

УДК 616.1-036.88-84

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СНИЖЕНИИ
СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Снижение смертности — самая значимая проблема демографического развития страны, а одним из путей снижения является определение приоритетных направлений по выявлению предотвратимых причин смертности и возможности их устранения [1, 2]. В условиях социально-экономических реформ, обостривших влияние многих социально-гигиенических факторов на здоровье населения, и необходимости реформирования системы здравоохранения, требуются как исследования факторов риска заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (БСК), так и поиск новых путей совершенствования организации медицинской помощи и профилактики данной патологии в современных условиях.

Актуальность проблемы определяется высокой распространенностью болезней системы кровообращения, а также значительными медицинскими, социальными и экономическими потерями, связанными с ними.

К настоящему времени в стране сложились определенные закономерности в структуре причин смертности населения. Однако, поскольку для изучения причин смертности используются не только врачебные свидетельства о смерти, но и фельдшерские справки, есть основание предположить наличие погрешностей при диагностике причин смерти [1, 3].

В области организации и управления здравоохранением используется большое число медико-статистических показателей. Вместе с тем качество информации, от которой, в значительной степени, зависит эффективность управленческих решений, как правило, не удовлетворяет некоторым важным требованиям. В такой ситуации особую значимость приобретает система сбора и обработки данных о смертности, которая в настоящее время имеет серьезные недостатки и искажения, что снижает достоверность показателей смертности и вызывает необходимость совершенствования статистики смертности.

Особенно необходимым представляется детальное изучение региональных особенностей причин смерти населения и долговременных тенденций их изменения, поскольку это позволяет на основе сравнительной оценки альтернативных стратегий обосновать подход к снижению смертности, наиболее адекватно сложившейся медико-демографической ситуации с учетом региональной специфики и тенденции.

Сокращение населения страны от смертности при БСК затрагивает лиц трудоспособного возраста, т. е. экономически активное население, что, в свою очередь, усугубляет дефицит рабочей силы страны. Предотвратимость смертельных исходов при БСК является реальным резервом снижения смертности населения, решения демографических проблем на основе совершенствования системы организации медицинской помощи [2].

Крайне актуальным становится разработка и внедрение новых, нестандартных решений, новых форм управления здоровьем, позволяющих на основе малозатратных технологий обеспечить необходимый профилактический эффект.

Цель исследования

Разработка и обоснование организационных технологий по снижению смертности от БСК населения трудоспособного возраста.

Результаты и обсуждение

С целью определения путей снижения смертности населения трудоспособного возраста нами проведено изучение смертности от БСК данной возрастной категории за период 2004–2008 гг. в Гомельской области.

Ежегодно в этом регионе от БСК в трудоспособном возрасте умирает более 1500 человек. Доля умерших от БСК в трудоспособном возрасте от всех умерших за изучаемый период была наибольшей в 2007 г. и составила 14,4 %, наименьшей в 2005 г. — 12,5 %.

Наибольший показатель смертности от БСК в трудоспособном возрасте в Гомельской области с 2004 по 2008 г. наблюдался в 2006 г. и составил 182,5 на 100 тыс. населения, наименьший в 2007 г. — 168,2 на 100 тыс. населения. Каждая седьмая смерть от БСК среди жителей области приходится на людей трудоспособного возраста, причем каждая четвертая регистрируется у мужчин в трудоспособном возрасте.

Для изучения смертности проанализировали 7851 случай смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения, имевших место в 2004–2008 гг., в том числе 6623 случаев — у мужчин (84,3 %) и 1228 — у женщин (15,7 %). Источниками информации для анализа послужили формы первичной медицинской документации: медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у), медицинская карта стационарного больного (учетная форма 003/у).

Были использованы материалы Национального статистического комитета Республики Беларусь: сводные отчеты из ЗАГСов, врачебные свидетельства о смерти (форма 106/у) и фельдшерские справки о смерти (форма 106-1/у). Материал был представлен в абсолютных цифрах и заносился в исследовательскую форму первичной регистрации смертности от БСК в Гомельской области. Расчет интенсивных показателей смертности от БСК проводился с учетом среднегодовой численности населения (статистический сборник «Возрастно-половая структура населения Республики Беларусь и областей и среднегодовая численность населения за 2003–2009 гг.»).

С целью детального изучения смертности трудоспособного населения Гомельской области разработали специальный статистический инструментарий «Карта учета случая смерти от БСК в трудоспособном возрасте». Также было разработано и внедрено программное обеспечение «Учет случаев смерти от БСК», предназначенное для сбора, анализа и изучения информации о смертности от БСК населения трудоспособного возраста. Это позволило проанализировать не только социальный статус умерших — семейное положение, профессиональную принадлежность, образование, но и распространенность среди них факторов риска по различным поло-возрастным, социальным группам, приверженность к лечению (регулярность наблюдения в медицинских учреждениях, выполнение рекомендаций врачей).

Карта содержит фактические данные об умершем: место жительства, пол, возраст, социальное положение, профессия и место работы, а также состоял ли умерший в браке или нет. Дается характеристика периода наступления смерти (дата и причина смерти, где произошла смерть). Карта включает раздел, содержащий информацию о наличии факторов риска умершего, регулярность посещения врача и выполнение его рекомендаций.

В карту выкопировали диагнозы из медицинского свидетельства о смерти, с которыми наблюдался умерший.

Важным разделом карты является оценка каждого случая смерти с позиции последнего обращения за медицинской помощью.

Проведенный нами анализ смертности населения от БСК на региональном уровне показал высокий удельный вес смертей, наступивших вне стационара (дома, на улице, на работе, в транспорте и других местах). Так, среди умерших от БСК в 2007 г. — 79,3 % умерли вне стационара, в 2008 г. — 79,2 %, в 2009 г. — 75,8 %. Среди населения трудоспособного возраста смерть от БСК, практически в 50 % случаев, наступает вне стационара. Так, в 2007 г. удельный вес умерших в трудоспособном возрасте вне стационара составил 58,8 %, в 2008 г. — 54,3 %, в 2009 г. — 47,7 %.

Большая часть смертельных исходов происходит дома, на улице и в других местах еще до прибытия скорой помощи. В связи с этим основным видом помощи людям, страдающим БСК, является первая помощь или неотложная само- и взаимопомощь.

Первая помощь при неотложных состояниях — это комплекс экстренных организационных, диагностических и лечебно-эвакуационных действий, предпринимаемых самим больным (пострадавшим) или лицами, находящимися рядом в период от начала развития неотложного состояния до прибытия медицинского работника. Степень неотложности мероприятий по оказанию помощи определяет скорость развития патологического процесса.

Осложненный гипертонический криз, острая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, пароксизмальные формы тахикардий являются основными причинами вызова скорой помощи и обуславливают не менее 90 % всей летальности от сердечно-сосудистых заболеваний.

При всех неотложных состояниях очевидно, что чем раньше оказывается помощь, чем быстрее больной доставляется в специализированный стационар, тем выше вероятность купирования патологического процесса и эффективнее все последующее лечение. По этой причине первая помощь (само- и взаимопомощь) может и должна быть наиболее эффективной, обеспечивать своевременную госпитализацию и спасение жизни человека. Однако такая столь необходимая, а главное - реально возможная в настоящее время помощь практически отсутствует.

Как это ни парадоксально, но поздняя госпитализация при ряде заболеваний резко снижает госпитальную летальность. Это происходит, когда основная масса больных погибает еще до поступления в стационар.

Как показали наши исследования, основные причины задержек госпитализации связаны с самими больными и их родственниками: недооценили тяжесть и опасность состояния, не знали, что делать, надеялись, что станет лучше, особенно после приема какого-нибудь лекарства, стеснялись беспокоить людей и вызывать скорую помощь, особенно в ночное время или когда заболевший находится в состоянии алкогольного опьянения.

Таким образом, в настоящее время ни больной, ни его родственники или окружающие его люди не имеют четких рекомендаций (стандартов) неотложной само- и взаимопомощи, практически полностью отсутствуют и специальные средства оказания такой помощи. На месте развития неотложного состояния, в абсолютном большинстве случаев, нет необходимых лечебных средств, которые могут самостоятельно использовать больной или его родственники. Кроме того, нет ни одного государственного или общественного органа, непосредственно занимающегося этой проблемой. В то же время своевременные примененные достаточно простые и малозатратные меры первой помощи по своей клинической и экономической эффективности могут превзойти самые современные медицинские технологии, существенно их дополнить и спасти жизни тысяч сограждан.

Любые самые высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность населения страны, когда более 80 % людей умирают вне стационаров, большинство из них без какой-либо медицинской помощи.

Приведенные факты свидетельствуют об актуальности проблемы организации и современного обеспечения самопомощи при неотложных состояниях. Ее решение явля-

ется одним из основных путей снижения уровня внебольничной летальности и существенного повышения эффективности медицинской помощи населению.

Для повышения эффективности первичной помощи нами разработаны методы и средства самопомощи при тех неотложных состояниях, которые наиболее вероятно могут развиваться. Также разработаны и утверждены на региональном уровне типовые алгоритмы действий (больного, пострадавшего или его окружения) и приема лекарств при наиболее часто встречающихся неотложных состояниях.

На основании этого нами разработаны предложения и варианты для формирования индивидуальной (карманной) аптечки неотложной самопомощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также подготовлены предложения по производству аптечек для оказания первичной медицинской помощи отечественной фармпромышленностью.

Полученные по результатам ретроспективного анализа данные об уровне 10-летнего риска ССЗ среди умерших в 2008–2009 гг. дают нам основание внести дополнения в Постановление Министерства здравоохранения «О диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь». В частности, при оценке 10-летнего риска сердечно-сосудистых заболеваний с учетом пола, возраста, статуса курения, АД и общего холестерина по шкале SCORE необходимо учитывать образование, трудовую занятость, профессиональную принадлежность, брачный статус, а также факт злоупотребления алкоголем, уровень психосоциального стресса.

Следует выделять медико-социальные группы с высоким риском развития ССЗ и их осложнений с учетом профессии: сельскохозяйственные и промышленные рабочие, безработные, с учетом брачного статуса, а именно не состоящих в браке мужчин и женщин. С целью повышения эффективности диспансеризации, проводимой согласно постановлению МЗ РБ от 12.10.2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь», организовать проведение ежегодных профилактических осмотров рабочих промышленных предприятий, рабочих агропромышленного комплекса. Расширить функции врачей общей практики (ВОП), участковых врачей, врачей врачебных амбулаторий по диагностике факторов риска БСК, проведению профилактического консультирования.

Результаты проведенного исследования позволили также выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективный — воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные — доминирование внутреннего локуса контроля; а также высокой личностной тревожности и «типа А» поведенческой активности. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то неправомерно говорить, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца, это скорее их следствие.

На полученные результаты мы опирались при создании программы психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия были направлены, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т. п., с другой стороны — на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т. д.).

Нами отработан мультидисциплинарный подход при реализации психокоррекционной программы с участием в работе не только врача, но и психолога. Предметом особой заботы и внимания этих специалистов было стремление довести информацию профилактического плана до всей семьи пациента, изменить стиль жизни ее членов и тем самым предупредить возможность возникновения в этом микросоциуме новых случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Длительная и особенно внезапно возникшая тяжелая кардиологическая болезнь, необходимость продолжительного лечения, оперативного вмешательства, угроза инвалидизации являются серьезными стрессогенными факторами, которые ухудшают психологическое состояние пациентов, усложняют их лечение на разных этапах, ухудшают прогноз течения заболевания. Вследствие этого, как показали наши исследования, значительная часть кардиологических пациентов нуждается в психотерапевтической и психологической помощи.

В связи с этим нами разработаны предложения в организационно-штатную структуру кардиологического диспансера и подготовлено обоснование для введения должностей медицинского психолога. Необходимо рассмотреть вопрос обеспечения врачами-психологами, психотерапевтами ЦРБ, городских стационаров и поликлиник, кардиологических диспансеров для обеспечения психодиагностики и психокоррекции пациентов с целью первичной и вторичной профилактики болезней системы кровообращения.

Следует предположить, что разработка и внедрение профилактических мероприятий для уже выявленных социальных групп высокого риска позволят снизить смертность от БСК. Указанные медико-социальные особенности необходимо учитывать при оценке индивидуального сердечно-сосудистого риска и планировании профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Таким образом, исследование по изучению смертности от БСК трудоспособного населения Гомельской области позволило выявить ряд недостатков медико-организационного характера, что является основой для целенаправленного планирования и разработки мероприятий управлениями и организациями здравоохранения по совершенствованию оказания медицинской помощи при БСК, а это, в свою очередь, будет способствовать снижению смертности населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артамошина, М. П. // Бюл. НИИ общественного здоровья РАМН. — 2007. — Вып.1. — С. 47–51.
2. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / под науч. ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М., 2006.
3. Цыбин, А. К. Динамика и оценка территориальных особенностей смертности населения Республики Беларусь по причинам / А. К. Цыбин, Н. И. Гулицкая, Т. Н. Глинская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2007. — № 1. — С. 44–48.