

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Региональные особенности госпитализаций и амбулаторных обращений за медицинской помощью среди взрослого населения с установленной артериальной гипертензией

Шепель Р. Н.^{1,2*}, Колесникова М. И.¹, Лусников В. П.¹, Концевая А. В.^{1,2}, Драпкина О. М.^{1,2}

¹Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Анализ показателей госпитализации и амбулаторных обращений пациентов в возрасте 18 лет и старше с артериальной гипертензией (АГ) по федеральным округам и субъектам Российской Федерации с позиции концепции Всемирной организации здравоохранения по заболеваниям, лечение которых проводится на амбулаторном этапе.

Материал и методы. При анализе использовались данные годовых форм федерального статистического наблюдения №12 и №14, которые содержат информацию о числе госпитализаций и количестве амбулаторных обращений пациентов в возрасте 18 лет и старше с установленным диагнозом АГ (Международная классификация болезней 10: I10-I13) за 2022 год.

Результаты. В Сибирском федеральном округе показатель числа амбулаторных обращений пациентов с АГ в возрасте 18 лет и старше один из самых высоких, где в то же время, зафиксирован один из самых низких показателей госпитализаций пациентов с АГ. При этом федеральные округа со значением показателя обращений пациентов в учреждения первичной медико-санитарной помощи среди взрослого населения (18 лет и старше) выше среднероссийского (Уральский, Центральный и Приволжский федеральные округа) имели значения госпитализации пациентов с АГ выше среднероссийского показателя. В Южном, Северо-Кавказском и Дальневосточном федеральных округах, при значении показателя обращений пациентов с АГ в учреждения первичной медико-санитарной помощи среди взрослого населения (18 лет и старше) ниже среднероссийского зафиксированы значения госпитализации пациентов с АГ выше среднероссийского показателя. В Северо-Западном федеральном округе показатели обращения и госпитализации пациентов с АГ были ниже среднероссийских значений. При анализе значения показателя коэффициента отношения госпитализаций к обращаемости пациентов с АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) наибольший показатель зафиксирован в Северо-Кавказском федеральном округе, при этом гетерогенность показателя внутри федерального округа была одна из самых высоких среди остальных федеральных округов. Наименьшее значение показателя коэффициента отношения госпитализаций к обращаемости пациентов с АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) отмечено в Приволжском федеральном округе, при этом гетерогенность показателя внутри федерального округа была одной из самых низких среди остальных федеральных округов. Наблюдалась высокая вариативность коэффициента отношения как среди всех субъектов Российской Федерации, так и федеральных округов. Значения коэффициента отношения варьировали от 1,2 в Нижегородской области до 12,26 – в Республике Дагестан.

Заключение. Учет заболеваний, лечение которых проводится на амбулаторном этапе, может стать одним из инструментов оценки качества оказания медицинской помощи взрослому населению в медицинские организации первичной медико-санитарной помощи. Однако прежде, чем включить этот показатель в качестве критерия оценки качества предоставления медицинских услуг, требуется более глубокое понимание причин, влияющих на его изменение.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, госпитализация, амбулаторная помощь, первичная медико-санитарная помощь, качество медицинской помощи.



Для цитирования: Шепель Р. Н., Колесникова М. И., Лусников В. П., Концевая А. В., Драпкина О. М. Региональные особенности госпитализаций и амбулаторных обращений за медицинской помощью среди взрослого населения с установленной артериальной гипертензией. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2023;19(4):320-330. DOI:10.20996/1819-6446-2023-2930. EDN INQDCC

Regional features of hospitalizations and outpatient medical care among adults with established hypertension

Shapel R. N.^{1,2*}, Kolesnikova M. I.¹, Lusnikov V. P.¹, Kontsevaya A. V.^{1,2}, Drapkina O. M.^{1,2}

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

²A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Aim. To analyze the indicators of hospitalization and outpatient visits of patients aged 18 years and older with hypertension (HET) in federal districts (FD) and subjects of the Russian Federation from the perspective of the World Health Organization concept of ambulatory care sensitive conditions.

Material and methods. The analysis included data from the annual forms of federal statistics (forms № 12 and № 14), on the number of hospitalizations and the outpatient visits of patients aged 18 years and older diagnosed of HTN (ICD10: I10-I12) in 2022.

Results. We analyzed the data of the federal statistics (forms № 12 and № 14) of the FDs and subjects of the Russian Federation in 2022. It was found that the Siberian FD has one of the highest rates of adult outpatient visits with HET aged 18 years and older, where, at the same time, one of the lowest rates of hospitalizations is recorded. In FDs with adult outpatient visits higher than the Russian average, there were higher adult hospitalization than the Russian average (Ural, Central and Volga FDs). In FDs with adult outpatient visits lower than the Russian average, there were higher adult hospitalization than the Russian average (South, North Caucasus and Far East FDs). In the Northwestern FD, adult outpatient visits and adult hospitalization were lower than the Russian average. When analyzing the HTN ratio among the adult population aged 18 years and older, the highest indicator was recorded in the North Caucasus FD, while the heterogeneity of the indicator within the FD was

one of the highest among the other FDs. The lowest HTN ratio indicator among the adult population aged 18 years and older was recorded in the Ural FD, while the heterogeneity of the indicator within the FD was the lowest among the other FDs. There was a high variability of the ratio both for all subjects of the Russian Federation and FDs. The ratio values ranged from 1,2 in the Nizhny Novgorod region to 12,26 in the Republic of Dagestan.

Conclusion. Accounting for diseases that can be treated on an outpatient basis can help to assess the quality of care to the adult population in primary health care facilities. However, before including this indicator as a quality criterion, a deeper understanding of the reasons influencing its change is required.

Keywords: hypertension, hospitalization, outpatient care, primary health care, quality of medical care.

For citation: Shepel R. N., Kolesnikova M. I., Lusnikov V. P., Kontsevaya A. V., Drapkina O. M. Regional features of hospitalizations and outpatient medical care among adults with established arterial hypertension. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2023;19(4):320-330. DOI:10.20996/1819-6446-2023-2930. EDN INQDCC

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): r.n.shepel@mail.ru

Received/Поступила: 10.07.2023

Review received/Рецензия получена: 13.07.2023

Accepted/Принята в печать: 13.09.2023

Введение

В зарубежной и отечественной научной литературе все чаще появляются результаты исследований, направленных на детализацию информации касательно заболеваний и состояний, при которых оказание своевременной и качественной медицинской помощи на амбулаторном этапе может значительно снизить риск обострений и, как следствие – госпитализаций [1-3]. Эта группа заболеваний получила общее название – «заболевания, лечение которых проводится на амбулаторном этапе» (ambulatory care sensitive conditions; ACSC). Согласно информации, представленной WHO Regional Office for Europe, перечень ACSC включает множество заболеваний, чувствительных к лечению в амбулаторных условиях, поскольку в большинстве случаев их обострения/осложнения могут быть предотвращены на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи (ПСМП), а значит, могут быть резервом снижения высокой нагрузки на систему здравоохранения, связанную с оказанием медицинской помощи в стационарных условиях, для этой группы пациентов¹. К числу таких заболеваний относят и артериальную гипертензию (АГ), качественное и эффективное лечение которых на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи позволяет предотвратить до 66% случаев госпитализаций¹.

АГ (эссенциальная гипертензия, гипертоническая болезнь) представляет собой хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение артериального давления, не связанное с выявлением явных причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ) [4]. Распространенность АГ среди взрослого населения в Российской Федерации составляет 44,2%, а совокупный экономический ущерб, ассоциированный с АГ, достигает 1% ВВП России [5, 6]. АГ отно-

сится к числу хронических заболеваний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение (ДН) врачом-терапевтом участковым в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний². Своевременность выявления и постановки на ДН пациентов с АГ, соблюдение регулярности визитов в рамках ДН и достижение целевых показателей здоровья – ключевые меры, которые следует использовать при разработке программ, направленных на снижение госпитализаций и смертности пациентов с АГ [5].

Цель работы – изучить показатели госпитализаций и амбулаторных обращений при АГ по федеральным округам (ФО) и субъектам, с учетом концепции Всемирной организации здравоохранения по заболеваниям, лечение которых проводится на амбулаторном этапе.

Материал и методы

Для анализа числа амбулаторных обращений и госпитализаций пациентов с установленным заболеванием АГ (коды I10 – I13 согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра) использовались данные формы федерального статистического наблюдения (ФФСН) №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» и ФФСН №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2022 год. Расчет относительных показателей (на 1000 населения) проводился на основе данных Росстата о численности населения в ФО и субъектах Российской

¹ Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. World Health Organization Regional Office for Europe. [cited by Jun 23, 2023]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» от 15.03.2022 № 168н. [цитирован 23.06.2023]. Доступен на: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

Федерации за 2022 год (данные на 01.01.2023)³. При расчёте использовали данные по 85 субъектам Российской Федерации (при анализе не использовались данные по Донецкой Народной Республике, Луганской Народной Республике, Запорожской и Херсонской областям). Расчёт всех показателей выполняли применительно взрослого населения (лица в возрасте 18 лет и старше).

Число случаев обращений в медицинские организации (МО) ПМСП пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ (ОБР.ПМСП АГ) на 1000 взрослого населения определяли по формуле:

$$\text{ОБР. ПМСП АГ} = \frac{\text{Число случаев обращений в МО ПМСП}}{\text{общая численность}} \cdot 1000$$

(ФФСН №12, таблица 3000, строка 10.3), единиц
взрослого населения, человек

Число случаев госпитализации в стационар пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ (ГОСП.АГ) на 1000 взрослого населения определяли по формуле:

$$\text{ГОСП. АГ} = \frac{\text{Число случаев госпитализации (ФФСН №14, таблица 2000, строка 10.3), единиц}}{\text{общая численность}} \cdot 1000$$

взрослого населения, человек

Расчёт коэффициента отношения числа случаев госпитализации к числу случаев обращения в МО ПМСП (КОЭФФ.ОТН.АГ) среди пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ выполняли по формуле:

$$\text{КОЭФФ. ОТН. АГ} = \frac{\text{Число случаев госпитализации}}{\text{Число случаев обращений в МО ПМСП}} \cdot 100$$

(ФФСН №14, таблица 2000, строка 10.3), единиц
(ФФСН №12, таблица 3000, строка 10.3), единиц

Чтобы оценить отношение количества случаев госпитализации к количеству случаев обращения в МО ПМСП по причине АГ для всего взрослого населения Российской Федерации, использовались средние значения для субъектов и сравнивались с медианным значением по Российской Федерации.

Для проведения статистической обработки использовали методы параметрического и непараметрического анализа. Для накопления, корректировки, систематизации и визуализации результатов были использованы электронные таблицы Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с помощью программы IBM SPSS Statistics v.26 (разработчик – IBM Corporation). Для проверки соответствия количественных показателей нормальному распределению были применены критерии Шапиро-Уилка (если число исследуемых меньше 50) или Колмогорова-Смирнова (если число исследуемых больше 50). Для количественных показателей с нормальным распределением данные были объединены в вариационные ряды, где были рассчитаны средние арифметические значения (М), стандартные откло-

нения (SD) и границы 95% доверительного интервала (95% ДИ). Количественные показатели с распределением, отличающимся от нормального, были описаны с использованием медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3).

Результаты

Анализ числа обращений пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ в МО ПМСП

Число обращений пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ в МО ПМСП на 1000 взрослого населения в разрезе ФО (здесь и далее – по результатам значений медианы) представлен на рис. 1. Наиболее высокий показатель ОБР.ПМСП АГ зарегистрирован в Приволжском ФО, наименьший – в Северо-Кавказском ФО.

При анализе значения показателя ОБР.ПМСП АГ среди субъектов наиболее высокий показатель зарегистрированных обращений на 1000 взрослого населения наблюдался в Алтайском крае (274,87), Воронежской области (250,05), Республике Марий Эл (247,72), Чувашской Республике (241,40) и Кировской области (240,88); наиболее низкий показатель ОБР.ПМСП АГ наблюдался в таких субъектах, как Орловская область (18,70), Астраханская область (49,39), Еврейская автономная область (58,61), Магаданская область (65,00) и Республика Дагестан (66,43) (рис. 2).

Анализ числа госпитализаций пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ в стационар

Наиболее высокий показатель ГОСП.АГ установлен в Северо-Кавказском ФО, наименьший – в Северо-Западном ФО (рис. 3).

При анализе значения показателя ГОСП.АГ в разрезе субъектов установлено, что наиболее высокие показатели зафиксированы в Чукотском автономном округе (13,57), Карачаево-Черкесской Республике (12,78), Чеченской Республике (12,18), Саратовской области (12,12) и Сахалинской области (10,7); наиболее низкие значения показателя установлены в Астраханской области (2,06), Нижегородской области (2,18), Кемеровской области (2,96), Республике Крым (2,98) и Хабаровском крае (3,20) (рис. 4).

Анализ значения коэффициента отношения числа случаев госпитализации к числу случаев обращения в МО ПМСП среди пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ

В табл. 1 приведены значения КОЭФФ.ОТН.АГ в разрезе ФО Российской Федерации.

Среди всего взрослого населения (18 лет и более) самое высокое значение медианы КОЭФФ.ОТН.АГ установлено в Северо-Кавказском ФО, самое низкое – в Приволжском ФО.

По субъектам Российской Федерации наиболее высокое значение КОЭФФ.ОТН.АГ отмечалось

³ Росстат. Численность постоянного населения на 1 января [цитировано 23.06.2023]. Доступно на: <https://showdata.gks.ru/report/278928>

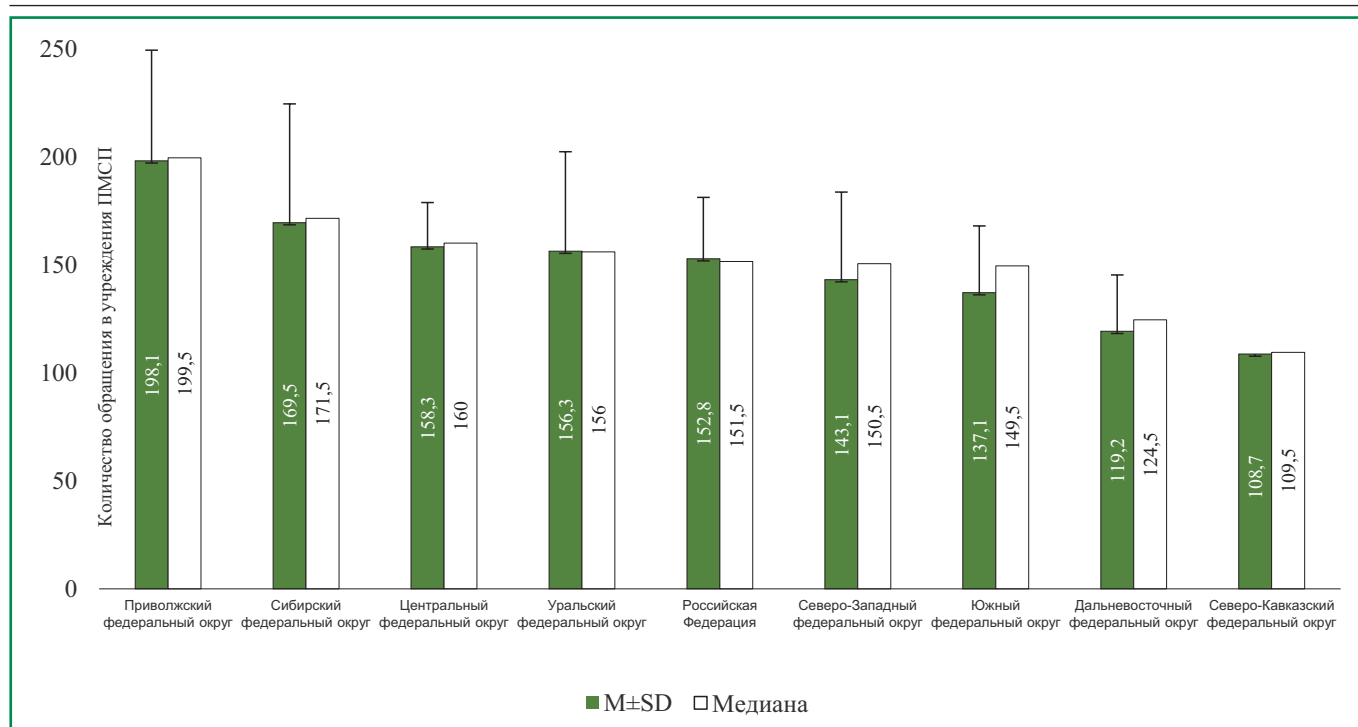


Рисунок 1. Количество обращений в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в 2022 г. в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 населения)



Рисунок 2. Количество обращений в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в 2022 г. в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 населения)

в Республике Дагестан (12,26), Магаданской области (11,08), Чукотском АО (11,05) и Чеченской Республике (10,99), Еврейской автономной области

(8,96); наиболее низкие значения КОЭФФ.ОТН.АГ зафиксированы в Нижегородской области (1,20), Удмуртской Республике (1,69), Кемеровской об-

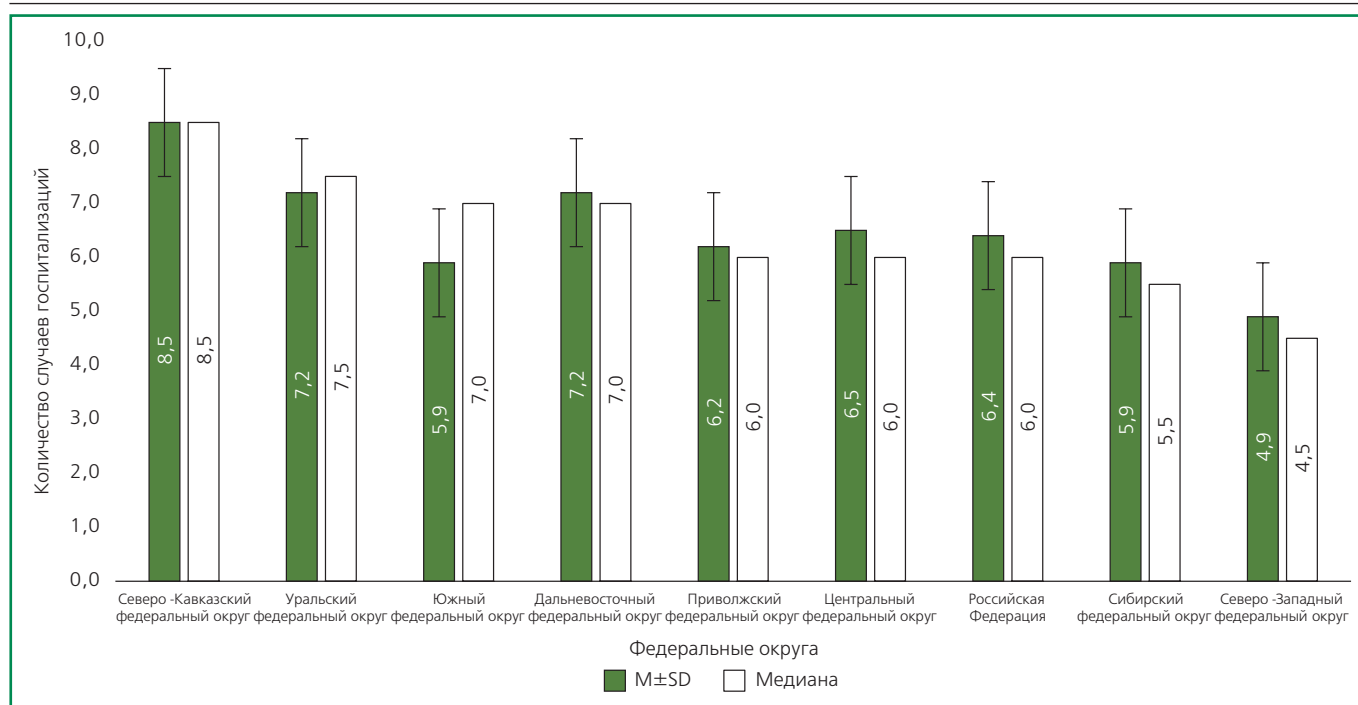


Рисунок 3. Количество случаев госпитализации с диагнозом АГ в 2022 г. в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 населения)

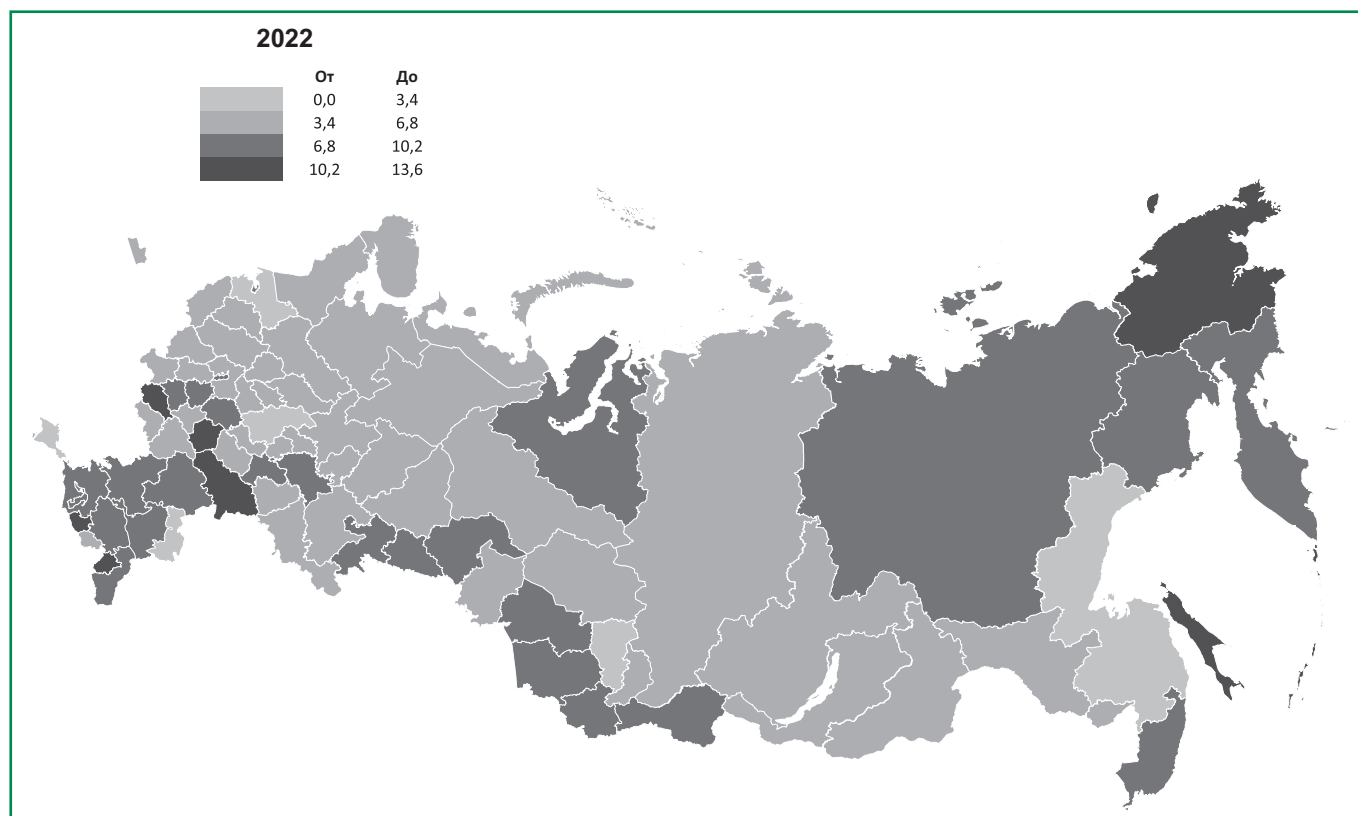


Рисунок 4. Количество случаев госпитализации с диагнозом АГ в 2022 г. в федеральных округах Российской Федерации (на 1000 населения)

ласти (1,95), Республике Крым (2,06) и Кировской области (2,07) (рис. 5). Значение медианы с интерквартильным размахом для данного показателя по Российской Федерации составило 4 (3;5).

Среди населения старше трудоспособного возраста самое высокое значение КОЭФ.ОТН.АГ отмечено в Северо-Кавказском ФО, самое низкое — в Северо-Западном ФО (см. табл. 1).

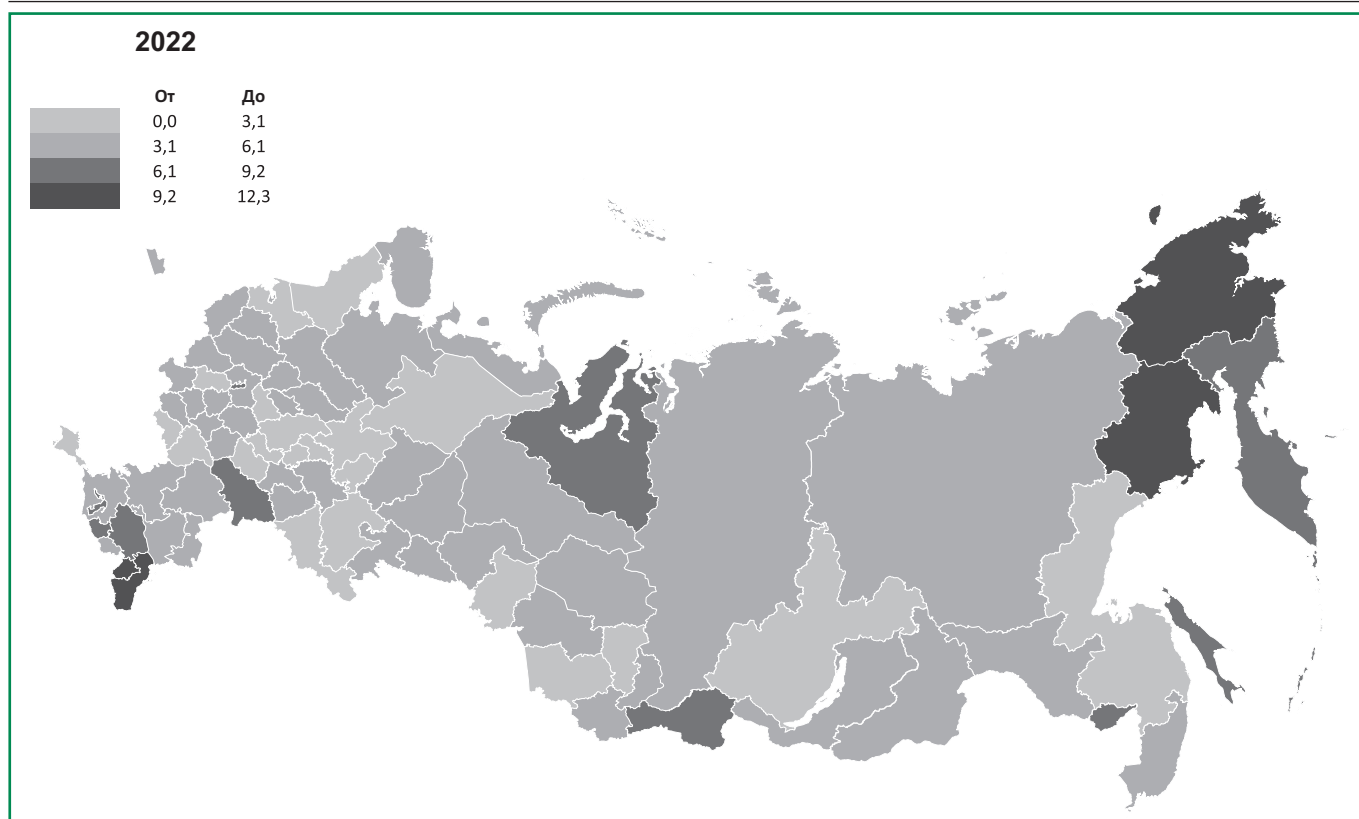


Рисунок 5. Отношение количества случаев госпитализаций к количеству случаев обращений среди взрослого населения в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в регионах Российской Федерации в 2022 г. (на 1000 населения)

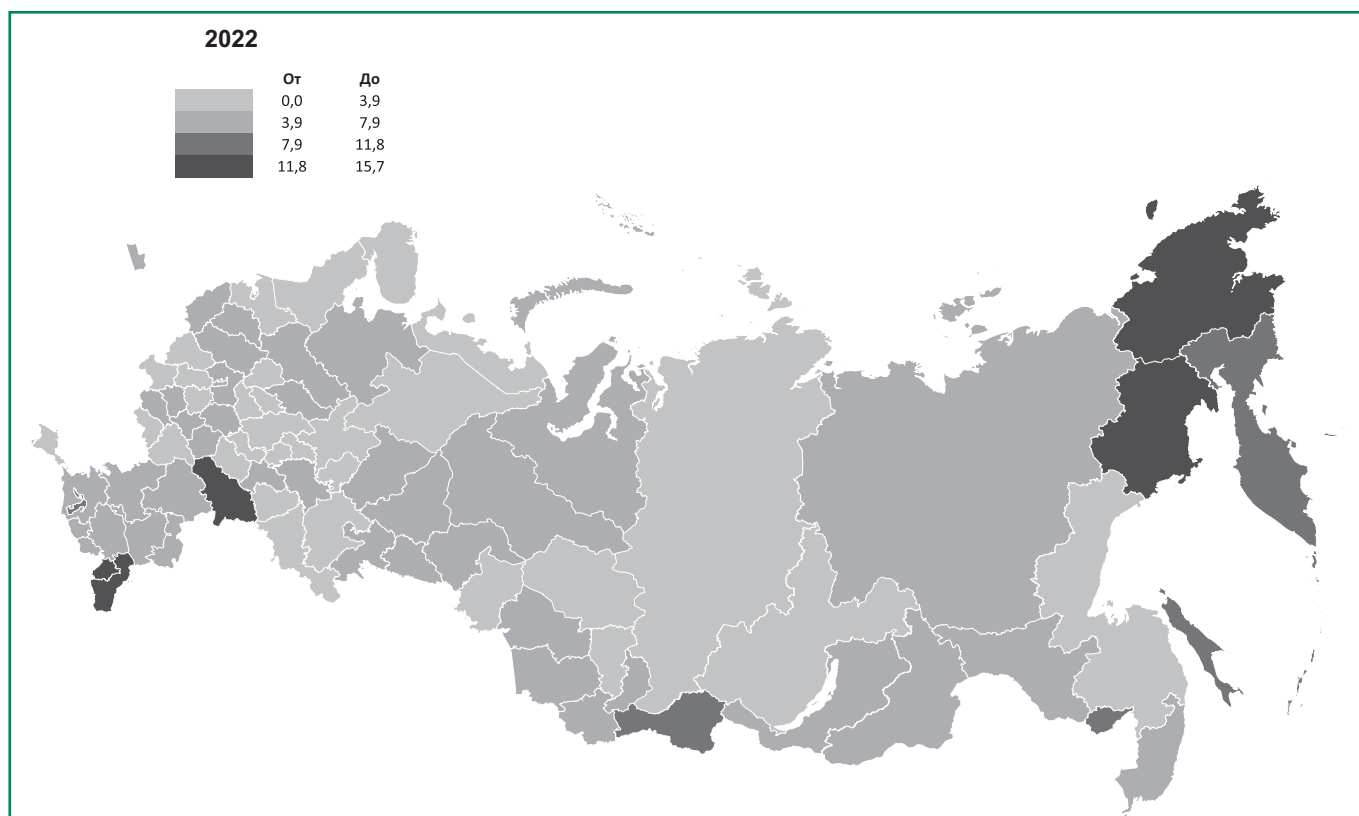


Рисунок 6. Отношение количества случаев госпитализаций к количеству случаев обращений среди взрослых старше трудоспособного возраста в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в регионах Российской Федерации в 2022 г. (на 1000 населения)

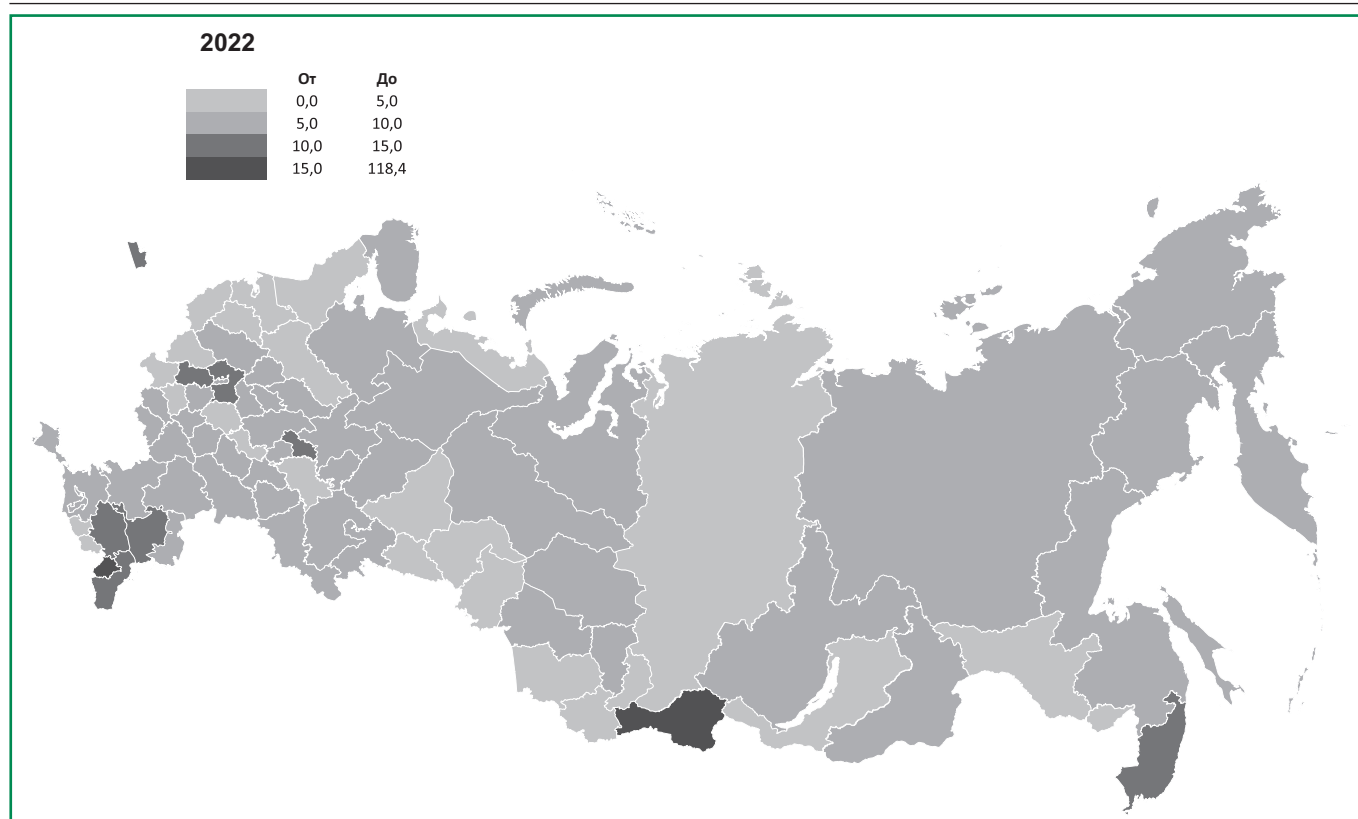


Рисунок 7. Отношение количества случаев госпитализаций к количеству случаев обращений среди населения трудоспособного возраста в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в регионах Российской Федерации в 2022 г. (на 1000 населения)



Рисунок 8. Доля регионов в федеральных округах с коэффициентом отношения количества случаев госпитализации к количеству случаев обращений в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в сравнении со значением медианы с интерквантильным размахом по Российской Федерации, %

Среди субъектов Российской Федерации наиболее высокий показатель КОЭФФ.ОТН.АГ среди лиц старше трудоспособного возраста наблюдался в Чеченской Республике (15,7), Магаданской об-

ласти (14,1), Чукотском автономном округе (13,9), Республике Дагестан (13,1) и Саратовской области (12,5); наиболее низкие значения – в Нижегородской области (1,2), Республике Удмуртия (1,8),

Кемеровской области (1,9), Кировской области (2,0) и Республике Чувашия (2,15) (рис. 6). Значение медианы с интерквартильным размахом для данного показателя по Российской Федерации составило 4,5 (3,5;6).

Среди населения трудоспособного возраста самое высокое значение КОЭФФ.ОТН.АГ отмечено в Северо-Кавказском ФО, самое низкое – в Приволжском ФО (см. табл. 1).

Среди субъектов Российской Федерации наиболее высокий показатель КОЭФФ.ОТН.АГ среди лиц трудоспособного возраста наблюдался в Чеченской Республике (118,37), Республике Ингушетия (19,63), Республике Тыва (17,79), Республике Северная Осетия-Алания (14,61), Приморском крае (14,31); самый низкий – в Орловской области (0,03), Ненецком автономном округе (1,67), Новгородской области (2,29), Тюменской области (2,49) и Еврейской автономной области (2,73) (рис. 7). Значение медианы с интерквартильным размахом для данного показателя по Российской Федерации составило 3,5 (2,5;4).

Анализ региональной вариабельности значения коэффициента отношения числа случаев госпитализации к числу случаев обращения в МО ПМСП среди пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ

По итогам полученных данных выполнен анализ вариабельности значения КОЭФФ.ОТН.АГ субъ-

ектов каждого из ФО среди взрослого населения (≥ 18 лет), в том числе – в сравнении со значением медианы с интерквартильным размахом по Российской Федерации 4,0 (6,78;4,07) (рис. 8).

В Центральном ФО показатель ГОСП.АГ варьировал от 3,55 в Владимирской области до 10,40 в Тамбовской области, а КОЭФФ.ОТН.АГ – от 2,24 в Воронежской области до 7,02 в г. Москве. При этом в 7 из 18 субъектов (39%) (Орловская область, г. Москва, Курская область, Тамбовская область, Тверская область, Московская область, Липецкая область) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Северо-Западном ФО показатель ГОСП.АГ варьировал от 3,30 в Ленинградской области до 6,83 в г. Санкт-Петербург, а КОЭФФ.ОТН.АГ – от 2,34 в Республике Коми до 4,90 в Псковской области. В 1 из 11 субъектов (9%) (Псковская область) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Южном ФО показатель ГОСП.АГ варьировал от 2,06 в Астраханской области до 8,96 в Ростовской области, а КОЭФФ.ОТН.АГ – от 2,06 в Республике Крым до 7,77 в Республике Адыгея. В 6 из 8 субъектах (75%) (Республика Адыгея, Ростовская область, Республика Калмыкия, Краснодарский край, Волгоградская область, Астраханская область) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

Таблица 1. Коэффициенты отношения числа случаев госпитализаций к числу обращений в учреждения ПМСП с диагнозом АГ в федеральных округах Российской Федерации в 2022 г.

Параметр	Российская Федерация	Федеральный округ Российской Федерации							
Число субъектов, n	85	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
		18	11	8	7	1	6	10	11
Все взрослые (≥ 18 лет)									
Коэффициент отношения (M $\pm$ SD)	4,97 $\pm$ 5,0	6,37 $\pm$ 10,37	3,47 $\pm$ 0,82	4,42 $\pm$ 1,75	8,04 $\pm$ 3,04	3,29 $\pm$ 1,67	4,64 $\pm$ 1,25	3,64 $\pm$ 1,47	6,44 $\pm$ 3,01
Коэффициент отношения Медиана Me (Q1; Q3)	4(3;5)	3,5 (3;5)	3,5(3;4)	4,5 (2;5)	8,5 (5;10)	3 (2;4)	4,5 (4;5)	3,5 (3;4)	5,5 (4;8,5)
Взрослые старше трудоспособного возраста (мужчины ≥ 62 лет / женщины ≥ 57 лет)									
Коэффициент отношения (M $\pm$ SD)	5,18 $\pm$ 2,9	4,46 $\pm$ 1,52	3,81 $\pm$ 1,25	5,24 $\pm$ 2,58	9,43 $\pm$ 4,13	3,83 $\pm$ 2,88	5,36 $\pm$ 1,27	4,2 $\pm$ 1,79	7,61 $\pm$ 3,74
Коэффициент отношения Медиана Me (Q1; Q3)	4,5(3,5;6)	4 (3,5;5,5)	3,5 (3;4,5)	5,5 (2;6)	7,5 (7;12,5)	3 (2,5;4)	5 (5;5,5)	4 (3,5;4,5)	6,5 (4,5;9)
Взрослые трудоспособного возраста (мужчины 18–61 лет / женщины 18–56 лет)									
Коэффициент отношения (M $\pm$ SD)	3,96 $\pm$ 2,05	2,96 $\pm$ 1,73	3,12 $\pm$ 0,96	3,66 $\pm$ 1,18	7,14 $\pm$ 3,30	2,86 $\pm$ 1,17	3,69 $\pm$ 1,41	3,05 $\pm$ 1,62	4,83 $\pm$ 2,41
Коэффициент отношения Медиана Me (Q1; Q3)	3,5(2,5;4)	3 (2,5;4)	3,5(2,5;3,5)	3,5 (3;4,5)	7,5 (4,5;9,5)	2,5 (2;4)	3,5 (3;4)	2,5 (2;3,5)	4 (3;7)
ЦФО – Центральный федеральный округ, СЗФО – Северо-Западный федеральный округ, ЮФО – Южный федеральный округ, СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ, ПФО – Приволжский федеральный округ, УФО – Уральский федеральный округ, СФО – Сибирский федеральный округ, ДВФО – Дальневосточный федеральный округ, Me – Медиана, M – Среднее, SD – Стандартное отклонение, Q1 – 25 перцентиль, Q3 – 75 перцентиль.									

В Северо-Кавказском ФО показатель ГСП.АГ варьировал от 4,44 в Кабардино-Балкарской Республике до 12,78 в Карачаево-Черкесской Республике, а КОЭФФ.ОТН.АГ — от 4,06 в Кабардино-Балкарской Республике до 12,26 в Республике Дагестан. В 6 из 7 субъектов (85,7%) (Республика Дагестан, Чеченская Республика, Республика Ингушетия, Карачаево-Черкесская Республика, Ставропольский край, Республика Северная Осетия — Алания) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Приволжском ФО показатель ГСП.АГ варьировал от 2,18 в Нижегородской области до 12,12 в Саратовской области, а КОЭФФ.ОТН.АГ — от 1,20 в Нижегородской области до 7,29 в Саратовской области. В 4 из 14 субъектах (28,5%) (Саратовская область, Ульяновская область, Республика Татарстан, Пермский край) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Уральском ФО показатель ГСП.АГ варьировал от 4,32 в Свердловской области до 9,22 в Ямало-Ненецком автономном округе, а КОЭФФ.ОТН.АГ — от 3,17 в Свердловской области до 6,82 в Ямало-Ненецком автономном округе. В 4 из 6 субъектах (66,6%) (Ямало-Ненецкий автономный округ, Тюменская область, Челябинская область, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Сибирском ФО показатель ГСП.АГ варьировал от 2,96 в Кемеровской области до 9,28 в Республике Тыва, а КОЭФФ.ОТН.АГ — от 1,95 в Кемеровской области до 7,42 в Республике Тыва. В 2 из 10 субъектах (20%) (Республика Тыва, Томская область) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

В Дальневосточном ФО показатель ГСП.АГ варьировал от 3,20 в Хабаровском крае до 13,57 в Чукотском автономном округе, а КОЭФФ.ОТН.АГ — от 2,75 в Хабаровском Крае до 11,08 в Магаданской области. В 8 из 11 субъектах (73%) (Магаданская область, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Сахалинская область, Камчатский край, Приморский край, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край) значение КОЭФФ.ОТН.АГ было выше среднего по Российской Федерации.

Обсуждение

Плановые, неотложные и экстренные госпитализации по поводу заболеваний, медицинская помощь при которых должна оказываться преимущественно в МО ПМСП, являются острой проблемой как во всем мире, так и в Российской Федерации⁴. Данный вопрос изучается как мировым научным сообществом, так и отечественными экспертами [1-3]. Некоторые исследования указывают на то, что для

отдельных АСКС доля госпитализаций, которых можно было бы избежать, составляет от 40% до 80%⁴. Важно отметить, что одним из заболеваний, входящих в АСКС, является АГ.

В настоящем исследовании проведен анализ показателей госпитализаций и амбулаторных обращений взрослого населения по поводу АГ, а также проведена оценка коэффициента их соотношения в разрезе ФО и субъектов Российской Федерации с учетом возрастной структуры (взрослого населения, населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста).

При анализе значений показателя ОБР.ПМСП АГ установлено, что в Сибирском ФО один из самых высоких показателей числа амбулаторных обращений пациентов с АГ в возрасте 18 лет и старше, где в тоже время, зафиксирован один из самых низких показателей ГСП. АГ, что вполне ожидаемо. При этом ФО со значением показателя ОБР.ПМСП АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) выше среднероссийского (Уральский, Центральный и Приволжский ФО) имели значения ГСП.АГ выше среднероссийского показателя. В Южном, Северо-Кавказском и Дальневосточном ФО, при значении показателя ОБР.ПМСП АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) ниже среднероссийского зафиксированы значения ГСП.АГ выше среднероссийского показателя. В Северо-Западном ФО показатели ОБР.ПМСП АГ и ГСП. АГ были ниже среднероссийских значений. Следует отметить, что Приволжском ФО наиболее высокие значения ОБР.ПМСП АГ регистрировались как в 2022 г., так и в 2017 г. — результаты данных исследований опубликованы ранее [3]. Аналогичная ситуация наблюдается относительно показателя ОБР.ПМСП АГ в Северо-Кавказском ФО — в 2022 и 2017 г. его значение было наименьшим среди всех ФО [3]. При сравнении данных 2017 г. и 2022 г. касательно числа госпитализаций пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ отмечается схожая тенденция — отсутствие изменений: Северо-Кавказский ФО имел наибольшее значение показателя ГСП.АГ, а Северо-Западный ФО — наименьший [3].

При анализе значения показателя КОЭФФ.ОТН.АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) наибольшее значение зафиксировано в Северо-Кавказском ФО, при этом гетерогенность показателя внутри ФО была одна из самых высоких среди остальных ФО. Аналогичная ситуация прослеживалась и в 2017 г. [3]. Стоит отметить, что значение показателя КОЭФФ.ОТН.АГ среди лиц трудоспособного и старше трудоспособного возрастов в Северо-Кавказском ФО было также самым высоким среди остальных ФО. Наименьшее значение показателя

⁴ Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016. №. WHO/EURO: 2016-4172-43931-61907. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348972>

КОЭФФ.ОТН.АГ среди взрослого населения (18 лет и старше) отмечено в Приволжском ФО, при этом гетерогенность показателя внутри ФО была одной из самых низких среди остальных ФО. Значение показателя КОЭФФ.ОТН.АГ среди лиц трудоспособного возраста в Приволжском ФО также имело самое низкое значение среди остальных ФО Российской Федерации; среди лиц старше трудоспособного возраста наименьшие значения показателя КОЭФФ.ОТН.АГ зафиксированы в Приволжском и Сибирском ФО.

В публикациях, посвященных вопросам АССТ, обсуждаются факторы, влияющие на ОБР.ПМСП АГ и ГОСП.АГ. К примеру, группой исследователей во главе с F. V. Nedel предложены основные категории факторов: географические (близость стационара, обеспеченность больничными койками, плотность населения), социально-демографические (пожилой возраст, уровень дохода и безработицы) и модель ухода (преемственность оказания медицинской помощи как между МО, оказывающих госпитальную и амбулаторную медицинскую помощь, так и между структурными подразделениями к каждой отдельной МО) [7]. Немаловажным фактором служит и коморбидность — установлена связь между числом сопутствующих хронических заболеваний и увеличением риска госпитализации [8].

Следует отметить, что в Российской Федерации в полной мере создано нормативно-правовое регулирование, адаптированное к условиям практического здравоохранения с целью повышения доступности, качества и эффективности оказания ПМСП пациентам с АГ, направленной на профилактику, раннюю диагностику и лечение АГ и ее осложнений^{5,6} [4, 8, 9]. Перспективным направлением служит использование ресурсов телемедицинских технологий в МО ПМСП [10–12]. Организация и проведение качественного ДН пациентов с АГ — одна из важных частей работы врача-терапевта участкового, которая направлена на предотвращение прогрессирования патологического процесса и числа обострений АГ, что, в свою очередь, ведет к улучшению показателей эффективности ДН, в т.ч. — снижению числа госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи по поводу обострения заболевания, госпитализации в фазе обострений и смертности лиц, состоящих на ДН [13]. В течение 2022 г. сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России с целью организационной и методической поддержки посещено более 200 МО ПМСП и их структурных подразделений, а также более 150 больниц

в различных регионах Российской Федерации. По итогам организационно-методических мероприятий, итоги которых будут представлены в последующих научных публикациях, можно сделать вывод о том, что ключевыми причинами различий числа госпитализаций и случаев обращений в МО ПМСП среди взрослого населения (18 лет и старше) могут служить доступность медицинской помощи (кадровые и материально-технические ресурсы); различия подходов к плановой госпитализации; риск распространения новой коронавирусной инфекции и степень ограничительных (противоэпидемических) мероприятий на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи; частота оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий (организация и проведение телемедицинских консультаций/консилиумов, использование систем принятия врачебных решений, m-Health и пр.); охват и качество диспансерного наблюдения пациентов с АГ (своевременность постановки на диспансерное наблюдение, периодичность визитов в рамках диспансерного наблюдения, достижение целевых показателей здоровья); уровень грамотности населения в вопросах здоровья и пр. Необходимо детальное изучение каждой из обозначенных причин и ее вклада в структуру амбулаторных посещений и госпитализаций пациентов с определенными заболеваниями и состояниями.

Стоит отметить, что анализ случаев госпитализации проводился нами исключительно в отношении пациентов с болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением в качестве самостоятельной нозологической единицы учета, как основного заболевания без ассоциированных клинических состояний, в связи с чем, данное обстоятельство являлось фактором, ограничивающим более широкий круг исследовательских вопросов, при которых, например, осуществляется учет гипертонической болезни и ее форм, представленных в МКБ-10, как фонового заболевания (при наличии любой нозологической единицы из групп ишемических болезней сердца, кишечника, конечностей и др., цереброваскулярных болезней [12, 13]. Кроме того, в настоящем исследовании нами не рассматривались случаи госпитализации пациентов с вторичными АГ (I15), представляющими собой проявление (синдром) болезней (нозологических единиц других классов МКБ-10), которые могут быть основными, фоновыми или сопутствующими заболеваниями и оказывать значительное влияние на корректную оценку показателя связи между тем, как осуществляется ДН таких пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях и тем, насколько часто данные пациенты вызывают скорую медицинскую помощь и госпитализируются для оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 27.04.2021 № 404н [цитирован 23.06.2023]. Доступен на: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202106300043>

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» от 15.03.2022 № 168н. [цитирован 23.06.2023]. Доступен на: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>

Заключение

Выполнен анализ числа госпитализаций и амбулаторных обращений в МО ПМСР среди взрослого населения (18 лет и старше) с АГ, а также проведена оценка коэффициента их соотношения по ФО и субъектам Российской Федерации. Полученная информация может быть использована в тех ФО и субъектах, где высокий коэффициент соотношения числа госпитализаций и амбулаторных обращений в МО ПМСР среди взрослого населения (18 лет и старше) с АГ с целью оценки оптимизации доступности, качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой на амбулаторном этапе. Целесообразно провести анализ факторов, влияющих на изменение коэф-

фициента отношения числа случаев госпитализации к числу случаев обращения в МО ПМСР среди пациентов в возрасте 18 лет и старше с АГ.

Отношения и Деятельность. Нет.
Relationships and Activities. None.

Финансирование. Исследование проведено при поддержке ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е. И. Чазова Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Funding. The study was performed with the support of E. I. Chazov National Medical Research Centre of Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation.

References/Литература

- Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open*. 2013;3(1):e002007. DOI:10.1136/bmjopen-2012-002007.
- Caminal J, Starfield B, Sánchez E, et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246-51. DOI:10.1093/eurpub/14.3.246.
- Kontsevaya AV, Doludin YV, Khudyakov MB, Drapkina OM. Regional Characteristics of Hospital Admissions and Outpatients Visits with Arterial Hypertension from the Point of the WHO Concept of Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;16(6):948-957 (In Russ.) [Концевая А.В., Долудин Ю.В., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Региональные особенности госпитализаций и обращений за амбулаторной медицинской помощью при артериальной гипертензии с позиции концепции ВОЗ по заболеваниям, которые должны контролироваться на уровне оказания амбулаторной помощи. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020;16(6):948-957]. DOI:10.20996/1819-6446-2020-12-07.
- Kobalava ZD, Konradi AO, Nedogoda SV, et al. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3786. (In Russ.) [Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3786.] DOI:10.15829/1560-4071-2020-3-3786
- Balanova YuA, Shalnova SA, Imaeva AE, et al. Treatment and Control of Hypertension in Russian Federation (Data of Observational ESSERF-2 Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):450-466 (In Russ.) [Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Имаева А.Э., и др. Распространенность артериальной гипертензии, охват лечением и его эффективность в Российской Федерации (данные наблюдательного исследования ЭССЕРФ-2). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2019;15(4):450-466]. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-4-450-466.
- Balanova YuA, Kontsevaya AV, Myrzammatova AO, et al. Economic Burden of Hypertension in the Russian Federation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(3):415-423 (In Russ.) [Баланова Ю.А., Концевая А.В., Мырзамматова А.О., и др. Экономический ущерб от артериальной гипертензии, обусловленный ее вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2020;16(3):415-423]. DOI:10.20996/1819-6446-2020-05-03.
- Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 2011;16(suppl 1):1145-54. DOI:10.1590/s1413-81232011000700046.
- Dantas I, Santana R, Sarmiento J, Aguiar P. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(a):348. DOI:10.1186/s12913-016-1584-2.
- Drapkina OM, Shepel RN, Drozdova LYU, et al. Quality of follow-up monitoring of the adult population with grade 1-3 hypertension, with the exception of resistant hypertension, by primary care physicians in different Russian regions. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(4):4332 (In Russ.) [Драпкина ОМ, Шепель РН, Дроздова ЛЮ, и др. Качество диспансерного наблюдения взрослого населения с артериальной гипертензией 1-3 степени, за исключением резистентной артериальной гипертензии, врачами-терапевтами участковыми медицинских организаций субъектов Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2021;26(4):4332]. DOI:10.15829/1560-4071-2021-4332.
- Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care with the use of telemedicine technologies in the feldsher-obstetric (feldsher) station. Guidelines. M.: ROPNIZ, ООО «Siliceya-Poligraf». 2023. (In Russ.) [Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Орлов С.А., и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий в фельдшерско-акушерском (фельдшерском) пункте. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО «Силицея-Полиграф». 2023]. DOI:10.15829/ROPNIZ-d83-2023.
- Drapkina OM, Shepel RN, Orlov SA, et al. Organization of primary health care using telemedicine technologies in a medical outpatient clinic / office of a general practitioner (family doctor) / center (department) of general medical practice (family medicine). Guidelines. M.: ROPNIZ, ООО «Siliceya-Poligraf». 2023. (In Russ.) [Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Орлов С.А., и др. Организация первичной медико-санитарной помощи с применением телемедицинских технологий во врачебной амбулатории/кабинете врача общей практики (семейного врача)/центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины). Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, ООО «Силицея-Полиграф». 2023]. DOI:10.15829/ROPNIZ-d84-2023.
- Pravkina EA, Nikulina NN, Luk'yanov MM, et al. Kachestvo obsledovaniya pacientov s arterial'noj gipertoniej v ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyah. *Klinicheskaya medicina*. 2015;93(9):36-42 (In Russ.) [Правкина Е.А., Никулина Н.Н., Лукьянов М.М., и др. Качество обследования пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Клиническая медицина. 2015;93(9):36-42.]
- Martsevich SYU, Kutishenko NP, Lukyanov MM, et al. Hospital register of patients with acute cerebrovascular accident (REGION): characteristics of patient and outcomes of hospital treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(6):32-38 (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукьянов М.М. и др. Госпитальный регистр больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (РЕГИОН): портрет заболевшего и исходы стационарного этапа лечения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018;17(6):32-38]. DOI:10.15829/1728-8800-2018-6-32-38.

Сведения об Авторах/About the Authors

Шепель Руслан Николаевич [Ruslan N. Shepel]
eLibrary SPIN 3115-0515, ORCID 0000-0002-8984-9056
Колесникова Марина Ивановна [Marina I. Kolesnikova]
ORCID 0009-0006-8775-8552
Лусников Вячеслав Петрович [Vyacheslav P. Lusnikov]
eLibrary SPIN 1121-2944, ORCID 0000-0002-0313-0690

Концевая Анна Васильевна [Anna V. Kontsevaya]
eLibrary SPIN 6787-2500, ORCID 0000-0003-2062-1536
Драпкина Оксана Михайловна [Oksana M. Drapkina]
eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430