

На правах рукописи

ШУМИЛИН ВАЛЕРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ

СОЦИАЛЬНО–ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2007

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Росздрава

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Угненко Николай Максимович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Алексеева Вера Михайловна

доктор медицинских наук, профессор
заслуженный врач РФ

Злобин Александр Николаевич

Ведущая организация:

Московский государственный медико-стоматологический университет

Защита состоится « ___ » _____ 2007г. в ___ часов на заседании диссертационного Совета Д 208.110.01. при ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава.

(127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ ЦНИИ ОИЗ Росздрава

(127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11).

Автореферат разослан « ___ » _____ 2006г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
к.м.н.

Сошников Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Актуальность данного исследования обусловлена быстрыми темпами роста патологии сердечно-сосудистой системы среди взрослого населения России. По данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году в структуре общей смертности на болезни системы кровообращения приходилось 55,3% всех случаев. В 2004 году эта величина составила 56,1%. Имеется тенденция омоложения смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Одним из распространенных хронических заболеваний среди взрослого населения развитых стран мира является ишемическая болезнь сердца (ИБС), занимающая ведущее место среди заболеваний системы кровообращения. За период с 1993 по 2003 годы показатели общей заболеваемости данной патологией населения Российской Федерации возросли с 3901,3 до 5232,0⁰/₀₀₀₀ (на 34,1%). Первичная заболеваемость ИБС также характеризуется тенденцией стабильного и быстрого роста. За рассматриваемый период показатель вырос на 58,5% (с 294,80⁰/₀₀₀₀ в 1993 году до 467,4⁰/₀₀₀₀ в 2003 году).

В силу хронического течения с частыми обострениями ИБС вносит существенный вклад в формирование заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Ущерб от данного явления оценивается в 0,1% валового внутреннего продукта. Удельный вес ИБС в структуре первичной инвалидности населения к 2005 году вырос до 21,6%.

Несмотря на значительные успехи медицинской науки в изучении механизмов развития ИБС, разработке новых высокоинформативных методов диагностики этого заболевания, создании эффективных технологий лечения, заболеваемость и смертность от ИБС остаются высокими и имеют тенденцию к дальнейшему росту, как в Российской Федерации, так и в других развитых странах. Уровень заболеваемости ИБС взрослого населения находится в прямой зависимости от места проживания на территориях экологического риска, от особенностей образа жизни, условий трудовой и хозяйственной деятельности, возраста, наличия вредных привычек, психологического климата в семье, трудовом коллективе и достигает 7454,7⁰/₀₀₀₀ (Гаджиев Р.С. 2005).

По данным Европейского регионального бюро ВОЗ (2005) к 2020 году ИБС по-прежнему будет занимать первое место среди причин смерти населения.

В настоящее время ИБС не может рассматриваться как сугубо медицинская проблема. Все большую актуальность приобретают социальный, демографический, экономический аспекты данного заболевания. Длительное пребывание больных в стационаре, проведение дорогостоящих диагностических и лечебных манипуляций в условиях постоянного роста распространенности ИБС приводит к значительному увеличению затрат системы здравоохранения и самих больных. Вместе с тем вопрос об экономической эффективности лечения ИБС не всегда может быть решен однозначно.

ИБС включает несколько нозологических форм заболевания. Каждая из форм ИБС требует особого подхода в выборе метода лечения в зависимости от тяжести течения болезни, сопутствующих заболеваний, разной длительности нахождения в стационаре, что ведет к различным экономическим затратам. Однако, структура заболеваемости госпитализированных по поводу ИБС больных, являющаяся основой для расчета необходимого количества коек и оптимизации структуры коечного фонда в ЛПУ, остается неизученной.

Проблема качества жизни (КЖ) больных ИБС не утратила на сегодняшний день своей актуальности, так как показатели КЖ могут рассматриваться не только с точки зрения ущерба, наносимого болезнью здоровью человека, но и как критерий качества и целесообразного объема медицинской помощи.

Все это определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель работы

Изучить структуру клинических диагнозов, дать медико-социальную характеристику контингенту больных ишемической болезнью сердца, научно обосновать технологии организации оказания специализированной помощи больным ИБС.

Задачи исследования

1. Изучить структуру и дать сравнительную оценку заболеваемости и смертности населения Смоленской области от ИБС.
2. Оценить соответствие организации оказания специализированной кардиологической помощи потребностям населения Смоленской области.
3. Дать возрастно-половую и социальную характеристику составу больных ИБС, находившихся на лечении в кардиологических отделениях больниц Смоленской области.
4. Изучить структуру клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС, оценить распространение среди них сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания.
5. Проанализировать факторы, влияющие на длительность стационарного лечения больных ИБС.
6. Изучить мнение больных ИБС о качестве оказываемой медицинской помощи населению.
7. Оценить показатели качества жизни у больных различными формами ИБС (стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального класса, постинфарктным кардиосклерозом).
8. Разработать предложения по оптимизации численности кардиологических коек ЛПУ административной территории.
9. Предложить организационно-функциональную схему формирования потоков больных и взаимодействия субъектов, оказывающих помощь больным ИБС.

Научная новизна исследования

Впервые в данном исследовании:

- изучена структура клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС, и распространенность сопутствующей патологии;
- дана комплексная социальная оценка контингента больных, получающих стационарную помощь в специализированных учреждениях;
- дана сравнительная оценка показателей качества жизни у больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального классов с постинфарктным кардиосклерозом и без такового. Создана компьютерная программа для автоматического расчета показателей КЖ;
- разработаны предложения по оптимизации численности коечного фонда кардиологических клиник;
- предложена схема взаимодействия субъектов, оказывающих помощь больным ИБС.

Практическая значимость работы

Использование данных о структуре клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС и применение предложенной системы взаимодействия службы главного кардиолога с ЛПУ области позволит повысить эффективность использования коечного фонда и медицинского персонала. Данные о продолжительности стационарного лечения при различных нозологических формах ИБС, а также о наиболее часто встречающейся сопутствующей патологии могут быть использованы для разработки стандартов оказания стационарной медицинской помощи.

Применение разработанной методики оценки потребности населения в стационарной специализированной помощи позволит проводить адекватное ежегодное планирование количества кардиологических коек и, в конечном итоге, повысит экономическую эффективность их использования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Заболеваемость и смертность городского и сельского населения Смоленской области от ишемической болезни сердца имеют выраженную тенденцию роста.
2. В социальной структуре больных ИБС, находившихся на стационарном лечении, преобладают пенсионеры (40,8%) и инвалиды (30,1%), пациенты мужского пола (58,4%). Наиболее многочисленными возрастными группами являются 60–69 лет (28,9%), 70–79 лет (27,0%) и 50–59 лет (22,8).
3. Показатели качества жизни больных стабильной стенокардией напряжения необходимо использовать для динамической оценки качества оказываемой медицинской помощи.
4. Использование лечебно-организационных технологий при оказании стационарной кардиологической помощи больным ИБС в Смоленской области не является адекватным и не позволяет в полной мере удовлетворить потребности населения.

Апробация диссертации

Основные положения настоящего исследования доложены на трех научно-практических конференциях г. Смоленска (2001–2005гг.). Диссертация апробирована на межкафедральной конференции ГОУ ВПО СГМА Росздрава и в ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, в том числе 1 в центральной и 1 в центральной рецензируемой печати.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 121 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, 10 приложений и указателя литературы.

Диссертация содержит 26 таблиц, 2 рисунка и 2 схемы.

Библиография включает 207 работ отечественной литературы и 72 работы иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы цель и задачи, научная новизна и практическая значимость диссертации; изложены основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен аналитический обзор отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме ишемической болезни сердца, ее распространенности и структуре, а также уровню смертности от ИБС. Представлены сведения о социально-гигиенических и медико-биологических факторах риска развития ИБС (факторах образа жизни, биохимических и физиологических параметрах организма, личностных факторах). Анализируется опыт применения опросников для изучения качества жизни пациентов как критериев оценки изменений в сфере физического, психо-эмоционального состояния больных, их социального функционирования, а также в качестве самостоятельного критерия оценки эффективности лечения ИБС. В данной главе приводятся данные о принципах организации первичной и вторичной профилактики, специализированной и высокотехнологичной помощи, реабилитации больных ИБС, существующих проблемах в отечественном здравоохранении, не позволяющих снизить заболеваемость и смертность от данного заболевания. Проведенный анализ литературных данных позволил выявить ряд нерешенных задач в области организации предоставления специализированной помощи больным ИБС, обосновать актуальность исследования, сформулировать цель и задачи настоящей работы.

Во второй главе представлены методика и организация исследования (схема 1).

Организация, программа и методика исследования.



В соответствии с задачами исследования, в программе были выделены следующие составляющие:

- ◆ изучение уровня заболеваемости и смертности от ИБС населения Смоленской области;
- ◆ анализ состояния организации оказания кардиологической помощи;
- ◆ изучение структуры клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС;
- ◆ изучение качества жизни пациентов, страдающих стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функциональных классов;
- ◆ изучение удовлетворенности больных медицинской помощью;
- ◆ обоснование предложений по оптимизации численности коечного фонда кардиологических стационаров;
- ◆ разработка моделей взаимодействия субъектов, оказывающих кардиологическую помощь населению, информационного обмена между ними и формирования потоков пациентов.

Изучение заболеваемости ИБС, показателей обеспеченности населения стационарной помощью, врачами, показателей работы скорой медицинской помощи, дневных стационаров и стационаров круглосуточного пребывания проводилось по данным официальных документов областного бюро медицинской статистики за 1999–2002 годы.

Источником изучения структуры клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС, их возрастно-полового и социального состава явились 952 медицинских карты стационарного больного (ф. 003-у), в которых основным заключительным диагнозом была одна или несколько форм ИБС. За единицу наблюдения принят один случай госпитализации больного по поводу ИБС в одно из отделений баз исследования. В соответствии с разработанным протоколом исследования была произведена выкопировка данных из медицинских карт стационарного больного сплошным методом за 1998–2000 годы. Проанализировано 880 карт выписанных больных и 72 карты пациентов, умерших в стационаре. Полученные сведения были зашифрованы с использованием МКБ-10 и внесены в электронную базу данных. С помощью программы Microsoft Excel выполнена сводка данных, пересчет абсолютных цифр в интенсивные и экстенсивные показатели, заполнены макеты таблиц.

Расчет средних величин, проверка распределений числовых значений признаков на нормальность, сравнение полученных выборочных статистических совокупностей, а также изучение корреляционных связей методом Спирмена, сравнение выборочных долей и доверительных интервалов проводились с помощью программы Statgrafics plus.

Для изучения качества жизни больных стабильной стенокардией напряжения использовался опросник SF-36, включающий 11 вопросов и 36 подвопросов. Опрошено 190 пациентов, находившихся в стационарах, выбранных базами исследования, и имевших в клиническом диагнозе в качестве

основного заболевания стабильную стенокардию напряжения 2 или 3 функционального класса с постинфарктным кардиосклерозом или без него.

Расчет показателей качества жизни для каждого пациента производился по методике, предусмотренной разработчиками опросника SF-36, по 8 доменам:

- физическое функционирование – PF,
- роль физического состояния – RP,
- телесная боль – BP,
- общее ощущение собственного здоровья – GH,
- жизненная сила, или жизнеспособность, – VT,
- социальное функционирование – SF,
- роль эмоциональных факторов – RE,
- психическое здоровье – MH.

В результате каждый пациент получал 8 оценок (по 1 для каждого из доменов КЖ) от 0 до 100%.

Сравнение групп по каждому показателю КЖ проводилось с помощью методов непараметрической статистики. Применялся критерий множественных сравнений Крускала-Уоллиса. Для определения того, в каких именно группах имеются различия, обнаруженные по тому или иному показателю КЖ при проведении множественных сравнений, проведены попарные сравнения групп с разными сочетаниями форм ИБС. Для этого использовался критерий Манна-Уитни.

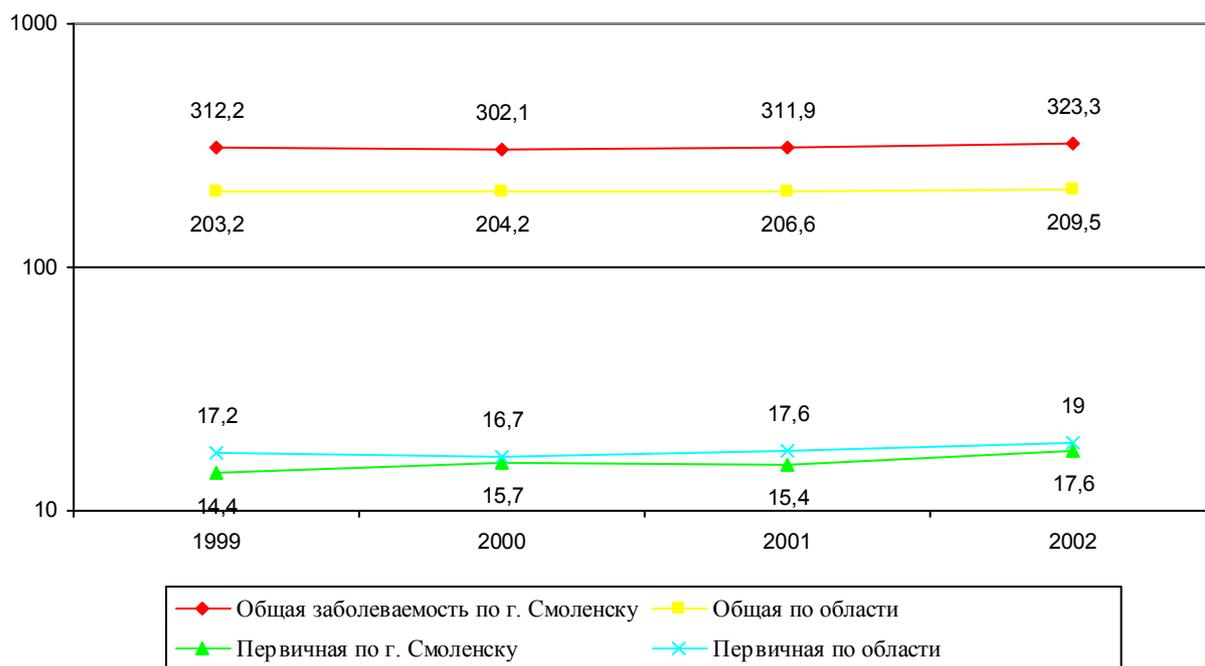
Мнение пациентов о качестве медицинской помощи, а также социальный портрет потребителя медицинских услуг, связанных с лечением ИБС, изучались одновременно с опросом по КЖ по специально разработанной анкете, после чего проведена сводка, статистическая обработка и анализ полученных данных.

Третья глава посвящена изучению и анализу динамики показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения Смоленской области от ИБС за четыре года (1999–2002). По данным официальных документов выявлена устойчивая тенденция роста показателей распространенности и первичной заболеваемости БСК как среди жителей города Смоленска, так и по области в целом (рис. 1).

Тенденции общей заболеваемости ИБС взрослого населения города Смоленска имеет сходство с таковыми у населения области в целом. Пик заболеваемости приходится на 2001 год и составляет $7853^{0}/_{0000}$ – в области и $12860^{0}/_{0000}$ – в городе Смоленске.

Показатели заболеваемости ИБС с временной утратой трудоспособности за 1999–2002 годы не имели выраженной динамики, оставаясь стабильно высокими, причем экономический ущерб, связанный с заболеваемостью ИБС и пропуском рабочих дней мужчинами (26,7 дня на 100 работающих мужчин) в 2,24 раза больше, чем ущерб, формирующийся за счет заболеваемости женщин (11,9 дня на 100 работающих женщин).

Заболеваемость взрослого населения болезнями системы кровообращения по обращаемости в ЛПУ ($^0/_{00}$)



Выраженную неблагоприятную динамику имеют показатели первичного выхода на инвалидность населения Смоленской области, включая г. Смоленск (рис. 2). С 1999 по 2002 годы инвалидизация всего населения по причине ИБС выросла в 2,63 раза, достигнув уровня $15,0^0/_{000}$. Особенно высокой является инвалидизация городского населения ($16,3^0/_{000}$ в 2002 году). Темп ее прироста за четыре года составил 186%. Среди сельского населения эти показатели имеют меньшие значения, но свидетельствуют о крайне неблагоприятном состоянии здоровья населения. Темп прироста инвалидизации сельского населения за изучаемый период равен 102%.

С 1999 по 2002 год коэффициент общей смертности населения г. Смоленска ежегодно увеличивался, и к 2002 году достиг $16,4^0/_{00}$. За этот же период на 2,3% (до уровня $8,8^0/_{00}$) выросла смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Одновременно возросла смертность от ИБС с $5,6^0/_{00}$ до $6,1^0/_{00}$ (на 8,9%). Аналогичный показатель, рассчитанный на трудоспособное население, увеличился с $1,5^0/_{00}$ до $2,2^0/_{00}$ (на 47%).

Показатели смертности населения области, включая г. Смоленск, от БСК и ИБС в течение всех рассматриваемых лет превосходили аналогичные показатели среди населения г. Смоленска. Кроме того, наблюдается постоянный рост удельного веса ИБС в структуре смертности от БСК как по области (с 69,4% в 1999 году до 70,5% в 2002 году), так и по г. Смоленску (с 65,1% до 69,3%, соответственно), что отражает значительный вклад ИБС в формирование неблагоприятной демографической ситуации.

Глава 4 содержит анализ данных о деятельности ЛПУ, обеспечивающих специализированной помощью больных ИБС. В его результате установлен рост доступности амбулаторно-поликлинической помощи для населения,

в том числе доступности помощи, оказываемой на кардиологических койках дневных стационаров, развернутых на базе поликлиник г. Смоленска. Возросли показатели охвата профилактическими осмотрами и диспансеризацией. Однако постоянно увеличивается число выездов специализированной кардиологической бригады СМП, что отражает не только рост распространенности БСК, но и недостаточную эффективность планового лечения. Одновременно с благоприятными изменениями показателей использования кардиологических коек неуклонно снижается уровень госпитализации по поводу БСК и процент отбора на кардиологическую койку, увеличивается больничная летальность от ИБС.

Рисунок 2.

Динамика первичного выхода на инвалидность по поводу ИБС по Смоленской области (‰/000)



В результате комплексного изучения заболеваемости населения административной территории болезнями системы кровообращения и показателей использования фонда кардиологических коек области рассчитан сложившийся уровень (процент) госпитализации на кардиологическую койку. Для этого, исходя из численности взрослого населения области и уровня общей заболеваемости БСК, вычислено общее число больных ССЗ, проживающих в административной территории (табл. 1).

Таблица 1.

Расчет количества лиц, проживающих на территории области, страдающих БСК

Годы	Численность населения (абс. числа)		Общая заболеваемость БСК на 100 тыс. взрослого населения	Количество больных (БСК) по области (абс. числа)
	Всего	В т.ч. взрослого		
1999	1142711	891350	20320,5	181127
2000	1128250	859050	20414,8	175373
2001	1113692	882366	20663,3	182326
2002	1098279	878137	20949,0	183961

Вычисление процента отбора на койку проведено путем деления числа выбывших из кардиологических стационаров области на общее число больных БСК и умножения на 100 (табл. 2). Аналогичным путем получены данные о проценте отбора на кардиологическую койку по г. Смоленску. В 1999–2001гг. этот показатель составлял 5,1%, в 2002г. – 4,3%. Таким образом, как по г. Смоленску, так и по области в целом имеется устойчивая тенденция снижения данного показателя.

Таблица 2.

Расчет процента отбора на койку больных ССЗ по области (включая г. Смоленск)

Годы	Количество выбывших из кардиологических стационаров области (абс. числа)	Количество больных ССЗ по области (абс. числа)	Процент отбора на койку
1999	10033	181127	5,5
2000	9295	175373	5,3
2001	9362	182326	5,1
2002	9235	183961	5,0

На основании представленных данных (о численности взрослого населения, общей заболеваемости, сложившегося уровня отбора на койку), а также установленной в данном исследовании средней длительности пребывания в стационаре больных как всеми БСК, так и ИБС, включая отдельные ее формы, может быть рассчитано необходимое количество специализированных коек. Для чего предлагается следующая формула.

$$K = \frac{N_v * P * \Pi}{10\,000\,000 * O_b}$$

где:

- К – необходимое количество коек для лечения больных данным заболеванием, или классом заболеваний;
- N_v – численность взрослого населения территории;
- Р – общая заболеваемость данной патологией ($^0/_{0000}$);
- П – процент отбора на койку больных данной патологией;
- Об – оборот койки (при лечении данного заболевания).

Оборот специализированной койки рассчитывается делением плановой среднегодовой занятости данной койки (340 дней) на среднюю длительность пребывания в стационаре больных данной нозологической формой заболевания.

В таблице 3 представлен расчет необходимого числа кардиологических коек с использованием данной формулы на примере Смоленской области. Для расчета использовались установленные в ходе данного исследования средние показатели процента отбора на кардиологическую койку (5,3%) и средней длительности пребывания в стационаре больных кардиологического профиля (17,9 дня).

В результате анализа ситуации по обеспеченности области кардиологическими койками выявлены тенденции увеличения необходимого количества коек и снижения численности фактически развернутых коек в кардиологических стационарах области. Таким образом, потребность здравоохранения области в кардиологических койках удовлетворена лишь на 87,5–81,5% (табл. 4). За 4 года рассматриваемый показатель уменьшился на 6,0%, что говорит о неуклонном снижении доступности стационарной кардиологической помощи населению.

Таблица 3.

Расчетная численность коек, необходимых для оказания специализированной кардиологической помощи населению области

Годы	Общая заболеваемость БСК на 100 тыс. взрослого населения	Численность взрослого населения (абс. числа)	Оборот кардиологической койки	Процент отбора на койку	Необходимое число коек
1999	20320,5	891350	19,0	5,3	505
2000	20414,8	859050	19,0	5,3	489
2001	20663,3	882366	19,0	5,3	509
2002	20949,0	878137	19,0	5,3	513

В главе 5 проведено изучение структуры клинических диагнозов больных госпитализированных по поводу ИБС. В результате чего вскрыты следующие закономерности. Среди больных, госпитализированных в кардиологические стационары, преобладают мужчины (58,4%). Самыми многочисленными возрастными группами являются 60–69 лет (28,9%), 70–79 лет (27,0%) и 50–59 лет (22,8%). У мужчин ИБС развивается в среднем на 10 лет раньше, чем у женщин.

Таблица 4.

Доля фактически развернутых кардиологических коек от расчетного числа необходимых кардиологических коек

Годы	Число кардиологических коек, (абс. числа)		Доля фактически развернутых коек от необходимого количества, (%)
	Расчетное	Фактическое	
1999	505	442	87,5
2000	489	434	88,8
2001	509	403	79,2
2002	513	418	81,5

Несмотря на то, что порядок госпитализации больных в Смоленскую областную клиническую больницу имеет благоприятную динамику, структуру направлений в стационар следует считать неудовлетворительной, т.к. удельный вес плановой госпитализации, а также госпитализации по направлениям районных и сельских участковых больниц, поликлиник и амбулаторий не превышает 10,0%. Высока доля больных, поступающих самотеком (17,0%), и доставляемых бригадами скорой медицинской помощи (21,5%).

В структуре клинических диагнозов больных, госпитализированных по поводу ИБС, преобладают: постинфарктный кардиосклероз (33,8 на 100 больных ИБС), стабильная стенокардия напряжения 3 функционального класса (30,0%) и 2 функционального класса (24,5%). Прогностически неблагоприятными формами ИБС следует считать: острый инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз, стабильную стенокардию напряжения 4 функционального класса, а также сочетания атеросклеротического кардиосклероза и стабильной стенокардии напряжения 3 функционального класса, острого инфаркта миокарда и постинфарктного кардиосклероза.

Конкурирующие и фоновые заболевания выносятся в заключительный диагноз редко. Их распространенность соответственно составила 38% и 41%. Среди заболеваний, расцененных как конкурирующие, преобладают артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь, среди фоновых – гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2 типа.

Сопутствующая патология представлена болезнями органов дыхания (981,1‰), системы кровообращения (836,1‰), органов пищеварения (291,0‰), нервной (200,6‰), мочеполовой (182,8‰), эндокринной (146,0‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани (80,9‰), а также туберкулезом легких (9,5‰).

На 100 больных в среднем приходилось 86 осложнений. Среди них наибольшую частоту имели: недостаточность кровообращения 1 степени (324,6‰), недостаточность кровообращения 2А степени (321,4‰), мерцательная аритмия (272,1‰), недостаточность кровообращения 2Б степени (174,4‰) и дыхательная недостаточность 2 степени (110,3‰).

Длительность стационарного лечения зависит от возраста (с увеличением последнего продолжительность лечения незначительно возрастает ($r=0,1026$; $p=0,001$)) и пола пациентов (женщины лечатся на 1,5 дня дольше мужчин). С увеличением возраста пациентов возрастает число форм ИБС в основном диагнозе ($r=0,146$; $p<0,0001$), количество осложнений ($r=0,277$; $p<0,0001$) и сопутствующих заболеваний ($r=0,306$; $p<0,0001$).

Средняя продолжительность заболевания от момента появления первых жалоб у больного до развития острого инфаркта миокарда составила 2 месяца. Острый инфаркт миокарда развивается в среднем на 15,5 лет раньше у мужчин ($Me=54$ года), чем у женщин ($Me=69,5$ лет), и на 5 лет позже, чем другие формы ИБС.

Частота аутопсии в изучаемый период времени оставалась низкой (19,4% умерших от ИБС больных), а процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов – высоким (35,7%), что говорит о низком качестве диагностики данной патологии.

В главе 6 представлены результаты изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Полученные в ходе социологического опроса больных стенокардией оценки отношения медицинского персонала к пациентам свидетельствуют о недостаточной удовлетворенности медицинской помощью в части межличностных отношений «Медицинский работник – Пациент» (негативные оценки получены в 13,1%, хорошие – в 38,9% случаев).

Уровень удовлетворенности больных медицинской помощью также низкий. Лишь 26,3% из них удовлетворены оказанной помощью в полной мере, а 4,2% респондентов предоставленными медицинскими услугами не удовлетворены. Причем социальный статус опрошенных не влияет на уровень оценок, что свидетельствует об объективности последних.

Не является высокой степень доверия врачу. Только 66,8% опрошенных полностью доверяют врачу, 32,1% пациентов доверяют не всегда, а 1,1% респондентов заявили о недоверии лечащему врачу.

Абсолютное большинство из опрошенных больных проходит регулярные медицинские осмотры.

Принцип преемственности в работе поликлиники и стационара соблюдается не всегда. Часто пациенты попадают в стационар, минуя поликлинику, (37,5% мужчин и 43,6% женщин), что свидетельствует о низком качестве диспансерного наблюдения за данным контингентом больных и недостаточной доступности кардиологической помощи, предоставляемой поликлиникой.

Несмотря на низкую удовлетворенность оказанной помощью, большая часть пациентов (69,6% мужчин и 73,1% женщин) отметили улучшение своего состояния после стационарного лечения и выразили желание повторно лечиться в данном стационаре (66,9% опрошенных).

Единого мнения об организации дневных стационаров больными не высказано. Большая их часть (48,2% мужчин и 53,8% женщин) затруднились ответить на данный вопрос.

Мнение пациентов о платных медицинских услугах также не является однозначным: одобряют расширение платных медицинских услуг 40,6% работающих пациентов, 37,5% пенсионеров. Отрицательное отношение к платным медицинским услугам высказали 52,8% пенсионеров и 24,8% неработающих инвалидов.

Глава 7 посвящена изучению качества жизни больных, страдающих самыми распространенными формами ИБС (стабильной стенокардией напряжения и постинфарктным кардиосклерозом), как социального аспекта заболеваемости данной патологией. Произведена оценка факторов, влияющих на показатели КЖ. В данном разделе исследования использовалась анкета SF-36.

Установлено, что наименьший уровень КЖ в изучаемых группах наблюдается по таким шкалам как роль физического состояния (RP) и роль эмоций (RE). Медианы данных показателей в рассматриваемых группах пациентов составили, соответственно, 0% и 0–33,3%. Несколько выше уровень жизнеспособности больных (10–15%), физического функционирования (20–45%), общего ощущения собственного здоровья (20–47%). Колебания медиан по шкале телесной боли (BP) наблюдались от 26,5 до 42%, по шкале психического здоровья (MH) – от 24% до 56%. Показатель социального функционирования (SF), имеет самые высокие медианы (37,5% – 56,3%).

Таким образом, КЖ больных ИБС (стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 ф.к. и постинфарктным кардиосклерозом) имеет низкий уровень по

всем шкалам анкеты SF-36 (не превышающий 56,3%), что обусловлено негативным влиянием симптомов заболевания на разные стороны жизнедеятельности больных.

В результате проведенного сравнительного анализа показателей КЖ выявлено:

- достоверное ухудшение КЖ больных стабильной стенокардией напряжения, с увеличением ее функционального класса (от 2 к 3) по четырем шкалам КЖ (GH, MN, RE, VT);
- отсутствие влияния постинфарктного кардиосклероза на КЖ больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 ф.к.;
- достоверно более высокое КЖ, измеряемое шкалами GH, VT, MN и RE, у мужчин, страдающих стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 ф.к., чем у женщин с той же патологией;
- отсутствие достоверных межполовых различий показателей КЖ у больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 ф.к. с постинфарктным кардиосклерозом.

В **заключении** представлены выявленные в ходе данного исследования основные недостатки в системе организации специализированной помощи больным ИБС:

- отсутствие региональной целевой программы профилактики возникновения ИБС среди здорового населения;
- низкий процент пациентов, госпитализируемых в планом порядке для обследования и лечения данного заболевания, отсутствие преемственности в работе СОКБ, ЦРБ, районных и городских поликлиник, службы скорой медицинской помощи;
- отсутствие областного кардиологического диспансера и структур, его заменяющих, обеспечивающих организационно-методическое руководство кардиологической службой, выделение контингентов лиц с повышенным риском развития ИБС, систематическое их обследование, динамическое наблюдение и лечение;
- низкое качество диспансерного наблюдения;
- низкий уровень доверия врачам.

На основании материалов настоящего диссертационного исследования разработаны организационно-функциональные модели взаимодействия субъектов оказания специализированной медицинской помощи пациентам кардиологического профиля (схема 1) и системы мониторинга заболеваемости и смертности населения от ИБС, объема и качества медицинской помощи (схема 2).

ВЫВОДЫ

1. Выявлена устойчивая тенденция роста первичной (с 17,2‰ в 1999г. до 19,0‰ в 2002г.) и общей (с 203,2‰ в 1999г. до 209,5‰ в 2002г.) заболеваемости болезнями системы кровообращения среди населения административной территории. Их уровни превышают соответствующие показатели по Россий-

ской Федерации. Ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место в структуре БСК. Ее распространенность также постоянно увеличивается (с 6996⁰/₀₀₀₀ – в 1999г. до 7454⁰/₀₀₀₀ – в 2002г.) Уровень первичной заболеваемости ИБС вырос с 336⁰/₀₀₀₀ – в 1999г. до 365⁰/₀₀₀₀ – в 2002г. Неуклонный рост имеют показатели инвалидности (с 1999 по 2002г. – в 2,63 раза) и смертности (с 7,5‰ в 1999 году до 8,6‰ в 2002 году) от данного заболевания.

2. Сокращение коечного фонда круглосуточного пребывания больных на региональном уровне в результате развития ресурсосберегающих технологий позволяет интенсифицировать работу специализированных коек, увеличив среднегодовую занятость кардиологической койки (до 349,8 дня) и ее оборот (до 23,9) при минимальном изменении средней длительности пребывания в стационаре (до 14,7 дня).

3. Число кардиологических коек, необходимое для удовлетворения потребности населения области в специализированной помощи, рассчитанное с помощью предлагаемой в данном исследовании формулы, учитывающей заболеваемость БСК, неуклонно растет. Дефицит коек составляет 12,5–18,5%. Вследствие данных тенденций доступность стационарной кардиологической помощи неуклонно снижается, что подтверждается постоянным уменьшением процента отбора на кардиологическую койку (с 5,3% до 5,0%).

4. Социальная структура больных ИБС, находившихся на стационарном лечении представлена: пенсионерами (40,8%), инвалидами (30,1%), работающими (24,9%) и неработающими (4,2%) пациентами. В возрастно-половой структуре пациентов 58,4% составляют мужчины, 41,6% – женщины. Самыми многочисленными возрастными группами являются: 60–69 лет (28,9%), 70–79 лет (27,0%) и 50–59 лет (22,8%).

5. В структуре клинических диагнозов госпитализированных больных ИБС наибольший удельный вес имеют: постинфарктный кардиосклероз и стабильная стенокардия напряжения 3 и 2 функционального класса. Среди умерших больных достоверно чаще, чем среди выписанных пациентов, встречаются: острый инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения 4 функционального класса, а также сочетания: атеросклеротического кардиосклероза и стабильной стенокардии напряжения 3 функционального класса, ОИМ с постинфарктным кардиосклерозом. Этот факт позволяет считать данные формы ИБС и их сочетания прогностически неблагоприятными.

6. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных ИБС, находящихся в стационаре, является класс болезней органов дыхания (981,1‰), системы кровообращения (836,1‰), органов пищеварения (291,0‰). Менее распространены заболевания нервной (200,6‰), мочеполовой (182,8‰), эндокринной (146,0‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани (80,9‰) и туберкулез легких (9,5‰).

Чаще других вынесенных в заключительный диагноз осложнений ИБС встречаются: недостаточность кровообращения 1-й (324,6‰) и 2А степени (321,4‰), мерцательная аритмия (272,1‰), недостаточность кровообращения 2Б степени (174,4‰) и дыхательная недостаточность 2 степени (110,3‰).

7. У мужчин инфаркт миокарда развивается в среднем на 15,5 лет раньше, чем у женщин ($p=0,0$). В связи с высокой летальностью данная нозологическая форма вносит вклад в негативное изменение возрастно-половой структуры населения. Вместе с тем инфаркт миокарда развивается достоверно позже (в среднем на 5 лет), чем другие формы ИБС. Острый инфаркт миокарда является дебютом ИБС у 15,7% больных.

8. С увеличением возраста больных ИБС длительность пребывания их в стационаре незначительно ($r=0,1026$, $p=0,001$) возрастает. Данный показатель также зависит от пола пациентов. У мужчин он составляет 15 дней, у женщин – 16,5 дня ($p=0,014$). Длительность пребывания в стационаре больных ИБС не зависит от таких факторов как: проживание пациента в городе или сельской местности, наличия инвалидности, правильности диагноза, установленного направившим учреждением, наличия осложнений основного заболевания.

9. Большая часть пациентов (69,4%) удовлетворена медицинской помощью не в полной мере и лишь 26,4% опрошенных удовлетворены медицинской помощью. Не удовлетворены оказанной помощью 4,2% больных. 86,9% респондентов расценили отношение медицинского персонала как хорошее и удовлетворительное. 13,1% опрошенных оценили отношение персонала негативно. Вместе с тем, о своем доверии врачу заявили 66,8% респондентов, 32,1% доверяют врачу не всегда и 1,1% опрошенных высказали недоверие.

10. К достоверному ухудшению КЖ, измеряемого шкалами SF-36: общего ощущения собственного здоровья (GH), психического здоровья (MH), роли эмоций (RE), жизнеспособности (VT), приводят такие факторы как:

- утяжеление стабильной стенокардии напряжения (при переходе от второго к третьему функциональному классу);
- принадлежность к женскому полу больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального класса.

Доказано отсутствие влияния постинфарктного кардиосклероза на КЖ больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального класса.

Установлено, что принадлежность больных стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального класса с постинфарктным кардиосклерозом к мужскому или женскому полу не оказывает влияния на качество их жизни.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для борьбы с дальнейшим ростом заболеваемости и смертности населения области от ИБС разработать и утвердить целевую программу профилактики и раннего выявления ИБС. Внедрить организационно-функциональную модель взаимодействия органов управления здравоохранения области, лечебно-профилактических учреждений и отдельных врачей (схема 2), обеспечивающую максимальный охват населения профилактическими осмотрами и обеспечение нуждающихся адекватным лечением в ам-

булаторных и стационарных условиях, оперативный учет и контроль своевременности проведения лечебных и профилактических мероприятий, эффективное взаимодействие всех субъектов, занятых медицинским обеспечением кардиологических больных.

2. В целях получения оперативной информации об образе жизни населения, суммарном риске развития ИБС у отдельных лиц, потребности в медико-социальной помощи, о распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также для формирования групп повышенного риска и динамического наблюдения за ними необходимо систематическое скрининговое наблюдение за всеми лицами мужского пола старше 35 лет, и женского – старше 40 лет. Для чего следует внедрить разработанную систему мониторинга заболеваемости и смертности населения от ИБС (схема 3). Эта же система может быть использована для эффективного контроля за проведением профилактических, диагностических и оздоровительных мероприятий, координации деятельности участвующих субъектов по оказанию специализированной помощи больным ИБС.

3. Рациональным и экономически целесообразным является использование стационарзамещающих медицинских технологий при оказании медико-социальной помощи.

4. В связи с ежегодным сокращением численности населения административной территории и неуклонным ростом заболеваемости как ИБС, так и всеми БСК постоянно изменяется потребность населения в стационарной кардиологической помощи. Для расчета необходимого количества специализированных коек предлагается использовать специально разработанную модификацию формулы.

5. Для улучшения качества медицинской помощи, оценки эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий в рамках диспансеризации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендуется использовать анкету SF-36, позволяющую оценить изменения качества их жизни. А также применять программу автоматического расчета показателей качества жизни. Для одновременного использования с анкетой SF-36 в опросник для пациентов следует внести вопросы, касающиеся длительности заболевания, частоты прохождения медицинских осмотров, кратности лечения в стационаре и амбулаторных условиях и другие.

6. Результаты данных исследований включить в лекционные курсы кафедр терапевтического профиля, общественного здоровья и здравоохранения медицинских ВУЗов. Использовать в докладах научно-практических конференций.

Организационно-функциональная схема взаимодействия субъектов оказания специализированной медицинской помощи пациентам кардиологического профиля



Организационно-функциональная схема системы мониторинга
заболеваемости и смертности населения от ИБС, объема и качества
медицинской помощи



СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Шумилин В.В. Динамика заболеваемости населения ишемической болезнью сердца. Депонирована в Гос. центр. научной библиотеке за № Д – 26823 от 3.07.2001 г.
2. Шумилин В.В. Реформы и здоровье населения в XXI веке: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Ресурсосбережение и экономическая безопасность». (Смоленск 17–18 октября 2001). – Смоленск, 2001–С. 86–88. /с соавт.: Хозяинов Ю.А., Угненко Н.М./
3. Шумилин В.В. Распространенность ишемической болезни сердца среди населения Смоленской области: Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения центрального региона России. (Смоленск 27–29 ноября 2002).–Смоленск, 2002.–С. 59–61. /с соавт.: Угненко Н.М./
4. Шумилин В.В. Структура госпитализированной заболеваемости ишемической болезнью сердца // Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 7 – Санкт-Петербург, 2002.–С. 200–203.
5. Шумилин В.В. Показатели госпитализированной заболеваемости инфарктом миокарда // Вестник Смоленской медицинской академии. Выпуск 3 – Смоленск, 2005.–С. 89–90.
6. Шумилин В.В. Оценка качества жизни больных стенокардией. – Математическая морфология. Электронный математический и медико-биологический журнал.–Т. 5.–Вып. 4.–2006.–URL:
<http://www.smolensk.ru/user/sgma/MMORPH/N-12-html/shumilin.htm>
<http://www.smolensk.ru/user/sgma/MMORPH/TITL.HTM>