

Г. Ш. Рахимова, А. В. Петрова, Я. Е. Рыбак, С. И. Корчагов, Я. А. Сидоров, И. А. Жмакин,
В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России
**БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПОСЕТИТЕЛЕЙ
ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА РАБОТЫ
ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В последние годы органы здравоохранения Европейского региона Всемирной организации здравоохранения стали проявлять все больший интерес к оценке деятельности системы здравоохранения как к одному из инструментов стратегического руководства практическим здравоохранением [1]. Это обусловлено тем, что основой повышения медико-социальной и экономической эффективности функционирования системы здравоохранения и качества оказания медико-профилактической помощи населению является поиск, разработка, внедрение и правильное применение новых медицинских услуг, позволяющих сделать прорыв в развитии медицины [2, 3, 4].

Цель исследования: с помощью выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы у взрослых посетителей торговых центров Твери оценить качество работы практического здравоохранения Твери.

Материалы и методы: анализ статистических данных, юридических документов и литературных источников, а также анкетирование и экспресс диагностика состояния сердечно-сосудистой системы жителей города Твери. На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах «А-Мега» и «Кредо» Твери у 267 посетителей было проведено профилактическое консультирование.

В него входило: заполнение листа регистрации факторов риска здоровья, в котором, в частности, был вопрос «Страдаете ли Вы (врач поставил диагноз) в настоящее время гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца (стенокардия, инфаркт миокард, нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность), кардиомиопатией или цереброваскулярными болезнями (инсульт, преходящие нарушения мозгового кровообращения?»); измерение роста, массы тела, артериального давления и жировой массы тела; определение экспресс методом уровня глюкозы и холестерина крови, а также регистрация ЭКГ в стандартном отведении I и в 12-ти общепринятых отведениях с использованием виртуальных технологий (система «Кардиоритм»). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение: среди причин смерти на долю сердечно-сосудистых заболеваний в Тверской области приходится более 60 %. Смертность от болезней органов кровообращения в регионе превышает в 1,6 раза показатель по России (1475 и 928 на 100 тыс. населения соответственно). Особенностью смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации, в том числе в Тверской области, является высокая поражаемость трудоспособного социально-активного населения, что в условиях неблагоприятной медико-демографической ситуации, крайне негативно влияет на экономику и социальное развитие как региона, так и страны в целом. Каждый третий житель Тверской области (а среди мужчин около 50%) умирает в трудоспособном возрасте. В связи с этим, особую значимость приобретают вопросы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Приближенность первичной медицинской помощи к пациенту, безусловно, влияет на ранее выявление первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Разработка, внедрение и правильное применение новых организационных медицинских услуг, таких как мобильное здравоохранение в частности, позволяют повысить медико-социальную и экономическую эффективность функционирования системы здравоохранения, увеличить качество оказания медико-профилактической помощи населению.

Современная амбулаторно-поликлиническая помощь — основа решения следующих демографических задач:

- оказание более 60 % объема всей медицинской помощи реальная профилактика неинфекционных заболеваний (диспансеризация, профилактическое консультирование, диспансерное наблюдение);
- необходимость организации полноценной системы реабилитации больных с неврологическими, кардиологическими заболеваниями и после оперативных вмешательств на суставах, в том числе в амбулаторных условиях;
- новое понимание гериатрии, создание гериатрической службы Российской Федерации с акцентом на патронажные службы и амбулаторно-поликлиническое звено;
- паллиативная медицинская помощь, новые порядки организации медицинской помощи взрослым и детям;
- электронная медицинская карта;
- телемедицинские технологии, дистанционное наблюдение.

Однако, по данным Министерства Здравоохранения РФ, в ходе диспансеризации участковые врачи распознают факторы риска неинфекционных заболеваний в 2 раза реже их фактического наличия, в сравнении с результатами выборочной проверки амбулаторных карт. Так артериальная гипертензия 16,1 % против 32,7 %, гипергликемия 2,3 % — 4,7 %, избыточная масса тела 16,3 % — 37,7 %, курение 13,3 % — 13,8 %, риск алкоголизма 1,1 % — 2,3 %, низкая физическая активность 17,1 % — 27,7 %, нерациональное питание 26,58 % — 80,59 %. Причинами этого являются: недостаточное понимание роли факторов риска развития неинфекционных болезней и значимости их коррекции для предотвращения осложнений, а также отсутствие базовых навыков диагностики.

По результатам обследования жителей Твери в торговых центрах установлено, что в целом заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдало 84 (31,5 %) профилактически проконсультированных посетителя торговых центров. При этом гипертонической болезнью была у 42 (15,7 %) человек, ишемическая болезнь сердца — у 13 (4,9 %), цереброваскулярные болезни — у 2 (0,8 %) и сочетанная патология была зарегистрирована у 27 (10,1 %). В то же время обнаружено, что повышенное давление было у 32 (11,9 %), уровень холестерина крови более 5,2 ммоль/л — у 9 (3,4 %), а у 75 (25,9 %) зарегистрирована сердечная аритмия. К этому следует добавить, что только 52 (80,0 %) больных гипертонической болезнью с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы принимали гипотензивные препараты.

Для решения этих проблем необходима смена парадигмы участкового терапевта «от лечения обострений к их предупреждению». Улучшение качества диспансеризации, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения ведет к предупреждению обострений, снижению числа обращений, вызовов скорой помощи и госпитализаций, что в свою очередь приводит к повышению качества жизни и снижению числа предотвратимых смертей.

Выводы: улучшение качества первичной медицинской, а также специализированной, помощи крайне необходимо с целью повышения медицинской эффективности, снижения заболеваемости и преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. И одним из путей решения этой задачи может стать внедрение мобильного здравоохранения.

Литература

1. Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения. Многолетний процесс в европейском регионе. ВОЗ, 2012. Режим доступа: <http://www.euro.who.int.pdf>.

2. Тюмина О. В. Обоснование региональной системы управления инновационной деятельностью по разработке и внедрению клеточных и лабораторных технологий. 2014 г. Режим доступа: <http://szgmu.ru/ds/upload.pdf>.
3. Татарников М.А. Основные положения систем менеджмента качества // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2011. — №2. — С. 10.
4. Сердюк А. М., Корзун В. Н., Калинин М. Н., Давыдов Б. , Кириленко Н. П., Жмакин И. А. Укрепление и сохранение здоровья человека — общее дело ученых разных стран // Environment&Health (Довкілля та здоров'я). — №1. — 2010. — С. 3-8.
5. Приказ Минздрава России от 23.06.2015 №361 «О внесении и изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012г. №543 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»