

Рекомендовано д. мед. н., професором О. З. Децик

УДК 614+616.1-084

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

І. А. Голованова, С. С. Касинець, М. В. Хорош, Г. А. Оксак*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

E-mail: sostmed@umsa.edu.ua

* Полтавська обласна клінічна лікарня

За висновками експертів ВООЗ (2015), серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я у світі є хвороби системи кровообігу. Всі структурні зміни в Полтавській області спрямовані на наближення медичної допомоги до населення, інтенсивне упровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини. У Полтавській області спостерігається збільшення рівня укомплектованості лікарями первинної ланки. Оптимальним часом, витраченим на одного пацієнта, мають бути $16,44 \pm 1,15$ хв (згідно з опитуваннями лікарів) або $16,93 \pm 0,78$ хв (згідно з проведеним хронометражем прийому лікаря). Головним шляхом отримання інформації щодо факторів ризику хвороб системи кровообігу пацієнтів є засоби масової інформації (47%), а не лікар.

Ключові слова: сімейна медицина; хвороби системи кровообігу; фактори ризику; сімейний лікар.

Постанова проблеми. Важливими складовими запровадження системних змін є партнерство в усіх аспектах реформування, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, запровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства та відкритість системи охорони здоров'я [1].

Реформування галузі охорони здоров'я України проводилось на рівні держави, як у пілотних регіонах, так і в не пілотних. Хоча Полтавська область не була включена до пілотних, але в цьому питанні має значні напрацювання [2].

І. А. Голованова – доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Г. А. Оксак – головний лікар Полтавської обласної клінічної лікарні

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 20.06.2000 р. № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я», відповідно до якої було підготовлено розпорядження голови Полтавської обласної державної адміністрації від 22.08.2000 р. № 367 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я області», у 2000 р. почалося інтенсивне запровадження первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в охорону здоров'я Полтавської області на засадах загальної практики – сімейної медицини.

Згідно з Указом Президента України від 06.12.2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» та Законом України від 22.01.2010 р. № 1841-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» в області були видані

відповідні розпорядження на рівнях виконавчої влади.

Усі структурні зміни в Полтавському регіоні відбуваються з урахуванням мережі медичних закладів і спрямовані на наближення медичної допомоги до населення [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

За висновками експертів ВООЗ (2015), серйозним проявом нових викликів для громадського здоров'я у світі є епідемія хронічних неінфекційних захворювань [4], провідне місце серед яких посідають хвороби системи кровообігу (ХСК), зокрема підвищений рівень артеріального тиску. В Україні несприятлива медико-демографічна ситуація значною мірою зумовлена ХСК [5], що істотно впливають на основні показники здоров'я населення. Постійне зростання загальної смертності населення від ХСК (66,3% у структурі) й зниження очікуваної тривалості життя викликають серйозну тривогу та свідчать про недостатню ефективність проведених профілактичних заходів [6]. Така ситуація не лише негативно відображається на здоров'ї населення, але й загрожує несприятливими економічними наслідками для країни, втратою її інтелектуального та військового потенціалу, оскільки від ХСК насамперед помирають люди як старшого, так і працездатного віку. Досвід розвинених країн світу показує, що найбільш ефективними щодо зниження смертності від ХСК є профілактичні заходи, пов'язані з боротьбою з поведінковими чинниками ризику [7].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Актуальність теми та доцільність дослідження обґрунтовується необхідністю надання первинної медичної допомоги кардіологічним хворим в умовах реформування системи охорони здоров'я, що сприятиме зменшенню захворюваності на серцево-судинні захворювання.

Формулювання цілей статті. Метою роботи був аналіз імплементації профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні в умовах реформування системи охорони здоров'я. Завдання дослідження, зумовлені поставленою метою, передбачали аналіз застосування організаційних технологій на первинному рівні медичної допомоги в Полтавській області

щодо реалізації плану дій із попередження ХСК та аналіз індивідуального рівня (сімейного лікаря), що впливає на імплементацію первинної профілактики хвороб системи кровообігу як складової надання медичної допомоги на первинному рівні.

Викладення основного матеріалу дослідження. Джерелами інформації в дослідженні стали: річні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за 2009-2015 роки; нормативно-правова база Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації та первинної ланки; дані анонімного опитування лікарів первинної ланки щодо питань первинної профілактики ХСК; дані анонімного опитування пацієнтів Центрів ПМСД щодо індивідуальної обізнаності стосовно факторів ризику ХСК.

Для ідентифікації потенційних ризиків, які пов'язані з медичним персоналом, проведено опитування 106 лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) за спеціально розробленою анкетною, предметом вивчення якої стало знання медичними працівниками цільових показників, факторів ризику (ФР), що стосуються артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця.

Предметом дослідження стали записи в амбулаторних картках про вимірювання тиску та ЕКГ у всіх пацієнтів старше 40 років, подальші рекомендації щодо первинної профілактики, акцентованої на усунення факторів ризику (ФР), виявлених при ХСК, і тактика подальшого лікування.

Перед збором уніфікованих статистичних форм у всіх закладах, де вони збирались, проведено детальний інструктаж з відповідальними особами щодо заповнення зазначених форм.

У дослідженні використані такі методи наукового дослідження: бібліосемантичний (для аналізу наукової літератури); контент-аналізу (для дослідження нормативно-правових актів щодо організації та моделі надання первинної профілактичної допомоги); статистичний (методи описової та аналітичної статистики для визначення відносних показників, їх похибок, за відсутності нормального розподілу і наявності великого розкиду даних використовувалися тест

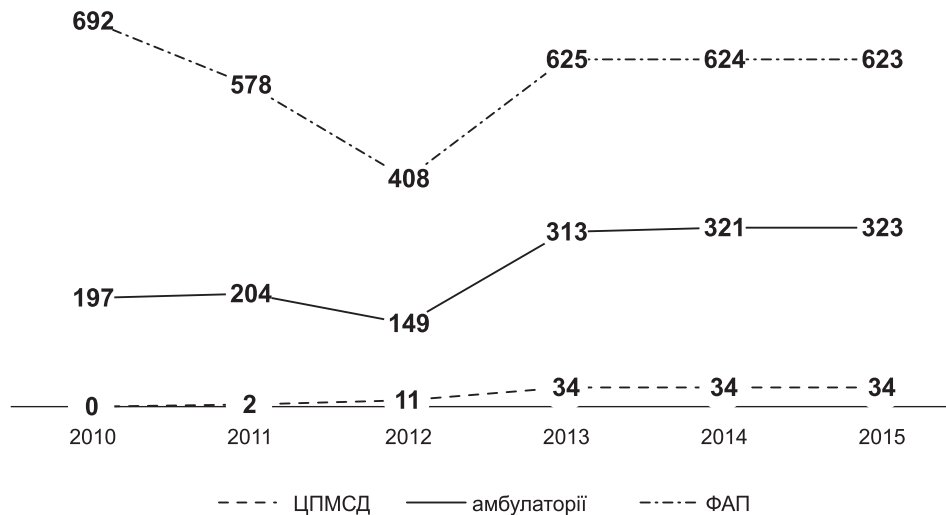


Рис. 1. Кількість закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в Полтавській області (2010-2015 рр.)

Мана-Уїтні, критерій Вілкоксона, достовірність статистичних показників (p). Достовірними вважалися результати при рівні значущості $p < 0,05$); соціологічний (анкетування населення Полтавської області щодо факторів ризику виникнення ХСК).

На сьогодні в області функціонують 34 Центри ПМСД, що становить 100% від запланованих. Середній відсоток фінансування Центрів ПМСД в області становить 24,6%. Відсоток охоплення населення наглядом сімейних лікарів – 91,3% (2001 рік – 2,3%). Із 2010 року відбувається збільшення мережі амбулаторій сімейної медицини, зокрема в 2009 році в області існувало 155 амбулаторій, на теперішній час – 324, що на 148 (54%) амбулаторій більше, ніж у 2010 р.; у сільській місцевості – 234, у міській – 90 амбулаторій.

Досліджуючи кількість закладів первинної ланки охорони здоров'я, можна побачити, що в Полтавській області спостерігається посилення первинної ланки: наявні 34 Центри ПМСД (жодного в 2010 р.), 323 амбулаторії сімейної медицини проти 197 у 2010 р., дещо зменшилась кількість ФАПів – 623 проти 692 у 2010 р. (рис. 1).

Для аналізу імплементації первинної профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні важливі не лише кількість амбулаторій ЗПСМ, але і кадровий потенціал – чи вистачає лікарів населенню? Укомплектованість терапевтами в Полтаві у 2015 році зменшилась порівняно з 2012 роком – 94,46% проти 91,67%.

Очевидно, що це може бути пов'язано з перекваліфікацією терапевтів на лікарів ЗПСМ, що проходить на факультеті післядипломної освіти ВДНЗУ «УМСА». У Полтавській області цей показник виріс з 87,20 до 89,28%.

Для подальшого кількісного аналізу імплементації первинної профілактики ХСК як складової надання медичної допомоги на первинному рівні досліджували питому вагу відвідувань до лікарів ЗПСМ. На сьогодні цей показник складає 23% (2014 р. – 22%) від загальної кількості відвідувань, з них 31% (2014 р. – 25%) становлять профілактичні відвідування. Очевидно, що 23% звернень свідчать про недостатню кількість відвідувань лікаря ЗПСМ, адже починати і закінчувати процес лікування пацієнт повинен на первинній ланці і, як його проміжок, отримати направлення до вузького спеціаліста. Протягом досліджуваного часу спостерігається тенденція до збільшення кількості відвідувань лікаря ЗПСМ протягом року – з 14231039 у 2009 році до 15294447 у 2015 році, показник відвідувань на одного мешканця збільшується з 9,4 у 2009 році до 10,6 у 2015 році.

Досліджуючи стан профілактичної роботи нами виявлено, що протягом 2009-2015 років спостерігається поступове зменшення кількості осіб, що підлягають профілактичному обстеженню: із 330411 у 2009 році до 249993 у 2015 році, при цьому відсоток виконання лишається незмінним протягом

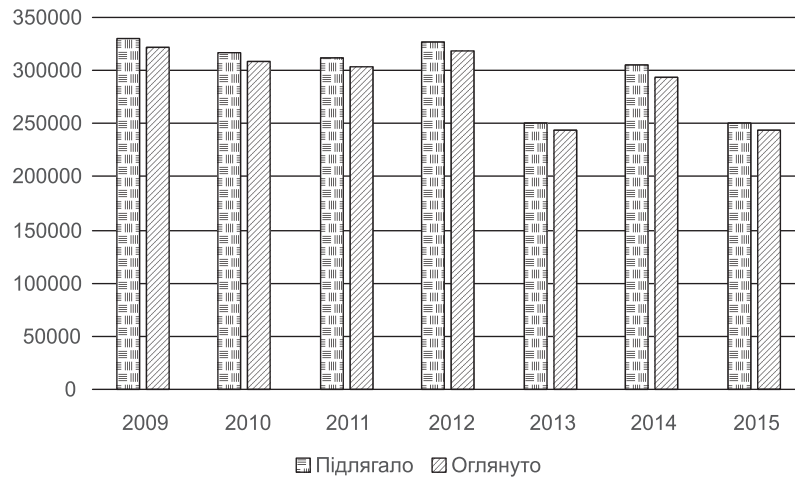


Рис. 2. Динаміка охоплення профілактичними оглядами населення Полтавської області протягом 2009-2015 років

усього досліджуваного періоду і становить 96,5-97,7% (рис. 2).

Розподіл часу на опитування, огляд, діагностику, лікування, розмову з пацієнтом щодо санітарно-профілактичної роботи вірогідної різниці у лікарів зі стажем роботи до 10 і понад 10 років відмінностей не мав ($p > 0,05$). У середньому на збирання скарг, за відповідями лікарів, витрачається $2,98 \pm 0,296$ хв, на анамнез – $2,56 \pm 0,11$ хв, на постановку діагнозу – $4,26 \pm 0,627$ хв, на лікування – $3,94 \pm 0,245$ хв. Загальний час, потрачений на пацієнта, приблизно становить $16,44 \pm 1,15$ хв.

При проведенні хронометражу, щоб справді дізнатися, скільки часу витрачається на роботу з пацієнтом, встановили, що у цілому він не має вірогідних відмінностей, тоді як на заповнення документації витрачається реально більше часу – $2,4 \pm 0,13$ хв проти $1,4 \pm 0,09$, за відповідями лікарів ЗПСМ ($p = 0,04$), а на постанову діагнозу і лікування при спостереженні витрачається менше часу – $1,33 \pm 0,12$ проти $4,26 \pm 0,627$ ($p < 0,001$) та $2,1 \pm 0,14$ хв проти $3,94 \pm 0,245$ ($p < 0,001$). Загальний час, потрачений на пацієнта, становить приблизно $16,93 \pm 0,78$ хв, тоді як, за наказом МОЗ № 72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини», норма часу, потраченого на пацієнта, становить 12 хв.

Враховуючи значну розповсюдженість ХСК, цільову необхідність поширювати знання про первинну профілактику цих захворювань у пацієнтів 40-60 років, які звернулися

до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією, стає очевидним, що норми часу прийому цього фахівця необхідно переглянути.

Зважаючи, що на профілактику покладається менше зусиль, фінансів, припускаємо, що сімейний лікар має бути вмотивованим і мати наукові знання з первинної профілактики ХСК. Серед вказаних ФР, які, на їхню думку, впливають на виникнення ХСК, на першому місці стрес – 20,4%, по 15,5% припадає на паління, алкоголь, надмірну вагу, 12,0% – низька фізична активність і лише 7,7% відзначили характер харчування і 3,5% наявність цукрового діабету. Згідно з даними ВООЗ (2015) головними ФР ХСК у світі є: паління тютюну, високий артеріальний тиск, зловживання алкоголем, високий рівень холестерину, ожиріння, недостатнє споживання фруктів і овочів, гіподинамія.

Досліджуючи шляхи отримання інформації пацієнтами стосовно питань попередження та зниження ризику ХСК, встановили, що 47,2% респондентів отримують інформацію про ХСК переважно із засобів масової інформації, 18,8% – від знайомих, 34% – від лікаря (рис. 3).

Досліджуючи обізнаність пацієнтів про фактори ризику ХСК, встановили, що 43,7% опитаних не знали, що стрес є причиною розвитку ХСК, з них 15,3% – люди після 40 років і 28,4% – до 40 років ($p = 0,002$). Аналізуючи відповіді на питання впливу характеру харчування на розвиток ХСК, 84,4% опитуваних відповіли, що харчування не впливає на розвиток ХСК, із них 34,9% –

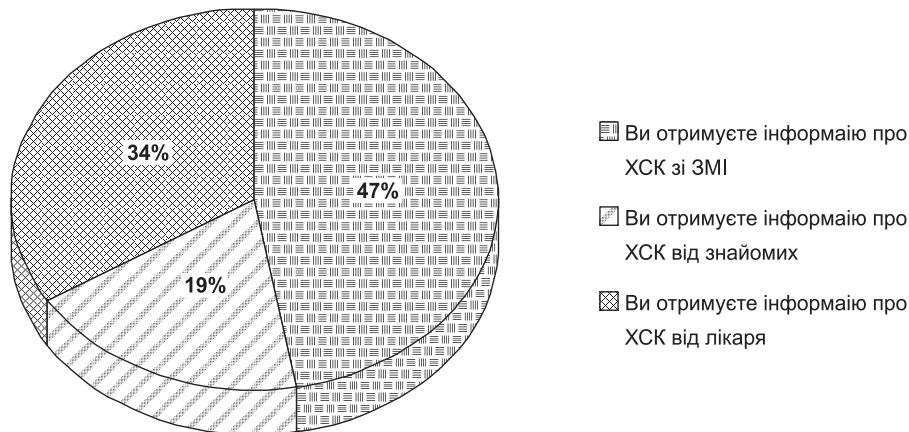


Рис. 3. Основні джерела інформації про ХСК (за результатами опитування пацієнтів)

люди старше 40 років і 49,5% – до 40 (р = 0,008).

Разом з тим 70,4% опитаних не знали про небезпечність надмірної ваги для розвитку ХСК, із них 26,2% – люди за 40 років і 44,1% – до 40 років (р = 0,006). Про те, що у чоловічої статі підвищений ризик розвитку ХСК не знало 96,5% опитаних, із них 38,9% – люди після 40 років і 57,6% – люди до 40 років (р = 0,043). Про спадкову природу схильності до ХСК не знали 83,7% опитаних, із них 34,3% – люди старше 40 років і 49,3% – до 40 років (р = 0,038).

Висновки

1. У Полтаві та Полтавській області спостерігається поступове збільшення рівня укомплектованості лікарями первинної ланки (лікарі ЗПСМ): укомплектованість лікарями ЗПСМ по Полтаві – 94,09% (91,73% у 2013 році), по Полтавській області – 81,05% (79,08% у 2013 році).

2. За результатами проведеного дослідження визначено, що оптимальним часом, витраченим на одного пацієнта, має бути $16,44 \pm 1,15$ хв (за опитуваннями лікарів) або $16,93 \pm 0,78$ хв (за проведеним хронометражем прийому лікаря) у зв'язку з необхідністю поширювати знання про первинну профілактику ХСК у пацієнтів 40-60 років, які звернулися до лікаря ЗПСМ не з цією нозологією.

3. Лікарі ЗПСМ недостатньо обізнані про ФР ХСК: стрес (20%), надмірна вага (16%), алкоголь (16%), паління (15%), низька фізична активність (12%), спадковість (10%). Тому необхідно приділяти більше уваги навчанню лікарів ЗПСМ.

4. Виявлено, що головним шляхом отримання інформації про ХСК і ФР ХСК пацієнти отримують із засобів масової інформації (47%), від знайомих (19%), а від лікаря лише 34%. Тому потрібно приділяти більше уваги профілактичній роботі на прийомі у лікаря для переконання в необхідності усунення ФР ХСК, особливо у віковій групі старше 40 років.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ІНФОРМАЦІЇ

1. Устінов, В. С. Реформа первинної медичної допомоги / В. С. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – № 5 (97). – С. 24-27.
2. Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики/сімейної медицини: наказ МОЗ України від 23.07.2001 р. № 303 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://medprosvita.com.ua/pro-organizaciyu-roboti-zakladiv-pidr/>. Назва з екрана.
3. Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів Центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги: наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>. Назва з екрана.
4. ВОЗ: Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. – 2015. – 64 с.
5. Актуальные аспекты сердечно-сосудистого риска в городской популяции Украины / Е. И. Митченко, М. Н. Мамедов, Т. В. Колесник, А. Д. Деев // Международный

журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 16-25.

6. Горбась, І. М. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / І. М. Горбась // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря. – 2013. – № 4. – С. 42-43.
7. Оганов, Р. Г. Профилактическая кардиология, успехи, неудачи, причины / Р. Г. Оганов // Кардиология. – 2012. – Т. 36, № 3. – С. 4-8.

REFERENCES

1. Ustinov VS. Ukrainskii medychnyi chasopys. 2013;5(97):24-27.
2. Pro organizatsiu roboty zakladiv (pidrozdiliv) zahalnoi praktiky/simeynoi meditsyny:

nakaz MOZ Ukrainy vid 23.07.2001 No. 303. Available from: <https://medprosvita.com.ua/pro-organizaciyu-roboti-zakladiv-pidr/>.

3. Pro zatverdzhennia Normatyviv zabezpechenosti merezheu ambulatorii – pidrozdiliv tsentriv pervynnoi medychnoi (medico-sanitarnoi) dopomohy: nakaz MOZ Ukrainy vid 10.09.2013 p. No. 793. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1587-13>.
4. VOZ: Strategiiia preduprezhdenia khronicheskikh zabolevanii v Europe. 2015:64.
5. Mitchenko EI, Mamedov MN, Kolesnik TV, Deev AD. Mezhdunarodnii zhurnal serdtsa i sosudistykh zabolevanii. 2014;2(2):16-25.
6. Gorbas' IM. Mystetsvo likuvannia. Zhurnal suchasnoho likaria. 2013;4:42-43.
7. Oganov RG. Kardiologia. 2012;36(3):4-8.

УДК 614+616.1-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ

И. А. Голованова, С. С. Касинец, М. В. Хорощ, Г. А. Оксак

По заключению экспертов ВОЗ (2015), серьезным проявлением новых вызовов для общественного здоровья в мире являются болезни системы кровообращения. Все структурные изменения в Полтавской области направлены на интенсивное внедрение первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики – семейной медицины. В Полтавской области наблюдается увеличение уровня укомплектованности врачами первичного звена. Оптимальным временем, которое затрачивается на одного пациента, должно быть $16,44 \pm 1,15$ мин (по опросам врачей) или $16,93 \pm 0,78$ мин (по проведенному хронометражу приема врача). Главным путем получения информации о факторах риска болезней системы кровообращения для пациентов являются средства массовой информации (47%), а не врач.

Ключевые слова: семейная медицина; болезни системы кровообращения; факторы риска; семейный врач.

UDC 614+616.1-084

CONTEMPORARY ISSUES OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION AT THE PRIMARY LEVEL

I. A. Golovanova, S. S. Kasynets, M. V. Khorosh, G. A. Oksak

According to the WHO experts (2015) a serious manifestation of new challenges to public health in the world is cardiovascular diseases. All structural changes in the Poltava region are aimed at intensive introduction of the primary care to the population based on the general practice – family medicine. In the Poltava region there is an increase of the manning level with the primary care doctors. The optimal level of time spent per a patient should be 16.44 ± 1.15 min (according to the physicians' opinion) or 16.93 ± 0.78 min (according to the timing of the doctor's visit). The main way of obtaining the information on risk factors of cardiovascular diseases for patients is the media (47%) rather than a doctor.

Key words: family medicine; cardiovascular diseases; risk factors; family doctor.