

СТРАТЕГИЯ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Назаров А.М.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница», Оренбург, Россия (460018, Оренбург, ул. Аксакова, 23), e-mail: ookbmedis@mail.ru

Проведен анализ литературы по первичной и вторичной профилактике инфаркта миокарда (ИМ). Освещены вопросы актуальности профилактических мероприятий при ИМ, рассмотрены методы их проведения. Обозначены имеющиеся проблемы управления профилактикой ИМ, предложен механизм их решения на основе стратегии риск-менеджмента при анализе персонифицированных счетов-реестров медицинских страховых компаний (МСК). Обоснована необходимость разработки и внедрения стратегии риск-менеджмента в клинической практике инфаркта миокарда, а также задачи, которые следует решить, управляя рисками инфаркта миокарда. Определены риски и инциденты производственных рисков инфаркта миокарда. Показано, что использование электронных баз данных МСК, ежемесячно пополняемых данными о результатах работы всех учреждений здравоохранения, работающих по программе обязательного медицинского страхования, дает уникальную возможность для эффективного управления профилактикой ИМ, для ее планирования, оценки и контроля.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, профилактика, управление.

RISK-MANAGEMENT STRATEGY FOR SOLUTION OF THE PROBLEMS OF MYOCARDIAL INFARCTION PREVENTION

Nazarov A.M.

"Orenburg Regional Hospital", Orenburg, Russia (460018, Orenburg, ul. Aksakov, 23), e-mail: ookbmedis@mail.ru

Literature data analysis of primary and secondary prevention of myocardial infarction was carried out. This article reviewed relevance of the prevention measures and the prevention techniques concerning myocardial infarction. The control issues of prevention of myocardial infarction were highlighted. We suggested solution of such problems by applying risk-management strategy within analysis of health insurance companies' accounts. Use database of health insurance companies can give unique possibility for effective management, planning, valuation and control of prevention of myocardial infarction. The necessity of the development and implementation of the strategy of risk management in clinical practice of myocardial infarction, as well as tasks that should be solved, managing risk of myocardial infarction. Identified risks and incidents of occupational risks of myocardial infarction. Database should be updated monthly by the results from all medical organizations working in compulsory medical insurance system.

Keywords: myocardial infarction, prevention, management.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности ишемической болезни сердца (ИБС), остаётся одной из актуальных проблем медицинской науки и практического здравоохранения на протяжении последних десятилетий [18]. Серьёзное внимание к профилактике ИБС обусловлено тяжёлым прогнозом заболевания, особенно среди лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Самыми тяжёлыми и значимыми осложнениями ИМ являются сердечная недостаточность (СН) и нарушения ритма сердца, представляющие непосредственную угрозу жизни больных [8].

Наблюдающийся рост смертности обусловлен высокой распространённостью и низкой эффективностью системы первичной и вторичной профилактики ССЗ [14]. Это создаёт мотивационную основу для совершенствования методов прогнозирования и профилактики ССЗ [24]. Перспективной технологией профилактики сердечно-сосудистых осложнений у

больных ИМ в учреждениях первичного звена здравоохранения может стать улучшение существующей системы диспансерного наблюдения. Но в настоящее время в реальной клинической практике диспансеризация как профилактическая технология имеет низкую эффективность [22, 23], так как многие ее составляющие до конца не разработаны в организационном и методологическом плане [27].

Исследования, выполненные в США и ряде европейских стран, показали, что надежды, возлагавшиеся на высокотехнологичные виды помощи как средства первой линии борьбы с ССЗ, не оправдались [30]. Не следует также забывать и о малой, на сегодняшний день, доступности ангиопластики большинству населения в России. Следовательно, в борьбе с ИМ и с ССЗ в целом растет роль профилактики [1]. Опыт стран, в том числе США, добившихся значительного снижения смертности от ССЗ, указывает на необходимость активно заниматься вопросами профилактики ССЗ, основанной на концепции кардиологических факторов риска. Результаты крупных международных исследований свидетельствуют, что осуществление вторичной профилактики больных ССЗ в соответствии с принципами, изложенными в общепринятых стандартах, позволяет добиться значительного снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, а также инвалидности и смертности [25]. Установлено, что при снижении таких факторов риска, как гиперхолестеринемия и гипертония на 10 %, преждевременная смертность от ССЗ снижается на 45 % [15].

После перенесенного ИМ во всем мире, согласно принятым программам реабилитации пациентов, рекомендуется дозированная физическая нагрузка, прекращение курения, определенная диета, соблюдение назначений врача в приеме препаратов, главным образом, антиагрегантов, β -блокаторов, ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента (АПФ), статинов [1]. Однако внедрение в практику рекомендаций остается серьезной проблемой во всех странах. Разрыв между медицинской наукой и практической медициной продолжает сохраняться. К сожалению, Россию в последние годы в этом плане выделяют особо. Ряд отечественных исследований, посвященных данной проблеме в кардиологии, выявил несоответствие реальной врачебной практики международным стандартам, в частности в области профилактики и лечения ИБС [3, 26]. В большинстве случаев не достигаются целевые значения артериального давления, общего холестерина крови, липопротеидов низкой плотности [3,9]. Отмечается недостаточный уровень медикаментозной вторичной профилактики ССЗ [3], низкая посещаемость участкового терапевта и кардиолога больными с перенесенным ИМ [12]. Потребность в санаторном лечении больных ИМ удовлетворяется лишь частично, при этом амбулаторно-поликлиническое звено реабилитации практически отсутствует [12, 17]. Возможный выход из сложившейся ситуации – последовательное и целенаправленное изучение данного вопроса, как в целом по стране, так и в отдельно взятом регионе, что позволит получить сведения о реальном состоянии дел в области вторичной

профилактики ССЗ у пациентов, перенесших ИМ и, следовательно, разработать адекватные меры по исправлению сложившейся ситуации [4].

ИМ является одной из основных причин развития СН, многократно увеличивая риск ее возникновения [31, 32]. По данным крупнейшего Фрамингемского исследования, хроническая СН развивается в течение 5 лет у 14 % больных, перенесших ИМ [32, 33]. В исследовании GUSTO, несмотря на лечение, при котором отмечалось улучшение систолической функции и повышение фракции изгнания, частота развития СН составила 17 % [34]. Прогноз после острого ИМ остаётся неопределённым по меньшей мере в течение года после выписки из стационара. Наиболее частая причина смерти в этот период – желудочковые тахикардии, которые развиваются не как результат повторного ИМ или приступа ишемии, а как следствие изменений, обусловленных ранее перенесённым ИМ [23]. Помимо СН и нарушений ритма сердца актуальна проблема повторных ИМ и постинфарктной стенокардии [16].

Несмотря на активное внедрение современных методов терапевтического лечения и хирургической реваскуляризации миокарда, совершенствование методов немедикаментозной профилактики ИБС, общая летальность при ИМ, особенно среди мужчин, остается очень высокой во всех возрастных группах [21], а главными причинами смерти в ближайший после перенесенного ИМ период остаются СН и повторный ИМ [34, 31]. По-видимому, причиной тому является слабая реализация мер первичной и вторичной профилактики ИБС, а также высокий уровень догоспитальной летальности [6, 11]. Таким образом, при очевидной необходимости коррекции факторов риска, назначения больным в постинфарктном периоде антиагрегантов, статинов, ингибиторов АПФ, β -блокаторов, лечения нарушений ритма сердца и СН, в реальной клинической практике это происходит далеко не всегда и часто с нарушением стандартов и протоколов ведения больных ИМ.

В современных экономических условиях вопросы управления медицинской помощью все чаще рассматриваются в аспекте повышения технологичности всех процессов ее оказания, стандартизации и оптимизации выбора медицинских технологий, внедрения в практику принципов доказательной медицины, новых форм и методов организации и информатизации здравоохранения [4, 20]. Управление процессом развития здравоохранения в значительной степени зависит от разработки современных систем мониторинга, обеспечивающих достижение поставленных целей. Уровень информационного обеспечения, качество информационной системы, ее полнота, оперативность и гибкость имеют, в отличие от других хозяйственных систем, жизненно важное значение, как для пациентов, так и для системы здравоохранения в целом. А сегодня по-прежнему стационары и поликлиники функционируют без должной координации их деятельности, без адекватного информационно-аналитического обеспечения, без системы оценки эффективности клинического управления [9, 12]. Несоответствие объемов финансирования потребностям

клинической практики, нерациональное использование имеющихся ресурсов на фоне информационной необеспеченности лечебно-диагностического процесса обуславливают финансово-управленческий кризис в отрасли и диктуют необходимость создания гибких и эффективных систем управления лечебно-диагностическим процессом [5, 10]. В этих условиях целесообразно внедрение системы управления рисками (риск-менеджмент) в здравоохранение, включающих в себя выявление рисков, их идентификацию, оценку, прогноз, профилактику рисков, мониторинг рисковых событий, направленных на повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи [2]. Современный подход к управлению рисками базируется на парадигме стоимости риска [7]. Применительно к профилактике ИМ, технология риск-менеджмента должна состоять из мониторинга инцидентов риска у больных стенокардией, то есть из регистрации случаев возникновения ИМ, прогноза рисковых событий на основании расчетов вероятности возникновения ИМ у больных стенокардией в зависимости от возраста, пола, наличия артериальной гипертензии, количества обращений в скорую медицинскую помощь (СМП) и числа госпитализаций в стационар. При этом можно выделять группы больных стенокардией с наибольшей вероятностью возникновения ИМ, тем самым концентрировать усилия по профилактике ИМ, достигая большего эффекта по минимизации случаев возникновения ИМ при меньших финансовых затратах. В постинфарктном периоде при вторичной профилактике ИМ в качестве рисков резонно считать случаи госпитализации и обращения в СМП по поводу ИБС. Количественной оценкой риска здесь будет экономический ущерб от вызовов СМП и госпитализаций в стационар. Тут целесообразно выделять больных с наибольшим экономическим ущербом и проводить с ними в первую очередь профилактическую работу в поликлинике. Все это можно делать, привлекая информационные ресурсы медицинских страховых компаний и фонда обязательного медицинского страхования. Накапливаемые в их электронных базах данные на основе ежемесячно получаемых от учреждений здравоохранения персонафицированных счетов-реестров содержат информацию о результатах работы поликлиник, стационаров, СМП, больниц восстановительного лечения. Данная информация может быть использована как для анализа работы медицинских учреждений, в частности, по проведению профилактической работы по ИМ, так и для согласования деятельности поликлиник и стационаров, формирования преемственности между стационаром и поликлиникой в передаче больных ИМ, информирования поликлиник о случаях многократных вызовов СМП к больным с ИБС, о случаях повторной госпитализации по поводу ИБС в период реабилитации больного ИМ, мониторинга диспансеризации больных стенокардией и ИМ, то есть для эффективной профилактической работы и ее контроля, реализуя стратегию риск-менеджмента в здравоохранении.

Список литературы

1. Беленков Ю.Н. Лечение ишемической болезни сердца, старые традиции и новые тенденции // Терапевтический архив. – 2005. – № 9. – С. 5-8.
2. Бурыкин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №1; URL: www.science-education.ru/107-8463 (дата обращения: 23.07.2014).
3. Возжаев А.В. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших инфаркт миокарда: фармакоэпидемиологическое исследование: автореф. дис. ... канд. биол. наук. – М., 2009. – 146 с.
4. Воробьев П.А. Моделирование в клинико-экономическом анализе / П.А. Воробьев // Главврач. – 2005. – № 11. – С. 38-45.
5. Вялков А.И., Таранов А.М., Воробьев П.А. и др. Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее. // Вестник ОМС. – 2000. – № 1. – С. 7-12.
6. Грудинова С.В. Действие ишемии и кардиоплегии на гипертрофированный миокард / С.В. Грудинова, А.С. Лубяко // Грудная хирургия. – 1998. – № 2. – С. 39-41.
7. Иванов А.А., Олейников С.Я., Бочаров С.А. // Риск-менеджмент. Учебно-методический комплекс. – М.: Изд. центр ЕАОИ, 2008. – С. 193.
8. Карпов Ю.А. Принципы ведения больных после инфаркта миокарда: профилактика осложнений с первых часов заболевания // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 8, № 5. – С.62-65.
9. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 392 с.
10. Кучеренко В. З, Вялков А. И, Денисов И. Н, Таранов А. М. и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования: учебное пособие. – М., 2000. – 264 с.
11. Липовицкий, Б.М. О дислипидемических состояниях, свойственных разным формам ишемической болезни сердца и цереброваскулярных поражений / Б.М. Липовицкий // Кардиология. – 2007. – № 8. – С. 8-11.
12. Назаров А.М., Борщук Е.Л. Проблемы вторичной профилактики инфаркта миокарда, пути их решения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №5; URL: <http://www.science-education.ru/119-14263> (дата обращения: 13.08.2014).
13. Негмаджонов У.У. Повторные инфаркты миокарда: факторы риска, клиника, диагностика и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2011. – 120 с.

14. Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в России: успехи, неудачи, перспективы // Терапевтический архив. – 2004. – Т. 76, № 6. – С. 22-24.
15. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – реальный путь улучшения демографической ситуации в России // Кардиология. – 2007. – № 1. – С. 4-7.
16. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (фармакоэпидемиологическое исследование) // Кардиоваск. тер. проф. – 2009. – № 4. – С. 71-75.
17. Оганов Р.Г., Аронов Д.М. Актуальные вопросы реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // Физиотерапия, бальнеотерапия и реабилитация. – 2002. – № 1. – С. 10-15.
18. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России.// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 2. – С. 3-7.
19. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – 3-е изд., перер. и доп. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 466 с.
20. Стародубов В.И. Клиническое управление: теория и практика / В.И. Стародубов, Т.К. Луговкина. – Медицина, 2003. – 191 с.
21. Симоненко, В.Б. Исследование качества жизни у кардиологических больных / В.Б. Симоненков, В.И. Стеклов // Клинич. медицина. – 2007. – Т. 85, № 3. – С. 11-15.
22. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности её лечения Текст. / Е.И. Чазов // Клинические исследования лекарственных средств в России. – 2001. – № 1. – С. 2-4.
23. Чазова И.Е. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии Текст / И.Е. Чазова // Consilium medicum. – 2001. – № 5 (приложение). – С. 11-19.
24. Шмид Т., Забина Е. Создание коалиции и пропаганда, направленные на профилактику неинфекционных заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2003. – № 3. – С. 3-5.
25. Явелов И.С. Применение бета-адреноблокаторов при сердечнососудистых заболеваниях: современные рекомендации // Consilium Medicum. – 2005. – № 11. – С. 945-956.
26. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study // JAMA. 1994. Vol. 271. P. 840-844.
27. Dubus, I. Origin and mechanisms of heart failure in hypertensive patients: left ventricular remodelling in hypertensive heart disease Text. / I. Dubus, J. L. Samuel, W. B. Swynghedau // Eur.

HeartJ. 1993. № 14. – P. 7681.

28. Eisdorfer, C. Caring for the Elderly / C. Eisdorfer, D.A. Esser, A.N. Spector. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1989. P. 4-12.

29. Empana, J.P. Are the Framingham and PROCAM coronary heart disease risk functions applicable to different European populations? / J.P. Empana, P. Ducimetiere, D. Arveiler, et al. // Eur. Heart J. 2003. № 24. Vol. 1903-1911.

30. Ford E.C., Ajani U.A., Croft J.B., et al. Explaining the decrease in U.S. death from coronary disease, 1980-2000. // NEJM. 2007. 356. P. 2388-2398.

31. Gibbons K.C.A., Tybsetg J.V., Beyar R. Effects of ischemia on left ventricular apex rotation. // Circulation. 1995. Vol. 92. P. 3539-3548.

32. Lamas G.A., Flkacker G.C., Mitchell G. et al. Effect of infarct artery patency on prognosis after acute myocardial infarction. // Circulation. 1995. Vol. 92. P. 1101-1109.

33. Marcassa C., Galli M., Bolli R. et al. Heterogeneous rate of perfusion and contraction after anterior wall acute myocardial infarction and effects on left ventricular remodeling. // Am J Cardiol. 1998. Vol. 82. P. 1457-1462.

34. Volpi A., De Vita C., Franzosi M.G. et al. Determinants of 6-Month Mortality in Survivors of Myocardial Infarction After Thrombolysis. Results of the GISSI-2 Data Base. Circulation. 1993. Vol. 88. P. 416-429.

Рецензенты:

Аверьянов В.Н., д.м.н., профессор, начальник управления делами, Министерство здравоохранения Оренбургской области, г. Оренбург;

Сайфутдинов Р.И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и эндокринологии, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Оренбургская государственная медицинская академия», г. Оренбург.