать основой для выработки сбалансированного подхода, включающего в себя контроль факторов риска, действия сообществ по вопросам здоровья для повышения приверженности мужчин к выявлению болезней и постоянному их контролю в организациях здравоохранения.

Авторы: Аида Абдраимова (ЦАПЗ), Айгуль Ильясова (Ассоциация СКЗ), Аида Зурдинова (КРСУ)

Запросы относительно публикаций Общественного Фонда «Центр анализа политики здравоохранения» следует направлять по адресу:

**ОФ «Центр анализа политики здравоохранения»
Кыргызская Республика
Бишкек 720040
ул. Тоголок-Молдо, 1 (каб №№201,203,205)**

или по электронной почте: office@hpac.kg

Кроме того, информацию о Центре и подготовленные документы исследований политики, а также информационные обзоры и другие документы можно найти на вебсайте Центра анализа политики здравоохранения www.hpac.kg

Все права принадлежат Центру анализа политики здравоохранения. Документ может цитироваться со ссылкой на данный документ, но не для продажи или в коммерческих целях. Мнение и взгляды, выраженные в данном отчете, основаны на анализе данных, полученных в ходе проведенного исследования, и авторы не несут ответственность за любой ущерб, возникший в результате его использования.

Данный отчет был подготовлен при технической поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (BCA), охватывающих период с 2012 по 2015 год, между Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Проведение исследования стало возможным благодаря финансовой помощи, предоставленной Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (SDC) на реализацию проекта ВОЗ «Усиление мониторинга и оценки, а также политического диалога в рамках программы «Ден Соолук». Сделанные выводы и их интерпретация в данном документе принадлежат команде, подготовившей отчет, и необязательно отражают официальное мнение Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ	4
1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ	6
2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	7
3. МЕТОДОЛОГИЯ	8
3.2. Методология сбора данных в рамках настоящего исследования	8
3.3. Проведение фокус-групповых дискуссий.....	9
4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	10
4.1. Общие результаты выявленных лиц с высоким АД.....	10
4.2. Выявленные мужчины с высокими показателями АД в рамках настоящего исследования.....	11
4.3. Обращаемость мужчин за медицинской помощью на уровень ПМСП при выявлении высоких показателей АД	12
4.4. Причины низкой обращаемости мужчин с высокими показателями АД за медицинской помощью.....	15
4.5. Результаты фокус-групповых дискуссий с мужчинами, имеющими повышенные показатели АД	17
4.6. Результаты фокус-групповых дискуссий с медицинскими работниками ПМСП (семейные врачи, медицинские сестры, фельдшера)	20
4.7. Перечень необходимых обследований и диагностических исследования согласно утверждённому КР/КП	22
5. КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЕ	23
6. РЕКОМЕНДАЦИИ.....	25

СОКРАЩЕНИЯ

АД	Артериальное давление
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГСВ	Группа семейных врачей
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт подготовки и переподготовки кадров
КРСУ	Кыргызско-Российский Славянский университет
МЗКР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ОЗ	Организация здравоохранения
ОКЗ	Общественный комитет здоровья
ПМСП	Первичная медико–санитарная помощь
Проект ДСВЗ	Проект «Действия сообществ по вопросам здоровья»
РЦУЗ	Республиканский центр укрепления здоровья
СКЗ	Сельский комитет здоровья
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФАП	Фельдшерско – акушерский пункт
ФГ	Флюорография легких
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЭКГ	Электрокардиография

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую признательность за поддержку, оказанную Министерством здравоохранения Кыргызской Республики в проведении данного исследования в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016).

Особую признательность команда ЦАПЗ выражает проекту «Действия сообществ по вопросам здоровья», Республиканскому центру укрепления здоровья, Ассоциации сельских комитетов здоровья КР за их содействие в сборе данных и ценный вклад во время проведения исследования.

Предварительные результаты были обсуждены с Министерством здравоохранения, Ассоциацией сельских комитетов здоровья КР и другими заинтересованными сторонами, и заключительный отчет был подготовлен с учетом полученных комментариев и рекомендаций.

1. ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время в Кыргызстане существует значительный гендерный разрыв в преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В возрастной группе от 0 до 64 лет смертность от заболеваний кровеносной системы среди мужчин превышает женскую смертность в 2.5 раза, от ишемической болезни сердца - в 3 раза, от цереброваскулярных заболеваний - в 1.9 раз. Более высокий коэффициент смертности среди мужчин обусловлен рядом факторов, включая высокий уровень курения, плохую осведомленность о состоянии здоровья, к примеру, о высоком уровне артериального давления.

При этом исследования в области здравоохранения¹ за последние годы стабильно демонстрируют низкий уровень использования услуг ПМСП мужчинами, что приводит к позднему выявлению и некачественному ведению хронических состояний. Если судить по данным обследования домашних хозяйств за 2010 год, на ПМСП обращается в два раза больше женщин, чем мужчин в возрасте старше 18 лет. Разрыв в использовании услуг между мужчинами и женщинами в возрастной группе от 19 до 39 лет можно объяснить тем, что женщины в этой возрастной группе также обращаются за услугами, связанными с репродуктивным здоровьем и беременностью. Однако в возрастной группе старше 40 лет также сохраняется более чем двукратный разрыв в использовании услуг здравоохранения мужчинами.

Наличием значительного гендерного неравенства в получении медицинских услуг, связанного с низкой обращаемостью мужчин на ПМСП, объясняются разрывы, наблюдаемые в показателях смертности от ССЗ и гипертонической болезни. Уровень преждевременной смертности от ССЗ среди мужчин выше, чем среди женщин, несмотря на то, что распространенность ГБ выше среди женщин, чем среди мужчин.

Выявленные проблемы в показателях, связанных с ССЗ, в частности, по гипертонической болезни, сподвигли Программу «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ), которая была внедрена в Кыргызстане для мобилизации сообществ в целях повышения осведомленности и обращаемости за медицинской помощью, обозначить в качестве приоритетов - выявление населения с повышенным артериальным давлением и их информирование о гипертонии.

Начиная с 2011 года, Программой ДСВЗ через организованные сельские комитеты здоровья (СКЗ) при поддержке Республиканского центра укрепления здоровья и Центров семейной медицины ежегодно проводятся мероприятия по повышению осведомленности населения о гипертонии посредством проведения скрининга АД среди населения.

С 2011 по 2014 год всего было обследовано более 1,7 млн. человек. За все годы выявлено около 300 тыс. человек с повышенными показателями артериального давления. Ежегодно выявляется около 20 000 человек или 4% из обследованных лиц, которые во время скрининга узнают о своем повышенном АД и направляются на консультацию к медицинским работникам по месту жительства.

¹ КИОД. 2007, 2010, Якаб М., Ландин и др. «Эффективность системы здравоохранения в области контроля ГБ в Кыргызстане», 2007, Н. Акунов и др. «Качество лечения и профилактики ССЗ в КР», 2007.

Ежегодно, при проведении скрининга также выявляется большое количество населения среди осведомленных ранее о своем повышенном давлении, которые даже на фоне приема таблеток имеют повышенные показатели АД – до 64%, и среди которых количество мужчин в более чем 2 раза выше, чем женщин.²

По данным исследования STEPS³ также было определено, что в среднем 42,7% мужчин имеют повышенное давление на фоне приема медикаментов. Этот факт свидетельствует о неконтролируемом или неправильном лечении пациентов с повышенными показателями АД. Очевидно, что данный факт усугублен низкой обращаемостью мужчин в организации здравоохранения для получения услуг и регулярного контроля своего состояния.

В связи с этим, данная оценка направлена на выявление причин низкой обращаемости мужчин, имеющих повышенные показатели уровня артериального давления, в организации здравоохранения. По результатам данного исследования предполагается выработка сбалансированного подхода, включающего в себя контроль факторов риска, действия сообществ по вопросам здоровья для повышения приверженности мужчин к выявлению болезней и постоянному их контролю на базе организаций здравоохранения первичного уровня.

2. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования – определение существующих барьеров у мужчин, имеющих высокое АД, для обращения и получения медицинских услуг на уровне ПМСП по вопросам профилактики и лечения артериальной гипертензии.

Задачи:

1. Определение уровня обращаемости мужчин с высокими показателями АД за медицинской помощью на уровне ПМСП.
2. Выявление существующих барьеров для обращения мужчин с высоким АД за медицинской помощью по вопросам профилактики и лечения артериальной гипертензии путем опроса и фокус-групповых дискуссий.
3. Выявление существующих различий в причинах не обращения за медицинской помощью у мужчин, проживающих в условиях города, районных центров и сел.
4. Выявление существующих барьеров со стороны медицинских работников первичного звена и системы здравоохранения в целом для оказания качественных медицинских услуг мужчинам по вопросам лечения и профилактики артериальной гипертензии.

² Исследования проекта ДСВЗ «Действия СКЗ по вопросам профилактики гипертонии», 2011-2014 гг.

³«Исследование «STEPS» по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике», МЗКР, 2015 г.

3. МЕТОДОЛОГИЯ

Методология оценки была основана на изучении причин низкой обращаемости мужчин за медицинской помощью на ПМСП при повышенных показателях артериального давления.

Опрос о причинах низкой обращаемости мужчин в учреждения первичного уровня при повышенных показателях АД проводился во время Акции «Узнай свое давление», предшествующей ежегодной неделе по борьбе с гипертонией, когда СКЗ по всей стране измеряют артериальное давление как можно большему количеству людей.

Все мужчины, которые в соответствии с проводимым мероприятием на выявление высокого артериального давления отвечали, что ранее знали о своем высоком давлении, были включены в данное исследование и опрошены в соответствии с разработанным инструментом.

3.1. Действия СКЗ по укреплению здоровья: выявление лиц с высоким уровнем АД

Во время ежегодной недели по борьбе с гипертонией (в сентябре, незадолго до Всемирного дня сердца) СКЗ по всей стране измеряют артериальное давление как можно большему количеству людей (старше 18 лет) при поддержке проекта «Действия сообществ по вопросам здоровья» и Республиканского центра укрепления здоровья.

Неделе борьбы с гипертонией предшествует и сопутствует публикуемая в СМИ информация о приводящейся кампании и инструктаж членов СКЗ на основании специального Руководства.

В районных центрах, городах сотрудниками ГСВ/ЦСМ организуются пункты измерения давления в местах большого скопления людей: на базарах, торговых точках, организациях здравоохранения и др. На протяжении последних 2-х лет Общественные комитеты здоровья (ОКЗ), созданные в городах и районных центрах, также проводят измерение артериального давления на рабочих местах. В селах члены СКЗ измеряют артериальное давление населению путем подворовых обходов.

Если обнаруживается, что у человека высокое кровяное давление, то результат документируется и направляется в медицинское учреждение по месту проживания. СКЗ предоставляют им брошюру с подробной информацией о гипертонии и других факторах риска ССЗ. Людям, уже проходящим лечение и знающим свой диагноз, СКЗ напоминают о необходимости регулярного приема предписанных препаратов. Все полученные данные о лицах, имеющих высокие показатели АД, передаются в организации здравоохранения первичного уровня ЦСМ/ГСВ/ФАП.

3.2. Методология сбора данных в рамках настоящего исследования

Для сбора данных в рамках данного исследования Центром анализа политики здравоохранения совместно с Ассоциацией сельских комитетов здоровья была разработана специальная форма для сбора данных о мужчинах с высокими цифрами АД и инструкция по ее заполнению «Дополнение к Руководству по измерению артериального давления» (Приложение №1).

Все мужчины, которым измеряли АД в рамках проводимого мероприятия, и которые отвечали, что ранее были осведомлены о своем высоком давлении или при предыдущем выявлении высокого АД, проводимым СКЗ, получали направление для обращения в Центр семейной медицины/ГСВ, были включены в данное исследование и опрошены в соответствии с разработанным инструментом.

Все члены СКЗ, проводившие измерение АД, получили дополнительный инструктаж о проведении опроса мужчин и заполнении соответствующих форм.

3.3. Проведение фокус-групповых дискуссий

В рамках исследования, для получения более качественных результатов, были проведены фокус-групповые дискуссии с мужчинами, у которых было выявлено высокое АД и с медицинскими работниками ЦСМ/ГСВ/ФАП.

Фокус-групповые дискуссии проводились на уровне городов, районных центров и сел.

Регионы, где были проведены обсуждения:

Ошская область: г. Ош, с. Кара-Суу и с. Жарбашы Чон-Алайского района.

Чуйская область: г. Токмок, с. Кемин и с. Жаны-Алыш Кеминского района.

Целевой группой были мужчины с повышенным уровнем артериального давления разного возраста и медицинские специалисты, оказывающие услуги на первичном уровне ЦСМ/ГСВ/ФАП.

Всего было проведено 12 фокус-групповых дискуссий: 6 фокус-групповых дискуссий с мужчинами, где приняли участие более 90 мужчин, и 6 фокус-групповых дискуссий с медицинскими работниками ПМСП.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Общие результаты по выявленным лицам с высоким АД

В рамках мероприятия по измерению АД по всей стране в 2015 году в районных центрах, городах и селах всего было обследовано 480289 человек старше 18 лет, из них женщин - 283452 (59%), мужчин - 196837 (40.9%) по всей стране. Ежегодно, соотношение обследованных мужчин и женщин в среднем составляет 60% женщин и 40% мужчин.

По данным результатам в 2015 году выявлено 66102 человек с повышенным давлением (выше 140/90 мм.рт.ст), что составило 13.6% от общего количества обследованных. Впервые узнали о своем высоком давлении во время Акции по выявлению высокого АД – 16776 человек или 25.5% из общего количества людей с высоким АД, выявленных во время скрининга. 74,6% людей знали до Акции о своем высоком АД, из числа которых 33529 или 68% имели высокое давление на фоне приема антигипертензивных препаратов.

В селах было обследовано 326795 человек, из них мужчин - 138723 человек, что составляет 42% из общего количества обследованных, женщин – 188072 человек, что составляет 58% из общего числа обследованных. Всего в селах выявлено 48719 человек (15%) от числа обследованных с артериальным давлением выше 140/90 мм.рт.ст., из них 11332 человека или 3% впервые узнали о высоком АД и 37387 (11%) человек до скрининга знали, что имеют высокое АД. 26796 человек или 72% из 37377 людей, знавших о своем высоком давлении выше 140/90 мм.рт.ст., ответили, что принимали таблетки в день проведения измерения давления.

В городах и районных центрах всего было обследовано 153494 человек, из них 58114 мужчин (38%), 95380 женщин (62%). Всего выявлено 17287 человек с давлением выше 140/90 мм.рт.ст, из них мужчин – 5716 человек (33%), женщин – 8417 человек (49%). Впервые узнали про свое высокое АД – 5444 или 4% человек, количество знавших до скрининга составило 11929 человек или 8%, из которых 6733 или 56% имели высокое АД на фоне приема таблеток.

Таблица 1. Результаты высокого АД у населения за период 2011-2015 гг.

	2011	2012	2013	2014	2015	Всего
Число осмотренных людей	311 342	403 717	482 273	577 731	480 289	2255 352
Число людей, впервые обнаруживших высокое АД	13182	22077	21785	22265	16776 (25,5%)	96 085
Число людей, знавших о высоком АД (неконтролируемое АД) из количества всех обследованных	29842 (9.5%)	47462 (11.7%)	52058 (10.7%)	67866 (11.7%)	49326 (10.2%)	246554 (10.9%)
Число людей, знавших о высоком АД (неконтролируемое АД) из количества всех выявленных с высоким АД	69.3%	68.2%	70.4%	75.2%	74.6%	71.9%
Всего обнаружено с высоким АД	43024 (14%)	69539 (17%)	73843 (15%)	90131 (15%)	66102 (13,6%)	342639 (15%)

4.2. Выявленные мужчины с высокими показателями АД в рамках настоящего исследования

Из всего количества мужчин и женщин (66102), имеющих показатели артериального давлением выше 140/90 мм.рт.ст., было 45421 (68.7%) женщин и 20681 (31.5%) мужчин.

Из общего количества мужчин с высокими показателями АД выше 140/90 мм.рт.ст было 15428 (74.5%) мужчин, проживающих в селах, и 5253 (25.4%) мужчин, проживающих в районных центрах и городах, включая г. Бишкек и г. Ош.

Таблица 2. Количество мужчин с повышенными показателями АД, по областям.

Наименование региона	Районные центры, города	Сельские населенные пункты
Нарынская обл.	141	647
Таласская обл.	115	730
Иссык-Кульская обл.	416	586
Чуйская обл.	836	2327
Баткенская обл.	301	2424
Ошская обл.	1173	2216
Жалалабадская обл.	1577	6498
г.Бишкек	304	
г.Ош	390	
Всего	5 253	15 428
ИТОГО	20681	
%	25.4%	74.5%

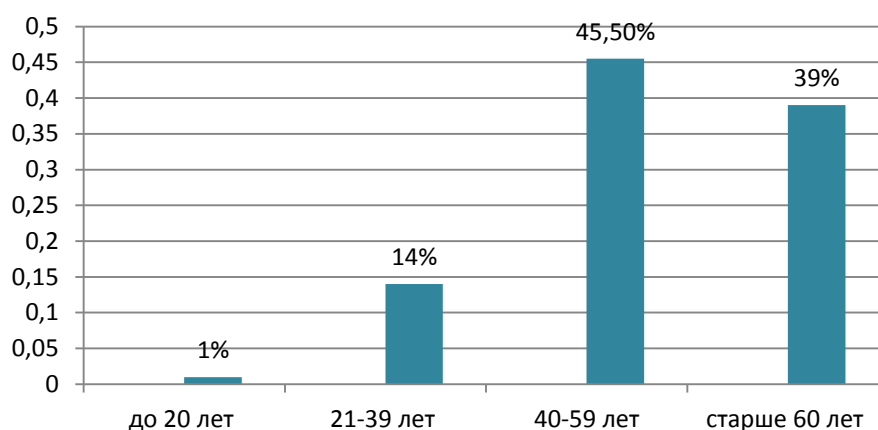
Как видно из приведенных данных, в сельской местности обследовано и выявлено больше мужчин с повышенными цифрами АД, чем в районных центрах и городах. Это связано с различиями в подходах к проведению скрининга в селах и городах. В селах измерение давление проводилось силами СКЗ по принципу «от дома к дому», тогда как в городах были организованы пункты для измерения давления, куда обращались все желающие.

Таблица 3. Распределение мужчин с высокими цифрами АД по возрастам

Наименование региона/возраст	до 20 лет		21-39		40-59		старше 60 лет	
	село	город	село	город	Село	город	Село	город
Нарынская			83	10	251	71	313	60
Таласская			52	9	315	63	363	43
Иссык-Кульская	12	2	130	56	252	204	192	154
Чуйская	0	39	249	104	1104	373	974	320
Баткенская	5	2	237	34	921	167	1261	98
Ошская	17		167	126	1016	511	1016	536
Жалалабадская	113	27	1271	279	2941	761	2173	510
г.Бишкек		9		75		189		31
г.Ош				49		276		65
Всего	147	79	2189	742	6800	2615	6292	1817
ИТОГО	226		2931		9415		8109	
% общего количества обследованных	1.09%		14.1%		45.5%		39.2%	

Из общего количества выявленных мужчин с высокими показателями АД всех возрастов 1% составляют молодые мужчины, возраст которых до 20 лет, 14% - это мужчины в возрасте 21-39 лет, 45.5% - мужчины в возрасте 40-59 лет и 39.2% - мужчины старше 60 лет. Наибольшее количество выявленных мужчин с повышенными показателями АД как в селе, так и в городе наблюдается в возрастных группах 40 - 59 лет и старше 60 лет.

Рисунок 1. Распределение мужчин с высокими цифрами АД по возрастам



4.3. Обращаемость мужчин за медицинской помощью на уровень ПМСП при выявлении высоких показателей АД

По стране из количества всех мужчин (20681), выявленных с высокими показателями АД, 69% (14 241) мужчин ответили, что обращались за медицинской помощью в ПМСП после выявления высокого АД, а 31% (6 400) мужчин ответили, что никогда не обращались за медицинской помощью, хотя ранее знали о своем высоком давлении.

Из 14241 мужчин, которые посещали ЦСМ/ГСВ после того, как узнали в своем высоком давлении, 71.5% мужчин указали, что посещали ПМСП в последние 6 месяцев, и 28.4% мужчин, знавших о высоком давлении, не посещали ПМСП за последние 6 месяцев.

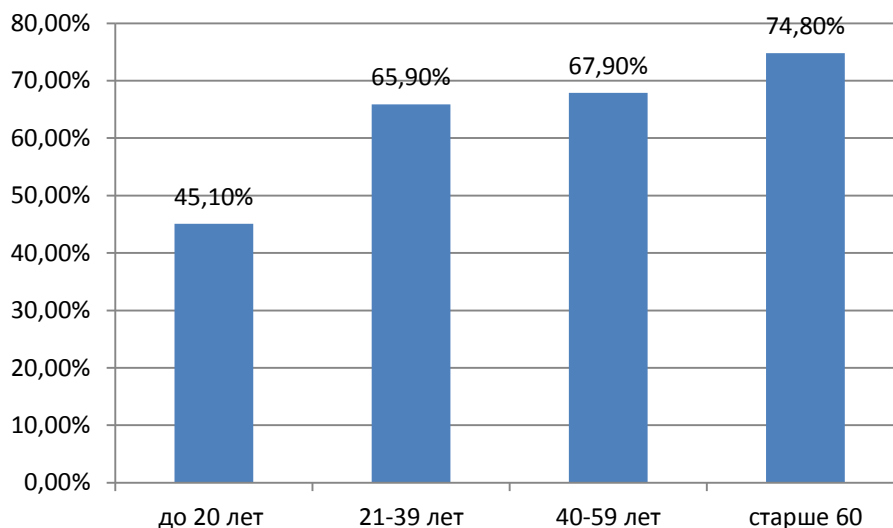
Таблица 4. Обращаемость мужчин с высоким АД за медицинской помощью

Наименование региона	К-во мужчин, имеющих высокие показатели АД		Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП после того, как узнали про высокие показатели АД?			
			Да		Нет	
	село	город	село	город	село	город
Нарынская	647	141	545	103	102	38
Таласская	730	115	602	87	128	28
Иссык-Кульская	586	416	301	265	285	151
Чуйская	2327	836	1763	625	574	211
Баткенская	2424	301	1476	177	948	124
Ошская	2216	1173	1632	791	584	382
Жалалабадская	6498	1577	4488	1012	2010	565
г.Бишкек		304		139		165
г.Ош		390		235		155
Всего	15428	5253	10807	3434	4631	1819
Итого	20681		14241		6440	
%			68.8%		31.1%	

Обращаемость мужчин за получением услуг, связанных с высоким АД, в зависимости от возраста, разная. Самая низкая обращаемость мужчины на ПМСП в трудоспособном возрасте до 40 лет. В этом возрасте за получением услуг на ПМСП не обращается практически половина мужчин, имеющих высокие показатели АД.

На Рисунке 2 приведены данные о посещении мужчин ПМСП разных возрастных групп после того, как они узнали, что у них высокие показатели АД.

Рисунок 2. Обращаемость мужчин на ПМСП за медицинской помощью после выявления высокого АД, по возрастам



Оказалось, что чем старше возраст мужчин, тем обращаемость их за услугами в ОЗ возрастает. Количество мужчин от 18 до 20 лет, которые после выявления высокого АД посетили ЦСМ/ГСВ/ФАП, составило менее половины - 45.1%, в возрасте 21-39 лет чуть более половины мужчин посетили ЦСМ/ГСВ/ФАП – 65,9%, в возрасте 40-59 лет - 67.9%, в возрасте старше 60 лет - 74.8%.

Для того, чтобы узнать регулярность посещения мужчинами ПМСП для контроля своего состояния, тем мужчинам, которые ответили, что посетили ПМСП после выявления высоких показателей АД, задавали вопрос о посещении ПМСП в последние 6 месяцев.

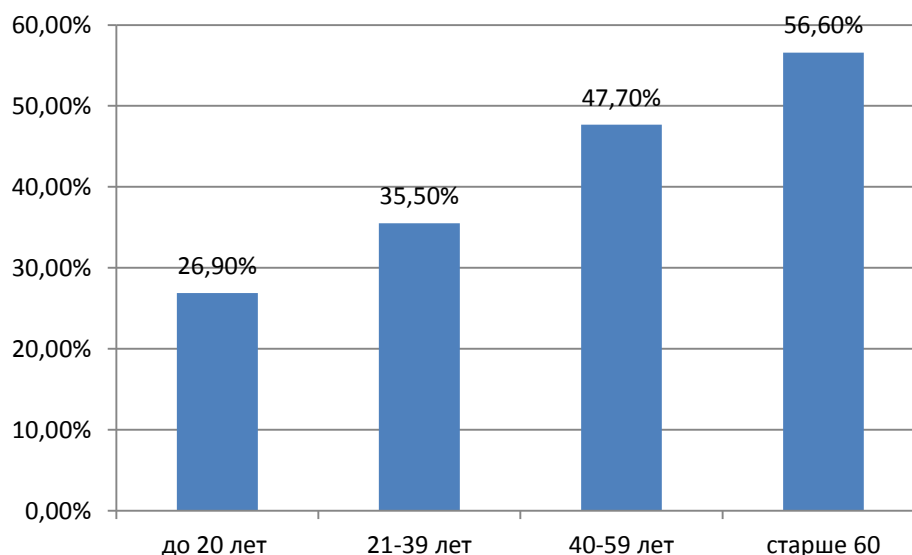
Результаты опроса показывают, что не у всех мужчин есть приверженность к постоянному контролю своего состояния через регулярное посещение ОЗ, и эта приверженность также зависит от возраста. Мужчины более молодого и трудоспособного возраста не обращаются регулярно в ЦСМ/ГСВ/ФАП. Из того количества мужчин (14241), которые посещали ЦСМ/ГСВ после того, как узнали о своем высоком давлении, 71.5% мужчин сказали, что посещали ПМСП в последние 6 месяцев, и 28.4% мужчин, знающих о своем высоком давлении, не посещали ПМСП за последние 6 месяцев.

Таблица 5. Обращаемость мужчин на уровень ПМСП в течение последних 6 мес

Наименование региона	Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП в последние 6 месяцев?			
	Да		Нет	
	село	город	село	город
Нарынская	403	69	142	34
Таласская	388	64	214	23
Иссык-Кульская	148	117	153	148
Чуйская	1083	400	680	225
Баткенская	975	87	501	90
Ошская	1406	539	226	252
Жалалабадская	3618	638	870	374
г.Бишкек		54		85
г.Ош		207		28
Всего	8021	2175	2786	1259
Итого	10196		4045	
%	71.5%		28.4%	

По результатам исследования видно, что меньше всего обращались за медицинской помощью в течение последних 6 месяцев по поводу высокого АД в возрастной группе до 40 лет. Так, в возрасте от 18 до 20 лет только чуть более четверти мужчин (26,9%) и около трети в возрасте от 21-39 лет (35,5%) ответили, что посещали ЦСГСВ/ФАП в течение последних 6 месяцев.

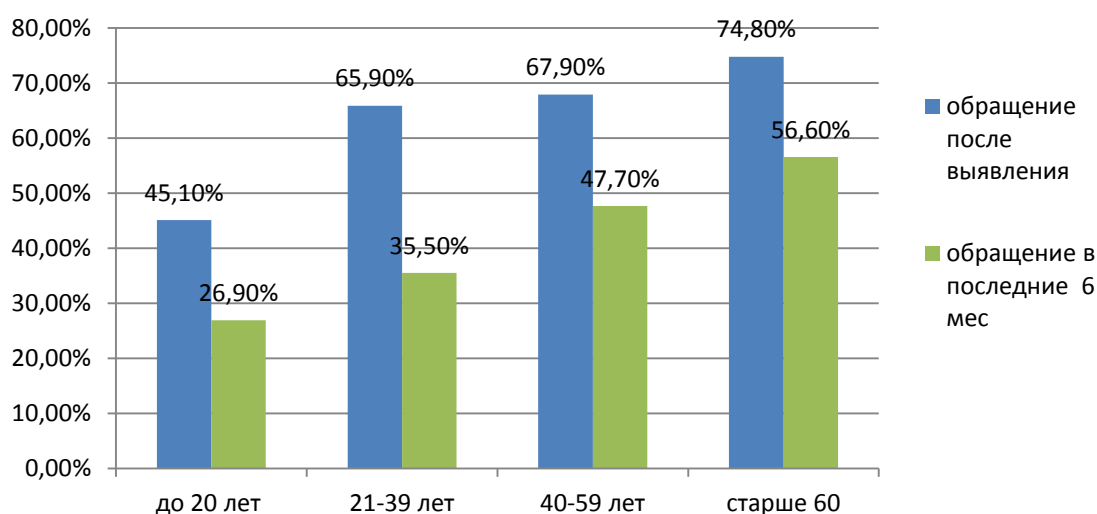
Рисунок 3. Обращаемость мужчин с высоким АД на ПМСП за медицинской помощью в течение последних 6 месяцев, по возрастам



Сравнивая частоту обращаемости мужчин в ЦСМ/ГСВ/ФАП после выявления высоких показателей АД и для регулярного контроля в течение последних 6 месяцев, можно сделать вывод о том, что мужчины чаще обращаются после выявления высоких показателей АД, чем для регулярного контроля своего состояния. Мы предполагаем, что это существенная разница может быть связана с тем, что не все мужчины, у которых

высокие показатели АД, регистрируются (берутся на диспансерный учет) на уровне ПМСП, и, соответственно, регулярно посещают ПМСП. О причинах этого изложено ниже.

Рисунок 4. Сравнительные данные по обращаемости мужчин на уровень ПМСП после выявления высокого АД и в течение последних 6 месяцев, по возрастам



4.4. Причины низкой обращаемости мужчин с высокими показателями АД за медицинской помощью

Тех мужчин, которые вообще не посещали ЦСМ/ГСВ/ФАП после того, как узнали о высоких показателях АД, и мужчин, которые знали о высоком АД и не были в ЦСМ/ГСВ/ФАП в течение последних 6 месяцев, просили назвать причины, по которым они не посещали ЦСМ/ГСВ/ФАП.

Всего 10485 мужчин давали ответы о причинах не обращения за медицинской помощью в учреждения ПМСП по поводу высокого АД. В среднем, каждый мужчина дал по 1 ответу, который был для него самой значимой причиной. Среди всех причин наибольшую долю ответов составляет ответ «я чувствовал себя хорошо» - 28.3%, затем «нет времени на лечение» - 13%, 12.3% приходится на долю ответа - «я забыл, что у меня высокое АД», 12.1% ответили - «лечусь сам» и 10.7% - ответили «нет денег на лечение», 7.8% мужчин ответили, что «ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко», а 5.4% ответов составили другие причины (Таблица 6).

Таблица 6. Причины, по которым опрошенные мужчины с высоким АД не посещают ПМСП

Причины, по которым мужчины не посещали ЦСМ/ГСВ/ФАП	село	город	Всего (абс.числа)	%
Я чувствовал себя хорошо	2011	943	2954	28,3%
Я забыл, что у меня высокое АД	892	398	1290	12,3%
ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко	653	171	824	7,8%
Нет денег на лечение	755	369	1124	10,7%
Нужно проходить много обследований	711	324	1035	9,9%

Нет времени на лечение	838	526	1364	13%
Лечусь сам	882	390	1272	12,1%
Другое	412	162	574	5,4%

Анализ названных причин по возрасту показал, что ответ «я чувствовал себя хорошо» наиболее распространён среди мужчин всех возрастов. У мужчин от 18 до 20 лет также распространён ответ «я забыл, что у меня высокое давление» и «нужно проходить много обследований». По остальным ответам, особых различий в зависимости от возраста не было (Таблица 7).

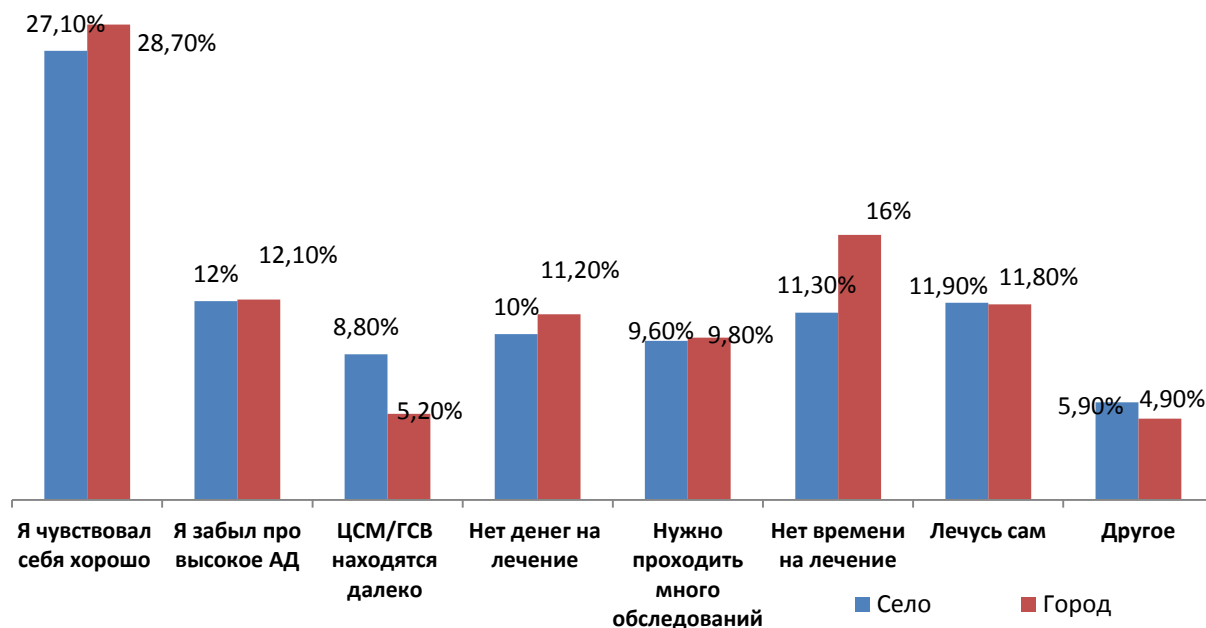
Таблица 7. Причины, по которым мужчины не посещают ЦСМ/ГСВ/ФАП, в зависимости от возраста

Причины	от 18 до 20 лет	21-39 лет	40-59 лет	старше 60 лет
Я чувствовал себя хорошо	26.6%	34.6%	27.8%	25.5%
Я забыл, что у меня высокое АД	21.8%	10.6%	13.5%	11%
ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко	11.5%	5.9%	8%	8.7%
Нет денег на лечение	10.3%	9.7%	10.9%	11%
Нужно проходить много обследований	15.1%	10.4%	8.9%	10.8%
Нет времени на лечение	12.7%	14.2%	14.3%	10.4%
Лечусь сам	7.2%	10.9%	11.1%	14.6%
Другое	1.8%	3.3%	5.6%	7.4%

Анализ причин, по которым мужчины не обращаются в ЦСМ/ГСВ/ФАП для контроля своего состояния в связи с высокими показателями АД, в зависимости от места проживания в селе или городе показал, что особых значительных различий в причинах низкой обращаемости за медицинской помощью нет. Есть разница в доступности медицинских услуг в селе и в городе. Так, мужчины, проживающие в селе, чаще отмечали, что «ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко», а мужчины, проживающие в городе, дали больше ответов «нет времени на лечение».

Скорее всего, это объясняется, тем, что в городе большее количество мужчин могут иметь работу и не имеют времени на посещение организаций здравоохранения. Причина низкой обращаемости в организации здравоохранения из-за отсутствия денег отметили от 10% мужчин в селах до 11,2% мужчин, проживающих в городе.

Рисунок 5. Причины, по которым мужчины не посещают ЦСМ/ГСВ/ФАП, село/город



4.5. Результаты фокус-групповых дискуссий с мужчинами, имеющими повышенные показатели АД

При обсуждении вопроса о том, каким образом мужчины узнали о своем высоком АД, многие отметили, что это было случайно: измерили давление в семье родственники, коллеги, друзья при появлении головной боли, некоторые мужчины узнали о высоком давлении при обращении к медицинскому работнику по другим вопросам здоровья. Все мужчины считают головную боль признаком повышения артериального давления.

Большинство мужчин старше 40 лет ответили, что хотя бы 1 раз были у медицинского работника или получали какую-то консультацию по поводу своего давления. В основном, это было связано с ситуацией, когда они впервые узнали о своем высоком давлении. Многие мужчины отметили, что обратились к медицинскому работнику не сразу, а через какое-то время, в основном, когда появились головные боли, и это вызвало у них беспокойство.

Со слов опрошенных мужчин, медицинские работники на первой консультации по поводу высоких показателей АД дают советы о диете, снижении или отказе от курения, назначают отвары трав и какой-либо «слабый» препарат против давления. При этом, беседы о том, как контролировать уровень АД и принимать препараты, не проводят. При повторном обращении, если не удастся снизить АД, медицинский работник чаще всего дает совет увеличить дозу принимаемого препарата.

Самое интересное, что большинство мужчин, которые участвовали в фокус-групповых дискуссиях, не состояли на диспансерном учете по поводу ГБ, и даже не знали о том, что они должны быть зарегистрированы и взяты на учет в организациях здравоохранения первичного уровня. Эти мужчины также не были информированы о том, что имеется

программа льготного лекарственного обеспечения для застрахованных граждан, по которой можно получать лекарства с 50% скидкой.

В основном, на диспансерном учете, как выяснилось, находятся мужчины, перенесшие инфаркт или инсульт, и они получают препараты по дополнительной программе ФОМС по лекарственному обеспечению. Эта категория мужчин больше понимает, что после осложнений им необходимо регулярно наблюдаться у медицинского работника, но при этом они также отмечали, что бывают случаи не регулярного посещения семейных врачей.

Часть мужчин ответили, что сдавали какие – либо анализы, и чаще всего называли общий анализ крови и мочи. Буквально несколько человек отметили, что проходили обследование, назначенное врачом. В отношении обследования ими было отмечено, что на это уходит очень много времени и денег. В основном, это были мужчины, проживающие в районных центрах и городах. Большинство мужчин, проживающих в сельской местности, ответили, что не проходили никаких видов обследования.

Мужчины, проживающие в сельской местности, не отмечали проблем с получением консультации у семейного врача, где есть ГСВ, и имеется семейный врач, но отмечали отсутствие доступности мероприятий по качественному обследованию. Мужчины, которые прикреплены к ФАП по месту жительства, отметили отсутствие врача и проблему необходимости выезжать для получения консультации в районный центр ЦСМ. Выезд в районный центр занимает целый день, необходимы деньги на дорогу. Кроме того, мужчины уверены, что при обращении в ЦСМ обязательно потребуются дополнительные деньги на анализы и обследования.

Мужчины, проживающие в районных центрах и городах, отмечают, что имеют хороший доступ к услугам здравоохранения, но не имеют достаточного времени для прохождения обследования и консультаций. По их мнению, для регулярного посещения организации здравоохранения потребуется очень много времени по причине очередей к врачу, в лабораторию, для прохождения дополнительного исследования и получения консультаций у врачей других специальностей.

Некоторые мужчины отметили, что они часто получают консультацию у медицинского работника, не посещая при этом учреждение здравоохранения, по телефону, либо через супругу или детей, или консультируется у «знакомого медицинского работника». Данные мужчины считают, что, несмотря на то, что они не состоят на учете в ГСВ, они находятся под наблюдением медицинского работника, потому что в любое время могут получить консультацию. При этом, ими указываются консультации медицинского работника даже случайно при встрече на улице, в гостях, в торговых точках. Эти мужчины считают, что им нет необходимости регулярно посещать ГСВ, поскольку они могут просто позвонить врачу в случае возникновения головной боли или повышения давления.

При обсуждении вопросов о признаках повышения АД, практически все мужчины ответили «головная боль» и проявили хорошую информированность в вопросах последствий повышения артериального давления, называя в качестве последствий «инфаркт» и «инсульт». При появлении головной боли, чаще всего принимают обезболивающие препараты или препараты, которые посоветуют родственники, друзья или *«какой-нибудь медицинский работник»* (анальгин, баралгин, цитрамон и др.).

Названия лекарственных препаратов, которые снижают уровень АД, мужчины не называли.

На вопрос: «Зная о таких последствиях повышенного АД, почему Вы не посещаете лечебное учреждение?», мужчины (преимущественно более молодого возраста) ответили, что не обращаются к медицинскому работнику, так как «хорошо себя чувствуют», «нет времени», «надо работать, кормить семью». Обращение в организацию здравоохранения, по их мнению, займет много времени из-за длительных очередей, большого количества направлений на разные диагностические анализы и консультаций других врачей.

Практически у всех мужчин есть понимание того, что отсутствие приверженности регулярно посещать лечебные организации является следствием неправильного и безответственного отношения к своему здоровью. Многие отмечают, что у мужчин в поведении закреплено «обращаемся к врачу, когда уже станет невозможно».

Следует отметить, несмотря на то, что при количественном опросе мужчин в рамках скрининга, только от 10 до 11,2% мужчин называли в качестве причины низкой обращаемости на первичный уровень для контроля своего состояния отсутствие денег, тогда как во время проведения фокус-групповой дискуссии большинство мужчин называли отсутствие денег как основную причину не посещения ЦСМ или ГСВ. Многие мужчины убеждены, что посещение лечебного учреждения обязательно будет связано с финансовыми расходами, как на консультацию врача, так и на диагностические мероприятия, покупку назначенных лекарств. Поэтому, за неимением финансовых средств они и не посещают лечебное учреждение.

При проведении фокус-групповой дискуссии обсуждался вопрос о том, почему мужчины, которые после выявления высокого давления обращались в ЦСМ/ГСВ, не были взяты на учет. Большинство мужчин, участвовавших в дискуссии, ответили, что врач назначил им большое количество диагностических мероприятий (анализы крови, мочи, на холестерин, на сахар крови, УЗИ почек, консультацию узких специалистов и др.), которые они не смогли полностью выполнить по разным причинам, и поэтому не пошли повторно в ЦСМ/ГСВ.

Те мужчины, которые проживают в селах, ответили, что им необходимо для этого ездить в районный центр, и на это уйдет ни один день. Мужчины, проживающие в районных центрах и городах, отметили, что для сдачи такого большого количества назначений у них нет времени.

В связи с этим, мужчины предлагали максимально упростить процесс взятия на учет с диагнозом ГБ, а также упростить процесс консультирования в лечебном учреждении. Например, чтобы при плохом самочувствии пациенты могли просто позвонить по телефону, обратиться в справочную службу при медицинском учреждении и проконсультироваться.

При обсуждении вопроса о том, знают ли мужчины о необходимости постоянного приема лекарств, снижающих давление, многие мужчины, которые участвовали в дискуссии, знали, что при высоком АД необходимо регулярно принимать гипотензивные ЛС для контроля АД. У тех мужчин, которые не принимают регулярно ЛС, были выяснены

причины, по которым они не пьют регулярно ЛС. Причинами, по которым мужчины не принимали лекарства, были улучшение состояния здоровья, нормализация артериального давления, отсутствие головной боли и других симптомов. Зачастую мужчины с высоким АД самостоятельно увеличивали дозировку при повышении АД и уменьшали дозировку при снижении АД. Без измерения уровня АД многие мужчины сами меняли дозировку гипотензивных ЛС в зависимости от усиления или уменьшения головной боли. При усилении головной боли мужчины самостоятельно увеличивают дозировку ЛС, а при уменьшении головной боли либо уменьшают дозировку, либо отменяют ЛС.

Такое поведение мужчин объясняли тем, что врач, к которому они ранее звонили или обращались, поступает таким же образом, либо увеличивает дозировку, либо уменьшает. Поэтому они уже самостоятельно могут изменять дозировку в зависимости от своего состояния.

4.6. Результаты фокус-групповых дискуссий с медицинскими работниками ПМСП (семейные врачи, медицинские сестры, фельдшера)

Во время проведения фокус-групповых дискуссий медицинские работники ПМСП отметили, что по их наблюдениям увеличивается количество населения с высокими показателями АД среди обслуживаемого населения, причем увеличивается количество мужчин более молодого возраста (до 40 лет) с высокими показателями АД, а также смертность среди этой группы населения.

Основной причиной низкой обращаемости мужчин для получения услуг в организации здравоохранения, в том числе имеющих высокие показатели АД, по мнению медицинских работников, являются безответственное отношение населения к своему здоровью, наиболее характерное для мужчин. Среди других причин медицинские работники назвали занятость мужчин (большинство мужчин работает, и в рабочее время не могут посещать ЦСМ/ГСВ и не хотят ожидать очереди для приема врача), боязнь услышать «*страшный*» диагноз, страх перед лечением, нежелание ходить по врачам и кабинетам, сдавать анализы. Также были отмечены такие социально-экономические факторы, как безработица, бедность, миграция, низкая заработная плата и пенсии, неплатежеспособность населения, повышение цен на медикаменты и обследования. Медицинские работники, работающие в ГСВ и ФАПх в сельской местности, отметили отдаленность ЦСМ от ГСВ/ФАП как одну из причин, когда пациенты, особенно мужчины, не желают ездить в ЦСМ для прохождения диагностических процедур и сдачи анализов. Медицинские работники также отметили отсутствие возможности для проведения необходимых видов диагностики на уровне ГСВ/ФАП. Например, отсутствие лаборанта не позволяет проводить даже некоторые клинические анализы: общий анализ крови, мочи, уровень сахара в крови. Несмотря на наличие соответствующего оборудования, не проводят ЭКГ, поскольку сами не в состоянии расшифровать результаты ЭКГ.

Все медицинские работники отметили, что ведение и консультирование пациентов с гипертонической болезнью является только функцией врача. Медицинские сестры не вовлечены в ведение пациентов с ГБ.

На вопрос: «*Что Вы делаете, когда Вы выявили мужчину с высоким артериальным давлением?*» многие врачи ответили, что действуют согласно клиническому протоколу.

Для постановки клинического диагноза врач просит провести дома измерение АД трижды и записать. Далее врач проводит оценку состояния пациента и принимает решение о назначении лечения. При невысоком повышении АД, врачи назначают немедикаментозное лечение согласно протоколу. Если же цифры АД высокие, то для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики пациент должен сдать общеклинические анализы: общий анализ крови, мочи и биохимические анализы, такие как кровь на сахар, холестерин, исследование почек, бета-липопротеиды, креатинин и другие. Обязательно должен пройти флюорографию, ЭКГ, УЗИ почек, консультацию офтальмолога и исследование глазного дна. Со всеми результатами обследований пациента направляют на консультацию к кардиологу для верификации диагноза, назначения лечения и к другим узким специалистам, например, к эндокринологу, невропатологу и др. Практически все врачи отмечают такую практику, в соответствии с клиническим руководством по ведению ГБ.

Обсуждение вопроса «*Можно ли поставить диагноз «Гипертоническая болезнь» без всех этих исследований и назначить лечение?»* показал, что на практике так и происходит. Врачи без обследований проводят лечение и наблюдение пациентов с ГБ, но без регистрации и взятия на учет и без внесения записей в амбулаторную карту пациента.

Таким образом, оказалось, что многие пациенты с ГБ, которые обращаются на первичный уровень, наблюдается у семейного врача, но без соответствующей регистрации (взятие на диспансерный учет с ГБ) пациента в связи с ГБ.

Например, во время обсуждения сами врачи приводили примеры, когда при наличии 2250 обслуживаемого населения, на диспансерном учете с ГБ состоит всего 22 пациента, или из 1800 обслуживаемого населения – 21 пациент с ГБ состоит на учете, из 1900 обслуживаемого населения – 18 человек с диагнозом ГБ находятся на учете. При этом, сами врачи указывают, что количество пациентов с ГБ на их участках во много раз больше.

В ходе обсуждения причин сложившейся ситуации, когда медицинские работники не регистрируют пациентов ГБ, были выявлены две основные причины:

- 1) пациенты с ГБ, чаще всего именно мужчины, не проходят всех необходимых диагностических исследований, на основании которых врачи могут зарегистрировать и взять на учет пациента с ГБ;
- 2) второй причиной медицинские работники считают проверки со стороны ФОМС, поскольку ГБ является мониторируемым заболеванием в рамках договорных отношений между ОЗ и ФОМС, аудиторы ФОМС часто проверяют амбулаторные карты пациентов с ГБ и отслеживают индикаторы по ГБ.

С одной стороны, отсутствие всех необходимых диагностических исследований пациента с ГБ, который был взят на учет, может служить основанием для наложения штрафных санкций. С другой стороны, большое количество зарегистрированных пациентов влечет за собой постоянную проверку документации данных пациентов, во время которой «аудиторы ФОМС обязательно найдут нарушения в лечении», что также грозит наложением штрафных санкций для врачей.

Поэтому, как отметили врачи, *«они не хотят иметь на своем участке большое количество зарегистрированных пациентов, которые не будут выполнять всех предписаний и регулярно посещать ОЗ»*. Для проверок ФОМС врачи имеют карточки *«дисциплинированных»* пациентов, в которых имеется полный перечень обследований и консультаций.

Врачи также отметили, что имеющееся клиническое руководство по ведению ГБ не учитывает индивидуальных особенностей пациентов, в связи с чем, им приходится не соблюдать данные руководства. На рынке имеется много ЛС нового поколения, которые более эффективны, и они это видят на своей практике, поэтому вынуждены назначать лечение, которое не совпадает с рекомендациями в руководстве. Это также является причиной того, что врачи не выписывают рецепты, поскольку рецепт также налагает на них ответственность за назначенное лечение.

Все врачи ответили, что могут без дополнительных исследований и консультаций поставить диагноз и проводить лечение, могут проконтролировать лечение среди приписанного населения, так как «свое» население они хорошо знают.

Врачи отметили, что из-за большой нагрузки и большого количества пациентов не могут уделять необходимое количество времени для полного консультирования пациентов с ГБ: о правилах питания, образе жизни и др.

По нормативам смешанного приема за 1 час врач должен принять 5 человек (20 минут на одного пациента), и времени на проведение беседы и консультирования у врача не остается.

Со слов врачей, в амбулаторных картах врачи отмечают факторы риска, чаще всего такие, как курение и ожирение. Но, как проводить оценку факторов риска врачи не знают. Только немногие врачи смогли дать информацию по определению Индекса Массы Тела.

4.7. Перечень необходимых обследований и диагностических исследований согласно утверждённого КР/КП

Согласно утвержденного клинического руководства и клинического протокола для первичного звена здравоохранения «Гипертоническая болезнь», утвержденного Приказом МЗ КР №839 от 25 декабря 2009 года, рекомендуется следующие компоненты физикального осмотра, которые должны выполняться рутинно при начальном обследовании при гипертензии:

- Определение индекса массы тела или измерение окружности живота;
- Осмотр глазного дна (кроме случаев, когда в ОЗ нет офтальмоскопа);
- Прослушивание шумов на сонных артериях;
- Осмотр грудной клетки (пальпация и аускультация сердца, аускультация легких);
- Осмотр брюшной полости: пальпация увеличенных в размерах почек, аневризмы брюшной аорты, аускультация шумов на почечных и бедренных артериях);
- Осмотр конечностей: ишемические изменения, пальпация на похолодание конечностей, отеки, проверка мышечной силы и симметричности пульса на лучевых артериях и на стопах, выявление запаздывания лучевого и бедренного пульса.

А также проведение следующих лабораторно-инструментальных исследований:

Обязательные:

- Общий анализ мочи;
- Гемоглобин;
- Общий холестерин;
- Сахар сыворотки крови (натощак);
- По возможности: суточная протеинурия или отношение альбумина мочи к креатинину мочи (ммоль) в случайно взятом (в любое время) анализе мочи;
- Креатинин сыворотки крови и расчет клиренса креатинина по формуле Кокфорта-Гоулта;
- ЭКГ;
- Калий сыворотки крови;
- Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (натощак);
- Эхокардиограмма.

По показаниям:

- Пероральный тест толерантности к глюкозе – при уровне глюкозы в плазме крови (натощак) больше 5,6 ммоль/л;
- УЗИ почек (у пациентов с протеинурией, гематурией или цилиндриурией);
- УЗИ надпочечников (у пациентов с симптоматикой, предполагающей феохромоцитому).

Также к данным документам имеются приложения:

- Опросник ВОЗ для исключения симптоматических артериальных гипертензий;
- Сердечно-сосудистые факторы риска;
- Расчет индекса массы тела.

В рекомендациях по обследованию разработчиками указано: как только диагноз гипертензии выставлен, каждый пациент должен быть тщательно обследован на признаки и симптомы вторичной гипертензии и поражение органов-мишеней при помощи физикального осмотра и базового лабораторного обследования (по возможности).

5. КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

- Наблюдается низкая информированность мужчин о признаках, проявлениях и последствиях высокого уровня АД. Основные знания связаны с головной болью, и именно головная боль является для мужчин «индикатором» гипертонической болезни, причиной обращения за медицинской помощью. Хорошее самочувствие, отсутствие головной боли и отсутствие каких-либо изменений в физическом состоянии здоровья, работоспособности и др. даже на фоне высоких показателей АД являются основными причинами не обращения мужчин за медицинской помощью.
- Несмотря на то, что около 10% опрошенных мужчин ответили, что не обращаются в ОЗ для контроля своего состояния из-за отсутствия денег, финансовые проблемы не являются одной из значимых причин низкой обращаемости мужчин

за получением услуг. Среди большинства мужчин бытует мнение, что любое обращение в ОЗ влечет за собой очень большие финансовые расходы, и в силу этого они просто не обращаются за помощью. Это связано, в первую очередь, с качеством оказываемых услуг при ведении ГБ. Врачи не привержены соблюдать клинические руководства и часто назначают необоснованные и дорогие ЛС, что заставляет пациентов, особенно мужчин, считать, что постоянный контроль АД связан с высокими расходами, как на диагностику, так и на прием лекарственных средств.

- Существуют барьеры для доступности медицинских услуг, особенно в сельской местности. Чаще всего, это связано с большими затратами времени для получения консультации и регулярного наблюдения. Для мужчин, проживающих в сельской местности, необходимо обращаться на районный или областной уровень для прохождения обследования, сдачи анализов, консультации узких специалистов и др.
- Большинство мужчин обращаются за медицинской помощью и понимают необходимость регулярного наблюдения и контроля со стороны медицинских работников чаще всего только в критических ситуациях, например, при сильных головных болях или после уже произошедших осложнений (инфаркт, инсульт).
- Распространена практика, особенно в районных центрах и сельской местности, так называемого «неформального» наблюдения за мужчинами с высокими показателями АД, когда мужчины не регистрируются и не посещают ОЗ, но при этом считают, что врачи контролируют их состояние. Мужчины или члены их семей получают консультации у медицинского работника по различным каналам (по телефону, через членов семей, случайно при встрече и др.).
- В ходе обсуждения причин сложившейся ситуации, когда медицинские работники не регистрируют пациентов ГБ, выявлены две основные причины: 1) пациенты с ГБ, чаще всего именно мужчины, не проходят всех необходимых диагностических исследований, на основании которых врачи могут зарегистрировать и взять на учет пациента с ГБ; 2) большое количество зарегистрированных пациентов с ГБ влечет за собой постоянную проверку документации со стороны ФОМС, поскольку ГБ является мониторируемым заболеванием в рамках договорных отношений между ОЗ и ФОМС, экспертизы амбулаторных карточек зарегистрированных пациентов с ГБ при наличии нарушений влекут за собой наложение штрафных санкций на врачей. Поэтому, врачи, избегая ответственности, стараются иметь как можно меньшее количество зарегистрированных пациентов, документация которых будет постоянно мониториться и проверяться.
- Отсутствие приверженности врачей к применению утвержденного клинического руководства и протокола по гипертонической болезни указывает на то, что они не были внедрены в практику: не проводилось обучение специалистов по использованию данных рекомендаций, при составлении клинических рекомендаций по лабораторно-инструментальной диагностике не учитывались местные условия и лабораторно-инструментальное оснащение ОЗ. И данный факт является барьером для применения данного клинического руководства и протокола. Кроме того, они требуют обновления, возможно с последующим

пересмотром рекомендаций по лабораторно-инструментальной диагностике с учетом оснащенности ОЗ.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ

- Существует необходимость разработки специальных информационных материалов для мужчин об опасности и признаках высокого артериального давления, а также их распространения и информирования как через СКЗ, так и через медицинских работников ПМСП.
- Необходимо выработать строгие механизмы по налаживанию коммуникации между СКЗ и ОЗ, чтобы переданные данные о лицах с повышенными показателями АД, особенно о лицах мужского пола, от СКЗ в ЦСМ/ГСВ учитывались, подвергались мониторингу и, при необходимости, регистрировались (взятие пациента на диспансерный учет с ГБ).
- Решить вопрос мотивации медицинских работников ПМСП по выявлению и регистрации (взятия на учет) пациентов с ГБ. В связи с этим, рассмотреть требования КР/КП, необходимые для регистрации (взятие пациента на диспансерный учет), и выработать очень простые критерии, основанные на доступных на всех уровнях методах диагностики, при которых пациенты с высокими показателями АД могут быть зарегистрированы. При этом рассмотреть целесообразность введения временного моратория на санкции со стороны ФОМС и других органов при мониторинге случаев ГБ.
- Расширить полномочия и функции медицинских сестер при ведении ГБ в рамках существующих образовательных программ для населения, особенно среди мужчин. Выявление ГБ, регистрацию факторов риска также передать в функции медицинских сестер.
- Обновить утвержденное клиническое руководство и протокол по гипертонической болезни для первичного звена здравоохранения и пересмотреть рекомендации по лабораторно-инструментальной диагностике с учетом технической оснащенности и местных условий. Провести внедрение разработанных клинических руководств и протоколов - обучение специалистов на местах.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Дополнение к Руководству по выявлению лиц с высоким уровнем артериального давления

Инструкция для заполнения формы:

1. Заполните графы 1 и 2.
2. Задайте вопрос «Посещали Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП после того, как узнали про высокое АД?» (графа 3).
 - а. Если ответ «Да» ⇒ Задайте вопрос «Посещали Вы врача в ЦСМ/ГСВ/ФАП в последние 6 месяцев по поводу высокого АД?» (графа 4).
 - б. Если в графах 3 и 4 получен ответ «Нет » ⇒ Отметьте причины, почему не посещал (графа 5.)

Таблица 1. Регистрация мужчин и причин их не обращения за медицинской помощью.

№	ФИО	Возраст	Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП после того, как узнали про высокое АД		Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП в последние 6 месяцев по поводу высокого АД		Причины, почему не посещали:	
			Да	Нет	Да	Нет	5	
							Варианты причин (обведите нужные)	Другое (перечислите)
	1	2	3		4		5	
							1. Я чувствовал себя хорошо. 2. Я забыл, что у меня высокое АД. 3. ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко. 4. Нет денег на лечение. 5. Нужно проходить много обследований 6. Нет времени на лечение 7. Лечусь сам 8. Другое	
							1 2 3 4 5 6 7	

№	ФИО	Возраст	Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП после того, как узнали про высокое АД		Посещали ли Вы ЦСМ/ГСВ/ФАП в последние 6 месяцев по поводу высокого АД		Причины, почему не посещали:	
			3		4		5	
			Да	Нет	Да	Нет	Варианты причин (обведите нужные)	Другое (перечислите)
								1. Я чувствовал себя хорошо. 2. Я забыл, что у меня высокое АД. 3. ЦСМ/ГСВ/ФАП находятся далеко. 4. Нет денег на лечение. 5. Нужно проходить много обследований 6. Нет времени на лечение 7. Лечусь сам 8. Другое