

Документ исследования политики №44

Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонической болезни в Кыргызстане

Мелитта Якаб (ВОЗ)
Элизабет Ландин (Швейцарский Красный Крест)
Бактыгуль Акказиева (ВОЗ)

Ноябрь 2007

1 Введение

Эффективный контроль гипертонии может улучшить результаты здоровья, сократив острые случаи сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инсульты и инфаркты миокарда, а также может быть экономичным для системы здравоохранения, сократив госпитализации. В системе здравоохранения предприняты огромные усилия по улучшению ПМСП, и в данном процессе на контроле гипертонии был сделан особый акцент, как на одном из шести мониторируемых заболеваний. Консультации на первичном уровне являются бесплатными для всех граждан КР, руководства по лечению ГБ разработаны и распространены, медицинские специалисты обучены в области контроля гипертонии, а препараты для лечения ГБ включены в субсидируемые медикаменты по Дополнительной Программе ОМС.

До настоящего времени не проводилась комплексная оценка эффективности системы здравоохранения в области контроля гипертонии. Это исследование имеет две цели. Во-первых, оно нацелено на установление распространенности ГБ по репрезентативной выборке населения, и с помощью этого улучшение результатов исследований, проведенных ранее. Во-вторых, исследование нацелено на оценку эффективности системы здравоохранения в области контроля гипертонии. Мы хотим понять, насколько люди с высоким артериальным давлением, осведомлены о своем состоянии, принимают ли медикаменты, и контролируют ли свое давление.

2 Источники данных

Измерение гипертонии было добавлено в Модуль по здравоохранению Кыргызского Интегрированного Обследования Домохозяйств 2007 года (КИОД-2007). КИОД – непрерывное исследование уровня жизни, которое проводится Национальным Статистическим Комитетом (НСК). Выборка КИОД является репрезентативной для населения КР на областном уровне. Общее количество домохозяйств, принявших участие в обследовании составило 5,005, куда вошли 21,257 человек. В 2007 году, развернутый Модуль по здравоохранению был добавлен в обследование с основной целью - определить тенденции в использовании медицинской помощи и расходах на нее. Модуль по здравоохранению стал повторением обследований 2001 и 2004 годов, но измерение гипертонии было включено впервые. Обследование проводилось Национальным Статистическим Комитетом (НСК) при технической и финансовой поддержке ЕВРО/ВОЗ и DFID.

Артериальное давление каждого респондента измерялось с помощью электронных плечевых тонометров (A&D Медикал UA-767 Плюс). Семьдесят электронных плечевых тонометров было закуплено и использовано в данном процессе. Инструкции для интервьюеров были разработаны Центром развития здравоохранения и ВОЗ. Интервьюеры КИОД приняли участие в двухдневной обучающей программе. Обучение измерению артериального давления проводилось семейными врачами из Обучающего Центра Семейной Медицины и ВОЗ.

Данное обследование получило одобрение Этического Комитета при Кыргызской Государственной Медицинской Академии 13 февраля 2007 года. Согласие на измерение артериального давления было получено от каждого участника исследования. После измерения интервьюеры зачитывали стандартное объяснение показаний артериального давления и вручали респондентам распечатанную карту. Две объяснительные карты были разработаны, одна для нормальных показаний артериального давления, а другая для повышенного артериального давления.

3 Методы

3.1 Распространенность гипертонии

С целью проведения этого анализа, гипертония определялась как систолическое артериальное давление выше чем или равное 140 mmHg, или диастолическое артериальное давление выше чем или равное 90 mmHg, либо как прием лекарства от гипертонии в последние 24 часа. Это соответствует определению, применяемому в международной литературе по распространенности гипертонии.¹

Для общей выборки по всем регионам, интервьюеры смогли измерить артериальное давление у 82% взрослых в возрасте 18 лет и старше, а остальные 18% составили общую долю не полученных сведений. Чтобы определить была ли доля не полученных сведений случайной, или могло ли это относиться к факторам, связанным с распространенностью гипертонии, показатель не полученных сведений по измерению артериального давления был стратифицирован по трем факторам, которые известны как оказывающие воздействие на распространенность гипертонии (регион, возраст и пол). Не полученные сведения по измерению артериального давления не были случайными, но оказалось, что они различаются по областям, возрасту и полу. В Таблице 1 ниже показана доля не полученных сведений по регионам, возрастным категориям и полу.

Мужчины и люди более молодых возрастных категорий больше оказывались не опрошенными, а доля не полученных сведений была выше

¹ Кирни, П. "Распространенность гипертонии в мире: Систематический обзор." *Журнал по Гипертонии*. 2004. 22:11-19.

в Чуйской области и Бишкеке по сравнению с другими регионами. Следовательно, если не учитывать не полученные сведения в анализе распространенности гипертонии, результаты по распространенности будут искажены. Распространенность была бы искажена в сторону завышения, поскольку распространенность гипертонии повышается с возрастом, а старшие возрастные категории как раз составили самую низкую долю опрошенных. Кроме того, в Иссык-Кульской и Таласской областях были самые низкие показатели не полученных сведений, а самая высокая распространенность гипертонии, что могло бы также привести в результате к отклонениям в сторону увеличения как раз в этих областях.

Таблица 1. Распределение недостающих сведений по измерению артериального давления

% респондентов 18+ без измерения артериального давления (N)	
Регион	
Иссык-Куль	11.1% (N=182)
Джалалабат	18.6% (N=334)
Нарын	14.9% (N=214)
Баткен	22.2% (N=323)
Ош	21.9% (N=408)
Талас	7.7% (N=106)
Чуй	23.8% (N=335)
Бишкек	25.0% (N=366)
Возраст	
18-29 лет	33.6% (N=1,337)
30-39 лет	13.6% (N=325)
40-49 лет	10.1% (N=270)
50-59 лет	9.3% (N=154)
60-69 лет	9.2% (N=78)
70+ лет	11.9% (N=104)
Пол	
Мужчины	23.2% (N=1,333)
Женщины	14.0% (N=935)

Чтобы учесть неслучайные отсутствующие значения в анализе данных, был применен метод условного исчисления для определения среднего систолического и диастолического артериального давления для отсутствующих данных по трем факторам, известным как оказывающим влияние на распространенность гипертонии (регион, возраст и пол). Среднее систолическое и диастолическое артериальное давление для отсутствующих данных было стратифицировано по регионам, возрасту и полу, и это страта-специфическое среднее применялось в качестве определения артериального давления в каждой соответствующей страте. Этот метод условного исчисления привел в результате к тому, что во всех сведениях людей в возрасте 18 лет и старше, имеющих показания систолического и диастолического артериального давления, и фактические скорректированных для погрешности, вызванной не случайными отсутствующими значениями.

Показатели распространения гипертонии были стандартизированы по возрасту и полу в каждой области для того, чтобы провести прямое сравнение результатов между областями со всем населением КР².

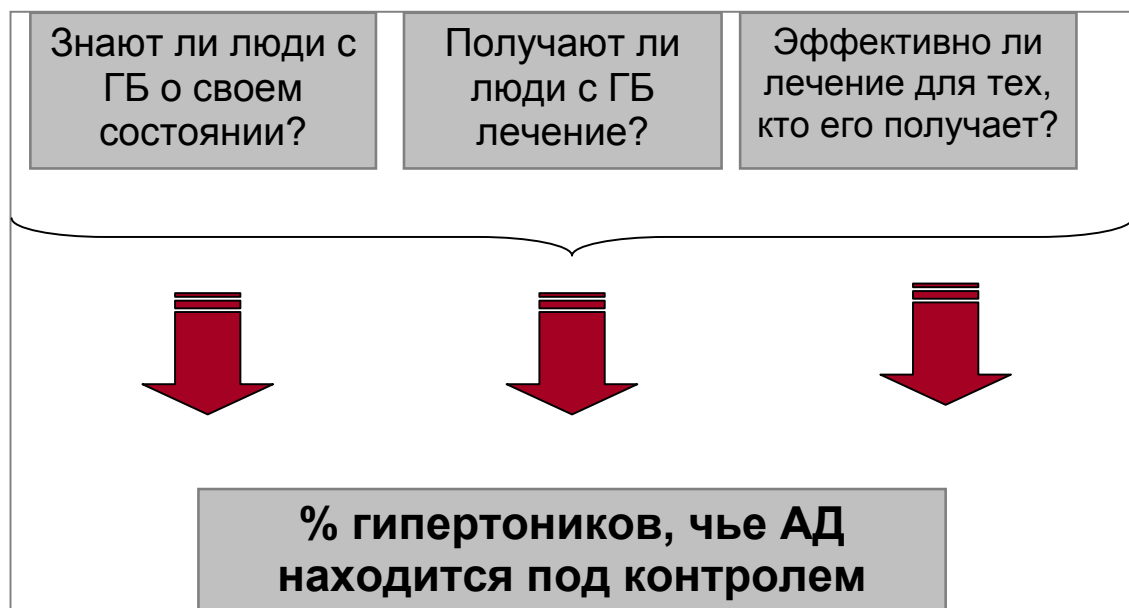
² Национальный Статистический Комитет Кыргызской Республики. Демографическая статистика за 2007 год

Аналогично, показатель распространения национального уровня был стандартизирован по возрасту и полу к населению мира в 1990 году, чтобы способствовать проведению прямого сравнения с международными показателями распространения гипертонии.³

3.2 Эффективность системы здравоохранения

Эффективно работающие системы здравоохранения, особенно на первичном уровне, могут способствовать снижению бремени заболеваний и расходов системы здравоохранения, связанных с гипертонией. Тогда как первичная профилактика фокусируется на сокращении распространения гипертонии, первичные медико-санитарные услуги могут быть эффективными в области контроля артериального давления у тех, кто был идентифицирован как гипертоник. Гипертония является основным модифицируемым фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний и то, насколько хорошо в системе здравоохранения решаются проблемы этого фактора риска, является важной областью для исследования.

Рисунок 1. Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонии



Существует четыре критерия, часто применяемые в международной литературе для оценки эффективности системы здравоохранения в области контроля гипертонии. Ключевым показателем, представляющим интерес, является **процент гипертоников, чье артериальное давление контролируется**. На этот показатель оказывают влияние три промежуточных индикатора:

³ <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>

- **% осведомленных:** Осведомленность является неизменным условием для эффективного лечения и контроля. Этот показатель определяет, в какой степени респонденты с повышенным артериальным давлением осведомлены о своем состоянии. Он отражает эффективность системы здравоохранения в выявлении гипертонии. Несколько факторов системы здравоохранения воздействует на уровень этого показателя, такие как осведомленность о важности ежегодного измерения гипертонии, частота контактирования со специалистами ПМСП, рутинное определение гипертонии в учреждениях ПМСП, а также наличие возможности определения гипертонии вне системы медицины (напр. аптеки).
- **% получающих лечение:** Этот индикатор отражает получают ли те, у кого гипертония, лечение в связи с этим состоянием. С помощью эффективного препарата от гипертонии, артериальное давление может эффективно контролироваться. Несколько факторов системы здравоохранения воздействуют на уровень этого индикатора, в том числе практика назначения лекарственных препаратов врачом, наличие и финансовая доступность лекарств от гипертонии, осведомленность пациента о важности регулярного приема лекарств и соблюдение пациентом инструкций по лечению.
- **% находящихся под контролем:** Данный индикатор отражает эффективность лечения, определяя долю тех, чье артериальное давление находится под контролем среди тех, что получает лечение. На этот индикатор воздействуют ряд факторов системы здравоохранения, такие как соответствие рецептов и инструкций пациентам, качество, наличие и финансовая доступность медикаментов, регулярность наблюдения у медицинского специалиста и соблюдение пациентами указаний врача.

Таблица 2. Определение индикаторов эффективности системы здравоохранения в области контроля гипертонии

	Числитель	Знаменатель
Осведомленные	Те, кто сообщают о том, что у них гипертония	Те, у кого ГБ (СД \geq 140 или ДД \geq 90 или кто принимал лекарство для АД в последние 24 часа)
Получающие и соблюдающие лечение	Те, кто принимал лекарство в последние 24 часа	Те, у кого ГБ (СД \geq 140 или ДД \geq 90 или кто принимал лекарство для АД в последние 24 часа)
Находящиеся под контролем	Те, чье артериальное давление под контролем (СД $<$ 140 и ДД $<$ 90)	Те, кто принимал лекарство в последние 24 часа
Общая эффективность	Те, у кого артериальное давление под контролем (СД $<$ 140 и ДД $<$ 90)	Те, у кого ГБ (СД \geq 140 или ДД \geq 90 или кто принимал лекарство для АД в последние 24 часа)

4 Результаты

4.1 Распространенность гипертонии

4.1.1 Предыдущие исследования

В 1980х, Национальным Институтом Кардиологии установлен показатель распространенности гипертонии – около 25% у взрослых. Однако, два предыдущих исследования, проведенные в последние годы, вызывают озабоченность ввиду того, что распространенность гипертонии увеличилась за последние десять лет, и Кыргызстан занимает ведущее место по мировым стандартам. В рамках Кыргызско-Швейцарско-Шведского Проекта Реформы Здравоохранения (КШШПРЗ) в 2006 году проведено экспериментальное исследование в трех областях, в том числе Нарынская, Таласская и Иссык-Кульская области. Группы из сельских комитетов здоровья и медицинского персонала измеряли артериальное давление 141,485 людям, используя автоматические ручные тонометры для измерения артериального давления. В результате исследования были определены показатели распространенности - 46.5% в Таласской области,

43.3% в Иссык-Кульской и 40.6% в Нарынской области. Наконец, сотрудниками Национального Института Кардиологии измерялось артериальное давление в ходе исследований, инициированных и профинансированных КШШПРЗ в 2004-2006 годах в селах Таласской, Нарынской и Чуйской областей. В результате исследования установлены показатели распространения на уровне 34% в Таласской области, 38% в Нарынской области и 44% в Чуйской области (Кемин).

К сожалению, ни одно из этих исследований не было основано на репрезентативной случайной выборке населения. В исследовании КШШПРЗ, артериальное давление измерялось на дому тем сельчанам, которые находились дома во время визита. Следовательно, выборка исследования представлена более старшим возрастом, чем население в целом, и показатели распространенности гипертонии являются завышенными. Поскольку возраст респондентов не регистрировался, эта гипотеза не может быть проверена. В исследовании Института Кардиологии, артериальное давление измерялось в учреждениях ПМСП добровольцам, которые откликнулись на кампанию. Возможно, что тех, кто знает о гипертонии, пришло бы больше в надежде на бесплатную медицинскую консультацию, и в этом случае, в исследовании была бы завышена распространенность гипертонии. И наоборот, если пришли более сознательные в плане здоровья и более здоровые люди принять участие в проекте, то в исследовании занижена распространенность гипертонии.

4.1.2 Результаты по распространенности гипертонии КИОД-2007

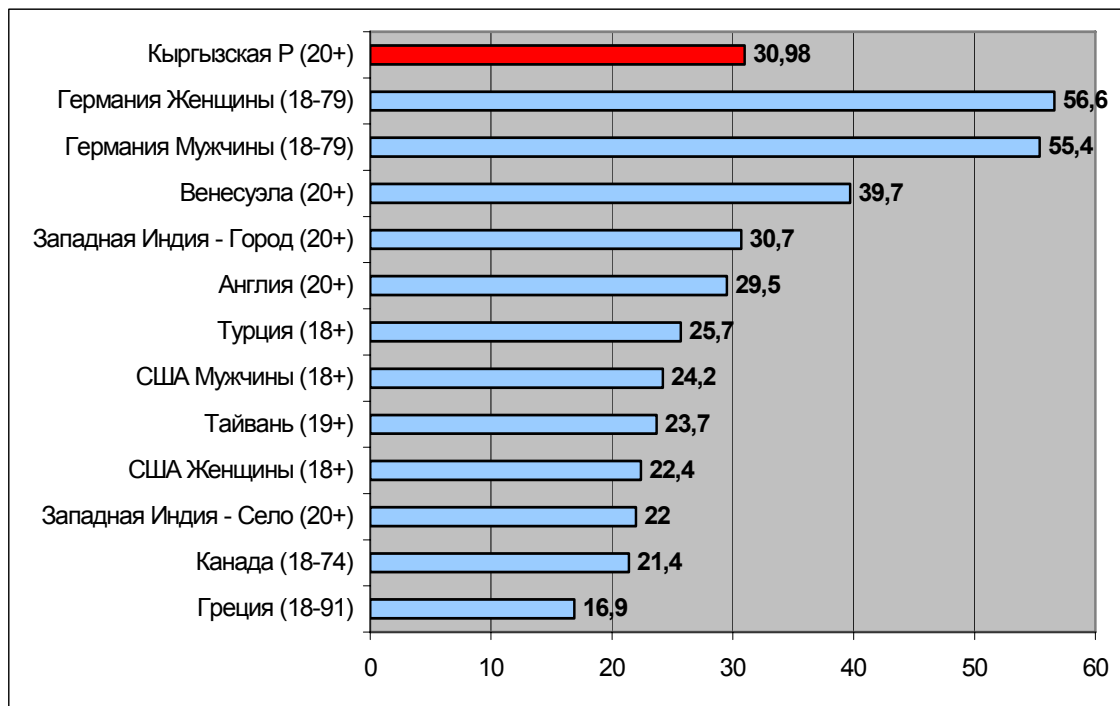
Тревожно высокий показатель распространенности выявлен в ходе этих двух исследований, а недостатки их методологии пробудили желание подтвердить распространенность гипертонии, используя национально репрезентативную выборку населения. Возможность появилась в рамках Кыргызского Интегрированного Обследования Домохозяйств 2007 года, куда модуль по здравоохранению был включен в марте.

По данным, собранным в рамках КИОД-2007, общая распространенность гипертонии по выборке взрослых в Кыргызстане составляет 28.4%. При стандартизации результатов распространенности в КР к населению мира для международной сопоставимости, она достигает 30, 98%. Эти национальные показатели значительно ниже, чем результаты предыдущих исследований, описанных в разделе 4.1.1.

По сравнению с контрольными странами распространенность гипертонии находится на верхнем пределе распределения. (Рисунок 2) В последнем обзоре международной литературы по распространенности гипертонии были отобраны страны, где методология исследований была сопоставима. Далее, мы сократили выборку стран до тех, где возрастная группа исследования была аналогична возрастной группе Кыргызского

обследования домохозяйств (18 лет и старше). На Рисунке 2 показана распространенность гипертонии в Кыргызстане по отношению к ряду отобранных стран. Тогда как распространенность гипертонии не самая высокая в Кыргызстане, она находится на верхнем пределе распределения, соответствуя распространенности в развитых странах, таких как США, Англия и Канада, где хронические состояния, такие как гипертония, как правило, составляют большую часть заболеваемости населения.

Рисунок 2. Распространенность гипертонии в отобранных странах



Примечание: Результаты распространенности в КР, стандартизированные к населению мира 1990 года.

Чтобы получить сопоставимые результаты по областям, мы стандартизировали по возрасту и полу показатели распространенности к населению КР. Результаты показывают огромную долю колебаний в распространенности гипертонии по различным регионам. (Таблица 3) Распространенность гипертонии является тревожно высокой на Иссык-Куле (37.4%) и в Таласской области (36.0%), но значительно ниже в Ошской (21.5%). Результаты подтверждают ранее сделанные выводы ШКК и Институтом Кардиологии, которые обнаружили очень высокие показатели распространенности в северных областях – Таласской, Иссык-Кульской и Нарынской.

Таблица 3. Распространенность гипертонии по областям

	Общая распространенность	Распространенность, стандартизированная по возрасту и полу	
		Население КР, 2000	Население мира, 1990
Кыргызская республика (18 лет и старше)	30.36%	28.37%	30.98%
Иссык-Куль	41.00%	37.40%	-
Талас	37.90%	36.00%	-
Джалал-Абад	29.40%	29.10%	-
Баткен	26.60%	27.60%	-
Нарын	31.70%	26.80%	-
Бишкек	29.10%	25.20%	-
Чуй	28.10%	24.20%	-
Ош	20.90%	21.50%	-

В целом, распространенность гипертонии была несколько выше у женщин (29.9%), нежели у мужчин (26.7%). (Таблица 4) Более высокая распространенность у женщин имела место в большинстве регионов, за исключением Бишкека и Таласа, где у мужчин и женщин в сущности одинаковая распространенность, а в Джалал-Абаде, где распространенность составила 5%, она была выше у мужчин. Как и предполагалось, распространенность резко повышалась среди категорий более старшего возраста. В первых четырех возрастных категориях, если переходить от одной категории к другой, происходит удвоение распространенности гипертонии на каждом промежутке. Общая распространенность гипертонии крайне высокая в двух самых старших возрастных категориях: 60-69 лет (72.1%), и 70+ лет (78.1%). Интересным результатом является то, что на Иссык-Куле и в Таласе (две области с самыми высокими общими показателями распространенности гипертонии) проявляется гипертония в более раннем возрасте, нежели в других областях. В трех самых молодых возрастных категориях (18-29, 30-39, и 40-49 лет) в Иссык-Кульской и Таласской областях самые высокие показатели распространения гипертонии по сравнению с другими областями. Поражает то, что в возрастной категории 40-49 лет в Иссык-Кульской области распространенность гипертонии составляет 62.8% по сравнению с распространенностью в пределах 20-30% в многих других областях. По этим данным можно полагать, что в более старших возрастных категориях,

распространенность гипертонии выравнивается по областям. Предполагается, что какой-то фактор на Иссык-Куле (и возможно в Таласе) способствует более раннему проявлению гипертонии у населения.

Таблица 4. Распространенность гипертонии по полу, возрасту и областям

	ИК	ТА	НА	ДЖА	БИ	ЧУ	БА	ОШ	Итого 18+
Общий показатель распространения гипертонии									
% с ГБ	41.00%	37.90%	31.70%	29.40%	29.10%	28.10%	26.60%	20.90%	30.36%
Общий показатель распространения гипертонии по полу									
% Мужчины с ГБ	39.40%	37.80%	26.90%	31.90%	29.20%	23.10%	24.70%	17.40%	26.70%
% Женщины с ГБ	42.50%	37.90%	36.70%	27.00%	29.00%	32.40%	28.30%	24.10%	29.90%
Общий показатель распространения гипертонии по возрастным группам									
% с ГБ 18-29 лет	11.20%	16.70%	8.20%	6.80%	4.20%	3.20%	8.60%	7.60%	7.00%
% с ГБ 30-39 лет	24.30%	27.20%	15.80%	22.00%	12.70%	7.90%	14.60%	7.40%	14.10%
% с ГБ 40-49 лет	62.80%	40.50%	34.30%	27.20%	22.30%	35.00%	27.80%	26.40%	32.00%
% с ГБ 50-59 лет	77.00%	62.50%	42.40%	68.30%	73.70%	65.00%	72.70%	38.40%	63.30%
% с ГБ 60-69 лет	63.90%	77.80%	75.10%	81.20%	74.80%	61.10%	76.90%	72.30%	72.10%
% с ГБ 70+ лет	71.80%	90.80%	92.80%	78.10%	83.20%	78.00%	67.10%	73.60%	78.10%

В ходе анализа факторов риска ССЗ, определенных в обследовании домохозяйств, также обнаружены колебания по областям (Таблица 5). Распространенность избыточного веса (ИМТ ≥ 25) по всей выборке взрослых составила 32.3% в Кыргызстане с высоким процентом (38.2%) в Чуйской области и низким (28.0%) в Иссык-Кульской. Распространенность ожирения (ИМТ ≥ 30) по всей выборке составила 7.5% с высоким показателем (16.1%) в Чуйской области и низким (3.7%) в Джалал-Абадской. Как и ожидалось, намного выше процент мужчин, нежели женщин являются в настоящем или в прошлом курильщиками. Доля мужчин, которые являются курильщиками или были ими в прошлом, достаточно высокий в определенных регионах (приблизительно две-третьи в Нарынской, Чуйской областях и Бишкеке). По этому предварительному анализу ИМТ и курения, не выявлена четкая связь между этими двумя факторами риска ССЗ и распространением гипертонии по областям (хотя, по данным есть только связь между курением и развитием ССЗ, не гипертонии). Полагается, что какой-то другой фактор (напр. различия в генетической чувствительности к гипертонии) может быть направляющим в колебаниях распространения гипертонии по областям. Однако, необходимо провести более глубокий анализ факторов риска гипертонии.

Таблица 5. Распространенность факторов риска ССЗ по областям

Область	ИК	ТА	ДЖА	БА	НА	БИШ	ЧУЙ	ОШ	Итого 18+
Общая распространенность ГБ ¹	41.0%	37.9%	29.4%	26.6%	31.7%	29.1%	28.1%	20.9%	28.4%
Распространенность ГБ с поправкой на возраст и пол ^{1,2}	37.4%	36.0%	29.1%	27.6%	26.8%	25.2%	24.2%	21.5%	--
Распространенность избыточного веса, ИМТ ≥ 25 ¹	28.0%	33.2%	29.7%	29.1%	33.7%	34.5%	38.2%	31.2%	32.3%
Распространенность ожирения, ИМТ ≥ 30 ¹	7.2%	7.3%	3.7%	5.0%	8.4%	7.0%	16.1%	6.0%	7.5%
Нынешние/Бывшие Курильщики (Мужчины)	54.8%	45.1%	38.4%	55.1%	63.6%	65.7%	67.0%	57.9%	56.3%
Нынешние/Бывшие Курильщики (Женщины)	1.4%	0.14%	0.06%	3.1%	2.9%	11.5%	11.6%	3.3%	5.3%

4.2 Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонии

Как описывалась в Разделе 3.2, мы использовали четыре индикатора для определения эффективности системы здравоохранения в области контроля гипертонии: % осведомленных из тех, у кого гипертония, % получающих лечение из тех, у кого гипертония, % находящихся под контролем из тех, кто получает лечение, и последний индикатор следствия - % находящихся под контролем из тех, у кого гипертония. Для каждого из этих индикаторов мы пересмотрели международную литературу, чтобы сравнить результаты Кыргызской Республики с тем, что есть у других стран. Существует ряд критериев, по которым мы отбирали страны для сопоставления. Первое, мы ограничили сравнение странами, где население, вошедшее в исследование, полностью соответствовало возрастной группе Кыргызского исследования (18 и старше). Второе, мы отобрали несколько стран, которые демонстрируют наилучшие результаты в области контроля гипертонии, дабы показать возможное достижение целей (напр. США, Германия, Объединенное Королевство и пр.). Эти страны расходуют намного больше на здравоохранение, нежели Кыргызская Республика, а следовательно, их результаты не обязательно воспроизводимы, но могут служить полезным примером. Третье, мы также включили страны, которые ближе по уровню экономического и социального развития к Кыргызстану, чтобы продемонстрировать насколько хорошо Кыргызстан преуспевает для своего уровня финансирования здравоохранения (напр. Китай, Египет и пр.)

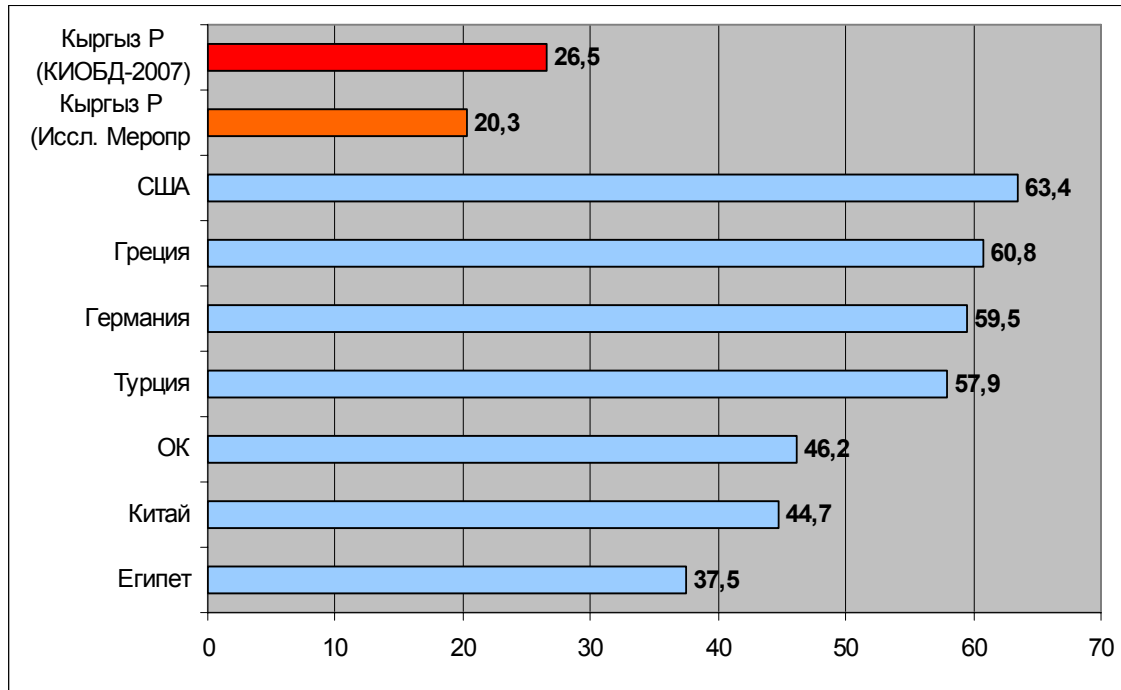
4.2.1 Осведомленность

Среди тех, у кого гипертония знали об этом 27% по всей стране. Эти результаты аналогичны результатам исследования КШШПРЗ в Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областях, которое обнаружило, что 20% из тех, у кого определили повышенное артериальное давление, знали о своем состоянии. Сравнивая эти результаты с другими системами здравоохранения, мы убеждаемся в том, что уровень осведомленности довольно низкий в Кыргызской Республике. Самыми передовыми странами по данному индикатору являются Соединенные Штаты с 63%, Греция с 61%, Германия с 60% и Турция с 58%. Однако, даже Китай и Египет опережают Кыргызстан по этому индикатору, находясь на уровне 45% и 38% соответственно.

Существуют значительные колебания по областям по данному индикатору. Самый высокий показатель осведомленности в Бишкеке (48%), Нарынской области (39%) и Чуйской области (33%), тогда как самый низкий показатель осведомленности в Таласской (12%) и Джалал-Абадской областях (12%). Важно подчеркнуть, что самый низкий показатель осведомленности зарегистрирован в тех областях, где распространенность гипертонии самая

высокая. Считается, что эти области должны стать приоритетными в плане просветительской работы среди населения.

Рисунок 3. Осведомленность о состоянии гипертонии



Примечание: % тех, кто знает о том, что у них гипертония из тех, кто с гипертонией (СД \geq 140 или ДД \geq 90 или принимали лекарство от артериального давления в последние 24 часа)

Несмотря на то, что осведомленность населения низкая, положительным результатом данного исследования является то, что артериальное давление обычно измеряется взрослым во время амбулаторных посещений. Артериальное давление было измерено 72% респондентов старше 18 лет, которые сообщили о том, что посещали амбулаторное учреждение в последние 30 дней. Таким образом, система здравоохранения довольно хорошо способствует выявлению гипертонии. Однако, значительная доля взрослого населения не посещают учреждения ПМСП, а следовательно, им не измеряется артериальное давление.

Наконец, осведомленность населения о своем гипертоническом состоянии является низкой. Повышение осведомленности является основным неизменным условием для увеличения доли населения с гипертонией, чье артериальное давление находится под контролем.

4.2.2 Лечение и приверженность к лечению

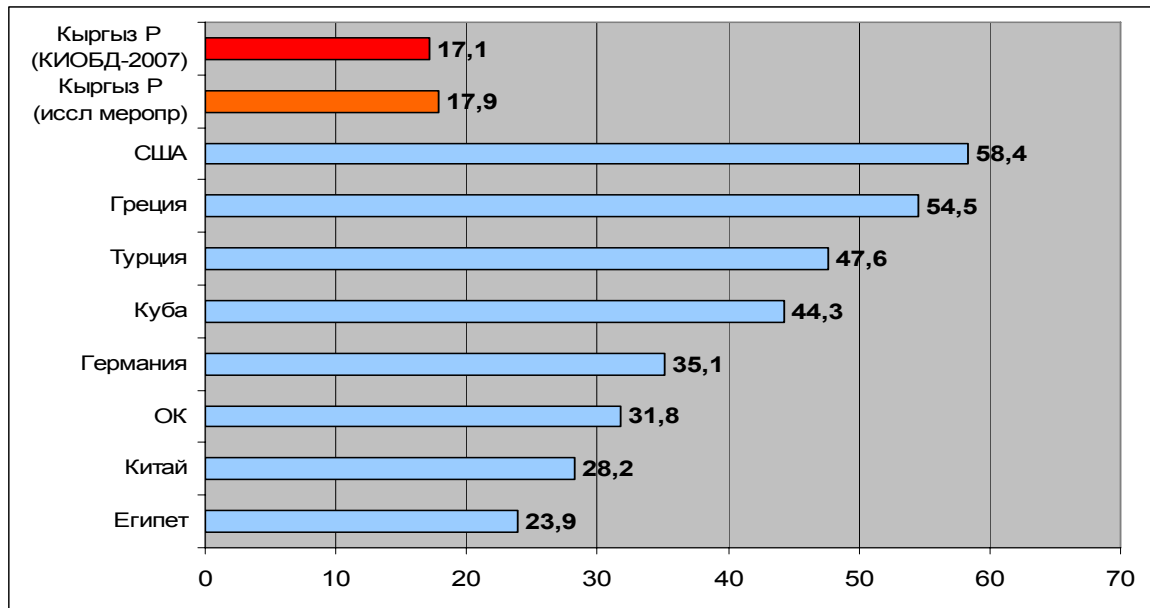
Среди тех, у кого гипертония, 17.1% принимали лекарство для лечения своего состояния в последние 24 часа. Эти результаты аналогичны результатам исследования Швейцарского Красного Креста в Нарынской,

Иссык-Кульской и Таласской областях, в результате которого было обнаружено, что около 18% тех, у кого определили повышенное артериальное давление, принимали лекарство для лечения своего состояния. Сравнивая эти результаты с другими системами здравоохранения, мы приходим к выводу, что уровень лечения довольно низкий в Кыргызской Республике. Наиболее передовыми странами по данному показателю являются Соединенные Штаты с 58%, Греция с 55%, Турция с 48% и Куба с 44%. Китай опережает Кыргызстан с уровнем лечения - 28%, тогда как результаты Египта такие же - 24%.

Возможно, что на результаты по лечению повлияло определение «лечения», использованное в нашем исследовании, и поэтому эти международные сравнения необходимо рассматривать только в показательных целях. В Кыргызском исследовании мы спрашивали о том, принимал ли респондент лекарство в последние 24 часа. В некоторых исследованиях, вопрос формулировался шире, то есть, принимает ли респондент лекарство от гипертонии вообще. Эта последняя формулировка могла привести к более высоким показателям лечения, поскольку меньше зависима от соблюдения лечения пациентом. Тем не менее, с учетом того, что тем, у кого гипертония, необходимо принимать лекарство каждый день для эффективного контроля своего состояния, 17% уровня лечения – это крайне низкий показатель.

Низкий уровень данного показателя не удивляет, в связи с тем, что прежде была определена слабая работа по осведомленности. Если люди не осведомлены о своем состоянии, они не могут получать лечение. Таким образом, мы сделали перерасчеты по этому показателю как % тех, кто принимал лекарство в последние 24 часа среди тех, кто знает о том, что у них гипертония. Уровень лечения повышается до 57% среди тех, кто знал, что у них гипертония, указывая на то, что основной причиной после низкого уровня лечения является отсутствие осведомленности о состоянии гипертонии. Данный показатель варьирует по областям, демонстрируя самый высокий показатель в Бишкеке (72%), а самые низкие показатели в Баткене (41%), Таласе (42%) и Джалал-Абаде (43%).

Рисунок 4. Уровень лечения



Примечание: % тех, кто принимал лекарство от давления в последние 24 часа из тех, у кого гипертония (СД \geq 140 или ДД \geq 90 или принимали лекарство от давления в последние 24 часа)

В ходе исследования задавался дополнительный вопрос о том, почему респонденты не принимали лекарство в последние 24 часа, если у них был рецепт на препарат для понижения артериального давления. Основная причина заключалась в том, что врач говорил пациентам принимать его только во время приступа. На эту причину сослались 63% респондентов. Вторая основная причина звучала так: “Посчитал, что не надо” (17%), которая может включать ряд причин, таких как недоверие препарату, страх привыкания и непонимание необходимости ежедневного приема препарата. Только 10% респондентов сказали, что причиной является финансовый барьер к приобретению лекарств, но эта цифра, возможно, была бы выше, если бы вопрос задавался о лечении в целом, а не о приеме лекарств в последние 24 часа. Ни один респондент не сослался на то, что “не смог найти” или на “расстояние до аптеки” как на основную причину того, что не принимал лекарство, указывая на хорошее наличие препаратов от гипертонии по всей стране.

Данные этого исследования также подтвердились в последнем исследовании по Качеству Помощи при Сердечно-Сосудистых Заболеваниях, проведенном в Кыргызстане д-рами Акуновым, Ибраимовым и другими. Авторы провели 25 глубинных интервью с выжившими после инсульта, фокусируясь на профилактике среди других субъектов. Следующая цитата иллюстрирует общее представление о том, что пациенты не знают о важности ежедневного приема лекарства от повышенного артериального давления, а врачи не предоставляют соответствующие инструкции пациентам:

“Если бы мой врач подчеркнул важность приема лекарства от высокого артериального давления, я бы принимал его регулярно, и может быть избежал бы инсульта.” (Мужчина 50 лет, Джалал-Абадская область)

Качественная работа с теми, кто пережил инсульт и инфаркт показала, что другим важным фактором после нерегулярного приема лекарств от повышенного артериального давления, является большое предпочтение торговым наименованиям лекарственных препаратов. Если врачи выписывают дорогие торговые препараты, пациенты вряд ли могут позволить себе приобретать их постоянно. Они покупают их, когда у них есть деньги и принимают их, когда у них приступ. Отсутствие соответствующей информации о генерических препаратах, недоверие генерикам как среди врачей, так и среди пациентов является важным фактором после несоответствующего соблюдения приема препарата от гипертонии. Следующая цитата, взятая из одного обсуждения во время фокус-группы, доказывает это:

“Дешевые лекарства не помогают, а дорогие мне не по средствам.” (Мужчина 54 лет, Нарынская область)

Анализ базы данных Доп. Пакета за 2003-06 годы показывает интересные результаты сравнения генерических и торговых препаратов от повышенного артериального давления. (Таблица 6) Когда интерпретировались эти результаты, учитывалось то, что Доп. Пакет представляет только небольшую часть лекарственного рынка. Имея это в виду, 95% рецептов Доп. Пакета от гипертонии составляли генерические препараты в 2006 году. Однако, только 45% реализованных лекарств составили генерики. В момент реализации, пациенты переключались на торговые наименования препаратов. Это особенно очевидно для Эналаприла, когда вместо 85,138 рецептов, выписанных врачом на генерические препараты, было куплено только 28,176. Аналогично, только 7,028 рецептов было выдано на торговое название Эналаприл, а куплено 60,930. Необходимо провести более глубокое исследование для того, чтобы понять то ли пациенты сами просят фармацевтов выдать им вместо генериков торговые наименования лекарств, то ли фармацевты сами предлагают им вместо генериков торговые препараты, или же фармацевты предлагают это пациентам для получения большей финансовой прибыли. В любом случае, в результате этого, только 30% субсидий ФОМС, направляемых через Доп. Пакет на препараты от гипертонии, идут на генерики, а 70% на закупку торговых наименований препаратов.

Таблица 6. Препараты от гипертонии, выписанные по Дополнительному Лекарственному Пакету ОМС

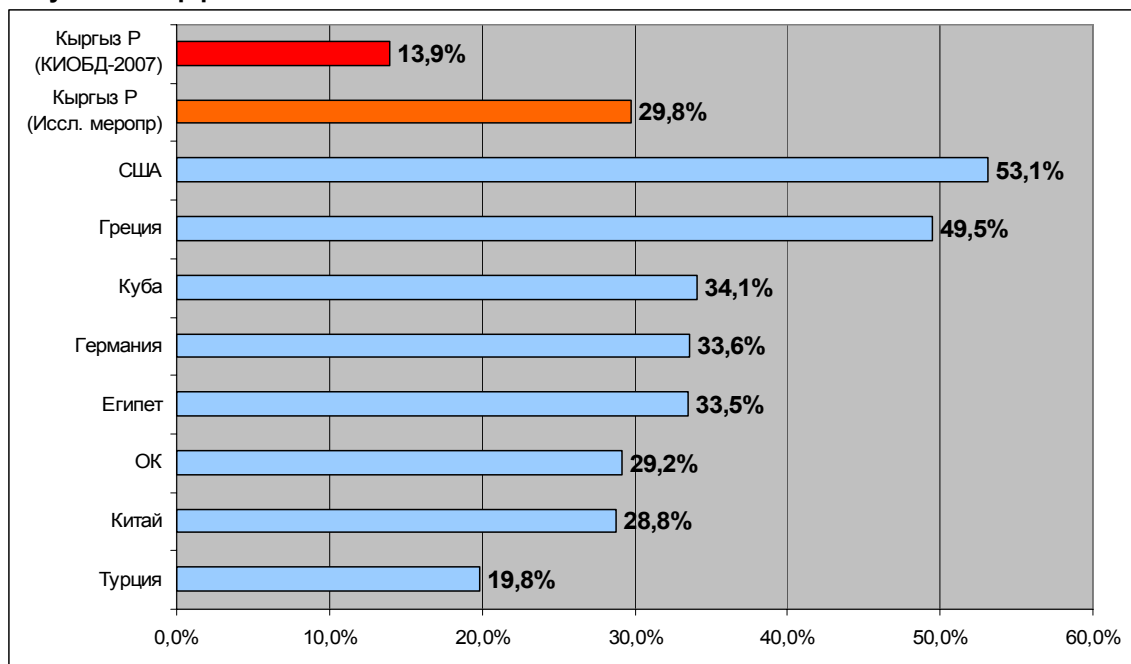
	2003			2004			2005			2006		
	Выписанные	Реализованные	Субсидии ФОМС ('000)	Выписанные	Реализованные	Субсидии ФОМС ('000)	Выписанные	Реализованные	Субсидии ФОМС ('000)	Выписанные	Реализованные	Субсидии ФОМС ('000)
ГЕНЕРИКИ												
Атенолол	18,554	16,424	741	29,241	27,234	1,263	27,144	24,897	466	25,956	23,617	442
Верапамил	10,712	9,676	386	11,774	10,911	425	11,105	10,302	442	12,423	11,594	582
Гидрохлортиазид	5,850	3,900	71	9,579	7,352	140	9,188	6,721	126	8,022	5,608	125
Нифедипин	9,304	-	-	14,296	-	-	17,978	-	-	18,052	-	-
Индапамид	2,261	80	5	1,812	122	7	2,698	398	24	2,649	261	16
Эналаприл	31,296	3,163	493	49,218	6,863	1,052	80,161	18,448	3,711	85,138	28,096	4,863
Всего, генерики	77,977	33,243	1,696	115,920	52,482	2,887	148,274	60,766	4,769	152,240	69,176	6,028
Генерики как % от общего	95%	45%	19%	95%	46%	19%	96%	41%	25%	95%	45%	31%
ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ												
Атенолол	32	228	15	77	274	15	33	360	11	34	492	11
Верапамил	24	52	2	21	53	2	51	123	4	16	95	4
Гидрохлортиазид	212	1,146	63	250	1,578	92	183	2,003	159	132	1,949	162
Нифедипин	877	9,152	984	1,176	14,479	1,562	1,295	18,224	1,455	1,489	18,438	1,664
Индапамид	155	2,112	186	107	1,669	154	46	2,201	129	102	2,363	150
Эналаприл	2,981	28,520	6,123	4,373	44,362	10,240	5,258	64,156	12,668	7,028	60,930	11,280
Всего, торговые препараты	4,281	41,210	7,373	6,004	62,415	12,065	6,866	87,067	14,426	8,801	84,267	13,271
Торговые названия как % от общего	5%	55%	81%	5%	54%	81%	4%	59%	75%	5%	55%	69%
ИТОГО	82,258	74,453	9,069	121,924	114,897	14,952	155,140	147,833	19,195	161,041	153,443	19,298

Итак, уровень лечения гипертонии является низким. Существуют три вероятных способствующих фактора для такого результата. Первый - низкая осведомленность населения, второй - несоответствующая практика назначения препаратов врачами, инструктирующими пациентов принимать препарат только во время приступа, и третий – это предпочтение как врачами, так и пациентами торговых названий препаратов генерическим.

4.2.3 Эффективность лечения

Среди тех, кто принимал лекарство в последние 24 часа, только у 14% артериальное давление находилось под контролем во время проведения обследования. В этом плане наши результаты значительно ниже, чем результаты, полученные во время исследования, проведенного Швейцарским Красным Крестом в Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областях, показавшие, что только у 30% из тех, кто принимал лекарство, артериальное давление находилось под контролем. Отчасти, наши результаты могут быть такими из-за небольшого размера выборки, и их нужно интерпретировать с осторожностью. Если фактический уровень ближе к результатам исследования в рамках КИОД-2007, тогда Кыргызстан снова опережает другие страны, включенные в сравнительный анализ. Если фактический уровень ближе к результатам Швейцарского Красного Креста, тогда уровень эффективности лечения в Кыргызстане находится в середине перечня стран, включенных для сравнения, и ближе к показателям Кубы (34%), Германии (34%), Египта (34%) и Объединенного Королевства (30%).

Рисунок 5. Эффективность лечения



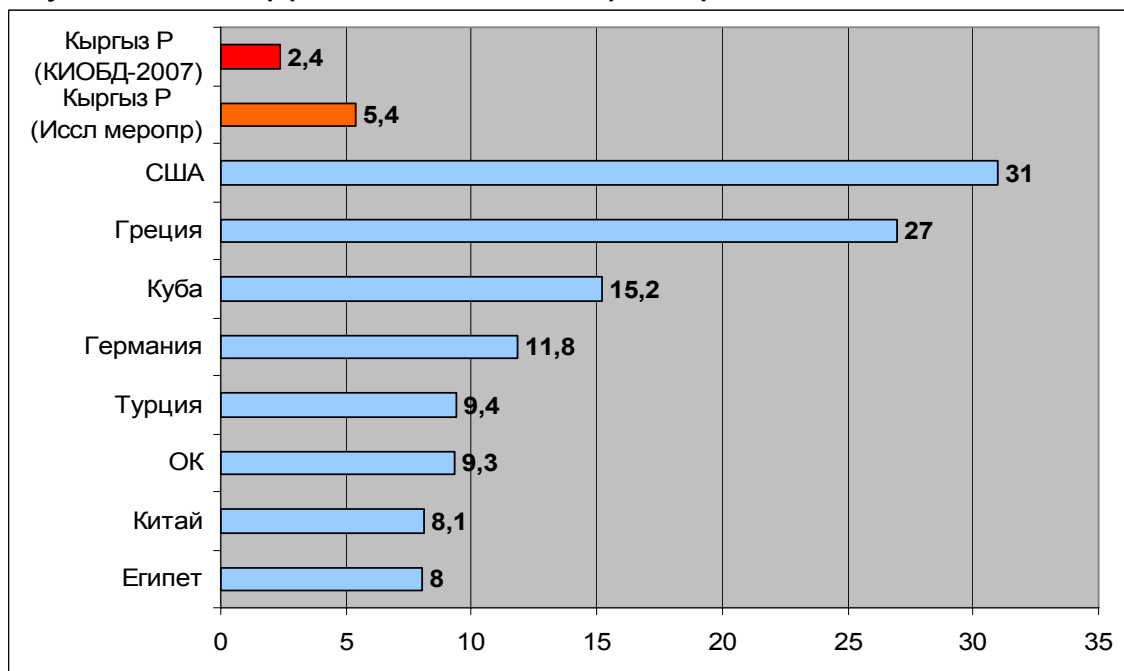
Примечание: % тех, чье артериальное давление под контролем (СД<140 и ДД<90) из тех, кто принимал лекарство от повышенного артериального давления в последние 24 часа

На эффективность лечения влияют регулярность приема препарата и качество препарата, а также регулярность наблюдения у специалиста ПМСП, поскольку это может составлять 2-3 посещения с целью корректирования медикаментозного лечения и контроля артериального давления. Что касается последнего, мы описывали выше, что пациенты не принимают лекарства на регулярной основе по указанию своих врачей. Это может объяснять низкие показатели эффективности лечения, поскольку прием лекарства в течение предыдущих 24 часов не обязательно означает, что пациент регулярно принимает свое лекарство и выигрывает от его эффективности в полном объеме.

4.2.4 Общая эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонии

Как описывалась в разделе по методам, три индикатора - осведомленность, уровень лечения и эффективность лечения способствуют общему показателю, который определяет соотношение тех, у кого артериальное давление находится под контролем к тем, у кого гипертония. Этот показатель для Кыргызстана составляет 2.4% как результат низкой осведомленности, низкого уровня лечения и низкой эффективности лечения. Учитывая различающиеся данные исследования Швейцарской Красного Креста, этот показатель достигает лишь 5.4%. При любом сценарии, необходимы улучшения в области контроля гипертонии.

Рисунок 6. Общая эффективность системы здравоохранения



Примечание: % тех, у кого артериальное давление под контролем (СД<140 и ДД<90) из тех, у кого гипертония (СД>=140 или ДД>=90 или принимал/а лекарство от повышенного давления в последние 24 часа)

5 Обсуждение

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают то, что гипертония является основной проблемой здравоохранения в Кыргызской Республике, и необходимо совершенствовать систему в области эффективного контроля ГБ. В результате нашего исследования, были сделаны следующие выводы:

- Гипертония является основной проблемой здравоохранения в Кыргызской Республике, охватывая 30% взрослого населения.
- Осведомленность населения о симптомах гипертонии является низкой, и только 27% из тех, у кого повышенное артериальное давление, знают о своем состоянии.
- Уровень лечения низкий и только около 20% из тех, у кого гипертония, принимали лекарство от ГБ в последние 24 часа. Основными причинами после низкого уровня лечения являются неосведомленность о гипертонии, несоответствующее лечение по совету врачей, а также предпочтительное приобретение торговых наименований препаратов, которые большинство пациентов не могут себе позволить на регулярной основе.
- Наконец, уровень эффективности лечения является низким ввиду многих факторов, в том числе медикаменты низкого качества, несоответствующая дозировка препарата, нерегулярный прием препарата.

Хорошей инициативой по изменению *клинической практики врачей*, является внедрение процесса непрерывного повышения качества (НПК) помощи пациентам с гипертонией. Данный подход пилотирован Проектом ЗдравПлюс, который финансируется USAID, в сотрудничестве с STLI и KSMIRCE. Систематический подход к повышению качества применялся для отбора ГСВ и ФАП по всей стране, с фокусом на шести стандартах помощи, связанных с диагностикой и ведением пациентов с повышенным артериальным давлением. Шесть стандартов включают наличие оборудования, обязательное измерение артериального давления всем взрослым, обратившимся за помощью, применение соответствующей техники измерения давления, документация всех факторов риска, чтобы идентифицировать категорию риска ССЗ, консультирование по изменению образа жизни и соответствующее назначение медицинских препаратов. После начального обучения процессам повышения качества, “куратор” по НПК из каждой клиники координировал ежемесячный сбор данных за однолетний период. Результаты регулярно анализировались и презентовались куратором персоналу клиники с целью осуществления изменений для повышения качества помощи. Определенное улучшение

было очевидно относительно каждого стандарта помощи за один год, а удовлетворенность медицинского работника данным процессом и результатами была высокой. АГСВ проводился внешний аудит в избранных учреждениях для оценки влияния данного проекта по НПК на уровни артериального давления. Средние снижения в систолическом и диастолическом артериальном давлении за однолетний период составили 23.3 и 8.3 mmHg соответственно.

Хорошая инициатива по изменению *поведения населения* в настоящее время пилотируется КШШПРЗ в 5 селах. Эта стратегия индивидуального подхода (сфокусированная на тех, у кого ГБ)) основана на клубах гипертоников. Обученные волонтеры сельских комитетов здоровья организуют занятия по гипертонии и сердечно-сосудистым заболеваниям. Они оснащены электронными плечевыми тонометрами для измерения артериального давления. Каждый больной получает персональный буклет с информацией о сердечно-сосудистых заболеваниях, месте для записи показаний артериального давления и факторов риска, а также таблицы для индивидуального расчета риска сердечно-сосудистого заболевания. В этих буклетах и на занятиях также предоставляется информация о генерических препаратах по сравнению с торговыми наименованиями лекарств. Стратегия популяционного подхода нацелена на создание осведомленности о гипертонии и ССЗ населения в целом. Сюда входит разработка брошюры по гипертонии и ССЗ, а также распространение через сельские комитеты здоровья. Эти мероприятия находятся на ранней стадии развития, но оценка их эффективности и влияния может быть проведена в 2008 году.

По нашим результатам и положительному опыту продолжающихся экспериментов предлагаются следующие политические шаги для того, чтобы улучшить контроль гипертонии через систему здравоохранения:

- **Рекомендация #1.** Предоставить понятную и апробированную информацию населению о важности регулярного измерения артериального давления для того, чтобы увеличить количество людей с гипертонией, осведомленных о своем состоянии. Самый низкий уровень осведомленности в Таласской и Джалал-Абадской областях, а самый высокий в Бишкеке. Таким образом, предоставление информации через сельские комитеты здоровья является приоритетом в сельской местности, где такие комитеты существуют, тогда, как кампании СМИ могут способствовать и дополнять это, а также предназначаться для жителей Бишкека и других крупных городских центров.
- **Рекомендация #2.** Предоставить информацию населению об альтернативных препаратах, включая эффективность и стоимость торговых наименований в сравнении с генериками, чтобы снизить

доверие торговым наименованиям препаратов от повышенного артериального давления, которые финансово недоступны для большей части населения.

- **Рекомендация #3.** Продолжать изучение и совершенствование стратегий индивидуального и популяционного подходов для контроля гипертонии в повышении осведомленности, соблюдения лечения и применения генериков.
- **Рекомендация #4.** Делать акцент на соответствующей и несоответствующей практике лечения в медицинском образовании, непрерывных обучающих программах, руководствах и процессах повышения качества. Включить в эти обучающие программы необходимость назначать генерические препараты с тем, чтобы повысить приверженность к лечению. Это способствовало бы снижению процента пациентов, неправильно информированных о приеме антигипертензивных средств только во время гипертензивного криза.
- **Рекомендация #5.** Провести исследование по спросу на генерики в сравнении с торговыми наименованиями лекарств от гипертонии и влиянию выбора препарата на непрерывность лечения. Это исследование должно привести к более глубокому пониманию рецептов, причин пренебрежения препаратами и их применения.