

УДК 616.12-005.4-07-084-036.868:314.144(571.13)

ТЕХНОЛОГИИ ПРЕВЕНЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Усачева Е.В., Нелидова А.В., Щербаков Д.В.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия (644099, Омск, ул. Ленина, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

По результатам работы установлено, что заболеваемость острым и повторным инфарктом миокарда (ИМ) в Омской области, несмотря на положительную тенденцию к снижению, в течение анализируемого периода (2002-2012 гг.) была значительно выше, чем в среднем по Российской Федерации (РФ) и Сибирскому федеральному округу (СФО). Снижение заболеваемости острым ИМ и повышение - повторным ИМ за 11-летний период (2002-2012 гг.) привело к статистически значимому увеличению в структуре заболеваемости ИМ доли повторных ИМ с 12,8% до 15,9% в целом в РФ ($p < 0,001$), с 11,7% до 15,7% в СФО ($p < 0,001$) и с 13,3% до 19,3% в Омской области ($p < 0,001$). После сосудистого события количество пациентов с низкой приверженностью статистически значимо снижается с 82,4% до 32,4% ($p = 0,0012$). В рамках создаваемой региональной целевой Программы мы предлагаем следующие элементы системы диспансеризации, реабилитации и профилактики: внедрение «Медицинского дневника пациента, перенесшего сосудистое событие»; мероприятия по оптимизации реабилитационных мероприятий у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших сосудистое событие; разработка стандарта государственной услуги «Долгосрочное диспансерное наблюдение (в т.ч. реабилитация) пациентов с ИБС на территории Омской области».

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, технологии здравоохранения, болезни системы кровообращения, сосудистые события

PREVENTION TECHNOLOGY SOCIAL LOSSES FROM CIRCULATORY DISEASES IN OMSK REGION

Usacheva E.V., Nelidova A.V., Shcherbakov D.V.

Omsk State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Omsk, Russia (644099, Omsk, ul. Lenina, 12), e-mail: laphalist@gmail.com

As a result of the work it was found that the incidence of acute myocardial infarction, and repeated in the Omsk region, despite the positive downward trend, during the analyzed period (2002-2012 gg.) It was significantly higher than the average in the Russian Federation and the Siberian Federal District. Reducing the incidence of acute myocardial infarction and increase - repeated them for 11-year period (2002-2012.) Resulted in a statistically significant increase in the incidence of myocardial infarction in the structure of the share of re-infarction from 12.8% to 15.9% as a whole in the Russian Federation ($p < 0.001$), from 11.7% to 15.7% in the Siberian FD ($p < 0.001$) and 13.3% to 19.3% in the Omsk region ($p < 0.001$). After vascular events (MI, or PCI), the number of patients with low adherence was significantly reduced from 82.4% to 32.4% ($p = 0.0012$).

Within the framework of the establishment of regional target programs, we offer the following elements of the clinical examination, rehabilitation and prevention: the introduction of the "Diary of self-control patient who had undergone vascular event"; optimization of rehabilitation in patients with coronary artery disease who underwent vascular events; development of a standard public service "Long-term follow-up (including rehabilitation) patients with coronary heart disease in the territory of the Omsk region."

Keywords: coronary heart disease, technologies of health care, diseases of the blood circulatory system, vascular events

Потребность в подготовке и реализации региональных целевых программы для пациентов с болезнями системы кровообращения во многом обусловлена необходимостью оптимизации долгосрочного диспансерного наблюдения, развития системы медицинской реабилитации, сохранения трудового потенциала, повышения качества медицинского обслуживания, продолжительности и качества жизни [9].

Заболевания системы кровообращения в Российской Федерации (далее – РФ) являются причиной смерти в 56,9% случаев, на территории Сибирского федерального округа (СФО) – в 50,5%. За период 1990–2006 гг. в СФО смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы увеличилась на 60% и составила 760 случаев на 100 тыс. населения. Причем в Омской области темп роста смертности вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы был выше среднего по СФО. В 2012 г. при уровне заболеваемости ишемической болезнью сердца (далее – ИБС) в СФО 800 случаев на 100 тыс. населения, в Омской области – 1080 случаев на 100 тыс. населения.

Снижение заболеваемости острым инфарктом миокарда (далее – ИМ) и повышение - повторным ИМ за 11-летний период (2002-2012 гг.) привело к статистически значимому увеличению в структуре заболеваемости ИМ доли повторных ИМ с 12,8% до 15,9% в целом в РФ ($p < 0,001$), с 11,7% до 15,7% в СФО ($p < 0,001$) и с 13,3% до 19,3% в Омской области ($p < 0,001$).

Особого внимания специалистов заслуживает проблема заболеваемости ИМ среди взрослого населения, поскольку более чем в 50% случаев дебютом ИБС является именно ИМ. В структуре смертности населения Омской области смертность от болезней системы кровообращения занимает первое место, удельный вес умерших от данной патологии в 2011 г. составил 57,1%, показатель смертности от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения в 2011 г. составил 772,4.

Наиболее часто ИМ развивается в возрасте 40-60 лет, мужчины подвержены ИМ в 3-4 раза больше, чем женщины. Показатель госпитальной летальности от ИМ в РФ превышает 19%, среди выписанных из стационара в течение первого года после перенесенного ИМ погибает до 10% больных, а у 4-12% развивается повторный ИМ. Из-за поздней госпитализации отмечается высокая летальность во время пребывания в стационаре (около 20%). На территории Омской области в 2014 г. досуточная летальность при остром ИМ составила 34,8%; показатель госпитальной летальности от ИМ в 2014 г. составил 18,8 %.

В возрасте от 35 до 50 лет ИМ встречается в 5 раз чаще у мужчин, чем у женщин, при этом смертность среди мужчин трудоспособного возраста в 6,5 раз выше, чем у женщин [11]. На сегодняшний день ИМ одна из наиболее значимых причин экономических потерь среди трудоспособного населения в России. Причем, это не только социально значимая проблема, но и невосполнимые потери в экономике региона и государства в целом[7].

С 2008 г. на территории РФ в рамках национального проекта «Здоровье» реализуется программа «Совершенствование оказания медицинской помощи, больным с сосудистыми заболеваниями». Реализация на территории Омской области мероприятий данной программы, происходит в рамках долгосрочной целевой программы Омской области

«Развитие системы здравоохранения Омской области» на 2010-2015 годы» и Государственной программы «Развитие здравоохранения Омской области на 2014 - 2020 годы» с 2012 г. организованы и функционируют региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения. Широкое внедрение современных медицинских технологий – решаемый сегодня и требующий развития инфраструктуры системы здравоохранения вопрос, включая скорую медицинскую помощь, которая должна своевременно доставлять пациентов в сосудистые центры и отделения, где есть необходимое оборудование и специалисты. Однако в РФ, в том числе и на территории Омской области, остаются нерешенными до конца вопросы не только кардиоваскулярной профилактики, но и реабилитации. На наш взгляд, повышение качества медицинской помощи не может быть осуществлено не только без организации лечения уже состоявшегося сосудистого события, но и должно быть направлено на недопущение развития сосудистой катастрофы в принципе, т.е. снижение риска его возникновения.

Снижение заболеваемости ИМ можно достичь путем актуализации деятельности учреждений здравоохранения по долгосрочному диспансерному наблюдению пациентов с ИБС [2].

Цель исследования: разработка проекта регионально-ориентированной программы «Профилактика сосудистых событий у пациентов с коронарным атеросклерозом при долгосрочном диспансерном наблюдении (в т.ч. реабилитации) в условиях первичного звена здравоохранения». Поскольку пациент с ИБС, не зависимо от наличия в анамнезе сосудистого события, требует пожизненного амбулаторного наблюдения врача-терапевта и кардиолога [3, 6], именно информационная поддержка врача-специалиста и пациента на данном этапе оказания медицинской помощи и оценка качества жизни пациента стали задачами нашего исследования.

Материалы и методы

Нами было обследовано 130 пациентов с ИБС, перенесших сосудистые события (ИМ, стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование (далее – АКШ)). Исследование включало общеклиническое и специальное обследование пациентов. Проанализированы данные медицинской документации пациентов, в том числе результаты инструментального исследования, выполняемого всем пациентам в условиях амбулаторного звена здравоохранения. Проведено анкетирование пациентов для исследования качества жизни (SF-36, Сиэтлский опросник) и опросник приверженности к лечению (опросник Мориски-Грина). Анализ полученных данных проводился с использованием редактора электронных таблиц MS Excel 7.0 и статистической программы STATISTICA 6.0.

Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05; при $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение

Известно, что ключевую роль в достижении целей первичной и вторичной профилактики ССЗ играет приверженность пациентов к лечению [4, 5]. Пациенты, включенные в исследование, имели в анамнезе одно из сосудистых событий давностью более 6 месяцев: ИМ – 85 (73,9%) пациентов, чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ, в частности – стентирование) – 10 (8,7%) пациентов, АКШ – 20 (17,4%) пациентов. Установлено, что у пациентов, перенесших сосудистое событие (ИМ, стентирование, АКШ), в 88,7% случаев до дебюта ИБС имелась артериальная гипертензия (далее – АГ). При этом, несмотря на наличие АГ, в 82,4% случаев у пациентов с ИБС до развития сосудистого события (ИМ, ЧКВ) имеется низкая приверженность к лечению. Приверженность к лечению как до, так и после сосудистого события выше у женщин; статистически значимых различий по приверженности к лечению в зависимости от возраста и социального статуса, как до сосудистого события, так и после него не выявлено.

После сосудистого события (ИМ или ЧКВ) количество пациентов с низкой приверженностью статистически значимо снижается с 82,4% до 32,4% ($p=0,0012$), то есть большая часть пациентов начинает регулярно выполнять врачебные рекомендации по медикаментозной терапии. Перенесенное ЧКВ более значимо повышает приверженность к лечению, чем перенесенный ИМ. Поскольку только боязнь возникновения повторного сосудистого события, инвалидизации и летального исхода повышает приверженность к лечению у пациентов с ИБС и АГ [1], то повышение приверженности к лечению можно достичь не только путем пропаганды коррекции факторов сердечно-сосудистого риска, но и путем повышения уровня информированности пациентов о последствиях сосудистых событий.

У больных ИБС, имеющих коронарное вмешательство в анамнезе, показатели качества жизни по Сизтскому опроснику значимо хуже, чем у больных без коронарного вмешательства. В частности, по таким показателям как: переносимость физических нагрузок, стабильность ангинозных приступов и их частота, а также по показателю, отражающему восприятие болезни. Однако, по сравнению с больными ИБС без коронарного вмешательства в анамнезе, пациенты, имеющие коронарное вмешательство, показали более высокий уровень качества жизни по показателю удовлетворенности лечением по данным Сизтского опросника.

По данным, полученным при оценке качества жизни больных ИБС с использованием опросника SF-36, выявлены более низкие показатели физического и

психического компонента здоровья. У большинства пациентов с ИБС отмечается средний и низкий уровень стресса, который не зависит от наличия или отсутствия коронарного вмешательства в анамнезе.

Пропаганда коррекции факторов сердечно-сосудистого риска является недостаточной в повышении приверженности к лечению, необходимо повышения информированности пациентов о сути и последствиях сосудистых событий. Среди пациентов с АГ, перенесших ИМ, больше доля мужчин (80% против 20%, $p=0,05$), доля курящих (65% против 48%, $p=0,054$), доля имеющих СД (40% против 24%, $p=0,026$), доля являющихся инвалидами в трудоспособном возрасте (20% против 0%, $p=0,014$), имеющих высокий уровень стресса (30% против 19%, $p=0,049$), по сравнению с пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения. Причинами сохраняющегося высокого суммарного сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ, перенесших сосудистое событие, являются: недостаточный контроль уровня артериального давления, уровня общего холестерина и недостаточно высокая приверженность к гипотензивной терапии.

В рамках проекта региональной целевой Программы мы предлагаем следующие элементы системы долгосрочного диспансерного наблюдения за пациентом с коронарным атеросклерозом:

1. Совершенствование методов и форм организации первичной медико-санитарной помощи больным с ИБС при долгосрочном диспансерном наблюдении.
2. Разработка и внедрение среди населения образовательных программ по методам профилактики сосудистых событий и повышения продолжительности и качества жизни пациентов с ИБС.
3. Подготовка специалистов системы здравоохранения в области профилактики, диагностики, лечения ИБС и создание благоприятных условий для выполнения функциональных обязанностей врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь по долгосрочному диспансерному наблюдению пациентов с ИБС.

Развитие информатизации в здравоохранении по вопросам организации первичной медико-санитарной помощи больным с ИБС и прогнозированию повторных сосудистых событий при долгосрочном диспансерном наблюдении.

Заключение

Таким образом, предложенные технологии превенции социальных потерь от болезней системы кровообращения позволят решить ряд вопросов, связанных с долгосрочным наблюдением и лечением данной категории пациентов на амбулаторном этапе, объемом и качеством профилактики сосудистых событий в отдаленные сроки после перенесенного сосудистого события. Данные результаты могут быть воспроизведены путем

разработки и внедрения персонифицированного мониторинга показателей диспансерного наблюдения (в т.ч. реабилитации) данной категории пациентов.

Отсутствие системы мониторинга качества кардиоваскулярной профилактики (в т.ч. медицинской реабилитации) при долгосрочном наблюдении в условиях первичного звена здравоохранения сдерживает принятие адекватных управленческих решений. Создание на основе системного подхода к решению данной проблемы регионально-ориентированной программы позволит управлять процессом, повысить экономическую и медико-социальную эффективность лечебных и организационных мероприятий, и, в конечном итоге, улучшить демографическую ситуацию на территории Омской области, снизить социальные потери.

Поскольку причинами высокой заболеваемости ИМ является широкая распространенность факторов сердечно-сосудистого риска [8] и отсутствие адекватных способов контроля эффективности проводимой вторичной кардиоваскулярной профилактики, то, при условии оптимальной работы первичных сосудистых центров, внедрение регионально-ориентированных программ долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов с коронарным атеросклерозом, позволит снизить заболеваемость острым и повторным ИМ. Решение предлагаемой Программы позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и предотвратить потери жизненного потенциала трудоспособного населения Омской области путем профилактики возникновения сосудистых событий у данной категории пациентов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Омской области в рамках научного проекта №15-16-55006 (название проекта: Предотвращение социальных потерь трудоспособного населения Омской области путем профилактики инфаркта миокарда).

Список литературы

1. Бологов, С.Г. Прогнозирование повторных сердечно-сосудистых катастроф по главным и дополнительным факторам кардиоваскулярного риска у больных, перенесших первичный инфаркт миокарда. Возможности вторичной профилактики / С.Г. Бологов : автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 20 с.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014 – 112 с. [Электронный ресурс] : <http://www.gnicpm.ru>, <http://www.ropniz.ru>.
3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации ВНОК /Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2011. - № 10 (6). - С. 64.

4. Козловский, В.И. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные. / В.И. Козловский, А.В. Симанович // Вестник ВГМУ. – 2014. – № 12(2). – С. 6-16.
5. Курочкина, О.Н. Медикаментозная терапия больных, перенесших инфаркт миокарда: врачебные назначения и приверженность пациентов / О.Н. Курочкина, А.Л. Хозлов, Д.А. Копылова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2012. – №4(44). – С. 90-93.
6. Семенова, Л.Н. Острая расслаивающая аневризма грудной аорты: разнообразие клинических вариантов, оптимизация диагностики на догоспитальном этапе / Л.Н. Семенова, Н.А. Морова, Д.В. Щербаков // Омский научный вестник. – 2011. - №1 (104). – С. 149-154.
7. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Клинические рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2014. - №8(112). – 31 р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/Pochki_rkj_8_14.pdf (дата обращения 25.06.2015).
8. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике / Под редакцией академика РАМН Р. Г. Оганова. Пособие для врачей. Москва. – 2007. – 23 с.
9. Щербаков, Д.В. Заболеваемость населения Сибирского Федерального округа болезнями системы кровообращения / Д.В. Щербаков // Фундаментальные исследования. – 2014. - № 10-9. – С. 1827-1832
10. Pacanowski, A.M. ADRB1 Gene Summary. Pharmacological reviews / A.M. Pacanowski, J.A. Johnson // 2007. - Vol.59. - №1 – P. 2-4.
11. Rapsomaniki, E. International comparison of outcomes among 140,880 patients stable after acute MI; real world evidence from electronic health and administrative records / E. Rapsomaniki, M. Thuresson, E. Yang et al. // Presented at European Society of Cardiology Congress, Barcelona, Spain; 30 August – 3 September 2014.

Рецензенты:

Турчанинов Д.В., профессор, д.м.н., заведующий кафедрой гигиены с курсом питания человека Омского государственного медицинского университета, г.Омск;

Стасенко В.Л., профессор, д.м.н., заведующий кафедрой эпидемиологии Омского государственного медицинского университета, г.Омск.