

Таким образом, внедренная в Гродненской области организационная модель доказала свою эффективность в организации экстренной госпитализации пациентов с ОНМК.

Литература

1. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association / W. J. Powers [et al.] // Stroke. – 2018. – Vol. 49.(3) – e46–e99. – doi: 10.1161/STR.0000000000000158
2. Code stroke. An attempt to shorten in-hospital therapeutic delays / C. R. Gomez [et al.] // Stroke. – 1994. – Vol. 25. (10) – P.1920-1923. – doi: 10.1161/01.str.25.10.1920
3. Delays in door-to-needle time for acute ischemic stroke in the emergency department: a comprehensive stroke center experience / A. Mowla [et al.] // J. Neurol. Sci. – 2017. – Vol. 376. – P. 102-105. – doi: 10.1016/j.jns.2017.03.003
4. Delays in door-to-needle times and their impact on treatment time and outcomes in Get With The Guidelines-Stroke / N. Kamal [et al.] // Stroke. – 2017. – Vol. 48. (4) – P. 946-954. –doi: 10.1161/STROKEAHA.116.015712
5. A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke. Experience at eight centers and implications for community practice and patient care / The Nat. Ins. of Neurolog. Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group // Stroke. – 1997. – Vol. 28 (8). – P. 1530-1540. – doi: 10.1161/01.str.28.8.1530
6. Grone, O. Integrated care. A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Care Services [Electronic resource] /O.Grone, M.Garcia-Barbero//Int.J.Integr.Care.–2001. – № 1(2). –P. e21. – <http://doi.org/10.5334/ijic.28>.–Mode of access: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.28/>.– Date of access:11.05.2018
7. Результаты внедрения стандартизации процесса госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в региональном сосудистом центре / П. Г. Шнякин [и др.] // Нервные болезни. – 2017. – № 1. – С. 3-9.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОБЪЕКТ КОНТРОЛЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОБЛЕМНЫХ КОМИССИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Побиванцева Н. Ф.

Брестский областной кардиологический диспансер, г. Брест, Республика Беларусь

Резюме. В работе представлено обоснование использования в деятельности проблемных комиссий Министерства здравоохранения Республики Беларусь по Брестской области информационно-аналитического алгоритма оценки организации и эффективности диспансеризации населения в отношении болезней системы кровообращения, показан эффект внедрения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, Брестская область, диспансеризация, проблемные комиссии Министерства здравоохранения

DISPENSARIZATION OF POPULATION AS AN OBJECT OF CONTROL IN THE ACTIVITIES OF PROBLEM COMMISSIONS OF THE MINISTRY OF HEALTH

Pabivantsava N. F.

Brest Regional Cardiology Dispensary, Brest, Belarus

Summary. Article provides a justification for the use of the information and analytical algorithm for assessing the organization and effectiveness of dispensarization of the population for cardiovascular diseases in the activities of problem commissions of the Ministry of Health of the Republic of Belarus in the Brest region.

Key words: cardiovascular diseases, Brest region, dispensarization, problem commissions of the Ministry of Health

В решении проблемы демографической безопасности в Республике Беларусь в современных условиях значимым направлением является комплекс мер, направленный на снижение смертности населения. Для обеспечения контроля мероприятий, реализуемых в данном направлении, приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь (№ 78 с изменениями от 16.10.2006, № 805 от 09.10.2007, № 674 от 07.07.2009, № 298 от 23.03.2009, № 271 от 19.03.2010, № 1074 от 12.10.2010) создавались комиссии и подкомиссии в составе ведущих специалистов страны по различным направлениям медицинской деятельности (утверждались пофамильно). Деятельность комиссий регулирует приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.03.2011 № 212 «О совершенствовании работы проблемных комиссий Министерства здравоохранения Республики Беларусь и утверждении Инструкции о порядке работы проблемных комиссий», где определены критерии оценки комиссией основных результатов деятельности организаций здравоохранения. Приказы управления здравоохранения, издаваемые в ответ на требования Министерства здравоохранения, регулируют и уточняют содержание контролирующей функции комиссий и подкомиссий на уровне области. Руководством кардиологической службы Брестской области, как основным исполнителем по разделу болезней системы кровообращения, была поставлена задача разработать и внедрить унифицированный алгоритм организационно-методической и аналитической составляющих оценки качества деятельности проблемных комиссий Министерства здравоохранения по контролю за демографической ситуацией в связи с болезнями системы кровообращения в области.

Совершенствование технологического процесса оказания помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, оптимизированное внедрение и развитие высокотехнологичных методик, в том числе включение межрайонных кардиологических центров в этот процесс, а так же

распределение потоков пациентов из групп кардиоваскулярных рисков по уровням оказания помощи с учетом сил и средств, находящихся в распоряжении учреждений здравоохранения области, позволили Брестской области занять лидирующие позиции в стране по выполнению для населения высокотехнологичных методик. Вместе с тем, не менее значимой составляющей в организации медицинской помощи контингенту населения с болезнями системы кровообращения является контроль над диспансеризацией населения и охватом диспансерным динамическим наблюдением.

Для охвата диспансеризации контрольно-аналитической деятельностью проблемных комиссий министерства здравоохранения в Брестской области использован аналитический алгоритм, согласно которому анализируются уровни заболеваемости: первичная заболеваемость как индикатор раннего выявления и общая заболеваемость – как показатель регистрации ранее выявленной патологии при ежегодном посещении для диспансерного динамического наблюдения. Проводится оценка динамики показателей как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте, а так же как в целом по разделу болезней системы кровообращения, так и по основным «структурным» нозологиям, таким как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, и иные.

Эти данные позволяют:

- Сделать вывод об уровне заболеваемости с патологией системы кровообращения и основных нозологий в сравнении со среднеобластными показателями, их соответствии количеству населения и отчетному показателю диспансеризации населения.
- Спланировать в соответствии с показателями количество необходимых клинических и функциональных исследований по учреждениям.
- Определить рост либо снижение заболеваемости региона болезнями системы кровообращения в целом и по основным нозологиям раздела, оценить состоятельность профилактических мероприятий.
- Выявить, за счет каких нозологий формируется болезни системы кровообращения (наибольший удельный вес и уровень верификации диагнозов), то есть уровень распространённости артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, и так далее. Преобладание той или иной формы свидетельствуют о недоступности диагностических методик (СМАД, ВЭМ) и гипердиагностике либо недостаточной диагностике тех либо иных форм болезней системы кровообращения и, как следствие, позволяет определить вероятность неэффективности/эффективности применяемых диагностических и лечебных мероприятий и взаимосвязь с динамикой демографических процессов в регионе.
- Сопоставить уровни заболеваемости с охватом диспансерного динамического наблюдения подлежащего контингента, их соответствие требованиям нормативных документов Министерства здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений

здравоохранения областных исполнительных комитетов, а в случае максимального показателя (98-100% по отчетным данным) – оценить качество оказываемой помощи на фоне роста инвалидности и смертности по причине болезней системы кровообращения.

По данным первичной заболеваемости можно также определить, за счет каких форм патологии происходит выявление болезней системы кровообращения: например, в случае преобладания и роста за пятилетний либо сопоставимый период острых форм заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, нестабильная стенокардия) можно сделать вывод о неудовлетворительной работе учреждений здравоохранения по диспансеризации населения и о низком уровне профилактической работы. Также, преобладание острого инфаркта миокарда над нестабильными стенокардиями, требует анализа и изучения вопроса действующего в регионе алгоритма работы с острым коронарным синдромом.

- Оценить уровень охвата диспансерным динамическим наблюдением по разделу болезней системы кровообращения, в том числе с распределением по нозологиям, определить достоверность отчетности региона о проводимой диспансеризации, выяснить причины отклонения показателей и выделить нозологические формы болезней системы кровообращения, имеющий наименьший охват диспансерного динамического наблюдения, что позволит определить комплекс мер, направленных на предоставление достоверной информации; на организацию преемственности первичного звена и врачей-специалистов (неврологов, кардиологов) при проведении диспансерного динамического наблюдения пациентов с болезнями системы кровообращения; на усиление мотивации населения к ведению здорового образа жизни и приверженности к лечению.

Для подтверждения тех либо иных выводов, касающихся достоверности выставленных диагнозов и их статистической регистрации, эффективности применяемых лечебно-диагностических методик, утвержденных МЗ РБ в клинических протоколах по разделу болезней системы кровообращения, уровня организации диспансерного динамического наблюдения, проводится анализ амбулаторных карт пациентов с болезнями системы кровообращения, в том числе умерших либо вышедших на инвалидность по этой причине.

Показателем эффективного проведения диспансеризации населения является уровень первичного выхода на инвалидность по причине болезней системы кровообращения и его тяжесть. По этому показателю информативным является анализ динамики за пять лет среди населения региона по сравнению со среднеобластными показателями с разбивкой на все население и трудоспособный возраст, а также динамика показателя по основным нозологическим формам болезней системы кровообращения. Анализируя соотношение цифр и их динамику, можно сделать вывод о состоянии профилактических, лечебно-диагностических мероприятий в регионе за длительный период, а сопоставив полученную информацию с анализом

амбулаторных карт пациентов, вышедших на инвалидность по причине болезней системы кровообращения, для изучения полноты мероприятий, соответствия их требованиям клинических протоколов, определить уровень контроля со стороны администрации за качеством оказания медицинской помощи в регионе по данному разделу работы.

Для изучения состояния преемственности в регионе между всеми этапами оказания помощи (амбулаторно-поликлинический, СМП, стационар) при острых состояниях оцениваются показатели летальности от ОИМ и ОНМК в течение пяти лет и в текущем сопоставимом периоде, их уровень относительно среднеобластного показателя. При превышении последнего, проводится запрос медицинской документации, осуществляется ее полный анализ с изучением экспертной оценки (I-III уровни), ее соответствие выявленным недостаткам.

Совокупность полученной информации позволяет определить причинно-следственные связи, влияющие на демографические процессы в регионе в пределах компетенции здравоохранения и дать рекомендации по дальнейшему совершенствованию тех или иных направлений деятельности.

Вышеизложенные меры были реализованы в Брестской области начиная с 2011 по 2018 год. Внедрение предложенного комплекса мер, в том числе мер по контролю над диспансеризацией населения на терапевтическом участке, в работу проблемных комиссий, позволил выявить проблемные зоны и организовать работу таким образом, что в период с 2011 по 2019. годы значительно увеличился процент охвата пациентов с БСК диспансерным динамическим наблюдением (2012 год – 78%, до 89% – 2018 год, а в трудоспособном возрасте с 87% до 90,6% соответственно).

Это, в свою очередь, увеличило показатель выявляемости и регистрации болезней системы кровообращения, что отразилось на показателях заболеваемости. Так, общая заболеваемость БСК с 2011 по 2018 год выросла с 1522,4 до 1698,2 случаев на 10000 населения, в т. ч. ИБС с 398,4 до 442,9 случаев на 10000 населения. Отрадно, что в результате проводимой вторичной профилактики БСК и их осложнений снизилось количество регистрируемых острых инфарктов миокарда с 7,3 до 6,6 случаев на 10000 населения.

За период с 2011 по 2018 год общая смертность населения в Брестской области по причине БСК снизилась с 741,5 на 100 тыс. до 722.1 на 100 тыс., достигнув наименьшего значения в 2015 году – 695,9 на 100 тыс. При этом значительно снизилась смертность по причине «старость» с 200,4 на 100 тыс. в 2011 до 127,8 на 100 тыс. в 2018 году, обусловив лишь некоторый рост удельного веса хронической ИБС в структуре смертности (с 568,9 на 100 тыс. до 587.1 на 100 тыс.). В трудоспособном возрасте смертность от БСК снизилась со 174,1 на 100 тыс. до 143.7 на 100 тыс., определив снижение удельного веса всех основных нозологий раздела в структуре (ИБС: со 109,0 на 100 тыс. до 87.6 на 100 тыс.), ЦВБ: с 33,1 до 27,7 на 100 тыс. Максимальное снижение показателя достигнуто в 2015-2016 гг. – до 21,2 на 100 тыс. и 21,7 на 100 тыс. соответственно, некоторый рост до 24,7 на 100 тыс. в 2017 году, 27,7 на 100 тыс. в 2018 году, отмечен в связи с изменением законодательства о

пенсионном обеспечении (увеличился возраст выхода на пенсию, когда часть населения из категории «старше трудоспособного» перешла в категорию «трудоспособное население».

Комплекс предложенных мер позволил снизить смертность населения от острой сердечно-сосудистой патологии как в общей популяции, так и в трудоспособном возрасте (таблица 1)

Таблица 1. – Смертность населения по причине острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и других острых форм (I24.8) в 2011 и 2018 годах, соответственно

		2011, случ на 100тыс.нас	2018, случ на 100 тыс.нас
ОИМ	все	12,2	11,4
	труд.	4,7	4,5
ОНМК	все	88,7	66,3
	труд.	29,6	24,2
Др. острые формы	все	8,0	3,3
	труд.	9,5	4,1

Как видно из выше обозначенной динамики основных демографических показателей, предполагается переход социального эффекта проводимого эксперимента в экономический, когда количество выживших лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста, занятых в трудовом процессе, смогли бы вносить свой вклад в показатели экономики области и страны.

Также значимый экономический эффект предполагается достичь:

- снижением количества заболеваний, требующих значительных затрат – ОИМ, ОНМК;
- снижением первичной инвалидности и ее тяжести по причине болезней системы кровообращения;
- снижением сроков госпитализации и сроком нахождения на больничном листе по причине болезней системы кровообращения;
- оптимизацией лечебно-диагностического процесса и соблюдением поточности пациентов по уровням оказания помощи.

Таким образом, нами предложен организационный эксперимент, позволивший значительно повлиять на демографические показатели регионов по разделу болезней системы кровообращения в пределах компетенции кардиологической службы.