

Бейсенбаева Жанар Маратовна

**Медико-социальные и организационные аспекты
совершенствования кардиологической помощи
взрослому населению Республики Казахстан
(на примере Южно-Казахстанской области)**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

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

Научный руководитель:

Коновалов Олег Евгеньевич - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Гуров Андрей Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Семенов Владимир Юрьевич - доктор медицинских наук, профессор, главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им.В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2018 г. в _____ 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 « ____ » _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д 212.203.35

кандидат медицинских наук, доцент

Л.В. Пушко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Болезни системы кровообращения (БСК) продолжают оставаться важнейшей проблемой здравоохранения во всех странах. По данным ВОЗ, в 2030 г. от них могут погибнуть 23,3 млн человек. При этом считается, что 80% преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено.

БСК занимают ведущую позицию в общей структуре заболеваемости и смертности населения Республики Казахстан [А. Джусипов, 2011; К.Д. Турлыбекова и соавт., 2016]. Как отмечается в ежегодных статистических сборниках «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения», стандартизованный показатель смертности населения в республике вследствие БСК превышает аналогичный показатель в ряде стран европейского региона от 1,5 до 3 раз.

В Республике Казахстан реализованы «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан за 2005–2010 годы» и отраслевая «Программа развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–2009 годы». Основными направлениями этих программ были внедрение современных технологий диагностики и лечения БСК, обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинских услуг, развитие диспансеризации населения, повышение профессионального уровня врачей [Р.Т. Султанбеков и соавт., 2012; А.Т. Кодасбаев, Г.К. Каусова, 2016; Б.Р. Абдильманова, 2013].

В «Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Казахстан” на 2011–2015 гг.» наряду с ранней диагностикой и реабилитацией кардиологических пациентов, а также внедрением международных стандартов, особое внимание было уделено вопросам повышения эффективности диспансерного наблюдения, формирования здорового образа жизни населения, профилактики БСК и снижения смертности от них [А.Б. Абдрахманов, 2012; З.А. Керимбаева и соавт., 2014; Л.Г. Кожекенова, 2014].

В настоящее время реализуется «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан “Денсаулық” на 2016–2019 годы». Это программа является продолжением предыдущих государственных программ реформирования и развития здравоохранения, которая направлена на устранение имеющихся проблем в области охраны здоровья жителей республики, в том числе это касается развития кардиологической и высокотехнологичной кардиохирургической помощи [Б.К. Искакова, 2012; М.А. Камалиев, А.Б. Альмуханова, 2015].

На государственном уровне придается большое значение разработке мероприятий по повышению эффективности оказания медицинской помощи на разных этапах. Необходимо отметить, что повышение качества медицинской помощи на догоспитальном этапе, которая оказывается амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями и службой скорой медицинской помощи, приводит к снижению финансовых и трудовых затрат на госпитальном этапе [Г.К. Каусова, 2012; Л.Ж. Камзебаева, 2012; Ж. Хамзина, 2014].

Степень разработанности темы. Изучению болезней системы кровообращения в Республике Казахстан и проблеме обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью посвящено исследование М.А.

Камалиева и А.Б. Альмухановой (2015). В кандидатской диссертации Б.Р. Абдильманова рассматривается проблема «совершенствования организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Казахстан» (2013). «Научное обоснование совершенствования организации кардиологической помощи пациентам, перенесшим острый инфаркт миокарда, на региональном уровне, на примере Семейского региона Республики Казахстана», нашло отражение в диссертационном исследовании Л.Г. Кожекеновой (2014). Вопросам оценки факторов риска и эффективности первичной профилактики ИБС на примере Алматинской области посвящено исследование Т.И. Аманова и соавт. (2008).

Медико-организационным проблемам оптимизации кардиологической помощи в Российской Федерации в последние годы посвящены исследования М.В. Еругиной, Г.Ю. Сазановой (2014), Ю.А. Тюкова и соавт. (2015), В.Ю. Семенова (2016), А.Н. Гурова (2016), А.В. Лазарева, А.А. Калининской (2016), Е.А. Ацель, А.В. Фоминой (2017) и других ученых.

Однако в современных условиях реорганизации здравоохранения Республики Казахстан актуальным является научное обоснование мер медико-организационного характера по повышению доступности и качества кардиологической помощи, включая ее высокотехнологичные виды, населению, особенно проживающему в сельской местности.

Цель исследования: научное обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию организации и оказания кардиологической помощи взрослым пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Казахстан (на примере Южно-Казахстанской области).

Задачи исследования:

1. Проанализировать динамику и тенденции показателей заболеваемости и смертности от БСК, в том числе взрослого населения, в Южно-Казахстанской области и Республике Казахстан в целом.

2. Изучить сеть, коечный фонд и кадровое обеспечение медицинских организаций кардиологического профиля.

3. Получить медико-социальную характеристику медицинской активности, качества жизни и оценить удовлетворенность получаемой медицинской помощью изучаемого контингента больных в зависимости от места проживания.

4. Проанализировать сильные стороны и недостатки организации и оказания кардиологической помощи взрослому населению Южно-Казахстанской области с учётом результатов социологического опроса врачей и пациентов.

5. Научно обосновать предложения по повышению доступности и совершенствованию кардиологической (в том числе, экстренной и высокотехнологичной) помощи на региональном уровне.

Научная новизна данного исследования состоит в том, что:

- впервые выявлены региональные особенности и проведена комплексная оценка уровня и структуры заболеваемости и смертности от БСК среди городского и сельского взрослого населения Республики Казахстан и Южно-Казахстанской области, что позволило выявить устойчивый рост заболеваемости и смертности среди городских жителей;

- установлено, что, по мнению каждого второго опрошенного кардиолога, основным фактором, влияющим на выполнение медицинских стандартов, является отсутствие соответствующего оборудования. Реже назывались недостаток

специалистов и необходимых медикаментозных препаратов;

- выявлены основные причины неудовлетворенности пациентов получаемой помощью на уровне Областного кардиологического центра: длительность ожидания госпитализации (31,3%), невнимательное отношение персонала (20,9%), недостаточная результативность лечения и низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами (по 10,4%);

- установлено, что к сильным сторонам кардиологической помощи в Южно-Казахстанской области могут быть отнесены такие характеристики врачебного персонала, как преобладание среди опрошенных врачей специалистов с высшей и первой врачебной категорией; положительное отношение к телемедицине у 84,2% врачей. В то же время к соответствующим недостаткам относятся следующие: в поликлиниках практически не проводится профилактическая работа в отдельных группах больных (школах); 14,3% врачей не дают пациентам рекомендаций по здоровому образу жизни и реабилитации, а 12,2% осуществляют это только по их просьбе;

- показано, что к недостаткам, связанным с низкой медицинской активностью пациентов, следует отнести то, что 44,1% респондентов не регулярно, а 14% - вообще не наблюдались у врача по поводу болезней системы кровообращения; каждый второй респондент ответил, что ничего не предпринимает для сохранения своего здоровья и профилактики заболевания; имеет вредные привычки и не знает о проходящей программе скрининга на выявление болезней системы кровообращения;

- выявлены проблемные зоны в организации и оказании кардиологической помощи, в том числе экстренной и высокотехнологичной;

- на основании полученных результатов предложены меры медико-социального, организационного (в том числе, по работе с медицинским персоналом и населением, реорганизации службы с учетом опыта РФ) и информационного характера по повышению доступности и качества специализированной помощи, а также оптимизации деятельности кардиологической службы.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в следующем:

- установлены региональные особенности динамики и структуры заболеваемости и смертности населения РК (на примере Южно-Казахстанской области) от БСК в современных условиях, что позволяет обеспечивать дифференцированный подход к выработке и реализации управленческих решений;

- изучено мнение врачей и пациентов о доступности и качестве оказываемой кардиологической помощи, а также путях их улучшения;

- установлено, что только 71,2% респондентов были удовлетворены медицинской помощью, оказанной им в ОКЦ;

- выявлено, что существенная разница в показателях качества жизни по шкалам отмечалась между группой пациентов сельских больниц и областного кардиологического центра, которая в среднем на 40% ниже в первой группе обследованных;

- согласно полученным данным, большинство (71,9%) врачей отметили, что переход на систему обязательного медицинского страхования позволил бы решить старые проблемы, в 21,7% случаев – не принес бы существенных перемен, а 6,1% респондентов предположили ухудшение положения;

- результаты проведенного анализа сильных сторон и недостатков

организации и оказания кардиологической помощи являются доказательной основой для принятия адекватных управленческих решений на ближайшую и среднесрочную перспективу;

- полученные результаты позволили разработать и внедрить на уровне областного кардиоцентра, кардиологических отделений многопрофильных больниц и ЦРБ комплекс мер, направленных на повышение доступности и качества специализированной помощи, включая улучшение преемственности в работе медицинских организаций, обучение медицинского персонала и населения, а также реорганизацию службы с учетом опыта здравоохранения Российской Федерации, в том числе, развитие выездных форм оказания помощи.

Методология и методы исследования. Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход, позволяющий разработать систему мероприятий по совершенствованию организации кардиологической помощи населению Республики Казахстан с учетом реорганизации кардиологической службы, изменения структуры контингента больных, а также оценок врачей-специалистов, городских и сельских жителей.

Единицы наблюдения отобраны в соответствии с задачами исследования. Был использован комплекс методов исследования: библиографический, социологический, контент-анализ, выкопировки данных из медицинских и информационно-статистических документов, математико-статистический, экспертных оценок.

Для математической обработки данных использовали методы вариационной статистики, корреляционного анализа, анализа динамических рядов. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента (t). Использовались пакеты стандартных статистических программ STATISTICA 6,0 и "Excel 7.0" на IBM-PC.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Региональные особенности распространенности, рост частоты практически всех нозологических форм БСК, прежде всего, среди взрослых городских жителей Южно-Казахстанской области требуют разработки и проведения медико-организационных мероприятий по совершенствованию организации и оказания кардиологической помощи.

2. Проблемными зонами в организации и оказании кардиологической помощи в многопрофильных стационарах и сосудистых центрах, являются: неравномерная укомплектованность врачами и средними медицинскими работниками, низкая доступность специализированной кардиологической и высокотехнологичной кардиохирургической помощи (особенно в сельской местности), недостаточное финансирование.

3. Комплекс мероприятий медико-социального, организационного (в том числе, по улучшению преемственности в работе медицинских организаций, обучению медицинского персонала и населения, реорганизации службы с учетом опыта РФ, в том числе развитие выездных форм оказания помощи) характера, направленных на повышение доступности и качества специализированной помощи пациентам с БСК.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной работы соответствуют пунктам 1, 3, 5, 6, 9 паспорта специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение.

Внедрение результатов исследования в практику. Содержащиеся в

диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

Предложения по повышению доступности и качества кардиологической, а также высокотехнологичной кардиохирургической помощи пациентам с БСК внедрены в практику работы Областного кардиологического центра в городе Шымкент Южно-Казахстанской области (акт внедрения от 18.01.2018 г.) и Шымкентской городской многопрофильной больницы (акт внедрения от 22.01.2018 г.).

Практические рекомендации по совершенствованию организации профилактики, диспансеризации, а также преемственности в обследовании и лечении пациентов с БСК внедрены в практику работы городской поликлиники №7 г. Астаны (акт внедрения от 26.12.2017 г.).

Практические рекомендации по совершенствованию организации обследования, лечения и реабилитации пациентов с БСК внедрены в практику работы отделения кардиологии Мактааральской ЦРБ (акт внедрения от 20.12.2017 г.) и Тюлькубасской ЦРБ Южно-Казахстанской области (акт внедрения от 26.12.2017 г.).

По материалам диссертации подготовлено и издано учебно-методическое пособие «Обращаемость пациентов с болезнями системы кровообращения за различными видами медицинской помощи» – М., 2018. – 16 с.

Результаты диссертационного исследования используются в учебном процессе при чтении лекций и проведении практических занятий в системе додипломного и последипломного образования Российского университета дружбы народов (акт внедрения от 25.12.2017 г.), Нижегородской государственной медицинской академии (акт внедрения от 20.02.2018 г.), Тверского государственного медицинского университета (акт внедрения от 21.02.2018 г.).

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на:

- научно-практической конференции с международным участием «Экономический потенциал и социальные инновации в России» (Москва, 2015);
- 20-й республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2016);
- межвузовской научно-практической конференции «Трансформации здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование - взгляд в будущее» (Москва, 2016);
- VII International scientific conference «SCIENCE HEALTH 2016». 12, April, 2016. Moscow, Russia.
- всероссийской научной конференции с международным участием «Клинические и теоретические аспекты современной медицины» (М., 2017);
- международной годичной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» (Душанбе, 2017);
- 21-й республиканской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2017);
- международной научно-практической конференции «Медицина и фармакология: научные приоритеты ученых» (Пермь, 2017);
- международной научно-практической конференции «Перспективы и технологии развития и фармакологии» (Н. Новгород, 2018).

Степень достоверности результатов. Достоверность и объективность полученных результатов определяется репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования, статистической обработкой полученных данных с использованием современных подходов. Необходимое число наблюдений, обеспечивающее достоверность полученных результатов, определялось по стандартной формуле бесповторной выборки.

Личное участие диссертанта. Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и

задач, разработки методики исследования, так и при сборе первичных данных, проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 4 статьи в журналах по списку ВАК России, и учебно-методическое пособие.

Объем и структура диссертации. Текст диссертации изложен на 193 страницах машинописного текста. Работа состоит из введения, пяти глав (обзор литературы; программа, объем и методы исследования; 3 глав собственных исследований), заключения, выводов, предложений, списка литературы и приложений. Диссертация иллюстрирована 38 рисунками, 41 таблицей. Библиографический указатель содержит 177 источников, из них 123 – российских и 54 – иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** дано обоснование актуальности темы, указаны цель и задачи, научная новизна, научно-практическая значимость исследования, изложены основные положения, выносимые на защиту.

В **главе 1** представлен анализ научной литературы по теме исследования. Представлены данные о распространённости болезней системы кровообращения и организация медицинской помощи пациентам кардиологического профиля в Республике Казахстан. Рассмотрены реализуемые в мире стратегии профилактики и оказания специализированной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения.

В **главе 2** «Программа, материал и методы исследования» дается описание дизайна работы, в том числе, этапов, объема и использованных методических подходов.

Предмет исследования: состояние и пути совершенствования кардиологической помощи взрослому населению на примере Южно-Казахстанской области.

Объекты исследования: взрослое население Южно-Казахстанской области; врачи-кардиологи.

Республика Казахстан расположена в Центральной Азии. Площадь ее составляет 2724,9 тыс. кв. км и занимает по территории 9-е место в мире, 2-е место среди стран СНГ после Российской Федерации. Общая численность населения в республике на начало 2017 г. равнялась 17,9 млн. человек. Южно-Казахстанская область занимает площадь 117,3 тыс. кв. км. (4,3% территории республики). В административно-территориальную структуру входят 15 районов, 8 городов (4 города областного и 4 города районного значения), 836 населенных пунктов. Областным центром является г. Шымкент.

Южно-Казахстанская область по численности населения занимает первое место в республике. Так, в 2017 году в области проживало около 2,9 млн. человек (16% всего населения республики), при этом городское население составляло 1302,0 тыс. человек (45,2%), сельское - 1 576,6 тыс. человек (54,8%).

В общей структуре населения области взрослые жители составляют 59,4%, дети и подростки –40,6%. В областном центре проживают 912,3 тыс. человек или 31,7% всего населения области. По численности г. Шымкент уступает только г. Алматы и г. Астана.

Этапы исследования и их содержания представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Этапы исследования и их содержание

Этапы	Содержание этапа исследования	Методы	Источники информации, материалы и объемы исследования
I этап	1.Анализ литературы по изучаемой теме 2.Составление плана, программы сбора и анализа материала, формирование цели и задач, определение объема, объекта и методов исследования	Аналитический Монографический	Проанализировано труды отечественных и зарубежных ученых, законодательные и нормативные акты РК в общем количестве 177 источников
II этап	Анализ основных демографических показателей Республики Казахстан	Аналитический Статистический	Формы государственной статистической отчетности за 2006-2017 гг. РК
III этап	1.Изучение динамики и тенденции общей и первичной заболеваемости, смертности взрослого населения Республики Казахстан при БСК 2.Проведен анализ организации медицинской помощи пациентам с БСК на догоспитальном и госпитальном этапе	Статистический Клинико-эпидемиологический Аналитический	Формы государственной статистической отчетности за 2009-2017 гг. РК
IV этап	Определение медико-социальной характеристики и качества жизни пациентов с БСК	Клинико-эпидемиологический Социологический Аналитический Статистический	Специально разработанные анкеты: «Медико-социальная характеристика пациента с БСК» (784 анкеты); Опросник качества жизни «SF-36» (448);
V этап	1.Проведен анализ деятельности работы Областного кардиологического центра Южно-Казахстанской области 2.Проведен анализ экспертной оценки	Аналитический Статистический Выкипировка данных Метод экспертных оценок	Отчетная форма № 30 ОКЦ за 2011-2016 гг. Учетная форма № 027/у Учетная форма № 003/у за 2016-2017 гг. (210 ед.)
VI этап	Анализ деятельности медицинских учреждений, оказывающих кардиологическую помощь	Социологический Аналитический Статистический Метод экспертных оценок	Специально разработанная анкета - врача (298)
VII этап	1.Обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию кардиологической помощи Республике Казахстан 2.Формулировка заключений, выводов и предложений	Аналитический	Данные обзора литературы и результаты исследования

Репрезентативная выборка была определена по таблице В.И. Паниотто (2004) с допущением 5%-й ошибки.

Генеральная совокупность врачей кардиологов в РК составляла более 1000 (1069) человек. В соответствии с этим были выбраны позиция и определен объем выборки 286 респондентов. В наше исследование вошло 298 врачей кардиологов.

Численность больных кардиологического профиля в РК составляла около 460 тыс. человек. Поэтому была определена позиция, где объем генеральной совокупности составлял «Бесконечная», которой соответствует выборочная совокупность 400 человек. Нами было опрошено 784 пациентов.

Опрошенные пациенты были разделены на три группы. В 1-ю группу респондентов вошли пациенты областного кардиологического центра (312 человек); во 2-ю группу – обратившиеся в сельские медицинские учреждения, т.е. амбулатории, поликлиники, сельскую больницу (244 человека); в 3-ю группу – пациенты, центральной районной больницы (228 человек).

Проводилось анонимное анкетирование с использованием русскоязычной версии опросника «Medical Outcomes Study-Short Forms» (SF-36).

Для решения поставленных задач все обследованные были разделены на следующие группы:

1-я группа – 154 пациента, обратившиеся в областной кардиологический центр (ОКЦ);

2-я группа – 126 пациентов, обратившихся в центральную районную больницу (ЦРБ);

3-я группа – 52 пациента, обратившиеся в сельскую больницу.

Группу сравнения составили 116 практически здоровых человек, сопоставимых по возрастным характеристикам с группой пациентов.

В ходе выполнения исследования экспертной оценке были подвергнуты медицинские документы 210 пациентов (ОКЦ – 102 медицинские карты стационарного больного; ЦРБ – 108 карт) с болезнями системы кровообращения. В качестве экспертов выступали заведующие профильными отделениями, врачи высшей и первой категории, кандидаты медицинских наук.

Экспертная карта включала следующие блоки: обследование, лечение, экспертиза временной нетрудоспособности, качество ведения медицинской документации. Полученные при экспертной оценке данные сравнивались с официально утверждёнными нормативами и стандартами показателями.

В экспертной карте ответы на заложенные вопросы получали балльную оценку от 0 до 1. Полученные результаты в дальнейшем ранжировались. По каждому блоку экспертного анализа вычислялась средняя арифметическая оценка. Затем определялся интегрированный показатель (ИП) качества оказания медицинской помощи. Данный показатель представлял собой результат суммы всех оценок по блокам

Таким образом, в исследовании был использован комплекс методов: библиографический, социологический, элементы контент-анализа, выкопировки данных из медицинских и информационно-статистических документов, математико-статистический (в том числе моделирование трендов), экспертных оценок.

Для математической обработки данных использовали методы вариационной статистики, корреляционного анализа, анализа динамических рядов. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента (t). Использовались пакеты стандартных статистических программ STATISTICA 6,0 и "Excel 7.0" на IBM-PC.

Результаты собственного исследования представлены в **третьей – пятой** главах.

В Республике Казахстан за период 2009-2016 гг. имел место достоверный рост общей и первичной заболеваемости БСК - с 10777,7 до 15473,4 (на 43,5%) и с 2273,1 до 2592,5 (на 14%) на 100 тыс. населения соответственно. При моделировании трендов выявлены высокие коэффициенты аппроксимации - 0,972 и 0,660.

Первичная заболеваемость БСК взрослого населения Южно-Казахстанской области на протяжении всего изучаемого периода времени была выше аналогичных показателей по Республике Казахстан в целом. В 2016 г. это превышение составило 36,3% (табл. 2).

Таблица 2. – Первичная заболеваемость БСК всего взрослого населения Республики Казахстан и Южно-Казахстанской области за 2009-2016 гг. (на 100 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
РК	2929,0	2691,8	3009,9	3275,4	3315,6	3244,3	3326,8	3572,1
ЮКО	3472,8	2767,9	3394,3	3578,9	3540,7	3491,7	4346,4	4867,5

Первичная заболеваемость городского взрослого населения БСК за период 2009-2016 гг. (табл. 3) возросла в Южно-Казахстанской области в 1,5 раза (с 3981,7 до 6031,3 на 100 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше), а по Республике Казахстан в целом в 1,3 раза (соответственно с 2778,5 до 3625,9).

Таблица 3. – Первичная заболеваемость БСК городского взрослого населения Республики Казахстан и Южно-Казахстанской области за 2009-2016 гг. (на 100 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
РК	2778,5	2596,6	2999,9	3264,7	3399,7	3182,1	3313,6	3625,9
ЮКО	3981,7	3106,8	3844,0	3926,1	3900,8	3658,3	4792,3	6031,3

Как видно из таблицы 4, первичная заболеваемость БСК сельского взрослого населения Южно-Казахстанской области и Республики Казахстан в целом имела очень сходную динамику и незначительные различия, намного менее выраженные по сравнению с городскими жителями.

Таблица 4. – Первичная заболеваемость БСК сельского взрослого населения Республики Казахстан и Южно-Казахстанской области (на 100 тыс. населения в возрасте 18 лет и старше)

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
РК	3116,8	2817,8	3033,7	3289,6	3203,5	3332,0	3345,5	3494,7
ЮКО	3148,0	2528,5	3079,6	3338,3	3293,1	3349,6	3965,7	3871,4

В 2016 г. первичная заболеваемость взрослого населения ЮКО была на 11,4% выше аналогичной по РК в целом. При этом особенно высокой была заболеваемость среди городских жителей. Практически по всем нозологическим формам БСК показатели первичной заболеваемости была выше в ЮКО. Надо отметить повышенные показатели заболеваемости среди городского населения изучаемого региона артериальной гипертензией, острым инфарктом миокарда и цереброваскулярной болезнью.

В 2016 г. самыми неблагополучными регионами Республики Казахстан по уровню первичной заболеваемости БСК по убыванию стали г. Алматы, Южно-Казахстанская, Восточно-Казахстанская, Кызылординская и Алматинская, в которых показатель заболеваемости превышал 2800 на 100 тыс. населения.

По материалам выборочного исследования среди взрослого населения Южно-Казахстанской области инвалидность, обусловленная болезнями системы кровообращения, имела место у 14,3% опрошенных пациентов. Наиболее распространенной группой инвалидности была 2-я группа, на долю которой приходилось 71,4% всех случаев инвалидности от данной причины. Больные с 1-й группой инвалидности составляли 10,7%, с 3-й группой – 17,9%.

За анализируемый период произошло значительное (в 2 раза) снижение смертности от БСК – с 416,4 до 178,9 на 100 тыс. населения. Уровень смертности от данной причины среди городских жителей стабильно выше, чем у сельских и разрыв увеличивается. Так, если в 2009 г. он составлял 18,9%, то в последние годы превышает 30%.

Снижение смертности от БСК в период 2009-2016 гг. в городе и селе происходило примерно одинаковыми темпами – на 54,2% (с 456,6 до 209,1 на 100 тыс. населения) и на 62,5% (с 370,1 до 138,6), соответственно.

Следует отметить, что 6 территорий из 16 в Республике Казахстан имели высокий уровень смертности от БСК, превышающий республиканские показатели.

Распределение регионов по ранговым местам показало, что в 2016 г. наиболее неблагоприятными областями по смертности от БСК являются Карагандинская, Акмолинская, Северо-Казахстанская, Павлодарская и Западно-Казахстанская, имеющие ее уровень выше 215 на 100 тыс. населения (рис.1). Самые низкие показатели регистрировались в Мангыстауской области – 71,6 на 100 тыс. населения, что согласуется с невысокой заболеваемостью БСК в данном регионе.

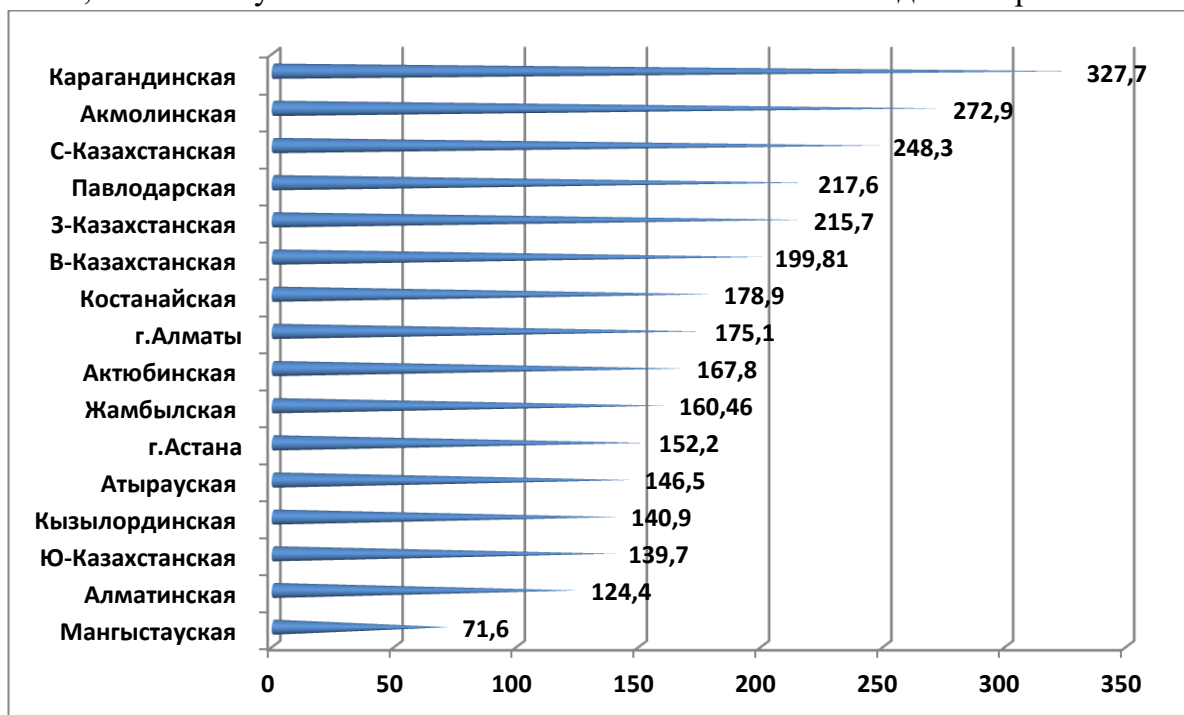


Рисунок 1. - Ранговое распределение регионов РК по смертности населения от болезней системы кровообращения, 2016 г.(на 100 тыс. населения)

В структуре причин смертности от БСК ведущая роль в одинаковой мере принадлежит ишемической болезни сердца и инсульту, на долю которых в сумме приходится почти 80%. Установлено различие в структуре смертности от БСК в городе и селе. Так, в 2016 г. частота смерти от ишемической болезни сердца

преобладала среди городских жителей, на долю которых приходилось 38,9% против 32,5%. Умершие от инсульта в городе составляли 35,8%, в селе – 45,0%.

Основные задачи и функции медицинских организаций, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую медицинскую помощь, определены соответствующим Положением, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года № 647.

К организациям здравоохранения, оказывающим кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь относятся:

- 1) кардиологический центр и/или диспансер;
- 2) кардиохирургический центр;
- 3) медицинские организации, в структуре которых, в зависимости от возложенных на него функций организовываются отделение кардиологии и/или интервенционной кардиологии, кардиохирургическое отделение стационарных медицинских организаций, отделение восстановительного лечения и реабилитации, кардиологический кабинет.

Кардиологическая помощь, в том числе кардиохирургического и интервенционного профиля, населению Республики Казахстан оказывается в 26 медицинских организациях системы Минздрава РК, а также в 4 ведомственных и частных организациях. Среди организаций системы Минздрава РК 8 медицинских организаций республиканского подчинения, 9 кардиологических и кардиохирургических центров, 9 многопрофильных городских и областных больниц.

Кочный фонд в организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую помощь населению Республики Казахстан, представлен в таблице 6. Большая часть коек различного профиля располагается в медицинских организациях республиканского подчинения (44%), а также в кардиологических и кардиохирургических центрах (31%). На долю частных и ведомственных медицинских организаций приходится 11,3%.

По штатному расписанию на кардиохирургов приходится 239,5 единиц, кардиоанестезиологов и реаниматологов – 300,75, интервенционных кардиологов – 66,5, перфузиологов – 51,75, рентгенхирургов – 118,5 (табл. 5). Следует отметить, что на долю врачебных кадров ведомственных и частных медицинских организаций приходится всего 6–8%. Занятость штатных единиц в последних выше, чем в медицинских организациях системы Минздрава, которая по ряду специальностей достигает 100%.

Таблица 5. – Врачебные кадры медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь населению РК

Профиль кадров	Штатные	Занятые	Физические лица
Медицинские организации, оказывающие кардиохирургическую помощь			
Кардиохирурги	239,5	216,75	166
Перфузиологи	51,75	41,75	36
Кардиоанестезиологи-реаниматологи	300,75	270,25	209
Интервенционные кардиологи	66,5	61,0	47
Рентгенхирурги	118,5	107,0	78

Обеспеченность кардиохирургическими койками и врачебными кадрами населения РК представлены в таблице 6. При изучении обеспеченности кардиохирургическими койками, и врачебными кадрами населения Республики Казахстан установлено, что имеет место избыток кардиохирургических (на 34,2%), в том числе кардиохирургических операционных коек (на 17,1%) и значительный дефицит кардиохирургов (на 36,6%), интервенционных кардиологов, рентгенхирургов (на 33,5%) и перфузиологов (на 25%).

Таблица 6. – Обеспеченность кардиохирургическими койками и врачебными кадрами населения РК

Показатели	Фактически	Потребность	Профицит /Дефицит
Кардиохирургические койки	655	488	+34,2
Кардиохирургические операционные койки	48	41	+17,1
Кардиохирурги	166	262	-36,6
Интервенционные кардиологи, рентгенхирурги	125	188	-33,5
Перфузиологи	36	48	-25,0

По данным официальной статистики, частота госпитализаций по поводу болезней системы кровообращения составляет 1979,2 на 100 тыс. населения. Чаще всего она обусловлена острым коронарным синдромом (282,7). Больничная летальность населения Республики Казахстан в связи с болезнями системы кровообращения составляет 2,7%.

С целью изучения доступности и качества медицинской помощи больным кардиологического профиля было проведено социологическое исследование 784 пациентов с болезнями системы кровообращения, обратившихся в медицинские организации Южно-Казахстанской области. Опрошенные пациенты были разделены на три группы.

Как показали данные опроса, лечение в ОКЦ проходили 59,4% пациентов: в том числе все обследованные из 1-й группы (обратившиеся в областной кардиологический центр), 25,4% - из 2-й группы (обратившиеся в амбулатории, поликлиники, сельские больницы) и 40,4% - из 3-й группы (обратившиеся в ЦРБ). В целом, 71,2% респондентов были удовлетворены медицинской помощью, оказанной им в ОКЦ, 27,5% - удовлетворены частично, 1,3% – не удовлетворены. Последнее мнение было характерно для пациентов 1-й группы, в двух других группах такие случаи не регистрировались. Положительный ответ во 2-й и 3-й группах дали 90,3% и 93,5%, соответственно, что существенно выше такового в 1 группе – 60,9% ($P < 0,01$).

Причины неудовлетворенности медицинской помощью ОКЦ: длительность ожидания очереди (31,3%), группа различных причин, не классифицируемых в других разделах, (в 26,9%), невнимательное отношение персонала (20,9%), низкая доступность планового стационарного лечения (11,2%), недостаточная результативность лечения (10,4%) и низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами (10,4%).

Оценка качества жизни была проведена у 332 пациентов с болезнями

системы кровообращения (основная группа), обратившихся в различные медицинские организации Южно-Казахстанской области по поводу данного заболевания. Отбор больных осуществлялся выборочным методом.

Средние значения общего балла качества жизни были достоверно ниже такового у пациентов, обратившихся в медицинские организации по поводу различных болезней системы кровообращения, чем у здоровых лиц – 59,5 против 81,3 баллов (на 21,9 балла).

При этом наибольший разрыв между основной группой (пациенты) и группой сравнения (здоровые лица) имел место по показателям физического компонента качества жизни (27,8 балла), тогда как психическая составляющая отличалась на 16 баллов, что свидетельствует о воздействии болезней системы кровообращения в большей мере на физическую компоненту жизнедеятельности человек.

Самая большая разница в показателях качества жизни по шкалам отмечалась между группой пациентов сельских больниц и областного кардиологического центра, которая в среднем составляла более 40%. Между группой пациентов сельских больниц и центральных районных больниц она была около 30%, а между группой пациентов областного кардиологического центра и центральных районных больниц не превышала 15%.

Следует отметить, что корреляционная связь качества жизни пациентов трех выделенных групп с факторами медико-социального риска имеет свои особенности, что необходимо учитывать при организации медицинской помощи данному контингенту.

Регулярно профилактические осмотры проходили только 37,3% человек, принявших участие в социологическом опросе. О проходящей программе скрининга на выявление болезней системы кровообращения знали 44,9% пациентов.

Анализ показал, за СМП по поводу болезни системы кровообращения обращалось 65,1% опрошенных, в основном 1-2 раза в год (44,9%), реже несколько раз в месяц (15,1%). Только 5,1% больных вызывали СМП несколько раз в неделю. В итоге почти половина (48,4%) респондентов из группы, обратившейся в сельские медицинские организации, не пользовались услугами СМП, что возможно, связано с ее недоступностью в сельской местности. В двух других группах на долю таких пациентов приходилось 28,2% и 29,8% соответственно. При сравнении с жителями сельской местности различия были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Среднее время приезда бригады СМП с момента обращения пациента по телефону является одним из критериев качества оказания данного вида помощи. Анкетирование показало, что в большинстве случаев (в 65,5%) имело место быстрое прибытие СМП, т.е. менее 20 мин. Каждый пятый респондент (24,3%) указал среднее время до 35 мин. Следует отметить, что длительное ожидание приезда СМП имело место в 10,2% случаев (в 3,9% - до 45 мин и в 6,3% - более 45 мин).

Анкетирование показало, что немногим более половины (58,2%) врачей различных специальностей не имели возможность проконсультировать пациента у другого специалиста через интернет в системе on-line, одна треть (34,7%) врачей сталкивались с трудностями при направлении пациентов в специализированные сосудистые центры.

Основным фактором, влияющим на невыполнение стандартов, по мнению врачей, является отсутствие соответствующего оборудования (51 на 100 ответивших). Реже назывались такие факторы, как отсутствие специалистов и соответствующих медикаментозных препаратов.

В большинстве случаев (в 71,9%) врачи ответили, что переход на систему обязательного медицинского страхования позволил бы решить старые проблемы, в 21,7% случаев – не принесла существенных перемен, а 6,1% респондентов предположили ухудшение положения.

Установлено, что респонденты, обратившиеся в сельские медицинские учреждения, достоверно реже регулярно наблюдались по поводу болезней системы кровообращения по сравнению с пациентами ЦРБ и областного кардиоцентра. При этом они чаще не наблюдались совсем – в 32% случаев против 5,1% и 7% соответственно.

Респонденты 1-й группы чаще сообщали о применении в их лечении таких методов лечения, как шунтирование и стентирование. При этом доля пациентов, у которых было проведено стентирование, достоверно отличалась от таковой в двух других группах – 34,6% против 12,3% и 11,4%. Группа же обратившихся в сельские медицинские организации отличалась очень небольшой (в 2,5% случаев) частотой использования в лечении шунтирование.

Интегрированный показатель качества медицинских услуг в условиях ОКЦ был достоверно выше, чем при обслуживании в ЦРБ – 10,22 против 7,97 баллов соответственно, $p < 0,05$. Практически по всем разделам деятельности были получены аналогичные данные, однако достоверный характер превышения показателей ОКЦ над ЦРБ были только в отношении разделов блока «Обследование» (3,60 против 2,73 баллов) и «Лечение» (2,33 против 1,56 баллов), $p < 0,05$.

Проведенный анализ показал, что медицинская деятельность, входящая в блок «Обследование», по всем позициям была оценена экспертами достоверно выше применительно к ОКЦ.

Оценка видов деятельности, составляющих блок «Лечение», на различных уровнях медицинской помощи показала существенные различия как в целом по данному разделу, так и по подблокам. При этом достоверные различия регистрировались в отношении адекватности медикаментозной и немедикаментозной терапии, оперативных вмешательств.

По разделу «Лечение» в условиях ОКЦ была получена довольно высокая оценка и значительно меньшей при анализе медицинских документов ЦРБ. Так, в последнем случае эффективность лечебных действий была зафиксирована в 70,8% медицинских картах. Продолжительность лечения в 21,9% анализируемых документах не соответствовала существующим стандартам. Изменения продолжительности лечения были обоснованными в 6,2 % случаях.

В большинстве случаев наблюдалось отсутствие дефектов при экспертизе временной нетрудоспособности в условиях ОКЦ и ЦРБ. Достоверно различались они только по соответствию средним срокам пребывания подобных больных на больничном листе. Следует отметить, что в условиях ОКЦ несколько выше была обоснованность выдачи листа нетрудоспособности, его продления, а также своевременность направления на КЭК, однако, данные различия не были статистически достоверны.

Следует отметить, что качество медицинской помощи пациентам с

болезнями системы кровообращения не в полной мере соответствует требуемому уровню. При экспертной оценке выявлены нарушения: объем диагностических мероприятий в некоторых случаях завышен; недостаточно осуществляется консультирование у других специалистов; имеет место гипердиагностика; на низком уровне находится показатель совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов; не осуществляется оценка эффективности проводимого лечения в динамике; есть нарушения в экспертизе временной нетрудоспособности и оформлении медицинских документов.

В ходе выполнения исследования был проведен анализ влияния внутренних и внешних факторов на работу медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь взрослому населению Южно-Казахстанской области. Анализ основывался, в том числе, на социологическом опросе врачей и пациентов.

К факторам внутренней среды отнесены положительные и отрицательные моменты в работе медицинских организаций по оказанию кардиологической помощи взрослому населению согласно оценкам пациентов и врачей (рисунок 2). В группу факторов внешней среды были включены те, которые не зависят от системы здравоохранения (рисунок 3).

К положительным факторам в работе медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь, относятся такие, как улучшение их материально-технической базы в последние годы на основе программно-целевого подхода, внедрение международных стандартов оказания медицинских услуг, а также эффективных методов диагностики и лечения, работа по улучшения качества оказания медицинских услуг и повышению профессионального уровня медицинских работников.



Рисунок 2.- Факторы внутренней среды, влияющие на работу медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь.

Отрицательными факторами в работе медицинских организаций являются: неравномерная укомплектованность врачами и средними медицинскими работниками, низкая доступность специализированной кардиологической помощи,

длительное ожидание плановой госпитализации, недостаточное лекарственное обеспечение, слабая профилактическая работа, недостаточное использование санаторно-курортного этапа лечения и реабилитации.

Положительными факторами внешней среды, иными словами, возможностями системы здравоохранения, являются:

- реализация государственных программ модернизации здравоохранения Республики Казахстан;
- наличие современных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичные виды медицинской помощи;
- систематическое обучение медицинских работников в ведущих клиниках ближнего и дальнего зарубежья;
- сотрудничество с различными международными медицинскими организациями, в том числе ВОЗ.

Негативными факторами внешней среды, иными словами, угрозами для кардиологической службы, являются

- недостаточное финансирование;
- рост заболеваемости населения неинфекционными заболеваниями, в том числе БСК;
- слабая территориальная доступность кардиологической помощи для обсуживаемого населения;
- нигилизм населения в отношении профилактики заболеваний и ведения здорового образа жизни.



Рисунок 3.- Факторы внешней среды, влияющие на работу медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь.

К слабым сторонам врачебного персонала относится то, что: врачами поликлиники практически не проводится профилактическая работа в группе

больных (школах здоровья); 14,3% врачей не дают рекомендации по здоровому образу жизни и реабилитации, а 12,2% осуществляют это только по просьбе пациентов; 43,8% врачей уделяли внимание чтению специальной медицинской литературы только не более 1-2 часов в неделю, а 32,9% - не более 3-х часов в неделю.

К сильным сторонам кардиологической помощи в Южно-Казахстанской области могут быть отнесены такие характеристики врачебного персонала, как преобладание среди опрошенных врачей специалистов с высшей и первой врачебной категорией; положительное отношение к телемедицине у 84,2% врачей.

Слабыми сторонами пациентов являются следующие: 44,1% респондентов не регулярно, а 14% - вообще не наблюдались по поводу болезней системы кровообращения; 45,7% респондентов ответили, что ничего не предпринимают для сохранения своего здоровья и профилактики заболевания; 67,7% опрошенных имеют вредные привычки; более половины (55,1%) респондентов не знают о проходящей программе скрининга на выявление болезней системы кровообращения; 64,2% пациентов не всегда следуют рекомендациям врача; на диспансерном учете по болезни системы кровообращения состояло только 31,6% больных.

Согласно результатам проведенного исследования, наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в сельской местности, жители которой имеющие БСК чаще вообще не наблюдались или наблюдались у врача нерегулярно; они реже получали рекомендации на каждом приеме у врача. Для них характерна низкая доступность и длительное ожидание плановой госпитализации; низкая доступность СМП, в том числе длительное время ожидания приезда врачебной (фельдшерской) бригады; низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами и нередкое требование дополнительной оплаты медицинских услуг.

Кроме того, сельским жителям реже делали шунтирование и стентирование; имеют место проблемы с получением консультаций у других врачей-специалистов в пределах одной медицинской организации; отсутствует возможность проконсультировать пациентов у других специалистов через систему интернет on-line; врачи не всегда могут назначить все необходимые лекарственные препараты, а выписывают только из списка рекомендуемых; отмечают трудности при направлении пациентов в специализированные сосудистые центры; только 3,3% опрошенных сообщили об отдыхе и лечении в санатории.

Ситуация усугубляется в связи с нередко не внимательным отношением медицинского персонала к пациентам; широкое распространение в анамнезе у пациентов вредных привычек (курение, злоупотребление спиртными напитками).

По материалам анкетирования врачебного персонала Южно-Казахстанской области, выявлена потребность в современном диагностическом оборудовании (эндоскопическом, лучевой диагностики, ультразвуковых исследований, функциональной диагностики); лечебном оборудовании (реанимационном, хирургическом); клиничко-лабораторном оборудовании.

Медицинские организации нуждаются в компьютерном оснащении, создании внутренней информационной сети, в оборудовании для проведения телеконференций, в программном обеспечении внутреннего документооборота.

Результаты данного анализа были использованы в ходе научного обоснования комплекса мер, направленных на совершенствование кардиологической помощи взрослому населению, к которым были отнесены следующие:

- проведение скрининговых обследований населения на наличие БСК с целью раннего их выявления;
- проведение санитарно-просветительной работы и информирование населения о факторах риска развития БСК; о проведении скрининга и диспансеризации
- осуществление лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий в санаторно-курортных условиях;
- активизация работы специализированных «Школ здоровья» в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях;
- повышение охвата диспансерным наблюдением, его качества и эффективности;
- улучшение качества оказания медицинской помощи, включая её этические и правовые аспекты;
- повышение доступности кардиологической помощи, особенно в сельской местности;
- широкое внедрение положительного опыта, накопленного в Российской Федерации, по организации и проведению выездных кардиологических бригад в составе кардиологов и кардиохирургов, аритмологов, ангиологов, сосудистых хирургов;
- проведение врачами первичного предварительного отбора и подготовки пациентов с БСК на консультацию, дообследование и лечение;
- своевременное направление больных кардиологического профиля на консультацию и лечение на следующие этапы медицинской помощи;
- постоянное повышение уровня квалификации врачей по методам диагностики и лечения БСК;
- проведение первичной и вторичной профилактики БСК, в том числе по устранению корригируемых факторов риска.

Считаем необходимым обратить внимание на положительный опыт, накопленный в Российской Федерации в плане организации и проведения выездных кардиологических бригад. Так, НЦССХ им. А. Н. Бакулева в течение ряда лет регулярно проводится консультативная работа в районах в Московской области. В состав выездной бригады входят кардиологи и кардиохирурги, аритмологи, ангиологи или сосудистые хирурги. Ежегодно осуществляется 50 выездов в муниципальные образования Московской области, при этом в год на выезде консультируется в среднем 2500 пациентов с БСК. Предварительно врачами первичного звена проводится отбор пациентов на дообследование и лечение.

В 2015 г. все государства-члены ВОЗ (194 страны) приступили к установлению национальных целевых ориентиров и оценке достигнутого прогресса в отношении базовых показателей 2010 года, указанных в «Докладе о ситуации в

области неинфекционных заболеваний (НИЗ) в мире, 2014 год». В 2018 г. Генеральная Ассамблея ООН проведет третье совещание высокого уровня по НИЗ для рассмотрения прогресса в достижении странами добровольных глобальных целей к 2025 г.

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Они включают меры вмешательства двух видов — для всего населения и индивидуальные меры [S.S. Bahia, 2015; R.E. Farmer et al., 2018].

Примерами мер, которые могут осуществляться для снижения БСК на общенациональном уровне, в том числе являются: всесторонняя политика борьбы против курения и вредного употребления алкоголя; налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли; повышение уровня физической активности. Среди индивидуальных мер профилактики БСК у лиц с уже имеющимся заболеванием важную роль играет проведение соответствующего медикаментозного лечения.

В **заключении** в обобщённом виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ

1. Анализ показал, что в Республике Казахстан за период 2009-2016 гг. был отмечен достоверный рост общей и первичной заболеваемости БСК - с 10777,7 до 15473,4 (на 43,5%) и с 2273,1 до 2592,5 (на 14%) на 100 тыс. населения соответственно. При моделировании трендов выявлены высокие коэффициенты аппроксимации - 0,972 и 0,660. Росту заболеваемости БСК могло способствовать повышение выявляемости болезней, в том числе на более ранних стадиях.

В 2016 г. первичная заболеваемость взрослого населения Южно-Казахстанской области была на 11,4% выше аналогичной по РК в целом. При этом особенно высокой была заболеваемость среди городских жителей. Практически по всем нозологическим формам БСК показатели первичной заболеваемости была выше в ЮКО. Надо отметить повышенные показатели заболеваемости среди городского населения изучаемого региона артериальной гипертонией, острым инфарктом миокарда и цереброваскулярной болезнью.

2. За анализируемый период произошло значительное (в 2 раза) снижение смертности от БСК – с 416,4 до 178,9 на 100 тыс. населения. Уровень смертности от данной причины среди городских жителей стабильно выше, чем у сельских и разрыв увеличивается. Так, если в 2009 г. он составлял 18,9%, то в последние годы превышает 30%.

В структуре причин смертности от БСК ведущая роль в одинаковой мере принадлежит ишемической болезни сердца и инсульту, на долю которых в сумме приходится почти 80%. Установлено различие в структуре смертности от БСК в городе и селе. Так, в 2016 г. частота смерти от ишемической болезни сердца преобладала среди городских жителей, на долю которых приходилось 38,9% против 32,5%. Умершие от инсульта в городе составляли 35,8%, на селе – 45,0%.

3. Кардиологическая помощь, в том числе кардиохирургического и интервенционного профиля, населению Республики Казахстан оказывается в 26 медицинских организациях системы Минздрава РК, а также в 4 ведомственных и

частных организациях. Среди организаций системы Минздрава РК - медицинские организации республиканского подчинения (8), кардиологические и кардиохирургические центры (9), многопрофильные областные и городские больницы (9).

При изучении обеспеченности кардиохирургическими койками и врачебными кадрами населения Республики Казахстан было установлено, что в настоящее время имеет место избыток кардиохирургических (на 34,2%), в том числе кардиохирургических операционных коек (на 17,1%) и значительный дефицит кардиохирургов (на 36,6%), интервенционных кардиологов, рентгенхирургов (на 33,5%).

4. В целом, 71,2% респондентов были удовлетворены медицинской помощью, оказанной им в ОКЦ, 2,5% - удовлетворены частично, 1,3% – не удовлетворены. Последнее мнение было характерно для пациентов 1-й группы (жители областного центра), в двух других группах такие случаи не регистрировались. Положительный ответ во 2-й (пациенты, проживающие в сельских населенных пунктах) и 3-й (жители районных центров) группах дали 90,3% и 93,5%, соответственно, что существенно выше такового в 1-й группе – 60,9% ($P < 0,01$).

5. Причины неудовлетворенности медицинской помощью ОКЦ: длительность ожидания очереди (31,3%), группа различных причин, не классифицируемых в других разделах, (в 26,9%), невнимательное отношение персонала (20,9%), низкая доступность планового стационарного лечения (11,2%), недостаточная результативность лечения (10,4%) и низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами (10,4%). Следует отметить, что не регистрировались случаи требования дополнительной оплаты пациентами полученных медицинских услуг.

6. Исследование показало, что средние значения общего балла качества жизни были достоверно ниже такового у пациентов, обратившихся в медицинские организации по поводу различных болезней системы кровообращения, чем у здоровых лиц – 59,5 против 81,3 баллов (на 21,9 балла). При этом наибольший разрыв между основной группой и группой сравнения имел место по показателям физического компонента качества жизни (27,8 балла), тогда как психическая составляющая отличалась на 16 баллов. Установлено, что самая большая разница в показателях качества жизни по шкалам отмечалась между группой пациентов из сельских больниц и областного кардиологического центра, которая в среднем составляла более 40%.

7. Установлено, что респонденты, обратившиеся в сельские медицинские учреждения, чаще нерегулярно наблюдались по поводу болезней системы кровообращения по сравнению с пациентами ЦРБ и областного кардиоцентра. При этом они вообще не наблюдались у врача в 32% случаев против 5,1% и 7% соответственно в других группах.

Почти половина (48,4%) респондентов из группы, обратившихся в сельские медицинские организации, не пользовались услугами СМП, что может быть связано с ее недоступностью в сельской местности. В двух других группах на долю таких пациентов приходилось 28,2% и 29,8% соответственно.

8. Респонденты 1-й группы чаще сообщали о применении в их лечении таких методов лечения, как шунтирование и стентирование. При этом доля пациентов, у которых было проведено стентирование, достоверно отличалась от таковой в двух других группах – 34,6% против 12,3% и 11,4%. Группа же обратившихся в сельские медицинские организации отличалась очень небольшой (в 2,5% случаев) частотой

использования в лечении шунтирования.

9. Установлено, что к сильным сторонам кардиологической помощи в Южно-Казахстанской области могут быть отнесены такие характеристики врачебного персонала, как преобладание среди опрошенных врачей специалистов с высшей и первой врачебной категорией; положительное отношение к телемедицине у 84,2% врачей.

Интегрированный показатель качества медицинских услуг в условиях ОКЦ был достоверно выше, чем при обслуживании в ЦРБ – 10,22 против 7,97 баллов соответственно ($p < 0,05$). При этом наиболее достоверный характер превышения показателей ОКЦ над ЦРБ были в отношении разделов блока «Обследование» (3,60 против 2,73 баллов) и «Лечение» (2,33 против 1,56 баллов).

10. К выявленным недостаткам, связанным с низкой медицинской активностью пациентов, следует отнести то, что 44,1% респондентов не регулярно, а 14% - вообще не наблюдались у врача по поводу болезней системы кровообращения; 45,7% респондентов ответили, что ничего не предпринимают для сохранения своего здоровья и профилактики заболевания; 67,7% опрошенных имеют вредные привычки; 64,2% пациентов не всегда следуют рекомендациям врача; на диспансерном учете по болезни системы кровообращения состоит только 31,6% больных.

11. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения комплекса мероприятий медико-социального и организационного характера, направленных на улучшение преемственности в работе медицинских организаций, обучение медицинского персонала и населения, реорганизацию службы с учетом опыта Российской Федерации, в том числе, по развитию выездных форм оказания помощи пациентам с БСК.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Органам управления здравоохранением с целью принятия адекватных сложившейся ситуации и эффективных управленческих решений, направленных на улучшение деятельности соответствующих медицинских организаций, обратить приоритетное внимание на:

- увеличение финансирования на оказание кардиологической помощи с использованием средств целевых программ и ОМС;
- усиление профилактической работы медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь населению;
- активизацию работы специализированных «Школ здоровья» в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях;
- соблюдение этапности и преемственности в оказании медицинской помощи больным с кардиологической патологией;
- укомплектование бригад СМП табельным набором оборудования и необходимыми медикаментами;
- сокращение длительности ожидания плановой госпитализации;
- внедрение и развитие положительного опыта, накопленного в Российской Федерации, в плане организации выездных кардиологических бригад, включая кардиологов, кардиохирургов, аритмологов, ангиологов и сосудистых хирургов;
- разработку и утверждение инструкции по заполнению экспертных карт для обеспечения стандартизации подходов к экспертной оценке;
- развитие телемедицины;

- проведение организационно-методической работы со специалистами кардиологического профиля.

Совместно с **администрациями медицинских организаций** активизировать работу по:

- а) укомплектованию кадрами врачебного и среднего медицинского персонала;
- б) повышению квалификации специалистов;
- в) улучшению доступности специализированной помощи, особенно в сельской местности;
- г) обеспечению медицинских организаций необходимым современным лечебно-диагностическим и клиничко-лабораторным оборудованием;
- д) развитию внутренней информационной среды и программному обеспечению документооборота;
- е) улучшению качества оказываемой населению кардиологической помощи, включая эτικο-правовые аспекты;
- ж) развитию высокотехнологичной помощи пациентам с БСК на региональном уровне;
- з) разработке и внедрению внутриучрежденческих протоколов ведения больных.

Врачам-кардиологам и врачам общей практики:

- при формировании персонифицированных программ работы с пациентами кардиологического профиля следует обратить особое внимание на их медицинскую активность;

- своевременно направлять больных кардиологического профиля на консультацию и лечение на следующие этапы медицинской помощи;

- рекомендовать осуществление лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий в санаторно-курортных условиях;

- повышать охват диспансерным наблюдением пациентов с БСК, его качество и эффективность;

- активно пропагандировать среди населения важность прохождения скрининговых обследований на выявление факторов риска БСК;

- проводить разъяснительную работу среди пациентов о факторах риска и профилактике БСК, приеме лекарственных препаратов, здоровом образе жизни, в том числе о принципах рационального питания и исключении вредных привычек.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Бейсенбаева Ж.М.** Динамика заболеваемости и смертности населения Республики Казахстан от болезней системы кровообращения // Экономический потенциал и социальные инновации в России: сборник научных трудов по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, декабрь 2015 г.). - М.: ИИУ МГОУ, 2016. - С. 40-41.

2. **Бейсенбаева Ж.М.,** Коновалов О.Е. О реализации программ кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан // Трансформация здоровья и здравоохранения: состояние, исследования, образование – взгляд в будущее: сборник научных трудов межвузовской научно-практической конференции. – М.: РУДН, 2016. – С. 22-25.

3. **Бейсенбаева Ж.М.** Методические подходы к изучению организации и оказания кардиологической помощи населению Республики Казахстан // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 20-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2016. – С. 40-43.

4. Паршикова Е.Н., **Бейсенбаева Ж.М.** Распространенность и исходы болезней системы кровообращения // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 20-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань,

2016. – С. 71-74.

5. **Бейсенбаева Ж.М.** Эпидемиологическая ситуация по болезням системы кровообращения в Республике Казахстан и зарубежных странах // Materials of the VII INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE «SCIENCE4HEALTH2016». - MOSCOW, 2016. – P. 86-87.

6. **Бейсенбаева Ж.М.** Оценка пациентами с болезнями системы кровообращения оказываемой им кардиологической помощи // Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения: сборник научных трудов. – Нижний Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2017. – Выпуск 4. – С. 193-196.

7. Коновалов О.Е., **Бейсенбаева Ж.М.** Состояние здоровья и сопутствующая патология у пациентов кардиологического профиля // Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения: сборник научных трудов. – Нижний Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2017. – Выпуск 4. – С. 196-198.

8. **Бейсенбаева Ж.М.**, Коновалов О.Е. Характеристика скорой медицинской помощи больным кардиологического профиля в Южно-Казахстанской области // **Исследования и практика в медицине.** – 2017. – Т. 4, № 3. – С. 128-133.

9. **Бейсенбаева Ж.М.**, Коновалов О.Е. Диспансерное наблюдение и медицинская помощь пациентам с болезнями системы кровообращения (по материалам Южно - Казахстанской области) // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2017. – № 3. – С. 400-403.

Beisenbayeva J. M., Konovalov O. Ye. Clinical supervision and medical care of patients with diseases of the blood circulatory system (on materials of the South Kazakhstan) // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2017. – № 3. – С. 404-407.

10. Коновалов О.Е., **Бейсенбаева Ж.М.** Здоровье и его субъективная оценка пациентами с болезнями системы кровообращения // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 21-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2017. – С. 59-62.

11. **Бейсенбаева Ж.М.** Социально-гигиеническая характеристика пациентов кардиологического профиля // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: сборник 21-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Рязань, 2017. – С. 39-42.

12. **Бейсенбаева Ж.М.**, Коновалов О.Е. Оценка мнения врачей Южно - Казахстанской области о факторах, определяющих качество кардиологической помощи городскому и сельскому населению // **Вестник РУДН. Серия: Медицина.** – 2017. – Т. 21, №3. – С.

13. **Бейсенбаева Ж.М.**, Коновалов О.Е. Оценка качества жизни пациентов при болезнях системы кровообращения // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2017. – № 4. – С.417-422.

Beisenbayeva J.M., Konovalov O.E. Assessment of the quality of life of patients with diseases of the circulatory system // **Наука молодых (Eruditio Juvenium).** – 2017. – № 4.– С.422-426.

14. **Бейсенбаева Ж.М.** Удовлетворенность пациентов с болезнями системы кровообращения доступностью и качеством стационарной помощи // Клинические и теоретические аспекты современной медицины – 2017: материалы всероссийской научной конференции с международным участием. - М.: РУДН, 2017. – С. 34.

15. Коновалов О.Е., **Бейсенбаева Ж.М.** Показатели работы Южно-Казахстанского областного кардиологического центра // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире: материалы 65-й годичной международной научно-практической конференции Таджикского ГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе (Таджикистан), 2017. – С. 402-404.

16. **Бейсенбаева Ж.М.**, Коновалов О.Е. Мнение врачей-кардиологов Южно-Казахстанской области о факторах риска болезней системы кровообращения // Медицина и фармакология: научные приоритеты ученых. Вып. II: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. - Пермь, 2017. – С. 30-32.

17. **Бейсенбаева Ж.М.,** Коновалов О.Е. Обращаемость пациентов с болезнями системы кровообращения за различными видами медицинской помощи (по материалам Южно-Казахстанской области): учебно-методическое пособие. – М.: РУДН, 2018. – 16 с.

18. **Бейсенбаева Ж.М.,** Киселева А.К. SWOT – анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих кардиологическую помощь в Южно-Казахстанской области // Перспективы и технологии развития медицины и фармакологии: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Вып. III. – Н. Новгород, 2018. – С. 24-26.

Список сокращений

БСК – Болезни системы кровообращения	ОКЦ – Областной кардиологический центр
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения	ОМС – Обязательное медицинское страхование
ИБС – Ишемическая болезнь сердца	РК – Республика Казахстан
ИП – Интегрированный показатель	РФ – Российская Федерация
КЖ – Качество жизни	СМП – Скорая медицинская помощь
КЭК – Клинико-экспертная комиссия	ЦРБ – Центральная районная больница
НИЗ – Неинфекционные заболевания	ЮКО – Южно-Казахстанская области
НЦССХ – Национальный центр сердечно-сосудистой хирургии	

Бейсенбаева Жанар Маратовна (Республика Казахстан)

Медико-социальные и организационные аспекты совершенствования кардиологической помощи взрослому населению Республики Казахстан (на примере Южно-Казахстанской области)

Работа посвящена решению актуальной научно-практической задачи -научному обоснованию комплекса мероприятий по совершенствованию организации и оказания кардиологической помощи взрослым пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Казахстан. На примере Южно-Казахстанской области и страны в целом проанализированы с использованием адекватных современных методов исследования динамика и структура заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения, дана оценка организации кардиологической помощи. Изучены медико-социальная характеристика и качество жизни, а также мнение пациентов об оказываемой им специализированной помощи. Дана экспертная оценка работы Областного кардиологического центра Южно-Казахстанской области. Получена оценка врачами состояния и проблем медицинской помощи пациентам кардиологического профиля. В результате были представлены приоритетные направления совершенствования кардиологической помощи взрослому населению.

Beisenbayeva Zhanar Maratovna (Kazakhstan Republic)

Medical, social and organizational aspects of improving of cardiologic care for adult population of Kazakhstan Republic (on the example of South Kazakhstan Region)

The article deals with solving of the actual scientific and practical task – the scientific substantiation of complex of measures on improvement of the organization and provision of cardiologic aid to adult patients with circulatory system diseases in Kazakhstan Republic. The dynamic and structure of morbidity and mortality of population from circulatory system diseases in South Kazakhstan Region and in Kazakhstan Republic were analyzed with the help of suitable modern methods of research, the estimation of organization of cardiologic care are also given. The medical and social characteristic, quality of life and patient's opinion about rendered specialized aid were also studied in the article. The expert evaluation of Regional cardiologic centre of South Kazakhstan was given. The doctor's assessment of state and problems of medical care to cardiac patients was also obtained in the article. The priority directions of improvement of cardiologic care for adults are presented.