

На правах рукописи

Ацель Евгения Александровна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

17 янв 2018



008714185

Москва

2017

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов»

- Научный консультант:** **Фомина Анна Владимировна**
Доктор фармацевтических наук, профессор
- Официальные оппоненты:** **Сон Ирина Михайловна**
Доктор медицинских наук, профессор
Заместитель директора по науке ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России
- Галиуллин Афгат Набиуллаевич**
Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры менеджмента в здравоохранении
ФПК и ППС ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава
России
- Гуров Андрей Николаевич**
Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой организации здравоохранения и
общественного здоровья ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.
Владимирского
- Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное научное
учреждение «Национальный научно-исследовательский
институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

Защита диссертации состоится « 25 » января 2018 г. в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 212.203.35 при Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 10, к. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (научная библиотека) по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6 и на сайте Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов» <http://dissovet.rudn.ru>.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д 212.203.35
кандидат медицинских наук, доцент

Л.В. Пушко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.» определяет цель государственной политики в области здравоохранения - формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и «повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать» современным требованиям и потребностям населения, а также передовым достижениям медицинской науки (2008). В «то же время отсутствие федеральной стратегии охраны здоровья населения препятствует достижению поставленных перед страной целей, разработке региональных стратегий, что в целом существенно снижает эффективность государственной политики в этой сфере деятельности» (Хабриев Р.У. и соавт., 2014).

Концептуальная цель и критерии оценки эффективности реформирования здравоохранения заключается в улучшении показателей общественного здоровья населения: снижение заболеваемости, инвалидности, смертности и увеличение продолжительности жизни (Щепин В.О., 2012). В 2007 году утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», основными целями которой являются снижение смертности населения на 60% с увеличением продолжительности жизни до 75 лет и повышение рождаемости в 1,5 раза к 2025 г. (Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351), в 2012 году утверждены меры по реализации демографической политики Российской Федерации (Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606).

Сердечно-сосудистые заболевания на протяжении последних 50 лет остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения в большинстве стран мира, в том числе в России (Бойцов С.А., 2013; Чазов Е.И., 2009; Guo F., 2012; Martell-Claros N., 2012; Perk J., 2012). В России болезни системы кровообращения (БСК) занимают лидирующие позиции в смертности населения и структуре заболеваемости (Бойцов С.А., 2013). В Основных результатах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году представлены следующие данные: смертность от болезни системы кровообращения в 2016 году в Российской Федерации составила 614,1 на 100 тыс. населения (47,4% от общей смертности). В Российской Федерации в 2016 году причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения явилась ишемическая болезнь сердца (25,3% от общего числа умерших в 2016 году), цереброваскулярные заболевания явились причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезни системы кровообращения (14,8% от общего числа умерших) (2017).

В Республике Татарстан (РТ) в 2015 году в общей структуре БСК составили 14,08% распространенности, 3,88% первичной заболеваемости, 6,92% заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в случаях), 29,42% инвалидности, 51,72% смертности из всех классов заболеваний. В структуре болезней системы кровообращения большую долю занимают ишемическая болезнь сердца (17,6% распространенности, 19,16% первичной заболеваемости, 12,83% заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в случаях), 39,93% инвалидности, 39,37% смертности от болезни системы кровообращения) и болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (40,67%

распространенности, 27,6% первичной заболеваемости, 6,42% инвалидности, 6,54% смертности от болезней системы кровообращения) (Вафин А.Ю., 2017).

Экономические потери, связанные с болезнями системы кровообращения, а также затраты на оказание помощи этим больным растут с каждым годом (Болотова Е.В., 2009; Концевая А.В., 2011) и ежегодно превышают 1 трлн. рублей (Вишняков, Н.И. и соавт., 2012; Оганов Р.Г. и соавт., 2011; Стародубов В.И. и соавт., 2015). В связи с этим оптимизация первичной медико-санитарной помощи населению с болезнями системы кровообращения (БСК) является приоритетным направлением современного российского здравоохранения (Бойцов С.А., 2013; Воронина У.В., 2014).

Вместе с тем результаты социологических опросов мнения населения свидетельствуют о низкой степени удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной помощи. Основными причинами неудовлетворенности являются: недостаточная оснащенность поликлиник современным оборудованием (Дорофеев А.Л., 2012), нерациональный график и режим работы, очереди к врачам и в диагностические кабинеты, нетактичное отношение медицинского персонала к пациенту (Абдурахманова З.Ш., 2011), недостаточная квалификация медицинских работников (Агаларова Л.С., 2011; Князюк Н.Ф., 2014).

Квалификация (профессиональная компетентность) врача является одним из основных факторов, определяющих качество медицинской помощи, позволяющих эффективно обследовать пациента, диагностировать заболевание и выбирать правильную лечебную тактику (Шеметова Г.Н., 2011). В связи с этим повышение качества образования врача в настоящее время является наиболее актуальной проблемой современного здравоохранения (Кучеренко В.З., 2011; Fortney L., 2013). Модернизация здравоохранения и высшего образования требуют приблизить процесс обучения к практической деятельности врача, включить принципы контекстного обучения, используя его активные методы с учетом достижений современной клинической медицины и социально обусловленных вызовов общества (Котова И.В., 2011; Сазанова Г.Ю., 2012), что является основанием для пересмотра существующих программ профессиональной подготовки врачей и внедрения системы непрерывного медицинского образования (Гончар Н.Т., 2011).

Анализ современной системы организации первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, удовлетворенности пациентов ее доступностью и качеством выявляет множество проблем, что свидетельствует о необходимости разработки стратегии с целью проведения структурных и функциональных преобразований первичного звена здравоохранения.

Вместе с тем основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения не нашли отражения в предшествующих научных исследованиях. Также отсутствуют методики проведения медико-социологического мониторинга мнения населения, врачей первичного звена здравоохранения и руководителей медицинских организаций о качестве и доступности первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения. Отсутствует отлаженное взаимодействие врачей первичного звена с врачами смежных специальностей. Не разработана

организационно-методологическая модель управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения с учетом их выявляемости и распространенности на территории субъекта Российской Федерации.

Перечисленные недостатки существенно сдерживают повышение качества медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в амбулаторных условиях.

Таким образом, проводимая модернизация первичного звена системы здравоохранения, нацеленная на улучшение общественного здоровья, изменение правовой базы в высшем образовании, требует разработки и научного обоснования основных направлений совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения. Данные направления через реализацию организационно-методологической модели посредством внедрения дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей терапевтического профиля, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при данных заболеваниях, способны обеспечить своевременное проведение диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, предупредить возникновение ошибок в их реализации, предотвратить развитие более тяжелых форм заболеваний, их осложнений и снизить смертность взрослого населения от болезней системы кровообращения. Все это определило необходимость проведения настоящего исследования.

Степень разработанности темы исследования

Непрерывное совершенствование управления качеством медицинской помощи является приоритетным направлением развития системы здравоохранения. Проблемам оценки, контроля и управления качеством медицинской помощи посвящены работы А.Н. Гурова (2011), В.З. Кучеренко (2014), Н.В. Полуниной (2010). Вопросам оценки, контроля и управления качеством первичной медико-санитарной помощи посвящены работы А.И. Вялкова и соавт. (2016), А.Н. Галиуллина (2011), И.М. Сон и соавт. (2014), О.П. Щепина (2015). Однако в современных исследованиях недостаточно отражены проблемы оценки и совершенствования медицинской помощи при болезнях системы кровообращения (Чазова И.Е. и соавт., 2014; Шляхто Е.В., 2015).

Бесспорно, одним из основных факторов, определяющих качество медицинской помощи, является квалификация врача. Проблемам совершенствования качества медицинского образования посвящены исследования А.В. Бреусова (2011), Е.С. Трегубовой (2014). В современных условиях чрезвычайно важным направлением профилактической медицины является внедрение в практическое здравоохранение образовательных программ для пациентов (Авдеева М.В., 2014; Петрищева А.В. и соавт., 2014). Однако до настоящего времени не изучалась эффективность образовательных программ для пациентов с болезнями системы кровообращения в связи с повышением квалификации медицинских специалистов по вопросам их проведения.

Модели совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи описаны в работах А.П. Байда (2010), И.К. Сенченко и соавт. (2013). Различные

направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи разрабатывались О.В. Гридневым (2015), В.О. Щепиным (2013).

Цель исследования: на основании изучения первичной, общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности, смертности взрослого населения, экспертной оценки качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, экспертной оценки дополнительных профессиональных образовательных программ, социологического исследования, научно обосновать основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при этих заболеваниях с разработкой, реализацией и оценкой эффективности организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

Задачи исследования:

1. Провести медико-статистический анализ первичной, общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения в Республике Татарстан за период 2005-2015 годы.
2. Дать экспертную оценку качества первичной медико-санитарной помощи, оказанной взрослому населению с болезнями системы кровообращения с учетом изучения корреляционной взаимосвязи между количеством дефектов качества первичной медико-санитарной помощи и показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения.
3. Оценить качество первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения по данным социологического исследования мнения врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и взрослого населения с болезнями системы кровообращения.
4. Провести оценку эффективности управления качеством первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения.
5. Изучить информированность пациентов по вопросам профилактики болезней системы кровообращения, получавших первичную медико-санитарную помощь и обучавшихся по образовательным программам, с анализом влияния уровня их информированности на клиническое течение и смертность от болезней системы кровообращения.
6. Дать экспертную оценку, разработать и реализовать дополнительные профессиональные образовательные программы для врачей терапевтического профиля первичного звена по вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения.
7. Научно обосновать основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения с разработкой, реализацией и оценкой эффективности организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

Научная новизна

Научная новизна диссертационного исследования состоит в том, что в условиях проводимой модернизации первичного звена здравоохранения и высшего образования на основании медико-статистического анализа общей и первичной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения изучены тенденции и выявлены закономерности их развития с учетом районирования территории Республики Татарстан за 2005-2015 гг.: рассчитаны прогнозируемые показатели первичной заболеваемости, распространенности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения.

Впервые установлены закономерности между показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и количеством дефектов качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения: увеличение количества дефектов качества диагностики стенокардии на 1 ведет к увеличению показателя смертности населения от болезней системы кровообращения на 302,5 случая на 100 000 населения, увеличение количества дефектов качества диагностики артериальной гипертонии на 1 ведет к увеличению показателя смертности населения от болезней системы кровообращения на 188,4 случаев и смертности населения от инсульта на 84,8 случая на 100 000 населения.

Впервые в результате проведенного корреляционного анализа получены убедительные данные о наличии отрицательной обратной связи между показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и уровнем информированности населения по вопросам профилактики болезней системы кровообращения: повышение уровня информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертонии на 1 балл приводит к снижению показателя смертности населения от инсульта на 31,27 случая на 100 000 населения, по вопросам профилактики стенокардии – к снижению показателя смертности взрослого населения от острого инфаркта миокарда на 7,05 случая на 100 000 населения, по вопросам профилактики хронической сердечной недостаточности – к снижению показателя смертности населения от болезней системы кровообращения - на 18,7 случая на 100 000 населения.

На основании дефектов дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей терапевтического профиля по вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения, выявленных в результате их экспертной оценки, были разработаны новые учебно-методические комплексы по обеспечению системы непрерывного совершенствования профессиональных компетенций врачей первичного звена здравоохранения, обеспечивающие повышение качества первичной медико-санитарной помощи и снижение смертности населения от данной патологии.

Определены и научно обоснованы основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при

болезнях системы кровообращения, ставшие основой инновационной организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, реализация которой привела к снижению стандартизованных показателей смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения (темп убыли -25,2 %), в том числе от острого инфаркта миокарда (темп убыли -38,6%) и инсульта (темп убыли -62,9%).

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что результаты проведенного исследования являются основой для проведения мероприятий по повышению эффективности управления качеством первичной медико-санитарной помощи, оказываемой пациентам с болезнями системы кровообращения, и дополнительной профессиональной подготовки врачей в тесной взаимосвязи со снижением показателей смертности от этих заболеваний.

Проведение регулярного мониторинга показателей заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения позволяет выявлять районы с неблагоприятными показателями состояния здоровья населения с данной патологией и проводить целевые экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения в медицинских организациях этих районов.

Социологическое исследование мнения врачей первичного звена о качестве первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и оценка их профессиональной компетентности в вопросах диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения позволяют планировать мероприятия по повышению их профессиональных компетенций.

Социологический мониторинг мнения пациентов, получающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, и изучение уровня их удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи и информированности по вопросам профилактики заболеваний позволяют формировать траекторию образовательных мероприятий для данной категории пациентов. Полученные результаты включены в комплекс мер, направленных на информирование населения о возможных факторах риска развития болезней системы кровообращения, проведение профилактики этих заболеваний и их осложнений, обеспечение качественной и доступной медицинской помощи на амбулаторном этапе, активную работу с диспансерными группами и проведение «Школ здоровья» среди пациентов с болезнями системы кровообращения.

Экспертная оценка дополнительных профессиональных образовательных программ по диагностике, лечению и профилактике болезней системы кровообращения позволяет выявлять и корректировать дефекты с учетом данных медико-статистического анализа состояния здоровья населения с болезнями системы кровообращения и результатов экспертной оценки качества медицинской помощи, а их реализация – повысить уровень профессиональных компетенций врачей и качество первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

Разработанные и научно обоснованные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, вошедшие в основу организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, позволяют оптимизировать управленческие процессы по подготовке кадров и информационному обеспечению населения с болезнями системы кровообращения, повысить качество первичной медико-санитарной помощи и снизить смертность взрослого населения от болезней системы кровообращения.

Методология и методы исследования

Теоретической и методологической основой при разработке и реализации программы исследования явились концептуальные положения фундаментальных и прикладных работ отечественных и зарубежных ученых, специализирующихся в области организации и управления здравоохранением.

Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход, позволяющий определить и научно обосновать основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, ставшие основой организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

Объектом настоящего исследования явились: взрослое население с болезнями системы кровообращения, проживающее на территории Республики Татарстан, врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), оказывающие первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с данной патологией, руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения.

Предметом исследования являлось изучение проблемы здоровья взрослого населения с болезнями системы кровообращения Республики Татарстан с учетом общей и первичной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности, смертности, экспертной оценки качества первичной медико-санитарной помощи, оценки управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, учебно-методического обеспечения системы непрерывного медицинского образования врачей терапевтического профиля и пациентов с болезнями системы кровообращения, разработки организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

Единицы наблюдения отобраны в соответствии с задачами исследования.

Методологический инструментарий, используемый для решения поставленных в диссертационной работе задач, включает общенаучные методы (анализ, синтез, идеализация, обобщение, системный подход, статистические методы), социологический метод, метод экспертных оценок, организационный эксперимент, а также современные статистические методы с последующей компьютерной обработкой и научным анализом полученных данных (расчет

экстенсивных и интенсивных показателей, темпа прироста, абсолютных и относительных величин, средних величин, прогнозирование, множественный регрессионный и корреляционный анализ, кластерный анализ, математическое моделирование).

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ динамики и тенденций заболеваемости, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения – основа для определения направлений совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

2. Экспертная оценка качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и ориентированное на ее результаты совершенствование профессиональной подготовки врачей терапевтов участковых и врачей общей практики на этапе повышения квалификации, позволяют снизить частоту дефектов в их работе, повысить качество первичной медико-санитарной помощи и снизить смертность взрослого населения от болезней системы кровообращения.

3. Социологические исследования по оценке удовлетворенности пациентов качеством первичной медико-санитарной помощи и по изучению мнения врачей первичного звена здравоохранения о качестве первичной медико-санитарной помощи и применении клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при болезнях системы кровообращения являются основой для выявления резервов в непрерывном повышении качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

4. Проведение социологических исследований по изучению мнения руководителей медицинских организаций об управлении качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения позволяет определить стратегию качества медицинских организаций при оказании первичной медико-санитарной помощи при данной патологии.

5. Уровень информированности пациентов по вопросам профилактики болезней системы кровообращения коррелирует с показателями смертности взрослого населения от данной патологии, что является основой для формирования траектории образовательного сопровождения пациентов по программам персонализированной профилактики с расчетом риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них и «сосудистого возраста» пациентов.

6. Проведение экспертной оценки, разработка с учетом выявленных дефектов и реализация дополнительных профессиональных образовательных программ по профилактике, диагностике и лечению болезней системы кровообращения позволяют повысить качество профессиональной подготовки и уровень профессиональных компетенций врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, повысить качество первичной медико-санитарной помощи и снизить смертность взрослого населения от болезней системы кровообращения.

7. Научно обоснованные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, являющиеся основой организационно-методологической модели управления

качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, позволяют сформировать стратегию непрерывного улучшения качества первичной медико-санитарной помощи и снизить смертность взрослого населения от данной патологии.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной работы соответствуют пунктам 1, 2, 3, 8 паспорта научной специальности 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение.

Внедрение результатов исследования

Результаты проведенного исследования включены в комплекс мероприятий, разработанный Министерством здравоохранения Республики Татарстан, направленных на информирование взрослого населения о факторах риска развития болезней системы кровообращения, проведение первичной и вторичной профилактики этих заболеваний, обеспечение качественной и доступной медицинской помощи на амбулаторном этапе, активную работу с диспансерными группами и проведение «Школ здоровья» для пациентов с болезнями системы кровообращения.

Научные разработки вошли в методическое сопровождение мероприятий, проводимых в рамках года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республике Татарстан (Указ Президента Республики Татарстан от 07.03.2015 №УП – 261 «О проведении в Республике Татарстан в 2015 году года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Распоряжение Кабинета Министров Республики Татарстан от 07.04.2015 №582 «О подготовке к проведению в Республике Татарстан в 2015 году года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 13.05.2015 № 872 «О реализации плана мероприятий» (Приложение «План проведения в 2015 году основных мероприятий в сфере здравоохранения в Республике Татарстан в рамках года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями»). Методические разработки вошли в методические рекомендации, представленные на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Результаты исследования внедрены в деятельность Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Татарстан, Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Управления здравоохранения г.Казани, Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан, 17 медицинских организаций районов Республики Татарстан и 5 медицинских организаций г.Казани.

Результаты исследования используются в образовательном процессе кафедры общей врачебной практики №1, кафедры менеджмента в здравоохранении ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины, кафедры госпитальной и поликлинической терапии, кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением КГМА –

филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования были доложены и обсуждены на международных, всероссийских, региональных, городских научно-практических конференциях и форумах, в том числе: Координационном совете по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию здравоохранения ПФО «Актуальные вопросы послевузовской подготовки специалистов в области охраны здоровья матери и ребенка» «Последипломная подготовка специалистов здравоохранения первичного звена» (Оренбург, 2006); 22 международной конференции по фармакоэпидемиологии и управлению терапевтическими рисками (Лиссабон, Португалия, 2006); Международном конгрессе «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации» (Москва, 2006); Научно-практической конференции молодых ученых (Казань, 2008); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы в терапевтической практике» (Казань, 2010); Научно-образовательном форуме «Профилактическая кардиология - 2010» (Москва, 2010); Круглом столе «Обучающиеся и обучаемые: проблемы взаимодействия поколений» (Казань, 2010); XV Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2010); III Международном конгрессе «Здравоохранение Российской Федерации, стран СНГ и Европы» (Москва, 2012); Научно-практической конференции «Казанская школа терапевтов», посвященной 180-летию С.П. Боткина (Казань, 2012); Российском национальном конгрессе кардиологов «Кардиология: от науки к практике» (Санкт-Петербург, 2013); X научно-практической конференции «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии» (Москва, 2013); Всероссийской научно-практической конференции «Возможности современной кардиологии в рамках модернизации» (Москва, 2013); IV Городской научно-практической конференции психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки (Казань, 2014); V Городской научно-практической конференции психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки (Казань, 2015); VI Городской научно-практической конференции психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки (Казань, 2016); VII Городской научно-практической конференции психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки (Казань, 2017).

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность и объективность полученных результатов определяются репрезентативностью выборки, рассчитанной по формуле бесповторной выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Полученные в ходе исследования данные обрабатывались с применением методов вариационной статистики и программных средств, включая Microsoft Excel 2013 и IBM SPSS Statistics 20, что позволило обеспечить достоверность полученных результатов.

Личный вклад автора

Личное участие автора в получении результатов, изложенных в диссертации, состоит в проведении аналитического обзора отечественной и зарубежной литературы, формировании рабочей гипотезы, формулировании концепции, определении темы, цели, задач исследования, разработке программы исследования, определении адекватных поставленным цели и задачам методов исследования, осуществлении сбора и обработки информации, проведении интерпретации и полного анализа полученных данных, подготовке методических материалов и публикаций по основным научным положениям диссертации.

Автор участвовал в разработке дополнительных профессиональных образовательных программ, в том числе программ, реализуемых в рамках непрерывного медицинского образования в Республике Татарстан, в части профилактики, диагностики и лечения болезней системы кровообращения на амбулаторном этапе, являющихся основой совершенствования компетенций врачей первичного звена.

Доля личного участия автора в накоплении эмпирических данных, использованных для демонстрации и обоснования выдвинутых теоретических положений, - более 90%; в теоретической части работы, обобщении и анализе материалов - 100%.

Публикации по теме исследования

По материалам диссертации опубликовано 54 печатные работы, из них 18 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 403 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора научной литературы, 9 глав, в которых изложены материалы собственных исследований, а также заключения, выводы, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений и приложений. Работа содержит, 62 рисунка, 106 таблиц, 7 приложений. Список литературы содержит 393 источника, из них 293 отечественных и 100 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность проблемы, определены цель и задачи исследования, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, представлены сведения об апробации и внедрении результатов исследования.

В первой главе представлен аналитический обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, посвященных организационно-методическим основам управления качеством первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с болезнями системы кровообращения, в том числе управлению качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, методах его оценки и контроля, моделях управления и направлениях совершенствования качества медицинской помощи, организации первичной медико-санитарной помощи в условиях модернизации, ее кадровом обеспечении. Проведенный анализ литературных данных свидетельствует об актуальности проблемы и необходимости определения, научного обоснования и реализации основных направлений совершенствования

качества первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем установлено, что в современных исследованиях основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения не нашли достаточного отражения.

Вторая глава содержит данные об организации, материале и методах исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами настоящего исследования нами была разработана комплексная программа по повышению качества первичной медико-санитарной помощи и снижению смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения.

Объектом данного исследования явились: взрослое население с болезнями системы кровообращения, проживающее на территории Республики Татарстан (РТ), врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), оказывающие первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с данной патологией, руководители медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения.

Предметом исследования явилось изучение проблемы здоровья взрослого населения с болезнями системы кровообращения РТ с учетом общей и первичной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), инвалидности, смертности, оценки качества первичной медико-санитарной помощи, управления качеством первичной медико-санитарной помощи, организационно-методического обеспечения системы непрерывного профессионального образования врачей терапевтического профиля и пациентов с болезнями системы кровообращения, разработки организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

В соответствии с поставленными задачами был использован комплекс адекватных методов исследования: аналитический, статистический и социологический методы, множественный регрессионный и корреляционный анализ, математическое моделирование, организационный эксперимент.

Базой исследования были определены медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) взрослому населению с болезнями системы кровообращения на территории РТ.

Единицами наблюдения явились: первичная и общая заболеваемость, ЗВУТ, инвалидность, смертность от БСК, взрослое население с БСК, проживающее на территории РТ, врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), оказывающие ПМСП взрослому населению с данной патологией, руководители медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК, выявленные дефекты оказания ПМСП при данной патологии.

Материалами исследования явились данные выкопировки сведений из официальных учетных, отчетных форм и первичных материалов, предоставленных Республиканским медицинским информационно-аналитическим центром Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан, Федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной

экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, дополнительные профессиональные образовательные программы, разработанные и модифицированные нами карты исследования по изучению мнения руководителей медицинских организаций об управлении качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, врачей первичного звена о качестве первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и применении клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, мнения пациентов с болезнями системы кровообращения об удовлетворенности качеством и доступностью первичной медико-санитарной помощи, уровня информированности пациентов, получавших первичную медико-санитарную помощь, по вопросам профилактики гипертонической болезни (артериальной гипертонии), ишемической болезни сердца со стабильной стенокардией, хронической сердечной недостаточности.

Исследование охватило период с 2005 по 2015 годы и включало в себя несколько этапов.

На первом этапе был проведен анализ научных публикаций отечественных и зарубежных авторов, а также нормативно-правовых документов, посвященных проблемам организации ПМСП населению с БСК.

На втором этапе изучались основные показатели, характеризующие динамику и тенденции распространенности, первичной заболеваемости, ЗВУТ, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения взрослого населения Республики Татарстан за 2005-2015 годы. В этих целях были изучены учетные формы №025/у-04, №030/у-04, №030/у, отчетные формы №12, №14, №16-ВН, №30, №47, официальные формы государственной статистической отчетности Республики Татарстан за 2005-2015 годы: данные Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан, Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации - 3512 единиц информации. Произведены расчеты абсолютных и относительных величин, стандартизированных показателей, темпа прироста (убыли), прогнозирование. Составлены таблицы, построены графики.

На третьем этапе проведена экспертная оценка качества ПМСП, оказанной взрослому населению с БСК с учетом изучения корреляционной зависимости между количеством дефектов качества первичной медико-санитарной помощи и показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения. Нами проведена экспертная оценка 590 единиц первичной медицинской документации по 1180 случаям оказания ПМСП при БСК. Произведен расчет абсолютных и относительных величин, стандартизированных показателей, корреляционный анализ, рассчитаны уравнения регрессионной функции зависимости смертности взрослого населения по причине БСК от среднего количества дефектов качества ПМСП при этих заболеваниях,

проведено математическое моделирование. Дана оценка достоверности различий в оказании ПМСП в сравниваемых группах. Составлены таблицы, характеризующие качество ПМСП, оказанной взрослому населению с БСК.

На четвертом этапе дана оценка качества ПМСП при БСК по результатам социологического исследования. Для этого нами был организован социологический опрос мнения 525 врачей первичного звена терапевтического профиля, работающих в медицинских организациях 22 районов Республики Татарстан и 8 медицинских организациях г. Казани, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения, о качестве ПМСП и применении клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при БСК. Также на данном этапе нами был проведен социологический опрос по изучению мнения 590 пациентов с БСК об удовлетворенности качеством и доступностью ПМСП. Произведены расчеты абсолютных и относительных величин, кластерный анализ, математическое моделирование. Составлены таблицы, гистограммы, построены графики.

На пятом этапе изучена эффективность управления медицинскими организациями, оказывающими ПМСП взрослому населению с БСК в РТ, с охватом 348 руководителей, заместителей руководителей, руководителей структурных и функциональных подразделений, главных и старших медсестер (далее - руководители) медицинских организаций 22 районов Республики Татарстан и 8 медицинских организаций г. Казани, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения. Произведены расчеты абсолютных и относительных величин. Составлены таблицы, гистограммы.

На шестом этапе проведено исследование по изучению уровня информированности 590 пациентов, получавших ПМСП, по вопросам профилактики БСК. Проводилась оценка тяжести течения БСК у 590 пациентов по стадиям, функциональным классам, степеням, риску сердечно-сосудистых осложнений. Рассчитаны абсолютные и относительные величины. Проведены корреляционный и регрессионный анализ. Составлены 3 уравнения парной линейной регрессии зависимости между показателями смертности взрослого населения от БСК и уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики этих заболеваний. Построена прогностическая модель развития острого инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия различных факторов риска в течение срока наблюдения.

На седьмом этапе проведена экспертная оценка дополнительных профессиональных образовательных программ: «Терапия», «Общая врачебная практика», «Гериатрия», «Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней». Данные программы были пересмотрены с учетом выявленных дефектов и разработаны новые программы повышения квалификации: «Терапия», «Общая врачебная практика», «Современные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Обучение пациентов в «Школах здоровья» с применением дистанционных форм образовательных технологий. Разработаны образовательные программы («Школы здоровья») для пациентов с БСК. Разработано методическое обеспечение образовательного процесса, включая

учебно-методические пособия по составлению дополнительных профессиональных образовательных программ, учебно-методические пособия по проведению «Школ здоровья» для пациентов с БСК, диспансеризации взрослого населения, диспансерному наблюдению больных с БСК. Проведено обучение с применением дистанционных образовательных технологий 367 врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей), 2410 пациентов с БСК в «Школах здоровья».

На восьмом этапе научно обоснованы основные направления совершенствования качества ПМСП при БСК. Разработана организационно-методологическая модель управления качеством ПМСП при БСК. Разработаны критерии оценки результативности модели, в том числе 8 качественных критериев, 66 комплексных критериев, 19 количественных критериев в исследуемых группах. Проведена оценка эффективности разработанной модели.

Характеристика организационного эксперимента по повышению качества первичной медико-санитарной помощи и снижению смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения

Цель организационного эксперимента: повышение качества первичной медико-санитарной помощи и снижение смертности взрослого населения от БСК.

Задачи и содержание организационного эксперимента:

- проведение мониторинга уровней и тенденций распространенности, первичной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от БСК;
- экспертная оценка качества первичной медико-санитарной помощи, оказанной взрослому населению с БСК;
- установление корреляционной взаимосвязи между количеством дефектов качества первичной медико-санитарной помощи и показателями смертности взрослого населения от БСК;
- оценка качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения по данным социологического опроса врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей) и населения с БСК;
- оценка эффективности управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с БСК;
- проведение социологического опроса по изучению уровня информированности пациентов, получавших первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, по вопросам профилактики БСК;
- построение прогностической модели развития острого инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия различных факторов риска в течение срока наблюдения;
- установление корреляционной взаимосвязи между уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики БСК и показателями смертности взрослого населения от БСК;
- экспертная оценка дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей первичного звена, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при БСК, и их пересмотр с учетом выявленных дефектов;

- разработка новых дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей первичного звена, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при БСК;

- разработка образовательных программ для пациентов с БСК;

- проведение обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам с применением дистанционных образовательных технологий врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей);

- обучение пациентов с БСК в «Школах здоровья»: «Школа здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертензией», «Школа здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией», «Школа здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью»;

- оценка эффективности эксперимента по повышению качества первичной медико-санитарной помощи и снижению смертности взрослого населения от БСК.

Объект организационного эксперимента: взрослое население с БСК, проживающее на территории РТ, врачи-терапевты участковые и врачи общей практики (семейные врачи), оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению с данной патологией, руководители медицинских организаций, оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК.

Методика проведения организационного эксперимента: аналитический, статистический и социологический методы, множественный регрессионный и корреляционный анализ, математическое моделирование.

Место проведения организационного эксперимента: медицинские организации 15 районов Республики Татарстан и 5 медицинских организаций г.Казани, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения.

В группу сравнения вошли медицинские организации 7 районов Республики Татарстан и 3 медицинские организации г.Казани, оказывающие первичную медико-санитарную помощь взрослому населению с болезнями системы кровообращения, не принимавшие участия в организационном эксперименте.

Время проведения эксперимента: 2006-2012 гг.

Третья глава посвящена анализу основных показателей, характеризующих динамику и тенденции первичной заболеваемости, распространенности, ЗВУТ, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) взрослого населения Республики Татарстан за 2005-2015 годы.

Анализ и оценка показателей проводились по материалам Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан, ГАУЗ «Республиканский медико-информационный аналитический центр» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Татарстан (Татарстан)» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Проведенное нами исследование по анализу показателей, характеризующих динамику и тенденции распространенности, первичной заболеваемости, ЗВУТ, первичной инвалидности и смертности от БСК взрослого населения РТ за 2005-

2015 годы показало, что максимальный пик роста показателя первичной заболеваемости БСК приходится на 2006 год (5328,7 на 100 тысяч населения соответствующего возраста) с существенным снижением данного показателя до 2012 года. Исследование динамики первичной заболеваемости БСК взрослого населения в РТ за период 2005-2015 гг. показало снижение данного показателя за изучаемый период с 4188,0 до 3701,5 на 100 тысяч населения соответствующего возраста, темп убыли показателя 2015 года к показателю 2005 года составил (-11,6%). При этом прогнозируемый показатель имел значимую тенденцию к росту, при коэффициенте детерминации $R^2=0,636$ ($p<0,001$).

Анализ распространенности БСК среди взрослого населения РТ за изучаемый период (2005-2015 годы) выявил увеличение данного показателя с 24148,0 до 28505,4 на 100 тысяч населения соответствующего возраста, темп прироста показателя 2015 года к показателю 2005 года составил +18,0%. Расчет прогноза распространенности БСК среди взрослого населения РТ на 2016-2017 гг. выявил значимую тенденцию к ее снижению ($R^2 = 0,57$; $p<0,001$).

Проведенная нами оценка динамики заболеваемости с временной утратой трудоспособности от БСК среди взрослого населения РТ в днях выявила снижение этого показателя с 67,8 (в 2005 году) до 45,6 (в 2015 году) на 100 среднесписочной численности работающих. Темп убыли показателя 2015 года к показателю 2005 года в днях составил (-32,7%) с тенденцией к снижению в 2016-2017 гг. ($R^2=0,758$). Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности от БСК среди взрослого населения РТ в случаях выявил снижение показателя ЗВУТ в 2005-2015 гг. с 4,1 до 3,0 на 100 среднесписочной численности работающих. Темп убыли показателя 2015 года к показателю 2005 года в случаях составил (-28,9%). Прогноз ЗВУТ от БСК среди взрослого населения РТ, рассчитанный в случаях на 100 среднесписочной численности работающих, также характеризовался тенденцией к снижению в 2016-2017 гг. ($R^2=0,71$).

На протяжении всего исследуемого периода в Республике Татарстан наблюдается неуклонное, вначале значительное, а с 2007-2008 гг. – более плавное снижение уровня первичного выхода на инвалидность от БСК среди взрослого населения. Уровень первичного выхода на инвалидность среди взрослого населения РТ был максимальным в 2005 г. (134,0 случая на 10 тысяч населения соответствующего возраста), минимальным – в 2015 г. (18,1 случаев на 10 тысяч населения соответствующего возраста) с тенденцией к снижению, описываемой с помощью уравнения нисходящей степенной функции с коэффициентом детерминации $R^2=0,978$. Темп убыли показателя первичного выхода на инвалидность от БСК среди взрослого населения Республики Татарстан 2015 года к показателю 2005 года составил (-86,5%).

Проведенный анализ смертности взрослого населения Республики Татарстан от БСК выявил устойчивую тенденцию к ее снижению. Так, если в 2005 году показатель смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения в Республике Татарстан составлял 1079,9 на 100 тысяч населения соответствующего возраста, то в 2015 году этот показатель снизился до 772,5 на 100 тысяч населения соответствующего возраста. Темп убыли

данного показателя 2015 года к показателю 2005 года составил (-28,5%) с прогнозом дальнейшего значимого снижения при коэффициенте детерминации $R^2=0,895$ ($p<0,05$).

В четвертой главе проанализированы результаты экспертной оценки качества первичной медико-санитарной помощи, оказанной взрослому населению с болезнями системы кровообращения. Нами была проведена экспертная оценка качества ПМСП по результатам анализа 590 медицинских карт амбулаторных больных по 1180 случаям оказания ПМСП при данной патологии, в том числе по 776 случаям оказания ПМСП врачами, принявшими участие в организационном эксперименте, составившими основную группу, в 404 случаях была проведена экспертная оценка качества ПМСП, оказанной врачами медицинских организаций, не принимавшими участие в организационном эксперименте, составившими группу сравнения.

Оценивалось качество формулировки диагноза, сбора анамнеза и жалоб, описания объективного статуса, проведения лабораторно-инструментальной диагностики, назначения лечения, отражения динамики состояния больного и эффективности назначенного лечения, достижения целевых показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления, полноты врачебных рекомендаций, оформления первичной медицинской документации.

Проведенная нами экспертная оценка качества первичной медико-санитарной помощи, оказанной взрослому населению с болезнями системы кровообращения, показала, что в начале срока наблюдения частота бездефектных случаев оказания ПМСП при артериальной гипертензии (АГ) составила - 43,8 и 43,6% в основной группе и группе сравнения соответственно, при стенокардии - 52,4 и 55,4%, при сердечной недостаточности - 42,3 и 43,7% ($p>0,05$).

При оценке зависимости показателя смертности взрослого населения по причине болезней системы кровообращения от среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертензии на одного обследованного, было выявлено, что увеличение среднего количества дефектов качества диагностики АГ на 1 ведет к увеличению показателя смертности взрослого населения от БСК на 188,4 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

Проведенный нами анализ зависимости показателя смертности взрослого населения от инсульта от среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертензии на одного обследованного показал, что увеличение среднего количества дефектов качества диагностики АГ на 1 ведет к увеличению показателя смертности взрослого населения от инсульта на 84,8 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

Графики уравнений регрессионной функции зависимости показателей смертности взрослого населения по причине болезней системы кровообращения и инсульта от среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертензии на одного обследованного представлены на рисунках 1 и 2 (рис. 1, рис.2).

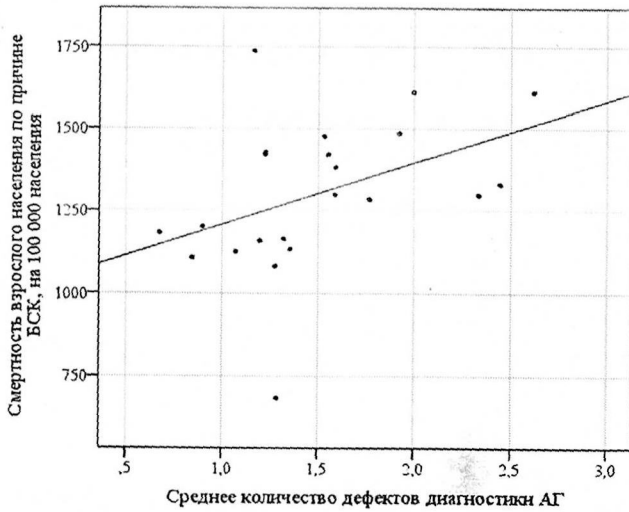


Рис. 1. График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения от среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертонии на одного обследованного

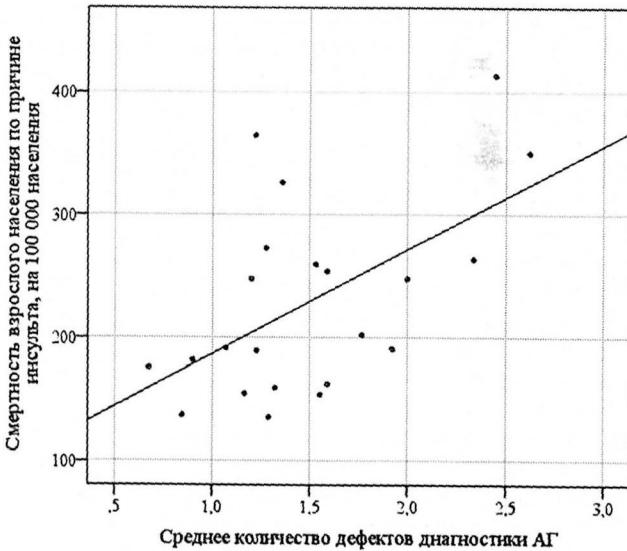


Рис. 2. График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от инсульта от среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертонии на одного обследованного

При оценке зависимости смертности взрослого населения от БСК от среднего количества дефектов качества диагностики стенокардии на одного обследованного, было установлено, что увеличение среднего количества дефектов качества диагностики стенокардии на 1 ведет к увеличению показателя смертности взрослого населения от БСК на 302,5 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

Обучение врачей первичного звена по дополнительным профессиональным образовательным программам с использованием дистанционных образовательных технологий по вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения привело к достоверному повышению в основной группе частоты бездефектных случаев оказания ПМСП при артериальной гипертонии - до 82,1%, при стенокардии - до 81,9%, сердечной недостаточности - до 75,5% ($p < 0,001$) при наличии существенной разницы при сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,001$), в которой частота бездефектных случаев оказания ПМСП при артериальной гипертонии повысилась до 51,2%, при стенокардии - до 63,6%, при сердечной недостаточности - до 51,7% ($p > 0,05$).

В пятой главе освещены результаты оценки качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения по данным социологического опроса врачей, работающих в медицинских организациях первичного звена здравоохранения Республики Татарстан, с учетом выполнения ими клинических рекомендаций по ведению больных и стандартов медицинской помощи при данной патологии. Кроме того проводился социологический опрос мнения пациентов с БСК, получавших медицинскую помощь в медицинских организациях первичного звена здравоохранения, о качестве и доступности медицинской помощи в этих организациях и недостатках медицинского обслуживания.

В социологическом опросе о качестве ПМСП при БСК и применении клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при оказании ПМСП при БСК приняли участие 525 врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики (семейных врачей), оказывающих ПМСП при БСК. В зависимости от проведения организационного эксперимента, исследуемые были разделены на две группы: основную группу составили 350 врачей, в том числе 167 врачей-терапевтов участковых (47,7%) и 183 врача общей практики (семейных врачей) (52,3%), в группу сравнения вошли 175 врачей, в том числе 70 врачей-терапевтов участковых (40,0%) и 105 врачей общей практики (семейных врачей) (60,0%).

Результаты проведенной нами оценки качества ПМСП при БСК по данным социологического исследования мнения врачей первичного звена о качестве ПМСП при данной патологии, показали, что в начале срока наблюдения с наибольшей частотой основными компонентами качества медицинской помощи респондентами указывались: диагностика (82,0% в основной группе и 84,6% - в группе сравнения, $p > 0,05$) и лечение (78,3 и 81,1% соответственно, $p > 0,05$). Такие компоненты качества медицинской помощи, как ее адекватность, экономичность, научно-технический уровень и эффективность, указывались с меньшей частотой (в основной группе в 29,4%, 18,6%, 19,4% и 24,6% случаев соответственно, в группе

сравнения - в 34,9%, 25,7%, 23,4% и 29,1%; $p > 0,05$). При проведении социологического опроса в конце срока наблюдения установлены существенные изменения распределения ответов на вопрос об основных компонентах качества медицинской помощи в основной группе: адекватность указали 60,0% врачей, эффективность – 49,1%, научно-технический уровень – 46,6%, экономичность – 44,6% ($p < 0,001$) при достоверной разнице с группой сравнения ($p < 0,001$), в которой частота данных ответов изменилась не существенно ($p > 0,05$).

Применение клинических рекомендаций при проведении диагностики БСК по данным социологического опроса врачей-терапевтов и врачей общей практики, сопоставимое в исследуемых группах начале срока наблюдения ($p > 0,05$), в конце срока наблюдения увеличилось в обеих исследуемых группах: в основной группе с 51,2 до 77,1% при стабильной стенокардии, с 46,2 до 80,5% - при АГ, с 43,0 до 82,1% - при ХСН ($p < 0,001$), в группе сравнения - с 50,9 до 54,3%, с 45,9 до 51,4% и с 42,6 до 49,1% соответственно ($p > 0,05$). При этом в конце срока наблюдения уровень использования клинических рекомендаций при проведении диагностики БСК в основной группе при всех трех изучаемых заболеваниях был существенно более высоким при сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,001$).

Оценка применения врачами первичного звена здравоохранения методов лечения БСК, представленных в клинических рекомендациях, по данным социологического опроса показала отсутствие существенных различий показателей в исследуемых группах в начале срока наблюдения ($p > 0,05$). В конце срока наблюдения изучаемые показатели в обеих группах увеличились. При этом в основной группе повышение показателей было существенным ($p < 0,001$): с 42,3 до 81,8% при стабильной стенокардии, с 45,6 до 82,2% - при АГ, с 40,4 до 73,5% - при ХСН, в то время как в группе сравнения повышение показателей было незначительным ($p > 0,05$): с 41,8 до 52,0%, с 46,0 до 52,6% и с 40,7 до 48,6% соответственно при наличии достоверной разницы при сопоставлении с основной группой ($p < 0,05$).

Учитывая наличие объективных причин для наличия корреляционных связей между анализируемыми характеристиками стажа и квалификации специалистов, для респондентов основной группы нами был выполнен двухэтапный кластерный анализ с использованием в качестве критерия кластеризации Байесовского информационного кластера. Средний показатель силуэтной меры связности и разделения кластеров составил 0,7, что соответствует хорошему качеству полученной модели. Полученные кластеры имели достоверные различия по всем анализируемым квалификационным характеристикам ($p < 0,001$). При этом первый кластер объединил специалистов с небольшим общим и специальным трудовым стажем, 75,5% из которых не имели квалификационной категории. Второго кластер составили врачи, имеющие стаж работы не менее 10 лет, среди которых отмечалось значительно меньшее число лиц без категории (46,6%) и большее число специалистов, имеющих первую и высшую категорию (17,8 и 34,0% соответственно).

С целью разработки прогностической модели, позволяющей определить принадлежность респондентов к одному из кластеров, был использован метод дискриминантного анализа. При этом зависимой переменной являлась вероятность

принадлежности специалиста ко второму кластеру. В качестве независимых факторов использовались квалификационные характеристики, представленные в виде порядковых переменных, кодируемые следующим образом:

- X_1 – возраст респондента (менее 30 лет – 1, 30-39 лет – 2, 40-49 лет – 3, 50 лет и старше – 4);

- X_2 – общий трудовой стаж респондента (менее 5 лет – 1, 5-9 лет – 2, 10-14 лет – 3, 15-19 лет – 4, 20 лет и выше – 5);

- X_3 – стаж работы по специальности (менее 5 лет – 1, 5-9 лет – 2, 10-14 лет – 3, 15-19 лет – 4, 20 лет и выше – 5);

- X_4 – квалификационная категория респондента (отсутствует – 1, вторая категория – 2, первая категория – 3, высшая категория – 4).

В результате была получена следующая модель (1):

$$Y_{\text{кл}} = -5,836 + 0,599 * X_1 + 0,983 * X_2 + 0,226 * X_3 - 0,059 * X_4 \quad (1),$$

где $Y_{\text{кл}}$ – вероятность принадлежности пациента ко второму кластеру, X_1 – возраст респондента, X_2 – общий трудовой стаж, X_3 – стаж работы по специальности, X_4 – квалификационная категория.

Исходя из значений коэффициентов в полученной прогностической модели, увеличение любого из факторных признаков увеличивает вероятность нахождения респондента во втором кластере. Константа дискриминации, разделяющая исследуемых на два кластера, определялась как значение функции, равноудаленное от центроидов, которые составили в группе исследуемых с низкой вероятностью принадлежности ко второму кластеру -2,794, а в группе респондентов с прогнозируемой принадлежностью ко второму кластеру 2,326. Соответственно, константа дискриминации составила -0,234. Статистическая значимость различий средних значений дискриминантной функции в обеих группах определялась при помощи коэффициента λ Уилкса, значение которого составило 0,133. Вероятность ошибки соответствовала $p < 0,001$, что свидетельствовало о наличии статистической значимости различий центроидов дискриминантной функции.

Таким образом, принадлежность респондентов к одному из кластеров, характеризуемых определенным соотношением квалификационных характеристик, определялась исходя из рассчитанных значений прогностической дискриминантной функции (1): при значении функции $Y_{\text{кл}}$ более -0,234 врач относился ко второму кластеру, в случае значения функции менее -0,234 – его следовало отнести к первому кластеру. Процент верно классифицированных случаев принадлежности к одному из кластеров составил 99,7%. Доля верно предсказанных случаев принадлежности к первому кластеру составила 100,0%, ко второму – 99,5%.

Нами было проведено сравнение частоты использования обязательных методов диагностики и лечения БСК, представленных в клинических рекомендациях, в основной группе в начале и конце наблюдения в зависимости от принадлежности врачей к определенному квалификационному кластеру. В результате проведенного анализа было установлено, что доля использования обязательных методов диагностики при всех оцениваемых заболеваниях не имела существенных различий между кластерами как в начале, так и в конце срока

наблюдения ($p > 0,05$). При оценке использования обязательных методов лечения БСК отмечались достоверные различия в начале срока наблюдения - более высокие показатели для респондентов второго кластера, включающего врачей, имеющих длительный стаж работы по специальности. Так, врачами данного кластера отмечалось использование 53,6% обязательных методов лечения при стабильной стенокардии, по сравнению с первым кластером, где показатель составил 46,0% ($p < 0,01$). Доля использования обязательных методов лечения АГ составляла 54,7 и 47,5% соответственно ($p < 0,05$), а ХСН - 55,6 и 46,9% ($p < 0,001$).

Проведение обучения привело к выравниванию доли использования в практической работе обязательных методов лечения БСК, представленных в клинических рекомендациях, между врачами квалификационных кластеров в конце срока наблюдения: уровни показателей среди нестажированных врачей в конце срока наблюдения оказались сопоставимы с показателями высококвалифицированных врачей, имеющих длительный стаж работы по специальности. Доля использования врачами первичного звена обязательных методов лечения БСК, представленных в клинических рекомендациях, достигла сопоставимых величин: 82,6 и 81,8% - при стабильной стенокардии, 89,6 и 89,3% - при АГ, 81,9 и 81,2% - при ХСН ($p > 0,05$) для респондентов первого и второго кластеров соответственно.

Проведенный нами анализ применения стандартов медицинской помощи в диагностике БСК при оказании ПМСП не выявил существенных различий в исследуемых группах в начале срока наблюдения ($p > 0,05$) и увеличение их применения в исследуемых группах в конце срока наблюдения. При этом достигнутые показатели были существенно выше в основной группе ($p < 0,001$), в которой применение стандартов медицинской помощи в диагностике стенокардии повысилось с 59,0 до 87,8%, в диагностике АГ - с 42,3 до 81,1%, в диагностике сердечной недостаточности - с 39,4 до 76,1% при достоверной разнице с группой сравнения ($p < 0,001$), где данные показатели повысились с 58,5 до 63,4% при стенокардии, с 42,2 до 48,0% - при АГ, с 39,1 до 44,6% - при сердечной недостаточности ($p > 0,05$).

Исследование применения врачами первичного звена здравоохранения стандартов медицинской помощи при назначении лечения при БСК выявило сопоставимость данных в исследуемых группах в начале срока наблюдения ($p > 0,05$) и увеличение показателей в конце срока наблюдения в обеих группах при существенной динамике в основной группе ($p < 0,001$), в которой частота использования стандартов повысилась с 54,2 до 84,4% при стенокардии, с 49,9 до 86,8% - при АГ, с 43,9 до 80,3% - при сердечной недостаточности при достоверной разнице с группой сравнения ($p < 0,001$), в которой частота использования стандартов лечения при стенокардии повысилась с 55,2 до 58,3%, при АГ - с 50,8 до 59,4%, при сердечной недостаточности - 44,2 до 52,0% ($p > 0,05$).

В социологическом опросе по изучению мнения пациентов об удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи приняло участие 590 пациентов, имеющих в анамнезе одно или несколько заболеваний класса «Болезни системы кровообращения»: артериальную гипертензию (АГ) (коды по МКБ X: I10 - эссенциальная [первичная] гипертензия; I11 - гипертензивная

болезнь сердца [гипертоническая болезнь сердца с преимущественным поражением сердца]; I12 - гипертоническая [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением почек; I13 - гипертоническая [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца и почек; ишемическую болезнь сердца со стабильной стенокардией (стенокардией) (код по МКБ X: I20 - стенокардия [грудная жаба]); хроническую сердечную недостаточность (ХСН) (коды по МКБ X: I50.0 - застойная сердечная недостаточность; I50.1 - левожелудочковая недостаточность). В том числе в эксперименте приняли участие 388 человек, группу сравнения составили 202 человека.

Выполненная нами оценка качества ПМСП при БСК по данным социологического исследования мнения пациентов с БСК об удовлетворенности качеством ПМСП показала, что показатель удовлетворенности качеством ПМСП в начале срока наблюдения составил у пациентов основной группы 35,1%, у пациентов группы сравнения - 35,6% ($p > 0,05$). Социологический опрос пациентов, проведенный в конце срока наблюдения, показал, что удовлетворенность качеством ПМСП значительно повысилась в основной группе и составила 68,0% ($p < 0,001$) и менее значительно изменилась в группе сравнения - 45,5% ($p < 0,05$) при наличии существенной разницы с основной группой ($p < 0,001$).

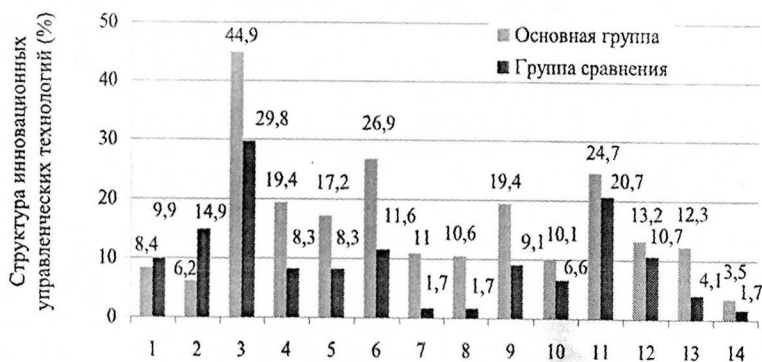
В шестой главе представлены данные об оценке эффективности управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК в Республике Татарстан. Нами был проведен социологический опрос, который включал вопросы оценки внедрения инновационных технологий в процесс оказания ПМСП с учетом категории населения, обслуживаемого медицинской организацией (МО), частоты применения инновационных управленческих технологий, оценки их результативности, влияния этих технологий на качество ПМСП, необходимости реформирования системы управления качеством ПМСП при БСК.

В социологическом опросе по изучению мнения руководителей медицинских организаций об управлении качеством медицинской помощи при болезнях системы кровообращения приняли участие 348 руководителей и их заместителей, руководителей структурных и функциональных подразделений, главных и старших медсестер медицинских организаций (далее - руководители), оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК. При этом основную группу составили 227 руководителей МО 15 районов Республики Татарстан и 5 МО г. Казани, оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК, принявших участие в организационном эксперименте. Группу сравнения составили 121 руководитель МО 7 районов РТ и 3 МО г. Казани, оказывающих ПМСП взрослому населению с БСК.

Проведенный нами анализ эффективности управления медицинскими организациями, оказывающими ПМСП взрослому населению с БСК в Республике Татарстан, показал, что при проведении социологического опроса руководители основной группы чаще утверждали о постоянном внедрении инновационных управленческих технологий в процесс оказания ПМСП при БСК по сравнению с группой сравнения (в 28,6 и 16,5% соответственно, $p < 0,05$). При этом в основной группе количество руководителей, указавших на отсутствие внедрения

инновационных управленческих технологий, составило 15,9%, в группе сравнения - 24,0% ($p < 0,05$).

Частота использования различных управленческих технологий в исследуемых группах представлена на рисунке 3 (рис. 3).



1. Долгосрочное развитие МО через стратегическое планирование
2. Коллективное тактическое планирование
3. Управление непрерывным профессиональным развитием персонала
4. Поддержка инициатив и творческих начинаний персонала
5. Мотивация персонала на создание и внедрение инноваций
6. Создание / приобретение и внедрение новых информационных технологий
7. Анализ внутренней и внешней среды на основе SWOT - анализа
8. Управленческое моделирование организационной структуры
9. Формирование и развитие организационной структуры
10. Формирование и развитие здоровьесберегающего пространства в МО
11. Разработка и реализация программы формирования ЗОЖ в коллективе
12. Самосбережение здоровья и жизненного оптимизма персонала
13. Развитие рефлексивных умений работников
14. Развитие акмеологических умений работников

Рис. 3. Структура инновационных управленческих технологий, внедряемых в процесс оказания первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, по данным социологического опроса руководителей медицинских организаций в исследуемых группах (в %)

В соответствии с полученными данными, в основной группе существенно чаще отмечались такие инновационные управленческие технологии как управление непрерывным профессиональным развитием персонала - 44,9% (в группе сравнения - 29,8%, $p < 0,01$), поддержка инициатив и творческих начинаний персонала - 19,4% (в группе сравнения - 8,3%, $p < 0,01$), мотивация персонала на создание и внедрение инноваций - 17,2% (в группе сравнения - 8,3%, $p < 0,05$), создание / приобретение и внедрение новых информационных технологий - 26,9% (в группе сравнения - 11,6%, $p < 0,01$), анализ внутренней и внешней среды на основе SWOT-анализа - 11,0% (в группе сравнения - 1,7%, $p < 0,01$), управленческое моделирование

организационной структуры - 10,6% (в группе сравнения - 1,7%, $p < 0,01$), формирование и развитие корпоративной, в том числе организационной культуры - 19,4% (в группе сравнения - 9,1%, $p < 0,05$) и развитие рефлексивных умений работников - 12,3% (в группе сравнения - 4,1%, $p < 0,05$).

Проведенный анализ также установил, что в основной группе существенно чаще отмечалось полное выполнение государственного задания и 100% достижение целевых показателей (59,9%), в группе сравнения - в 43,0% ($p < 0,01$). Руководителями основной группы значительно чаще отмечалась необходимость реорганизации системы управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения в (56,4%), в группе сравнения - в 43,0% ($p < 0,05$). Респонденты основной группы существенно чаще отмечали проведение опросов общественного мнения в качестве наиболее приемлемой формы повышения открытости управления качеством ПМСП для населения в БСК по сравнению с респондентами группы сравнения (55,5 и 43,0% соответственно, $p < 0,05$). Выполненный нами анализ также установил значительно более высокую частоту указаний руководителями основной группы среди наиболее сильных сторон организации (подразделения) соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента и его ожиданиям (52,9%, в группе сравнения - 36,4%, $p < 0,01$), современному уровню развития медицины (17,2%, в группе сравнения - 8,3%, $p < 0,05$), современным технологиям (17,2%, в группе сравнения - 9,1%, $p < 0,05$) и стандартам медицинской помощи (62,6%, в группе сравнения - 51,2%, $p < 0,05$). Существенно чаще, чем в группе сравнения, руководители основной группы отмечали необходимость своевременности оказания медицинской помощи (73,1%, в группе сравнения - 57,0%, $p < 0,01$), правильности выбора методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации (51,1%, в группе сравнения - 33,1%, $p < 0,01$), достижения запланированных результатов (26,9%, в группе сравнения - 17,4%, $p < 0,05$), профессиональной (58,6%, в группе сравнения - 45,5%, $p < 0,05$) и информационной (18,9%, в группе сравнения - 5,0%, $p < 0,001$) компетентности сотрудников. В соответствии с полученными данными, руководители основной группы значительно чаще оценивали качество оказываемой ПМСП при БСК как надлежащее (93,8%) по сравнению с руководителями группы сравнения (85,1%, $p < 0,05$).

В седьмой главе изложены результаты изучения уровня информированности пациентов, получавших первичную медико-санитарную помощь и прошедших обучение по образовательным программам в «Школах здоровья», по вопросам профилактики болезней системы кровообращения и оценивается влияние уровня их информированности на клиническое течение и показатели смертности от болезней системы кровообращения.

Оценка уровня информированности пациентов по вопросам профилактики БСК в начале срока наблюдения показала недостаточный ее уровень, сопоставимый в исследуемых группах: средний уровень информированности по вопросам профилактики артериальной гипертензии составил в основной группе 11,92 баллов, в группе сравнения - 11,66 баллов, стенокардии - 13,01 и 13,27 баллов, по вопросам профилактики хронической сердечной недостаточности - 12,28 и 12,52 баллов соответственно ($p > 0,05$).

При этом проведенный корреляционный анализ установил обратную корреляционную связь между показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики болезней системы кровообращения. С помощью метода парной линейной регрессии нами была проведена оценка зависимости между показателями смертности взрослого населения от БСК, в том числе от острого инфаркта миокарда и инсульта, и уровнем информированности пациентов по вопросам вторичной профилактики болезней системы кровообращения.

Так, при оценке зависимости между показателем смертности взрослого населения от инсульта и средним уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертонии было установлено, что увеличение среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертонии на 1 балл ведет к снижению показателя смертности взрослого населения от инсульта на 31,27 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

График уравнения регрессионной функции зависимости между показателем смертности взрослого населения от инсульта и средним уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертонии представлен на рисунке 4 (рис. 4).

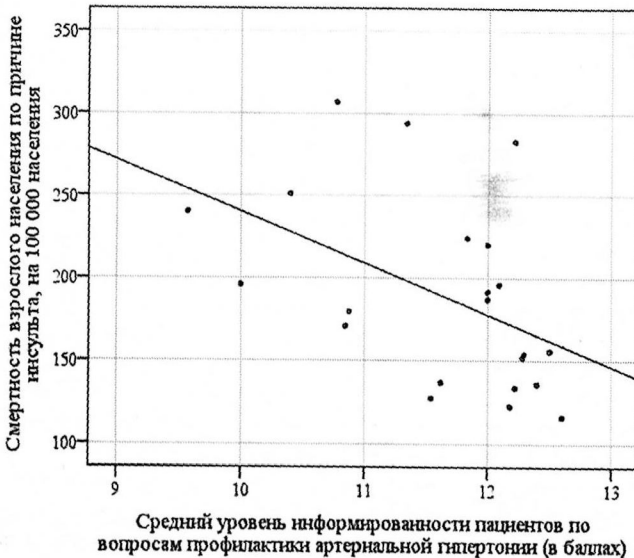


Рис. 4. График уравнения регрессионной функции зависимости между показателем смертности взрослого населения от инсульта и средним уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертонии

В результате оценки зависимости между показателем смертности взрослого населения от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и средним уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики стенокардии, было выявлено, что увеличение среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики стенокардии на 1 балл ведет к снижению показателя смертности взрослого населения от ОИМ на 7,05 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от острого инфаркта миокарда от среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики стенокардии представлен на рисунке 5 (рис. 5).

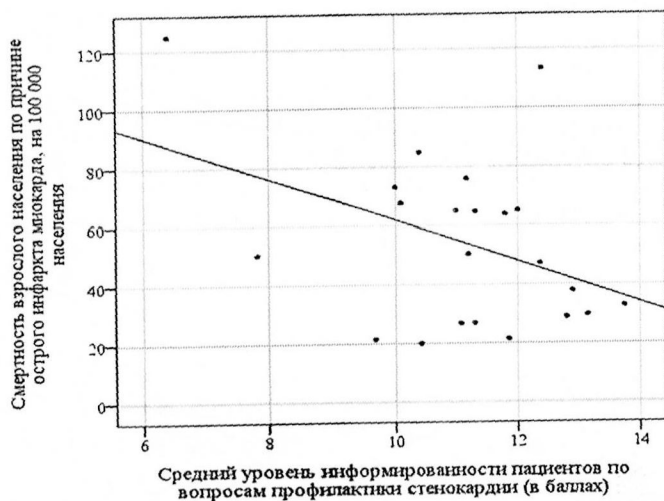


Рис. 5. График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от острого инфаркта миокарда от среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики стенокардии

Проведенный нами анализ зависимости между показателем смертности взрослого населения от БСК и средним уровнем информированности пациентов по вопросам профилактики хронической сердечной недостаточности (ХСН) установил, что увеличение среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики ХСН на 1 балл ведет к снижению показателя смертности взрослого населения от БСК на 18,7 случая на 100 000 населения соответствующего возраста.

График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от БСК от среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики ХСН представлен на рисунке 6 (рис. 6).

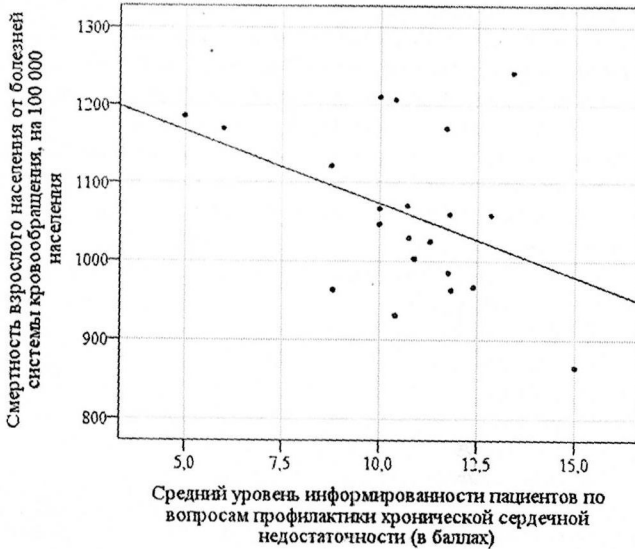


Рис. 6. График уравнения регрессионной функции зависимости показателя смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения от среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики хронической сердечной недостаточности

Анализ данных, полученных в конце срока наблюдения, показал, что в основной группе отмечалось существенное увеличение среднего уровня информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертензии до 15,13 баллов, стенокардии - до 15,64 баллов, по вопросам профилактики ХСН - до 14,71 баллов ($p < 0,001$). В группе сравнения изменения среднего уровня информированности были статистически незначимыми ($p > 0,05$). При сравнении среднего уровня информированности в основной группе и группе сравнения в конце срока наблюдения были выявлены статистически значимые различия для всех изучаемых заболеваний ($p < 0,001$).

Проведенное исследование установило более выраженную неблагоприятную динамику клинического состояния пациентов с болезнями системы кровообращения в группе сравнения по сравнению с исследуемыми основной группы. Так, у пациентов группы сравнения за период проведения организационного эксперимента отмечался переход значительной части пациентов из более легких степеней, стадий, функциональных классов в более тяжелые. При этом доля пациентов основной группы, среди которых наблюдалось ухудшение клинического состояния, была существенно ниже. Таким образом, проведение эксперимента способствовало стабилизации состояния здоровья пациентов с болезнями системы кровообращения, уменьшая частоту перехода заболеваний в более тяжелые клинические категории. Анализ частоты

осложнений болезнью системы кровообращения выявил существенно более высокие показатели среди пациентов группы сравнения (24,8%), тогда как в основной группе частота осложнений составила 11,1% ($p < 0,001$). Сопоставление шансов развития осложнений у пациентов исследуемых групп показало, что в группе сравнения шансы были выше в 2,64 раза (95% ДИ: 1,68-4,14). Также в группе сравнения отмечалась более высокая частота развития острого инфаркта миокарда – 18,8%, в основной группе этот показатель составил 8,5% ($p < 0,01$). При этом шансы развития данного осложнения при отсутствии эксперимента повышались в 2,49 раза (95% ДИ: 1,51-4,12). В группе сравнения существенно более высокой была частота инсульта (5,9%), тогда как в основной группе данный показатель составил 2,3% ($p < 0,05$). Шансы развития инсульта при отсутствии эксперимента повышались в 2,66 раза (95% ДИ: 1,1-6,42).

Также нами проводилось исследование влияния различных факторов на частоту развития ОИМ. С целью повышения объективности оценок частота ОИМ определялась среди пациентов со стенокардией, так как при отсутствии данного заболевания случаев развития ОИМ выявлено не было. В результате проведенного анализа было установлено, что среди женщин ОИМ отмечался существенно реже, чем среди мужчин: частота развития данного осложнения составляла 12,5% и 26,5% среди женщин и мужчин соответственно ($p < 0,01$). Согласно рассчитанному значению отношения шансов, вероятность ОИМ среди мужчин была в 2,53 раза выше, чем среди женщин (95% ДИ: 1,36-4,71). Оценка частоты ОИМ среди пациентов различного возраста, проведенная с помощью критерия χ^2 Пирсона, установила, что частота ОИМ незначительно зависела от возраста пациентов ($p > 0,05$). При оценке влияния на развитие данного осложнения местности проживания пациентов также не было выявлено статистически значимых различий: среди городского населения частота развития ОИМ составила 22,0%, среди сельского – 21,2% ($p > 0,05$). Проведенное нами сравнение показателей частоты развития ОИМ среди исследуемых в зависимости от функционального класса (ФК) стенокардии показало, что несмотря на явную тенденцию к увеличению частоты ОИМ среди пациентов с более высоким функциональным классом стенокардии, сравнение показателей с помощью критерия χ^2 Пирсона не выявило статистически значимых различий ($p > 0,05$).

Нами был рассчитан прогноз развития ОИМ у пациентов со стенокардией в зависимости от наличия различных факторов риска. Для этого был использован метод бинарной логистической регрессии. В качестве зависимой переменной рассматривался факт развития ОИМ в течение срока наблюдения пациентов со стенокардией (0 – отсутствие осложнения, 1 – развитие ОИМ). В качестве факторов выступали признаки, измеренные как в количественной шкале (возраст пациентов, функциональный класс стенокардии), так и в номинальной (пол пациентов, местность проживания, участие в эксперименте). При построении прогностической модели факторы отбирались методом исключения с использованием оценки критерия Вальда. В результате была получена следующая модель:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}} * 100\%;$$

$$z = -5,175 + 1,114 * x_{\text{ПОЛ}} + 0,993 * x_{\text{ЭКС}} + 0,626 * x_{\text{ФК}} \quad (2).$$

где p – вероятность развития ОИМ в течение срока наблюдения пациента со стенокардией (в %), $x_{\text{ПОЛ}}$ – пол пациента (мужской – 1, женский – 0), $x_{\text{ЭКС}}$ – участие пациента в эксперименте (основная группа – 0, группа сравнения – 1), $x_{\text{ФК}}$ – ФК стенокардин (от 1 до 3).

Исходя из полученных коэффициентов регрессии в уравнении (2), принадлежность пациента к мужскому полу, принадлежность к группе сравнения, а также более высокий ФК стенокардии являются факторами, повышающими вероятность развития ОИМ. Значение χ^2 для данной модели составило 28,144, что при числе степеней свободы $f=3$ соответствует уровню значимости $p < 0,001$. Исходя из значения R-квадрата Найджелкера, доля объясняемых логистической функцией (2) изменений риска ОИМ при стенокардии составляет 36,1%. Разделяющее значение логистической функции было принято за 0,2, что обеспечило сочетание наивысших значений чувствительности и специфичности прогностической модели. Соответственно, при расчетных значениях функции p менее 0,2, пациенты относились к категории низкого риска развития ОИМ. При значениях p более 0,2 предполагался высокий риск. Диагностическая эффективность данной модели, соответствующая доле верных прогнозов о развитии ОИМ среди всех исследуемых, составила 87,9%. Чувствительность прогностической модели, определяемая как доля правильно предсказанных случаев развития ОИМ, составила 78,9%. Специфичность модели, соответствующая доле верных прогнозов об отсутствии ОИМ, составила 86,5%. Таким образом, прогнозирование развития острого инфаркта миокарда у пациентов со стенокардией в течение срока наблюдения в зависимости от наличия различных факторов риска установило статистически значимое влияние на риск развития ОИМ таких факторов, как пол, участие в эксперименте и ФК стенокардии. Способствовали развитию данного осложнения мужской пол пациента, принадлежность к группе сравнения и увеличение ФК стенокардин.

В восьмой главе представлены результаты анализа дополнительных профессиональных образовательных программ (ДПОП) «Терапия», «Общая врачебная практика», «Герiatrics», «Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней», показавшего недостаточное освещение в данных программах вопросов диагностики и лечения БСК, так как незначительный их учебный объем (от 10,4% до 13,9%) был посвящен актуальным вопросам внутренних болезней: ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и симптоматическим гипертензиям, сердечной недостаточности.

Оценка содержания данных образовательных программ также выявила неполное соответствие образовательных программ современным рекомендациям ведущих научных обществ, так как в их содержании отсутствовала часть сведений о современных методах диагностики и лечения ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и симптоматических

гипертензий, сердечной недостаточности, представленных в рекомендациях европейских и российских научных обществ.

С учетом результатов проведенной экспертной оценки существующих программ, нами был разработан комплекс новых дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей терапевтического профиля по вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения. Комплекс образовательных программ включал в себя 10 учебно-методических комплексов для циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации (общего и тематического усовершенствования): «Терапия», «Общая врачебная практика», «Гериатрия», «Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней», «Современные вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Обучение пациентов в «Школах здоровья». Кроме пересмотра структуры образовательных программ в их содержание были внесены сведения о современных методах диагностики и лечения ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и симптоматических гипертензий, сердечной недостаточности, представленные в рекомендациях Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии, Российских рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии и Национальных Рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов и общества специалистов по сердечной недостаточности по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности.

Разработаны, изданы и внедрены в учебный процесс учебно-методические пособия по составлению дополнительных профессиональных образовательных программ профессиональной переподготовки по специальностям: «Терапия», «Общая врачебная практика» и «Гериатрия»; учебно-методические пособия по проведению «Школ здоровья» для пациентов, страдающих артериальной гипертонией, стабильной стенокардией и хронической сердечной недостаточностью; учебно-методические пособия для пациентов «Школа здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертонией», «Школа здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией» «Школа здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью», «Диспансеризация взрослого населения. Основные положения», «Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертонией», «Диспансерное наблюдение больных с хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией», «Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью».

В девятой главе определены основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, научным обоснованием которых явились результаты проведенного нами исследования: проведение медико-статистического мониторинга первичной, общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения; усиление государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании первичной медико-

санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; усиление роли руководства медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в совершенствовании внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; постоянное улучшение качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; непрерывное повышение качества профессиональной подготовки врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, по дополнительным профессиональным образовательным программам; повышение профессиональных компетенций врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в вопросах диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения и качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения (модель профессиональных компетенций); повышение удовлетворенности пациентов с болезнями системы кровообращения качеством и доступностью первичной медико-санитарной помощи; повышение уровня информированности взрослого населения по вопросам профилактики болезней системы кровообращения.

Данные направления стали основой разработанной нами организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, базирующейся на процессном подходе.

В структуру модели включены: Управление федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав РФ), Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации (ФФОМС), органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (РФ); образовательные учреждения высшего и дополнительного профессионального образования; медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения; взрослое население с болезнями системы кровообращения.

В модели задействованы следующие процессы: государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; медико-статистический анализ первичной, общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и прогнозирование; анализ дополнительных профессиональных образовательных программ, коррекция выявленных дефектов, разработка дополнительных профессиональных образовательных программ, прогнозирование, планирование потребности и их реализация; непрерывное медицинское образование (непрерывное профессиональное развитие) врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, по дополнительным профессиональным образовательным программам; социологические исследования мнения руководителей медицинских организаций и врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, о качестве первичной медико-

санитарной помощи; экспертная оценка качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; социологические исследования по изучению мнения взрослого населения об удовлетворенности качеством и доступностью первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и оценке уровня его информированности по вопросам профилактики болезней системы кровообращения; обучение пациентов с болезнями системы кровообращения в «Школах здоровья» и по программам персонализированной профилактики.

Реализуемые процессы соответствуют каждому уровню структуры и приводят к запланированным результатам: повышению контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; повышению качества профессиональной подготовки врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения; повышению профессиональных компетенций врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения; повышению качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; повышению удовлетворенности пациентов с болезнями системы кровообращения качеством и доступностью первичной медико-санитарной помощи, уровня их информированности по вопросам профилактики болезней системы кровообращения и оптимизации менеджмента заболвания; снижению смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения, в том числе от острого инфаркта миокарда и инсульта.

В реализации данной модели используются нормативно-правовые, кадровые, образовательные, финансовые и управленческие ресурсы.

Взаимодействие всех участников, задействованных в процессе реализации данной модели, осуществляется посредством координации через разработку нормативно-правовой базы Управления федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации.

Разработанная организационно-методологическая модель управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, функционирующая в рамках процессного подхода и включающая в себя все элементы, задействованные в процессе оказания ПМСП при БСК и образовательной деятельности, способствует повышению профессиональных компетенций медицинских специалистов, оказывающих ПМСП при БСК, качества ПМСП при БСК, информированности и удовлетворенности пациентов с БСК качеством и доступностью ПМСП и приводит к снижению смертности населения от болезней системы кровообращения, в том числе от острого инфаркта миокарда и инсульта.

Организационно-методологическая модель управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения представлена на рисунке 7 (рис. 7).

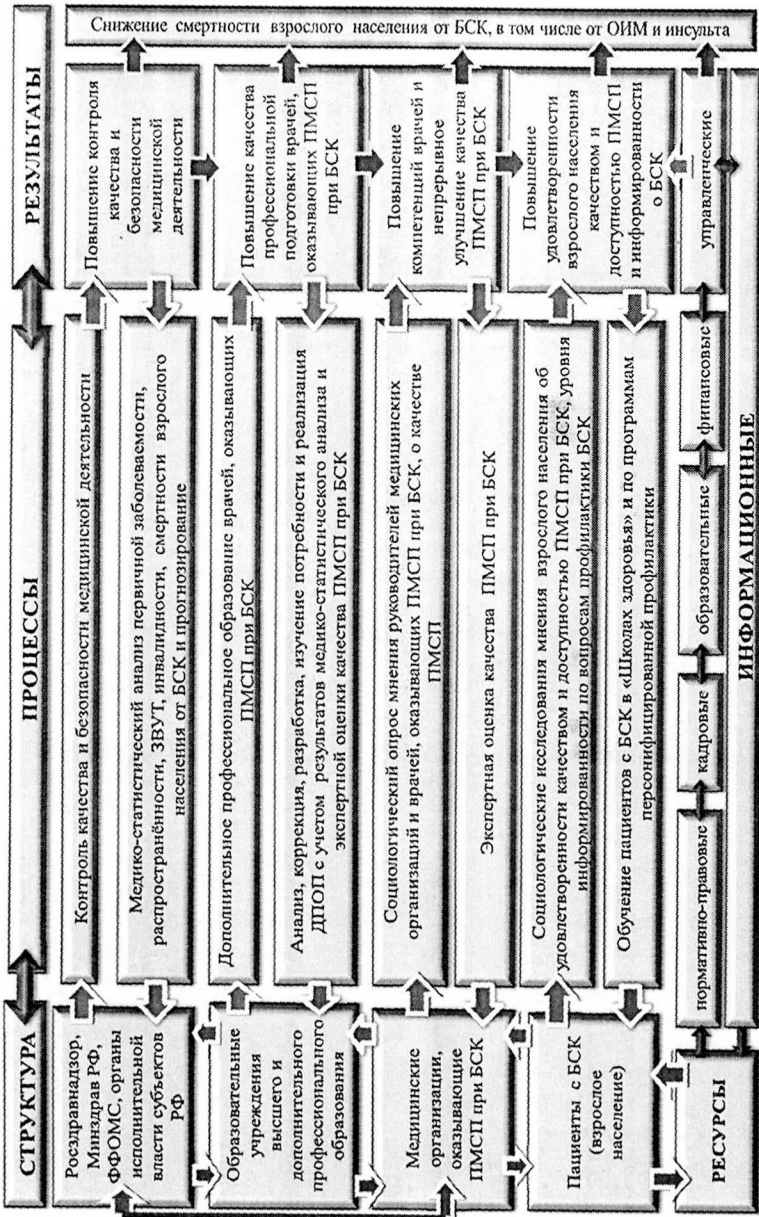


Рис. 7. Организационно-методологическая модель управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения

Реализация организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения привела к снижению стандартизованных показателей смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения с 1040,2 до 778,4 на 100 000 населения соответствующего возраста (темп убыли -25,2%, $p < 0,001$), в том числе от острого инфаркта миокарда – с 64,2 до 39,4 на 100 000 населения соответствующего возраста (темп убыли -38,6%, $p < 0,05$), инсульта – с 192,2 до 71,4 на 100 000 населения соответствующего возраста (темп убыли -62,9%, $p < 0,001$) в районах Республики Татарстан, принявших участие в организационном эксперименте. В группе сравнения стандартизованные показатели смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения снизились незначительно (с 1105,6 до 846,1 на 100 000 населения соответствующего возраста, $p > 0,05$), стандартизованные показатели смертности взрослого населения от острого инфаркта миокарда существенно повысились (с 32,7 до 48,9 на 100 000 населения соответствующего возраста, $p < 0,05$). Стандартизованные показатели смертности взрослого населения от инсульта в группе сравнения снизились с 184,6 до 104,6 на 100 000 населения соответствующего возраста ($p < 0,05$) при существенной разнице с основной группой ($p < 0,05$).

В заключении в обобщенном виде представлено краткое обсуждение результатов проведенного исследования, свидетельствующих о решении поставленных задач и достижении цели исследования.

ВЫВОДЫ

1. Медико-статистический анализ заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения Республики Татарстан от болезней системы кровообращения за 2005-2015 годы показал, что первичная заболеваемость за этот период снизилась с 41,9‰ в 2005 году до 37,0‰ в 2015 году (темп убыли -11,6%), распространенность увеличилась с 241,5‰ до 285,0‰ (темп прироста +18,0%), заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась в днях с 67,8 до 45,6 (темп убыли -32,7%), в случаях - с 4,1 до 3,0 (темп убыли -28,9%) на 100 работающих, уровень первичной инвалидности снизился с 134,0 до 18,1 на 10 тысяч населения (темп убыли -86,5%). Показатель смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения за наблюдаемый период снизился с 10,8‰ до 7,7‰ (темп убыли -28,5%).

2. Проведенная экспертная оценка качества первичной медико-санитарной помощи, оказанной взрослому населению, установила, что частота бездефектных случаев оказания первичной медико-санитарной помощи составила при артериальной гипертензии 43,8 и 43,6% в основной группе и группе сравнения соответственно, при стенокардии - 52,4 и 55,4%, при сердечной недостаточности - 42,3 и 43,7% ($p > 0,05$).

При этом установлена корреляционная зависимость между показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и количеством дефектов в их диагностике. Доказано, что увеличение среднего количества дефектов качества диагностики стенокардии на 1 ведет к увеличению

показателя смертности населения от болезни системы кровообращения на 302,5 случая на 100 000 населения ($r_{xy} = 0,479$, $p < 0,05$), увеличение среднего количества дефектов качества диагностики артериальной гипертонии на 1 ведет к увеличению показателя смертности населения от болезни системы кровообращения на 188,4 случая ($r_{xy} = 0,424$, $p < 0,05$) и смертности населения от инсульта на 84,8 случая на 100 000 населения ($r_{xy} = 0,553$, $p < 0,01$).

В результате проведенного обучения врачей первичного звена по дополнительным профессиональным образовательным программам частота бездефектных случаев оказания первичной медико-санитарной помощи существенно повысилась в основной группе: до 82,1% при артериальной гипертонии, до 81,9% - при стенокардии, до 75,5% - при сердечной недостаточности ($p < 0,001$) при наличии достоверной разницы при сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,001$).

3. Социологическое исследование мнения врачей первичного звена о качестве первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения показало, что 82,0% врачей в основной группе и 84,6% в группе сравнения считают основным компонентом качества медицинской помощи диагностику, 78,3 и 81,1% - лечение, 29,4 и 34,9% - адекватность, 18,6 и 25,7% - экономичность, 19,4 и 23,4% - научно-технический уровень, 24,6 и 29,1% - эффективность медицинской помощи, 50,9 и 51,4% - удовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи ($p > 0,05$). Повторный социологический опрос мнения врачей первичного звена выявил повышение значимости основных компонентов качества медицинской помощи в основной группе: адекватности - до 60,0%, экономичности - 44,6%, научно-технического уровня - 46,6%, эффективности - 49,1% ($p < 0,001$) при наличии существенной разницы при сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,001$).

В результате реализации дополнительных профессиональных образовательных программ применение клинических рекомендаций по диагностике и лечению болезней системы кровообращения существенно увеличилось в основной группе: в части диагностики стабильной стенокардии с 51,2 до 77,1%, артериальной гипертонии - с 46,2 до 80,5%, хронической сердечной недостаточности - с 43,0 до 82,1% ($p < 0,001$); в части лечения стабильной стенокардии - с 42,3 до 81,8%, артериальной гипертонии - с 45,6 до 82,2%, хронической сердечной недостаточности - с 40,4 до 73,5% ($p < 0,001$) при наличии существенной разницы с группой сравнения ($p < 0,001$).

Анализ результатов социологического опроса врачей показал, что показатели использования стандартов медицинской помощи при оказании первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения в результате обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам существенно увеличились в основной группе: в части диагностики стенокардии с 59,0 до 87,8%, артериальной гипертонии - с 42,3 до 81,1%, сердечной недостаточности - с 39,4 до 76,1% ($p < 0,001$); в части лечения артериальной гипертонии с 49,9 до 86,8%, стенокардии - с 54,2 до 84,4%, сердечной недостаточности - с 43,9 до 80,3% ($p < 0,001$) при наличии достоверной разницы с группой сравнения ($p < 0,001$).

Проведенная оценка качества первичной медико-санитарной помощи по данным социологического исследования мнения пациентов с болезнями системы кровообращения показала, что показатель удовлетворенности качеством первичной медико-санитарной помощи в начале срока наблюдения составил 35,1% у пациентов основной группы, 35,6% - у пациентов группы сравнения ($p>0,05$). Результаты социологического опроса пациентов, проведенного после их обучения в «Школах здоровья», показали, что удовлетворенность качеством первичной медико-санитарной помощи существенно повысилась в основной группе и достигла 68,0% ($p<0,001$) при наличии достоверной разницы с группой сравнения ($p<0,001$).

4. Оценка эффективности управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению при болезнях системы кровообращения, показала, что, по мнению руководителей медицинских организаций, уровень качества медицинской помощи зависит от постоянного внедрения инновационных управленческих технологий – в 28,6 и 16,5% в основной группе и группе сравнения соответственно ($p<0,05$), от непрерывного профессионального развития персонала - 44,9 и 29,8% ($p<0,01$), поддержки инициатив и творческих начинаний персонала - 19,4 и 8,3% ($p<0,01$), мотивации персонала на создание, приобретение и внедрение новых информационных технологий - 26,9 и 11,6% ($p<0,01$), SWOT-анализа внутренней и внешней среды - 11,0 и 1,7% ($p<0,01$), формирования и развития корпоративной (в том числе организационной) культуры - 19,4 и 9,1% ($p<0,05$).

После проведенного эксперимента достижение целевых показателей и выполнение государственного задания на 100% составило 59,9% в основной группе, 43,0% - в группе сравнения ($p<0,01$), необходимость реорганизации системы управления качеством медицинской помощи отмечалась руководителями медицинских организаций в 56,4 и 43,0% ($p<0,05$), повышения открытости системы управления качеством первичной медико-санитарной помощи – 41,9 и 31,4% ($p<0,01$), соответствия оказанной медицинской помощи потребностям пациента и его ожиданиям – 52,9 и 36,4% ($p<0,01$), стандартам медицинской помощи - 62,6 и 51,2% ($p<0,05$); качество медицинской помощи оценивалось как надлежащее в 93,8 и 85,1% ($p<0,05$) в основной группе и группе сравнения соответственно.

5. Изучение информированности пациентов, получавших первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, выявило ее недостаточный уровень в начале срока наблюдения: уровень информированности по вопросам профилактики артериальной гипертензии составил 11,92 и 11,66 баллов в основной группе и группе сравнения соответственно, стенокардии – 13,01 и 13,27 баллов, по вопросам профилактики хронической сердечной недостаточности – 12,28 и 12,52 баллов ($p>0,05$).

При этом выявлена обратная корреляционная связь между показателями смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и уровнем информированности взрослого населения по вопросам их профилактики ($p<0,05$). Установлено, что повышение уровня информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертензии на 1 балл приводит к снижению показателя смертности населения от инсульта на 31,27 случая на 100 000 населения

($r_{xy} = 0,465$), стенокардии – к снижению показателя смертности населения от острого инфаркта миокарда на 7,05 случая ($r_{xy} = 0,411$), хронической сердечной недостаточности – к снижению показателя смертности населения от болезней системы кровообращения - на 18,7 случая на 100 000 населения ($r_{xy} = 0,405$).

После проведенного обучения в соответствии с разработанными нами программами в «Школах здоровья» уровень информированности пациентов по вопросам профилактики артериальной гипертензии повысился в основной группе до 15,13 баллов, стенокардии - до 15,64 баллов, хронической сердечной недостаточности – до 14,71 баллов ($p < 0,001$) при отсутствии существенной динамики показателей в группе сравнения ($p > 0,05$). При этом в конце срока наблюдения уровень информированности в основной группе был достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). У пациентов, проходивших обучение в «Школах здоровья», отмечалась существенно более низкая частота развития сердечно-сосудистых осложнений - 11,1% (24,8% у пациентов группы сравнения, $p < 0,001$), инфаркта миокарда – 8,5% (18,8% в группе сравнения, $p < 0,01$), инсульта - 2,3% (5,9% у пациентов группы сравнения, $p < 0,05$).

6. Экспертная оценка дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей первичного звена терапевтического профиля по диагностике, лечению и профилактике болезней системы кровообращения показала, что от 10,4 до 13,9% объема программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальностям: «Терапия», «Общая врачебная практика», «Гериатрия» было отведено вопросам диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения; в содержании данных программ отсутствовали сведения о современных методах диагностики и лечения данных заболеваний, представленных в клинических рекомендациях. Существующие дополнительные профессиональные образовательные программы были пересмотрены с учетом выявленных недостатков и разработаны новые образовательные программы с увеличением объема по разделу «Болезни сердечно-сосудистой системы» до 30,6%, 12,5% и 15,6% учебного времени соответственно; с включением в содержание программ сведений о современных методах диагностики и лечения болезней системы кровообращения, представленных в клинических рекомендациях, и разделов, посвященных вопросам управления качеством медицинской помощи при болезнях системы кровообращения.

7. Определены и научно обоснованы основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения, вошедшие в основу организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения. Реализация данной модели привела к повышению эффективности управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и снижению стандартизованных показателей смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения (темп убыли -25,2%; $p < 0,001$), в том числе от острого инфаркта миокарда (темп убыли -38,6%; $p < 0,05$) и инсульта (темп убыли -62,9%; $p < 0,001$) в районах Республики Татарстан, принявших участие в организационном эксперименте по

повышению качества первичной медико-санитарной помощи и снижению смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения:

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Территориальным органам управления здравоохранением необходимо проводить постоянный анализ результатов мониторинга показателей распространённости, первичной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения взрослого населения, проводимого медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, с целью своевременного направления на обучение врачей первичного звена из районов с неблагоприятными показателями здоровья прикрепленного населения и неудовлетворительными результатами целевых экспертиз качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

2. Органам управления здравоохранения федерального и регионального уровней, руководителям медицинских организаций рекомендуется проводить на регулярной основе социологические исследования мнения населения, медицинских работников (врачей и среднего медицинского персонала) и руководителей медицинских организаций о качестве и доступности первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения.

3. Образовательным учреждениям высшего и дополнительного профессионального образования необходимо проводить ежегодный пересмотр дополнительных профессиональных образовательных программ для врачей терапевтического профиля с увеличением учебного объема, отведенного на актуальные вопросы внутренних болезней: ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, симптоматическим гипертензиям и сердечной недостаточности, с учетом результатов экспертизы качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения и мониторинга медико-статистических показателей здоровья взрослого населения с болезнями системы кровообращения.

4. Руководителям органов управления здравоохранения при подготовке комплексного плана деятельности отрасли в части предупреждения болезней системы кровообращения необходимо: с учетом результатов проводимого анализа заболеваемости, инвалидности и смертности разрабатывать и внедрять профилактические программы; использовать возможности социального контент-маркетинга медицинских организаций и средств массовой информации по информированию населения о мерах профилактики болезней системы кровообращения и их осложнениях; формировать положительную мотивацию персонала медицинских организаций к участию в реализации образовательных программ для пациентов.

6. Руководителям медицинских организаций использовать возможности программного обеспечения ЕГИС в формировании программ персонализированной профилактики для пациентов с болезнями системы кровообращения с учетом индивидуальных факторов риска.

7. Работодателям рекомендовать привлекать медицинские организации для реализации выездных «Школ здоровья» для сотрудников, имеющих факторы риска болезни системы кровообращения, и выявленные в результате проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения сотрудников болезни системы кровообращения.

8. В рамках организационно-методологической модели управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения целесообразно создать эффективные коммуникации между субъектами, участвующими в осуществлении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий для пациентов с болезнями системы кровообращения, в рамках ЕГИС.

9. Разработанную и апробированную организационно-методологическую модель управления качеством первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения следует использовать в деятельности учреждений высшего и дополнительного профессионального образования и медицинских организаций для разработки, обоснования и принятия управленческих решений в части, касающейся управления здоровьем населения и повышения эффективности образовательного процесса при реализации принципов непрерывного медицинского образования.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Газизов, Р.М. Подготовка кадров первичного звена здравоохранения на кафедре терапии и семейной медицины / Р.М. Газизов, Е.А. Ацель, В.Ф. Боговяленский, Н.С. Волчкова, Н.А. Климова, А.А. Мингалеев, С.Ф. Субханкулова // Последипломная подготовка специалистов здравоохранения первичного звена: Сборник трудов координационного совета по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию здравоохранения ПФО. – Оренбург, 2006. – С. 11-12.
2. Ацель, Е.А. Лекарственные средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему / Е.А. Ацель // Руководство по рациональному использованию лекарственных средств (формуляр) / под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 241-289.
3. Зиганшина, Л.Е. Фармакоэпидемиология ишемической болезни сердца / Л.Е. Зиганшина, Е.А. Ацель, Л.И. Мухамадуллина // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 5. – С. 321-323.
4. Ацель, Е.А. Эпидемиологические особенности, оценка качества жизни, диагностика и лечение ишемической болезни сердца в Республике Татарстан / Е.А. Ацель, С.В. Голубцова, Е.Ю. Крохина // Материалы научно-практической конференции молодых ученых (Казань, 23 апреля 2008 г.). – Казань, 2008. – С. 26.
5. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертензией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 131 с.
6. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 82 с.

7. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 75 с.
8. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие для пациентов «Школа здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертензией»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 112 с.
9. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие для пациентов «Школа здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 67 с.
10. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие для пациентов «Школа здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель. – Казань: ИД «Меддок», 2009. – 63 с.
11. Ацель, Е.А. Оценка качества жизни, диагностики, лечения и эпидемиологические особенности ишемической болезни сердца в Республике Татарстан / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов // Материалы научно-практической конференции молодых ученых (Казань, 22 апреля 2009 г.). – Казань, 2009. – С. 88-89.
12. Газизов, Р.М. Проблемы подготовки врачей общей практики в период реформирования первичного звена здравоохранения и пути их решения / Р.М. Газизов, Н.А. Климова, Е.А. Ацель, В.Ф. Богоявленский, Н.И. Бейлина, Н.С. Волчкова, А.А. Мингалеев, Т.В. Сайфутдинова, С.Ф. Субханкулова // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Том 3. – приложение 1. – С. 41-42.
13. Ацель, Е.А. Фармакоэпидемиологический мониторинг терапии стабильной стенокардии в республике Татарстан / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, С.В. Голубцова // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Том 3. – приложение 1. – С. 17.
14. Розенцвейг, А.К. Первый опыт проведения цикла профессиональной переподготовки по гериатрии на базе госпиталя ветеранов войн / А.К. Розенцвейг, Р.Ф. Шавалиев, Р.М. Газизов, Н.А. Климова, Е.А. Ацель, Н.С. Волчкова, А.А. Мингалеев, Л.Я. Салыхова // Клиническая геронтология. – 2010. – Том 16. – № 9-10. – С. 75.
15. Ацель, Е.А. Фармакоэпидемиология стабильной стенокардии / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, С.В. Голубцова // Профилактическая медицина. – 2010. – Том 13. – № 4. – С. 57.
16. Ацель, Е.А. Внедрение методики фармакоэпидемиологического мониторинга лечения больных стабильной стенокардией в Республике Татарстан / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов // Инновационные аспекты в научной, образовательной и практической медицине: сб. статей ученых ГОУ ДПО КГМА Росздрава / сост. Л.М. Хайруллина, Г.Р. Хуссамова, Г.И. Абдукаева. – Казань: Слово, 2010. – С. 42-45.
17. Ацель, Е.А. Фармакоэпидемиология стабильной стенокардии / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, С.В. Голубцова // Материалы научно-образовательного форума «Профилактическая кардиология 2010» (Москва, 24-26 февраля 2010 г.). – Москва, 2010. – С. 26-27.
18. Газизов, Р.М. Особенности профессиональной подготовки врачей первичного звена здравоохранения в период реформы / Р.М. Газизов, Е.А. Ацель, Н.И. Бейлина, Н.С. Волчкова, Н.А. Климова, А.А. Мингалеев, Т.В. Сайфутдинова, Л.Я. Салыхова, С.Ф. Субханкулова // Материалы круглого стола «Обучающиеся и обучаемые: проблемы взаимодействия поколений» (Казань, 18 ноября 2010 г.). – Казань, 2010. – С. 43-47.
19. Ацель, Е.А. Фармакоэпидемиология стабильной стенокардии / Е.А. Ацель, С.В. Голубцова, Р.М. Газизов // Материалы научно-практической конференции молодых ученых Приволжского федерального округа с международным участием «Молодые ученые в медицине» (Казань, 19 апреля 2011 г.). – Казань, 2011. – С. 20.

20. Ацель, Е.А. Удовлетворенность качеством кардиологической помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Том 5. – выпуск 3. – С. 6-9.
21. Ацель, Е.А. Терапия стабильной стенокардии: фармакоэпидемиологический мониторинг в республике Татарстан / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов // Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых-медиков, организованной воронежским, курским и казанским медицинскими вузами (Казань, 27-28 февраля 2012 г.). – Казань, 2012. – С. 284-286.
22. Ацель, Е.А. Контроль качества медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов // Материалы научно-практической конференции «Казанская школа терапевтов», посвященной 180-летию С.П. Боткина (Казань, 30-31 мая 2012 г.). – Казань, 2012. – С. 9-10.
23. Ацель, Е.А. Актуальность проблемы качества медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов // Медицина и качество жизни. – 2012. – № 3. – С. 30.
24. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по составлению дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки по направлению «ГЕРИАТРИЯ»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, А.О. Поздняк, Н.А. Климова. – Казань: КГМА, 2012. – 148 с.
25. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по составлению дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки по направлению «Общая врачебная практика»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, А.О. Поздняк, Н.А. Климова. – Казань: КГМА, 2012. – 232 с.
26. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по составлению дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки по направлению «ТЕРАПИЯ»: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, Р.М. Газизов, А.О. Поздняк. – Казань: КГМА, 2012. – 96 с.
27. Ацель, Е.А. Управление качеством медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2013. – №1 (21). – Режим доступа: <http://soc-journal.ru/archive/2013/1.pdf>.
28. Ацель, Е.А. Оценка компетентности врачей республики Татарстан в подходах к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности / Е.А. Ацель // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Том 6. – выпуск 2. – С. 97-100.
29. Ацель, Е.А. Пути совершенствования подготовки врачей первичного звена здравоохранения по вопросам кардиологической реабилитации / Е.А. Ацель, Р.А. Бодрова, Р.М. Газизов, А.О. Поздняк, П.З. Юсупова, А.И. Абдрахманова, Г.М. Плеханова, Р.С. Садыкова // CardioСоматика. – 2013. – Приложение 1. – С. 11.
30. Ацель, Е.А. Эффективность образовательных программ в повышении компетентности врачей в вопросах диагностики и лечения стабильной стенокардии / Е.А. Ацель // Практическая медицина. – 2013. – № 3 (71). – С. 87-92.
31. Ацель, Е.А. Управление качеством кардиологической помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Том 6. – выпуск 4. – С. 41-45.
32. Ацель, Е.А. Оценка качества медицинской помощи в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель // Астраханский медицинский журнал. – 2013. – Том 8. – № 3. – С. 104-107.
33. Ацель, Е.А. Исследование компетентности врачей Республики Татарстан в подходах к диагностике и лечению стабильной стенокардии / Е.А. Ацель // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Возможности современной кардиологии в рамках модернизации» (Москва, 5-6 июня 2013 г.). – Москва, 2013. – С. 14-15.

34. Ацель, Е.А. Изучение компетентности врачей Республики Татарстан в подходах к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности / Е.А. Ацель // *Материалы Российского национального конгресса кардиологов «Кардиология: от науки к практике»* (Санкт-Петербург, 25-27 сентября 2013г.). – Санкт-Петербург, 2013. – С. 70-71.

35. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертензией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.О. Поздняк, Т.В. Сайфутдинова. – 2-е изд., доп. и перераб. - Казань: КГМА, 2013. – 182 с.

36. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.О. Поздняк, Н.А. Климова. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: КГМА, 2013. – 118 с.

37. Ацель, Е.А. Учебно-методическое пособие по проведению школ здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.О. Поздняк, Р.М. Газизов. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: КГМА, 2013. – 105 с.

38. Ацель, Е.А. Оценка эффективности программ дополнительного профессионального образования в повышении качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения / Е.А. Ацель // *Материалы IV Городской научно-практической конференции «Психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки»* (Казань, 1 апреля 2014 г.). – Казань, 2014. – с. 43;

39. Ацель, Е.А. Эффективность образовательных программ в повышении компетентности врачей в вопросах диагностики и лечения артериальной гипертензии / Е.А. Ацель // *Справочник врача общей практики*. – 2014. – № 3. – С. 82-83.

40. Ацель, Е.А. Образовательные программы для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период модернизации здравоохранения / Е.А. Ацель // *Справочник врача общей практики*. – 2014. – № 3. – С. 83-84.

41. Ацель, Е.А. Школа здоровья для пациентов, страдающих артериальной гипертензией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.В. Фомина, Т.В. Сайфутдинова. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: КГМА, 2014. – 112 с.

42. Ацель, Е.А. Школа здоровья для пациентов, страдающих стабильной стенокардией: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.В. Фомина. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: КГМА, 2014. – 72 с.

43. Ацель, Е.А. Школа здоровья для пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью: учебно-методическое пособие / Е.А. Ацель, А.В. Фомина, Н.А. Климова. – 2-е изд., доп. и перераб. – Казань: КГМА, 2014. – 64 с.;

44. Ацель, Е.А. Анализ влияния образовательных программ для врачей терапевтического профиля на показатели качества первичной медико-санитарной помощи и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения / Е.А. Ацель // *Материалы V Городской научно-практической конференции «Психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки», посвященной 95-летию Казанской государственной медицинской академии* (Казань, 7 апреля 2015 г.). – Казань, 2015. – с. 68-69;

45. Сайфутдинова, Т.В. Диспансеризация взрослого населения. Основные положения: учебно-методическое пособие / Т.В. Сайфутдинова, Н.И. Бейлина, Е.А. Ацель. – Казань: КГМА, 2016. – 44 с.

46. Давлетьярова, А.Ш. Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью: учебно-методическое пособие / А.Ш. Давлетьярова, Е.А. Ацель, А.В. Фомина. – Казань: КГМА, 2016. – 28 с.

47. Давлетьярова, А.Ш. Диспансерное наблюдение больных с артериальной гипертензией: учебно-методическое пособие / А.Ш. Давлетьярова, Е.А. Ацель, А.В. Фомина. – Казань: КГМА, 2016. – 36 с.

48. Давлетьярова, А.Ш. Диспансерное наблюдение больных хронической ишемической болезнью сердца и стенокардией / А.Ш. Давлетьярова, Е.А. Ацель, А.В. Фомина. – Казань: КГМА, 2016. – 28 с.;
49. Ацель, Е.А. Результаты изучения эффективности программ дополнительного профессионального образования для врачей терапевтического профиля в повышении качества первичной медико-санитарной помощи и снижении смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения / Е.А. Ацель // *Материалы VI Городской научно-практической конференции «Психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки»* (Казань, 12 апреля 2016 г.). – Казань, 2016. – с. 41-42;
50. Ацель, Е.А. Оценка влияния программ дополнительного профессионального образования на показатели качества первичной медико-санитарной помощи и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения / Е.А. Ацель // *Материалы VII Городской научно-практической конференции «Психолого-педагогические проблемы в теории и практике медицинской науки»* (Казань, 12 апреля 2017 г.). – Казань, 2017. – с. 76-78;
51. Ацель, Е.А. Управление качеством первичной медико-санитарной помощи в условиях непрерывного профессионального развития врачей первичного звена / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // *Современные проблемы науки и образования* (электронный научный журнал). – 2017. – № 2. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/article/view?id=26206>;
52. Ацель, Е.А. Экспертная оценка качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению с артериальной гипертензией / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // *Вестник Современной Клинической Медицины*. – 2017. – Том 10. – выпуск 1. – С. 53-59.
53. Ацель, Е.А. Оценка удовлетворенности пациентов с болезнями системы кровообращения качеством оказываемой первичной медико-санитарной помощи / Е.А. Ацель, А.В. Фомина // *Дневник Казанской медицинской школы*. – 2017. – № 1 (XV). – С. 21-25.
54. Ацель, Е.А. Анализ распространенности болезней системы кровообращения и первичной заболеваемости ими населения Республики Татарстан за период 2005-2014 годов / Е.А. Ацель, А.Ю. Вафин, Л.Я. Саяхова // *Общественное здоровье и здравоохранение*. – 2017. – № 1. – С. 14-18.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АГ – артериальная гипертензия
 БСК – болезни системы кровообращения
 ГАУЗ – государственное автономное учреждение здравоохранения
 ДПОП – дополнительные профессиональные образовательные программы
 ЗВУТ – заболеваемость с временной утратой трудоспособности
 ИБС – ишемическая болезнь сердца
 КМП – качество медицинской помощи
 МКБ – международная классификация болезней
 МО – медицинская организация
 ОИМ – острый инфаркт миокарда
 ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
 РТ - Республика Татарстан
 РФ - Российская Федерация
 ФК – функциональный класс
 ФФОМС – федеральный фонд обязательного медицинского страхования
 ЦРБ – центральная районная больница
 ЦРМБ – центральная районная многопрофильная больница

48

119

Ацель Евгения Александровна

Научное обоснование основных направлений совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения

В диссертации научно обоснованы основные направления совершенствования качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения: проведение медико-статистического мониторинга первичной, общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения; усиление государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; усиление роли руководства медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в совершенствовании внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; постоянное улучшение качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения; непрерывное повышение качества профессиональной подготовки врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь при болезнях системы кровообращения, по дополнительным профессиональным образовательным программам; повышение профессиональных компетенций врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в вопросах диагностики, лечения и профилактики болезней системы кровообращения и качества первичной медико-санитарной помощи при болезнях системы кровообращения (модель профессиональных компетенций); повышение удовлетворенности пациентов с болезнями системы кровообращения качеством и доступностью первичной медико-санитарной помощи; повышение уровня информированности взрослого населения по вопросам профилактики болезней системы кровообращения.

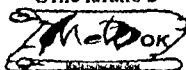
Atsel Evgenia Aleksandrovna

Scientific justification of the main directions of improvement of quality of primary medical and sanitary help at blood circulatory system diseases

In the thesis scientifically proved the main directions of improving the quality of primary health care in diseases of the circulatory system: the medico-statistical monitoring of primary, General morbidity, morbidity with temporary disability, disability and adult mortality from diseases of the circulatory system; strengthening of state control over the quality and safety of medical activities in the provision of primary health care in diseases of the circulatory system; strengthening the role of the management of medical institutions providing primary health care, improvement of internal control quality and safety of medical activities and the quality of primary health care in diseases of the circulatory system; continually improve the quality of primary health care in diseases of the circulatory system; continuous improvement of the quality of professional training of physicians, providing primary health care for diseases of the circulatory system, on additional professional educational programs; improving the professional competence of doctors providing primary health care, diagnosis, treatment and prevention of diseases of the circulatory system and the quality of primary health care in diseases of the circulatory system (model of professional competencies); increasing the satisfaction of patients with diseases of the circulatory system the quality and availability of primary health care; increase awareness of the adult population in the prevention of diseases of the circulatory system.

Подписано в печать 24.10.2017 г.
Формат 60x84¹/₁₆. Печатных листов 2.
Бумага офсетная, тираж 100. Заказ Т-56.

Отпечатано в



г. Казань, ул. Мушгари, 11, тел. 259-56-48.
E-mail: meddok2005@mail.ru