

В соответствии с поставленной целью нами выделены виды аудита, каждый из которых предполагает более конкретные цели и задачи, а также формы, методы осуществления: внешний аудит — осуществляется врачом-валеологом с целью контроля соблюдения требований профилактического консультирования; внутренний аудит — осуществляется администрацией учреждения здравоохранения с целью проверки эффективности рекомендаций при профилактическом консультировании.

При ранней реабилитации на догоспитальном этапе пациентам были предложены конкретные оздоровительные мероприятия, включающие чаще нефармакологические, стимулирующие естественные механизмы репарации: режим дня, отдыха, физических упражнений, питания, физиотерапевтические методы.

Результаты оптимизации профилактических мероприятий в амбулаторных условиях показали, что у пациентов трудоспособного возраста отмечены позитивные изменения в их образе жизни относительно изменений, касающихся важности модификации образа жизни, лекарственной терапии и постоянного медицинского сопровождения. Были выявлены значимые отличия относительно следующих показателей: изменение привычного образа жизни, диеты из-за болезни, ежедневного приема препаратов, измерения артериального давления, регулярное посещение врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf [et al.] // Lancet. — 2004. — № 364. — P. 937–952.
2. Tocci, G. M. Development of heart failure in recent hypertension trials / G. M. Tocci, S. Sciarretta // Journal of Hypertension. — 2008. — № 7. — P. 1477–1486.
3. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States / K. Wolf-Maier [et al.] // Journal of the American Medical Association. — 2003. — № 18. — P. 2363–2369.
4. Будник, Я. И. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний в городской среде / Т. М. Шаршакова, И. А. Чешик // Вопр. организ. и информ. здравоохран. — 2014. — № 3. — С. 50–58.

УДК 616.1-084

ОБОСНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АУДИТА ЗА КАЧЕСТВОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Будник Я. И.¹, Шаршакова Т. М.¹, Попков Д. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Управление здравоохранения Гомельского облисполкома
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Результаты проведенной нами экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) на терапевтическом участке показали, что у 84,7 % пациентов районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, 70,5 % — городской поликлиники ($p < 0,05$). При этом в дневниках наблюдения у пациентов отсутствуют рекомендации по коррекции питания, модификации образа жизни, которые должны проводиться в рамках диспансеризации [1].

Повышение качества медицинской помощи (МП) пациентам с АГ в последние десятилетия остается приоритетной задачей современного здравоохранения как в Беларуси, так и за рубежом. Особый акцент в решении проблемы АГ сделан на амбулаторный этап лечения [2]. Опыт зарубежных стран показал, что наиболее значимых результатов в улучшении качества МП больным АГ и в снижении смертности от болезней системы кровообращения (БСК) позволяет добиться введение системы медицинского аудита [3].

Цель

Разработать и обосновать этапы медицинского аудита профилактического консультирования пациентов с факторами риска болезней системы кровообращения в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования

Экспертная оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца проводилась по карте — схеме, разработанной авторами в соответствии с инструкцией о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь постановления МЗРБ от 12 октября 2007 г. № 92 (в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2011 № 51). Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с АГ и ИБС.

Проведено исследование на базе диспансерного отделения учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Выборочную совокупность составили 256 пациентов, страдающих АГ: 113 мужчин и 143 женщины (средний возраст 47,1 лет), до проведения индивидуального профилактического консультирования — 156 человек; после проведения индивидуального профилактического консультирования — 100 человек.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ карт амбулаторного пациента показал, что уже при их постановке на диспансерный учет, не в полном объеме выявлялись причины и факторы риска заболеваний. Осмотр участкового врача-терапевта отсутствовал у пациентов с АГ в районной поликлинике у 24 %, в г. Гомеле — 10,2 % ($p < 0,05$), что противоречит инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь.

У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией отсутствовали медикаментозные рекомендации. Антигипертензивная терапия современными препаратами, комбинированная терапия назначалась крайне редко и контроль за ее выполнением участковыми врачами-терапевтами не проводился. Почти во всех дневниках наблюдения не указывалась дата следующей явки пациента. Крайне редко отмечены рекомендации по ведению здорового образа жизни: у 1,2 % пациентов с АГ в районной поликлинике, 2,7 % — в городской поликлинике. Результаты экспертной оценки лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами трудоспособного возраста с АГ и ИБС свидетельствуют о недостаточной работе с этой группой пациентов.

Нами разработаны методологические принципы и алгоритмы краткого и углубленного профилактического консультирования. Оптимизация деятельности помощника врача будет способствовать обучению пациентов через внедрение методов профилактического индивидуального и группового консультирования и формированию мотивации к позитивному изменению поведения. Необходимым этапом в проведении профилактической деятельности является оценка ее качества. Разработанный нами алгоритм медицинского аудита позволяет обеспечивать контроль эффективности комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование у пациентов ответственности за здоровье.

Этапы медицинского аудита:

- установление показателей эффективности осуществляемой профилактической деятельности;
- мониторинг осуществления деятельности;
- своевременное выявление и оценка недочетов (несоответствий);
- выбор методов корригирующих мероприятий и их выполнение;
- повторный аудит скорректированных компонентов деятельности.

В соответствии с поставленной целью нами выделены виды аудита, а также формы, методы осуществления: внешний аудит — осуществляется врачом-валеологом с целью контроля соблюдения требований профилактического консультирования; внутренний аудит — осуществляется администрацией учреждения здравоохранения с целью проверки эффективности рекомендаций при профилактическом консультировании.

Также разработаны функциональные обязанности сотрудников учреждения здравоохранения по организации медицинского аудита эффективности профилактического консультирования, показатели объема и полноты охвата, критерии оценки эффективности, схема построения корректирующих мероприятий.

Критериями оценки эффективности профилактического консультирования являются:

- увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи по поводу БСК к прикрепленному населению;
- стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;
- полнота охвата медицинской помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;
- стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому от БСК;
- снижение числа лиц, умерших от БСК в трудоспособном возрасте;
- стабилизация уровня заболеваемости БСК;
- снижение уровня первичной заболеваемости БСК;
- снижение инвалидизации в результате БСК.

Заключение

Исследование показало, что применение медицинского аудита качества профилактического консультирования пациентов с факторами риска болезней системы кровообращения в амбулаторных условиях позволяет:

- полноценно анализировать ключевые мероприятия профилактической помощи пациентам с целью коррекции факторов риска БСК;

- выявлять основные недостатки, препятствующие коррекции факторов риска БСК;
- вырабатывать на основе полученных оценок корректирующие мероприятия;
- оценивать качество профилактического консультирования;
- систематизировать медицинскую информацию амбулаторных карт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Экспертная оценка диспансеризации пациентов трудоспособного возраста с болезнями системы кровообращения в условиях первичного звена здравоохранения / Я. И. Будник [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4 (38). — С. 118–123.
2. Оганов, Р. Г. Артериальная гипертензия — проблема поликлиническая / Р. Г. Оганов, В. А. Галкин, Г. Я. Масленникова // Терапевтический архив. — 2006. — № 1. — С. 6–9.
3. Индейкин, Е. Н. Клинический аудит: опыт Великобритании / Е. Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. — 2002. — № 2. — С. 45–53.

УДК 616-002.5-036.22(476.2)

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОРОДЕ ГОМЕЛЕ

Буйневич И. В.¹, Михасёв М. Н.², Коржич Т. А.², Ширяев А. С.³, Бутько С. В.³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Филиал № 7 Государственного учреждения здравоохранения

«Гомельская центральная городская поликлиника»

³Учреждение

«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

По данным экспертов ВОЗ подавляющее большинство бремени туберкулеза в Европейском регионе приходится на 18 высокоприоритетных стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза). По уровню заболеваемости с учетом рецидивов Республика Беларусь в 2013 г. была на 6 месте в этом списке [1].

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь в последние годы характеризуется как стабильная и контролируемая, сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, а также рецидивов заболевания [2].

По распространенности МЛУ-ТБ Республика Беларусь занимает одно из первых мест в Европейском регионе. За последние 5 лет количество пациентов с МЛУ-ТБ возросло в 4 раза, а количество случаев туберкулеза с широчайшей лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) — в 10 раз. Рост МЛУ-ТБ увеличивает в десятки раз экономическую нагрузку на государство, вследствие возрастания потребности в диагностическом оборудовании, расходных материалах, удорожания (в 100 раз и более) затрат на лечение, удлинения сроков и снижения эффективности лечения [3].

Принципиальная схема эпидемического процесса туберкулеза представлена тремя взаимодействующими факторами: источником инфекции, путями передачи инфекции и объектом влияния инфекции, к которому относится организм человека или популяция. Всем известно, что нарушение связи между звеньями эпидемического процесса возможно, в первую очередь, при улучшении социально-экономического состояния общества. Но это процесс, который совершается на протяжении длительного периода времени. Необходимы вмешательства, которые ускорят процесс снижения распространенности туберкулеза в обществе.

Экономический кризис в 90-х – начале 2000-х годов повлиял на ухудшение качества противотуберкулезных мероприятий, что не позволяло рассчитывать на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Перебои со снабжением противотуберкулезными препаратами, отсутствие стандартных схем химиотерапии, недостаточный контроль лечения на стационарном и амбулаторном этапах привели к формированию в настоящее время высокого уровня лекарственной устойчивости [1].

Учитывая актуальность проблемы, вопросы по организации противотуберкулезной работы в республике находятся под контролем государства. В 2000 г. была утверждена первая Государственная программа «Туберкулез» на 2000–2002 гг. Вторая программа действовала в течение 2005–2009 гг. Результатом стало внедрение в практику основных компонентов стратегии DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course — лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением), что позволило улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. В 2010–2014 гг. в рамках третьей Государственной программы «Туберкулез» началось наступление на МЛУ-ТБ. Дополнительно к го-