



Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау

МЕНЕДЖЕРІ МЕНЕДЖЕР

здравоохранения Республики Казахстан

№1-2, 2016 г.





Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау
МЕНЕДЖЕРІ
МЕНЕДЖЕР
здравоохранения Республики Казахстан

Журналдың аты:

Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтау менеджері

Бас редактор:

Ж.Қ. Исмаилов

Редакциялық кеңес:

А.К. Байгенжин, Қ.Қ. Ермекбаев, А.А. Сыздыкова,
Н.М. Исатаева, А.А. Ақанов, Г.М. Алпысбекова,
В.З. Кучеренко, Мелита Вуйнович (ДДСҰ), Тага Чантуридзе
(Ұлыбритания), Антонио Дюран (Испания), Майкл Джоунс
(Ұлыбритания)

Редакция хатшысы:

Г.Т. Назарова

Техникалық редакторлар:

А.Е. Тәпенова

Меншік иесі:

Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы.
Журнал Қазақстан Республикасының байланыс және
ақпарат министрлігінде тіркелген. Есепке алу туралы
күәлігі №12044-Ж 12.10.2011 жылы берілді.

Жазылу индексі:

74608

Мерзімділігі:

жылда 4 рет

Таралымы:

500 дана

Құрылтайшылары:

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
және әлеуметтік даму министрлігі,
Денсаулық сақтауды дамыту
Республикалық орталығы.

Редакцияның мекен-жайы:

Астана қ., Орынбор к-сі, 4, 1004 кеңсе
e-mail: imzrk@bk.ru

Наименование журнала:

Менеджер здравоохранения
Республики Казахстан

Главный редактор:

Исмаилов Ж.К.

Редакционный совет:

Байгенжин А.К., Ермекбаев К.К., Сыздыкова А.А.,
Исатаева Н.М., Ақанов А.А., Алпысбекова Г.М.,
Кучеренко В.З., Мелита Вуйнович (ВОЗ), Тага Чантуридзе
(Великобритания), Антонио Дуран (Испания),
Майкл Джоунс (Великобритания)

Секретарь редакции:

Назарова Г.Т.

Технические редакторы:

Тәпенова А.Е.

Собственник:

Республиканский центр развития здравоохранения.
Журнал зарегистрирован в Министерстве связи и
информации Республики Казахстан. Свидетельство
о постановке на учет от 12.10.2011 года №12044-Ж.

Подписной индекс:

74608

Периодичность:

4 раза в год

Тираж:

500 экземпляров

Учредители:

Министерство здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан,
Республиканский центр развития
здравоохранения.

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Орынбор, 4, офис 1004
e-mail: imzrk@bk.ru

Жарияланатын мәліметтердегі
ақпараттардың нақтылығы, авторлардың
жауапкершілігінде

Ответственность за достоверность информации,
публикуемой в журнале,
несут авторы

Уважаемые коллеги!



Создание современной и эффективной системы здравоохранения относится к числу первостепенных целей в политическом курсе Казахстана, озвученном Главой государства Н. Назарбаевым в стратегии «Казахстан 2050».

Существенный вклад в формирование необходимого фундамента для повышения эффективности национальной системы здравоохранения внесла реализация совместной инициативы Правительства Республики Казахстан и Международного банка реконструкции и развития по передаче технологий и институциональной реформе в отрасли.

Результаты исследований и разработок, проведенных в рамках Проекта, повышение потенциала различных категорий специалистов системы здравоохранения, в том числе за рубежом, консультативная помощь ведущих международных экспертов, позволили обеспечить основную часть реформ и преобразований, предусмотренных в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Благодаря реализации Проекта были внедрены международные стандарты и

сформирован долгосрочный институциональный потенциал в различных сферах отрасли. Это - управление и финансирование здравоохранения, организация оказания медицинской помощи и обеспечение качества медицинских услуг, кадровое планирование, медицинское образование и наука, развитие информационной системы здравоохранения и фармацевтической политики.

Достигнутые в ходе Проекта результаты являются важными для дальнейшего эффективного развития системы здравоохранения. Сформированный кадровый потенциал, стандартизация и совершенствование нормативного регулирования в отрасли будут способствовать повышению конкурентоспособности отечественного здравоохранения. Все принимаемые меры позволят снизить потери производительности в результате заболеваний и защитить население от финансовых последствий при ухудшении здоровья, а также высвободить средства для более эффективных инвестиций.

Следующим шагом развития здравоохранения является реализация Государственной программы «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Основными задачами Проекта являются укрепление здоровья населения путем проведения медико- и санитарно-профилактических мероприятий; обеспечение доступности и всеобщего охвата населения качественными медицинскими услугами; а также создание эффективной системы здравоохранения.

Дуйсенова Т. К.

Министр здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан

СОДЕРЖАНИЕ

Тлемисова В. Б.

Существующие стратегии по противодействию устойчивости к антибиотикам: международный опыт применительно к контексту Казахстана.....6

Макалкина Л. Г., Жусупова Г. К., Рамазанов А. Е., Жетимкаринова Г. Е., Шакарова А. М.

Результаты экспресс - оценки функционирования формулярной системы медицинских организаций на амбулаторном уровне в республике казахстан.....15

Курманова С.А., Бердиярова Д.С.

Анализ процесса госпитализации в круглосуточные стационары по городу астане за 2014-2015 гг.....20

Ибраева К., Галич Б., Жумаханов Ж.

Проблемы оценки и динамики причин смертности населения восточно-казахстанской области за 2009-2013 гг.....25

Елеуов А.У., Ботагарова А.К., Аканов Ж.А.

Решение проблемы гестационного диабета путем стандартизации эндокринологической службы в Республике Казахстан.....30

СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СУЩЕСТВУЮЩИЕ СТРАТЕГИИ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К КОНТЕКСТУ КАЗАХСТАНА

В. Б. Тлемисова

Руководитель Центра стратегического развития РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Абстракт

Антибиотиктерге төзімділік дүниежүзілік денсаулық сақтауда экономикалық, әлеуметтік және саясат жағынан жаһандық мәселе тудырады. Резистентті жұқпалы аурулар өлім және аурушандық деңгейін жоғарлатады, әсіресе тұрғындар ішінде жағдайы төмен топтар. Мәселелердің туындау төзімділігі мемлекеттердің күресу жолдарын сақтап қарастырады. Осы мәселе Қазақстанда таралаған, бірақта ресми түрде төзімділікке стратегиялық ұстап қалу қолданылмайды. Осы зерттеудің мақсаты жинау және Қазақстандағы стратегиялық ұсыныстарды антибиотиктерге төзімділікті қарсы шараларды талдау.

Абстракт

Устойчивость к антибиотикам является глобальной проблемой здравоохранения с экономическими, социальными и политическими последствиями. Резистентные инфекционные заболевания увеличивают уровни смертности и заболеваемости, особенно среди уязвимых групп населения. Усиливающаяся проблема устойчивости вынуждает страны разрабатывать меры по ее сдерживанию. Данная проблема распространяется и на Казахстан, однако официальной стратегии по сдерживанию устойчивости в Казахстане не существует. Целями данного исследования являются сбор и анализ имеющихся стратегий противодействия устойчивости к антибиотикам для выработки рекомендаций по разработке стратегии в Казахстане.

Abstract

Antibiotic resistance is a global health problem with economic, social and political implications. Resistant infectious diseases increase mortality and morbidity levels, especially amongst vulnerable population groups. The escalating resistance problem forces countries to develop control measures. This problem applies to Kazakhstan as well, yet there is no official resistance control strategy in the country. The purpose of this study is to collect and analyze existing strategies against antibiotic resistance in order to formulate recommendations regarding the development of a strategy in Kazakhstan.

Введение

Устойчивость к антибиотикам – явление, при котором возбудитель инфекции способен оставаться невосприимчивым или иметь пониженную чувствительность к одному или нескольким антибиотикам, к которым прежде он не был устойчив. Устойчивость к

антибиотикам является глобальной проблемой здравоохранения с экономическими, социальными и политическими последствиями. Проблема устойчивости усугубляется тем, что масштабы разработки новых антибиотиков уменьшаются, в то время как действие существующих антибиотиков ослабляется. Так-

же помимо самого феномена устойчивости в последние десятилетия глобальной проблемой является ускоренное развитие устойчивости в патогенных микроорганизмах. Высокий уровень устойчивости наблюдается даже по отношению к антибиотикам, разработанным в последние 5-10 лет. Глобальная проблема устойчивости к антибиотикам также присутствует в Казахстане и существует необходимость в инициативах, направленных на решение данной проблемы. Основными целями данного исследования являются сбор и анализ имеющихся стратегий противодействия устойчивости к антибиотикам для рекомендаций по разработке стратегии в Казахстане.

Человеческий фактор является основным влияющим фактором в развитии устойчивости. Основные причины резистентности - назначение избыточного количества лекарств и их неправильное использование, неправильное понимание и недооценка проблемы врачами и фармацевтическими работниками. Самоназначение лекарственных средств является большой проблемой, так как во многих развивающихся странах любые антибиотики можно приобрести без рецепта. Это может привести к злоупотреблению антибиотиками из-за неправильного и неуместного использования. Также, проблемой является недостаточное использование диагностических тестов в больницах в странах с низким уровнем доходов. Для решения данной проблемы необходимо наличие образованных медицинских специалистов и доступность диагностических тестов.

Проблема устойчивости усугубляется тем, что масштабы разработки новых антибиотиков уменьшаются, в то время как действие существующих антибиотиков ослабляется. Исследования в сфере разработки новых видов антибиотиков были вытеснены экономически более привлекательными исследованиями в области лечения и профилактики неинфекционных заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца и инсульт. Отсутствие инвестирования со стороны фармацевтических компаний в разработку новых

антибиотиков для лечения устойчивых форм заболеваний может иметь долгосрочные последствия.

Текущая ситуация в Казахстане

В Казахстане были проведены несколько исследований инфекционных заболеваний, подчеркивающих проблему устойчивости к антибиотикам. В Казахстане наблюдается высокий уровень заболеваемости туберкулезом, что усугубляется высоким уровнем заболеваемости устойчивой формой туберкулеза. Казахстанские власти работают над улучшением ситуации через государственную программу контроля туберкулеза, основывающуюся на стратегии ДOTS, рекомендуемой ВОЗ. Несмотря на это, стратегия ДOTS становится малоэффективной, когда антибиотики, используемые при лечении туберкулеза, используются при лечении других инфекционных заболеваний. Следовательно, необходима общая стратегия сдерживания устойчивости, а не стратегия сдерживания устойчивости определенного инфекционного заболевания.

В Казахстане антибиотики находятся в свободной продаже. Несмотря на существующий запрет, на практике антибиотики можно приобрести без рецепта врача. Население часто занимается самоназначением препаратов, не осознавая возможных последствий своих действий. В связи с легким доступом к антибиотикам и низким уровнем осведомленности населения, проблема устойчивости к антибиотикам в Казахстане является тревожной. В Казахстане также наблюдается высокий уровень назначения докторами антибиотиков, даже при простых заболеваниях, таких как простуда. Некоторые казахстанские врачи назначают антибиотики при вирусных инфекциях даже в случае их неэффективности. Внутрибольничные инфекционные заболевания представляют еще более опасную проблему. Микроорганизмы, обитающие в больницах, с большей вероятностью являются устойчивыми к антибиотикам. Одним из путей снижения риска внутрибольничных инфекций является сокращение излишней госпитализации. Несмотря на сокращение средней про-

должительности пребывания пациента в стационаре в Казахстане с 1991 г., она остается на высоком уровне в сравнении с западными странами. Также, за исключением республиканских учреждений, уровень стандартизации стационарной помощи в большинстве больниц в регионах, и действующая система контроля качества не отвечают требованиям. Также существует проблема поддельных лекарственных средств и агрессивной рекламы фармацевтической продукции. Использование поддельных лекарственных средств может привести к неправильному лечению, что увеличивает устойчивость микроорганизмов. Агрессивная реклама лекарственных средств (информация о побочных эффектах зачастую не приводится в рекламе) может привести к увеличению распространения самолечения

Методология сбора информации

Медицинские организации/организации здравоохранения

Поиск по документам, посвященным комплексам мер по предотвращению устойчивости к антибиотикам, основывался на обзоре действующих документов на сайтах медицинских организаций и сайтах правительств. Изначально, поиск документов проводился на сайте ВОЗ. Далее, поиск проводился на сайтах медицинских организаций и ассоциаций, содержащих информацию, относящуюся к теме исследования. Также был произведен поиск на сайтах Альянса за Рациональное Использование Антибиотиков (ARUA) и Международного Сообщества Устойчивости Микроорганизмов (ISMR). После рассмотрения вышеперечисленных источников, было решено использовать документы ВОЗ в качестве инструмента, так как в них содержится обширный комплекс мер по предотвращению устойчивости к антибиотикам, охватывающий все аспекты действий. В исследовании были использованы 2 документа ВОЗ:

1) Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам [1];

2) Глобальный план действий по устойчивости к противомикробным препаратам [2].

Государственные стратегии

Поиск по государственным стратеги-

ям основывался на обзоре действующих программ в странах с низким и высоким уровнями доходов. Поскольку названия программ различаются по странам, использовались следующие комбинации ключевых слов: “antibiotic resistance policy”, “antibiotic resistance preventative actions”, “antibiotic resistance preventative guidelines” в комбинациях с названиями стран. Также был выполнен поиск с использованием термина “antimicrobial” вместо “antibiotic”. Кроме того, был произведен поиск на правительственных веб-сайтах (в особенности, на сайтах управлений здравоохранения каждой страны) на предмет любой релевантной информации.

Проблема устойчивости к антибиотикам затрагивает все страны и существование этой проблемы признается всеми странами. Однако вследствие того, что проблема появилась относительно недавно, всего в нескольких странах существуют официальные национальные стратегии по предотвращению устойчивости. Было принято решение использовать стратегии по предотвращению устойчивости к противомикробным препаратам, так как ни в одной из стран стратегии по устойчивости к антибиотикам не существуют отдельно от аналогичных программ по и рекомендации по предотвращению антимикробной устойчивости («antimicrobialresistance») и устойчивости к антибиотикам («antibioticresistance») совпадают.

Стратегии были включены, только если в них содержалась комбинация рекомендаций по предотвращению устойчивости, в отличие от обособленных комплексов мер. Всеобъемлющая стратегия требует многократных действий для предотвращения устойчивости и для соответствия международным рекомендациям в данной сфере.

В итоге, в исследование были включены государственные стратегии 5 стран:

1) Соединенное Королевство: Пятилетняя стратегия по противомикробной устойчивости Соединенного Королевства с 2013 по 2018 [3];

2) Норвегия: Государственная стратегия по борьбе с устойчивостью к антибиотикам на 2015-2020 [4];

3) Германия: DART 2020 – Борьба с устойчивостью к антибиотикам на благо людей и животных [5];

4) Ирландия: Стратегия по контролю устойчивости к противомикробным препаратам [6];

5) Соединенные Штаты Америки: План мер общественного здравоохранения по борьбе с противомикробной резистентностью в Соединенных Штатах Америки [7].

Методология анализа отобранных программ

После рассмотрения методов анализа программ, было решено использовать модель Треугольника Политики Уолта и Джилсона в качестве основного метода для данного исследования. Модель содержит четыре элемента: содержание, контекст, участники (действующие лица) и процесс. Данный метод анализа помогает исследовать сложные взаимосвязи между компонентами. Понятие “участники” в данном контексте включают в себя людей, международные, национальные и финансирующие организации, компании частного сектора и компании СМИ. Участники находятся под влиянием контекста, в пределах которого они живут и работают на макро-национальном уровне и микро-общественном уровне. Под контекстом имеются в виду системные факторы, которые изменяются в зависимости от множества социальных факторов, таких как политические, экономические и культурные факторы. Процессы разработки и внедрения политики, такие как установка повестки дня, формулирование, внедрение и оценка, подвергаются влиянию со стороны действующих лиц. Наконец, содержание - подробная информация сущности документа, которая показывает охватываемые темы. Соответствующие данные были извлечены из отобранных программных документов с использованием формы извлечения данных на основе избранного метода.

Анализ стратегий

Международные организации подчеркивают важность разработки национальных стратегий по борьбе с устойчивостью. ВОЗ разработала глобальную стратегию предотвращения резистентности для использования

в качестве инструмента странами при разработки национальных стратегий. ВОЗ также принимает на себя ответственность за повышение осведомленности о данной проблеме среди стран по всему миру. Многие развитые страны уже опубликовали свои национальные стратегии по борьбе с развитием резистентности; в то время как лишь немногие развивающиеся страны имеют действующие стратегии. Данная тенденция может быть связана с ограниченным бюджетом развивающихся стран, так как реализация стратегии потребует значительных финансовых инвестиций

Во включенных в исследование стратегиях 5 стран правительства несут ответственность за разработку и реализацию политики. Подробные финансовые вопросы не затрагиваются в документах; главным образом потому, что в финансовых аспектах предпринимаемых мер, как правило, пересмотр проводится на рабочем уровне и используется средства местного бюджета.

Содержание

Стратегия по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам должна представлять из себя комбинацию из нескольких профилактических рекомендаций в соответствии с международными рекомендациями. Страны осведомлены о необходимости многопланового подхода. Кроме того, создание устойчивой системы надзора в ходе реализации является одним из наиболее важных компонентов. Рассмотренные страны имеют действующие системы надзора. Совершенствование существующих систем надзора является одной из основных целей стратегий развитых стран. Однако развивающиеся страны могут испытывать финансовые затруднения при создании подобных систем.

Стратегии Норвегии, Ирландии и Германии содержат детальную справочную информацию по устойчивости. В документах США и Соединенного Королевства представлены краткие эпидемиологические данные; но также предоставлены ссылки на другие источники данных, где можно получить подробную информацию. В документах отражены адекватное использование эпидемиологических данных, научных данных и экспертных

мнений. Для реализации эффективных мер по сдерживанию распространения резистентности рекомендации должны быть основаны на научной и местной доказательной базе.

Правительства каждой страны признают рациональное использование противомикробных препаратов в качестве ключевой превентивной меры. Предусмотренные действия по достижению рационального использования лекарств основываются на образовательных программах. Инфекционный контроль был включен в стратегии всех стран, потому что распространение инфекций и распространение устойчивости являются взаимозависимыми. Таким образом, комбинированные стратегии могут быть более эффективными. Планы действий для достижения цели различаются в каждой стране.

Каждая страна придает большое значение научным исследованиям. Только в стратегиях Германии и Норвегии указывается важность укрепления сотрудничества между региональным и национальным уровнями. Разнообразные организации должны быть вовлечены в процессы и наличие системы связей между этими организациями важно для обеспечения информированности, эффективного поощрения и осуществления стратегии. Важность стратегий по сдерживанию устойчивости не только среди людей, но среди животных указывается в документах всех развитых стран. В стратегиях Германии и США указаны ожидаемые даты исполнения для каждой меры.

Стратегия Германии примечательна тем, что в ней ветеринария рассматривается на одном уровне с человеческой медициной практически в каждом аспекте стратегии, вдобавок к включению животных в название стратегии. В остальных стратегиях аспект резистентности среди животных также рассматривается в отдельных главах, но не настолько обширно.

Контекст

Существует широкий спектр мер по достижению целей по предотвращению устойчивости, однако использование всех возможных мер является неэффективным использованием ресурсов. Таким образом, каж-

дой стране необходимо производить собственные рекомендации, основанные на контексте, потому что модель стратегии, используемая в одной стране, не может быть столь же эффективно распространена на другие страны.

Соединенное Королевство, Норвегия, Германия и Ирландия имеют схожие местные условия, развитые экономики и стабильные правительства. Бремя инфекционных заболеваний в этих странах является низким. Ситуация с устойчивостью находится на стабильном уровне от умеренного до низкого, но с тенденцией к увеличению. Продолжительность жизни в этих странах схожа. Системы здравоохранения относительно развиты и, следовательно, заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний на очень низком уровне. Данные страны участвуют во многих международных организациях. В документах Соединенного Королевства и Норвегии упоминается влияние ситуации с устойчивостью в зарубежных странах на бремя отдельных инфекционных заболеваний и распространение устойчивости.

США является государством с развитой экономикой, стабильной политической средой и прочными традициями демократии. Несмотря на то, что расходы США на здравоохранение являются самыми высокими в мире, уровень здоровья населения США относительно низок по сравнению с другими странами с высоким уровнем дохода. Одной из основных причин этого является высокая стоимость услуг в частных медицинских учреждениях в общей системе здравоохранения. Бремя инфекционных заболеваний находится на умеренном уровне и резистентность является одной из усиливающихся проблем. США является крупнейшим донором в борьбе с туберкулезом во всем мире через Глобальный фонд борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Участники

Правительства через различные организации и ведомства отвечают за разработку и реализацию политики. В документе Германии упомянута поддержка со стороны международных организаций здравоохранения, таких как ВОЗ, при разработке. Вовлечение различ-

ных секторов необходимо для реализации политики по предотвращению устойчивости. В стратегии Норвегии только государственный сектор, который координируется правительством, участвует в реализации, тогда как в стратегиях Германии и США также подчеркивается роль частного сектора. Соединенное Королевство, Ирландия и США возлагают ответственность на рабочие группы. Национальные правительства предоставляют модели оценки. Европейские страны входят в Европейскую систему надзора за противомикробной устойчивостью, которая была создана Центром надзора здравоохранения. Целевые группы определены в стратегиях Норвегии, Ирландии и США. К ним относятся клинические микробиологи, лабораторные технические специалисты, работники инфекционного контроля, врачи-инфекционисты, врачи, хирурги, врачи общей практики, GP единицы, фармацевты, ученые-исследователи, специалисты в области общественного здравоохранения, работающие на местном и региональном уровнях, и широкая общественность с уклоном на пожилых людей.

Процесс

Ни в одном из документов не описаны подробности выработки стратегии; только перечислены вовлеченные заинтересованные стороны. Все страны использовали различные источники данных в разработке стратегий. Опубликованные материалы, экспертные мнения и международные, и местные данные были использованы для создания стратегий. Это показывает, что стратегии являются научно обоснованными и адаптированными к конкретным условиям каждой страны.

В странах имеются надлежащие национальные системы надзора. Европейские страны также входят в Европейскую систему надзора. Тем не менее, подробная модель оценки отсутствует.

Обсуждение

Основные выводы

Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости была разработана в качестве инструмента для стран при разработке государственных стратегий. Однако существует широкий спектр методов и не все из них под-

ходят для отдельных стран. Рекомендуется использование методов, которые с большей вероятностью будут эффективными в заданном контексте. Международные организации здравоохранения должны стандартизировать показатели распространенности устойчивости, которые могут быть использованы странами с низким уровнем доходов для выявления актуальности внедрения и приоритизации стратегии сдерживания устойчивости.

В документе стратегии каждой страны встречаются общие высказывания. Тем не менее, действия по достижению целей отличаются в странах. Следует тщательно учитывать обобщение выводов при применении их в других странах. Страны, которые планируют разрабатывать стратегии сдерживания устойчивости, должны сначала проанализировать местную ситуацию, чтобы внедрять меры, которые будут эффективны в специфических условиях.

Нехватка ресурсов может быть серьезной проблемой при реализации стратегий в развивающихся странах. Создание сложной национальной системы надзора требует значительных вложений и является одной из самых важных частей стратегии. Однако в странах с низким уровнем доходов могут быть проблемы с финансированием создания подобной системы. Таким образом, развивающимся странам потребуется международная поддержка в разработке и реализации стратегий. Кроме того, информация о приблизительной стоимости реализации государственных стратегий должна быть предоставлена международными организациями в связи с нехваткой существующей информации по данной теме.

Повышение осведомленности о разработке стратегий сдерживания устойчивости к противомикробным препаратам важно, так как неблагоприятная ситуация с устойчивостью в одной стране может негативно повлиять на ситуацию в другой стране, даже если в ней существует собственная эффективная стратегия. В документах Соединенного Королевства и Норвегии, к примеру, докладывается о международном влиянии на бремя инфекционных заболеваний и распространенности

резистентных инфекций. Кроме того, исследования указывают на связь мобильности населения с распространением инфекционных заболеваний и резистентных патогенов, что является эффектом глобализации. Необходимы методы контроля глобального распространения для борьбы с этой проблемой во всем мире.

Рациональное использование антибиотиков может быть достигнуто с помощью различных мер, таких как обучение работников здравоохранения и населения; ограничение продажи лекарственных средств без рецепта; регулирование рекламы лекарственных средств; и контроль назначений лекарственных средств. Различные методы разъяснительной работы могут иметь разную эффективность в зависимости от страны. Тем не менее, отсутствуют данные об эффективности каждого метода и предпочтительности метода в различных ситуациях и условиях, которые требуют дальнейшего изучения. Кроме того, необходимы дополнительные исследования по таким методам, как комбинирование и циклирование препаратов.

Страны осознают важность поддержки разработки новых противомикробных препаратов, но в стратегиях нет ни одной меры по достижению этой цели. Доходность инвестиций в исследования и разработку новых противомикробных препаратов ниже по сравнению с инвестициями в исследования и разработку других препаратов. Существует дилемма между рекомендациями по ограничению использования противомикробных препаратов для сдерживания устойчивости и разработкой новых противомикробных препаратов, которая обычно обеспечивается частным сектором. Рекомендуется выработать четкие методы поощрения разработки новых противомикробных препаратов. Американское общество инфекционных заболеваний предлагает ускорить процесс одобрения новых антибиотиков для лечения тяжелобольных, у которых нет никаких других вариантов лечения. Однако это лишь один из способов поощрения разработки новых антибиотиков и необходимость в дальнейших исследованиях по методам по-прежнему присутствует.

Выводы применительно к контексту Казахстана

Бремя инфекционных заболеваний в Казахстане находится на сравнительно высоком уровне. Устойчивость некоторых штаммов к антибиотикам растет. Однако существует недостаток доступных данных в связи с отсутствием удовлетворительных источников информации по устойчивости в Казахстане. Рекомендуется проведение экспериментальных исследований в нескольких регионах страны с высоким уровнем заболеваемости инфекционными заболеваниями для получения большего количества контекстной информации о ситуации с резистентностью. Если результаты исследований окажутся настораживающими, необходимо проведение исследований во всех регионах Казахстана. Дальнейшие действия должны планироваться в зависимости от результатов исследования и для определения актуальности разработки стратегии сдерживания устойчивости. В случае высокой распространенности резистентных инфекций, необходимо рассмотрение возможности реализации стратегии.

Необходимы соответствующие источники финансирования. Доступность актуальной информации об устойчивости ограничена, что может повлиять на разработку стратегии. Рекомендуется создание государственной системы надзора, основным барьером на пути к которому послужит нехватка финансовых ресурсов. Стоимость создания системы надзора зависит от текущей ситуации с техническим охватом, наличием компетентных специалистов, состоянием лабораторий и наличием сотрудничества между организациями.

Необходим регулирующий орган, который будет отвечать за сбор, анализ и отчеты о результатах полученных данных и координацию всех процессов, такие как разработка и реализация стратегии. Стратегия должна быть разработана на основе научной литературы, международного опыта и местных данных. Подобный порядок разработки может помочь создать эффективную и основанную на фактических данных стратегию, учитывающую общее состояние страны.

Тщательное рассмотрение стратегий

других стран необходимо во имя избежания некорректного обобщения применительно к Казахстану. Однако общие меры, такие как рациональное использование антибиотиков, следует использовать в Казахстане.

В Казахстане не применяется строгое ограничение продаж антибиотиков, таким образом, люди могут легко получить антибиотики без рецепта. Ограничение продаж антибиотиков не может быть решением проблемы в условиях очень низкой плотности населения и заметных расхождений в качестве медицинских услуг между сельской и городской местностью. Кроме того, в связи с нехваткой врачей и транспортными проблемами в сельской местности, самоназначение антибиотиков может быть единственным доступным способом лечения для людей, проживающих в подобных местностях Казахстана. Ситуация усугубляется низким уровнем знаний о принципах рационального использования антибиотиков среди населения и фармацевтов. Рекомендуется проведение информационных сессий для пациентов и медицинских работников для повышения их осведомленности о проблеме устойчивости и последствиях нерационального использования лекарственных препаратов. Наличие и доступность бесплатной телефонной линии и государственных веб-сайтов здравоохранения, созданных для предоставления необходимой информации о рациональном использовании лекарственных средств, должны быть улучшены. Данные виды услуг следует продвигать в средствах массовой информации для информирования населения. Рекомендуется ограничение рекламы противомикробных препаратов.

В Казахстане существует проблема слабого государственного контроля и регулирования качества ввозимой продукции. Таким образом, Казахстан страдает от проблем завышенной цены и низкого качества приобретаемого оборудования и фармацевтической продукции. Официально планируется создать Национальную официальную систему с целью оптимизации государственных расходов, снижение количества неправильно пролеченных пациентов и создание рациональной системы обеспечения лекарственных средств.

В частности, планируется разработка медицинского каталога со всеми зарегистрированными лекарственными средствами в стране и списком основных лекарственных средств на основании доказательной медицины. Тем не менее, существование системной коррупции в системе здравоохранения может стать препятствием и негативно повлиять на реализацию данной стратегии. Рекомендуется обеспечение строгого контроля над использованием финансовых ресурсов.

В связи с высоким уровнем распространения отдельных инфекционных заболеваний требуется улучшение инфекционного контроля в стране. Кроме того, из-за недостатка бесплатных диагностических учреждений, в стране наблюдается высокий уровень назначения антибиотиков врачами. Предлагается улучшение лабораторных объектов и мер контроля, что также окажет положительное влияние на инфекционный контроль.

По данным ВОЗ, главной причиной развития устойчивости является неправильное использование противомикробных препаратов. Разработка клинических протоколов поможет в борьбе с растущей устойчивостью. Протоколы должны основываться на контекстных аспектах вопросов и опыте других стран, в которых было успешно проведено внедрение протоколов. Протоколы должны пересматриваться ежегодно.

Наконец, несмотря на то, что проблема устойчивости в стране еще не является тревожной, в связи с повышенной мобильностью населения, власти Казахстана должны играть активную роль в разработке и реализации программ и стратегий, которые в конечном итоге помогут в сдерживании устойчивости в стране. Кроме того, проблема устойчивости приобретает дополнительную актуальность в контексте ситуации в соседнем Китае, который в настоящее время борется с проблемой чрезмерного назначения и самоназначения антибиотиков, учитывая тот факт, что каждый год число мигрантов из Китая в Казахстан растет.

Недостатки исследования

Несмотря на то, что исследование достигло своих целей, присутствовали некото-

рые неизбежные ограничения. Во-первых, существует возможность того, что не все соответствующие документы государственных стратегий были найдены и включены в исследование. Следующий недостаток заключается в том, что в исследование были включены только документы на английском языке. Также, в исследовании не были включены рецензируемые научные статьи и не был проведен полный систематический обзор в связи с временными ограничениями.

Несмотря на представленные выводы, обобщить и представить рекомендации, которые были бы применимы к разработке стратегии в Казахстане, представляется затруднительным. При этом глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости является универсальным документом для всех стран, которые заинтересованы в разработке собственных стратегий.

Заключение

В документе был описан проведенный анализ существующих стратегий и программ по профилактике устойчивости к противомикробным препаратам в 5 странах и ВОЗ для выработки рекомендаций по возможному снижению устойчивости в Казахстане. Согласно результатам исследования установлено, что действия по достижению целей стратегии, как правило, отличаются по странам. При при-

менении выводов в других странах следует избегать обобщения результатов. Странам рекомендуется использовать методы, которые с большей вероятностью будут эффективными в заданном контексте и условиях. Развитию устойчивости к антибиотикам способствует различные факторы; таким образом, для сдерживания развития устойчивости применяется широкий спектр действий и мер. Эффективность каждого из них зависит от страны. Тем не менее, имеющихся доказательств эффективности и предпочтительности, определенных мер в различных ситуациях и условиях недостаточно и требуется проведение дальнейших исследований. Также, необходимы дополнительные исследования таких методов, как комбинирование и циклирование препаратов. Повышение осведомленности о разработке стратегии важно, так как в связи с увеличением мобильности населения неблагоприятная ситуация с устойчивостью в одной стране может негативно повлиять на другую страну, даже если в ней имеется эффективная стратегия. Подходы к борьбе с глобальным распространением необходимы для решения данной проблемы во всем мире. Кроме того, необходимо проведение дальнейшей исследовательской работы с целью поиска способов поддержки разработки новых противомикробных препаратов.

Список использованной литературы

- [1] WorldHealthOrganization (2001). WHO GlobalStrategy for Containment of Antimicrobial Resistance [Онлайн]. Доступно по адресу: http://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy_English.pdf [Доступ осуществлен 20.04.2016].
- [2] World Health Organization (2015). Global Action Plan on Antimicrobial Resistance [Онлайн]. Доступно по адресу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pdf [Доступ осуществлен 21.04.2016].
- [3] Department of Health (2013). UK Five Year Antimicrobial Resistance Strategy 2013 to 2018 [Онлайн]. Доступно по адресу: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/244058/20130902_UK_5_year_AMR_strategy.pdf [Доступ осуществлен 22.04.2016].
- [4] Norwegian Ministries (2015). National Strategy against Antibiotic Resistance 2015-2020 [Онлайн]. Доступно по адресу: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5eaf66ac392143b3b2054aed90b85210/antibiotic-resistance-engelsk-lavopploslig-versjon-for-nett-10-09-15.pdf> [Доступ осуществлен 20.04.2016].
- [5] The Federal Government (2015). DART 2020 Fighting Antibiotic Resistance for the Good of Both Humans and Animals [Онлайн]. Доступно по адресу: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/BMG_DART_2020_Bericht_en.pdf [Доступ осуществлен 19.04.2016].
- [6] National Disease Surveillance Centre (2001). A Strategy for the Control of Antimicrobial Resistance in Ireland [Онлайн]. Доступно по адресу: <http://www.hpsc.ie/A-Z/MicrobiologyAntimicrobialResistance/StrategyforthecontrolofAntimicrobialResistanceinIrelandSARI/KeyDocuments/File,1070,en.pdf> [Доступ осуществлен 20.04.2016].
- [7] Interagency Task Force on Antimicrobial Resistance (2012). A Public Health Action Plan to Combat Antimicrobial Resistance – 2012 Update [Онлайн]. Доступно по адресу: <http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/action-plan-2012.pdf> [Доступ осуществлен 21.04.2016].

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕСС - ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Макалкина Лариса Геннадиевна

*к.м.н., клинический фармаколог, руководитель Лекарственного центра
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ СР РК*

Жусупова Гульзира Кенжеевна

*клинический фармаколог, врач высшей категории, начальник отдела рационального
использования лекарственных средств Лекарственного центра РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ СР РК*

Рамазанова Асемгуль Ерболовна

*провизор-фармацевт, ведущий специалист отдела рационального использования
лекарственных средств Лекарственного центра РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ СР РК*

Жетимкаринова Гаухар Ерлановна

*ведущий специалист отдела рационального использования лекарственных средств
Лекарственного центра РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ СР РК*

Шакарова Ардак Мусаевна

*ведущий специалист отдела рационального использования лекарственных средств
Лекарственного центра РГП на ПХВ
«Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ СР РК*

Түйін

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау тәжірибиесі дәрілік заттарды ұтымсыз пайдалану мәселесін сынауда. Дәрілік заттарды дұрыс тандау мен ұтымды пайдалану клиникалық қажеттілікке сәйкес ауруларды емдеудің тиімділігі және шығынның аз болуының маңызды факторлары болып табылатыны анық.

Өткізілген зерттеуде қамтамасыз етілген ұтымды фармакотерапияның негізгі критеріі формулярлық жүйе қызметі болып бағаланды. Талдау жүргізу барысында амбулаториялық деңгейдегі қазіргі уақыттағы еліміздегі медициналық мекемелердің негізгі мәселелері анықталды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының көрсеткіштеріне сәйкес зерттеу жүргізілді.

Резюме

На сегодняшний день практическое здравоохранение испытывает проблему нерационального использования лекарственных средств (ЛС). Известно, что правильный выбор и рациональное использование ЛС является важным фактором определяющим эффективность лечения заболеваний в соответствии с клинической необходимостью и наименьшими затратами.

В проведенном исследовании оценивалась деятельность формулярной системы как основного критерия обеспечивающего рациональность фармакотерапии. В ходе анализа были раскрыты основные проблемы, существующие на данный момент в медицинских организациях страны по рациональному использованию ЛС на амбулаторном уровне. Результаты исследования оценивались по индикаторам, сопоставимым с индикаторами Всемирной организации здравоохранения.

Summary

Irrational use of medicines is a major problem in practical healthcare. The right choice and rational use of medicines is an important factor in determining the effectiveness of the treatment with the clinical need and cost-effectiveness.

The research assessed the formulary system function as the main criterion of rational pharmacotherapy. The analysis was revealed the main issues currently existing in the medical institutions of the Republic of Kazakhstan for the rational use of drugs on an outpatient basis. The research estimated by the indicators comparable with World Health Organization indicators.

Введение

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения является нерациональное использование ЛС. Считается, что рациональное использование ЛС зависит от навыков и способности врача выделить основное звено в развитии заболевания у конкретного пациента, а также правильно выбрать препарат, определить его дозу и режим введения, предвидеть возможные неблагоприятные побочные эффекты, в том числе и от взаимодействия с другими средствами [1].

Политика внедрения формулярной системы должна способствовать повышению степени рациональности фармакотерапии и увеличению доступности ЛС для пациентов. Однако, даже наличие в медицинской организации формулярного перечня лекарств, утвержденного для применения и закупок, не гарантирует их правильного назначения и использования [2,3,4].

Вследствие всего вышеперечисленного, необходимо надлежащее функционирование формулярной системы в медицинских организациях.

Цель исследования

Оценить текущую ситуацию по эффективности работы формулярной системы в медицинских организациях на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Материалы и методы

Исследование было проведено в 16 городских поликлиниках с дневным стационаром, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в 16 регионах Казахстана (не менее 120 записей в каждом регионе, всего 1920 записей). Сбор данных проводился в городских поликлиниках с дневным стационаром за период с января 2014 года по апрель 2015 года.

Для оценки использования ЛС в медицинской организации был разработан протокол исследования на основе нормативно-правовых актов, регламентирующих дея-

тельность формулярной системы [5,6,7,8,9] и статей Всемирной организации здравоохранения, посвященных рациональному использованию лекарственных препаратов [1,10]. Использованы индикаторы, сопоставимые с индикаторами ВОЗ:

1. Наличие Формулярной комиссии (ФК);
2. Состав /структура ФК;
3. Соответствие количества членов ФК действующим нормативным документам;
4. Наличие в составе ФК клинического фармаколога;
5. Количество заседаний ФК в год;
6. Наличие лекарственного формуляра в медицинской организации (МО);
7. Наличие Формулярного справочника в МО;
8. Пересмотр Лекарственного формуляра в МО;
9. Соответствие Лекарственного формуляра МО Республиканскому лекарственному формуляру (РЛФ);
10. Соответствие Лекарственного формуляра МО Британскому национальному формуляру (БНФ);
11. Соответствие Лекарственного формуляра МО модельному формуляру ВОЗ;
12. Наличие протоколов диагностики и лечения (ПДЛ) на рабочих местах;
13. Перечисление ЛС по международному непатентованному наименованию (МНН);
14. Обоснованность наличия ЛС в лекарственном формуляре с учетом данных о структуре заболеваемости в МО.

Перед проведением исследования был проведен опрос медицинского персонала об уровне осведомленности о системе использования лекарственных средств в медицинской организации. В опросе приняли участие врачи (n-25), средний медицинский персонал (n-20), фармацевты (n-10 или количество согласно штатной укомплектованности). В протоколе были указаны минималь-

ное количество медицинских работников, которые должны были принять участие в опросе.

Оценка результатов проводилась по следующим критериям:

Каждый индикатор оценивался по 10 бальной шкале. В сумме одна медицинская организация могла набрать 140 баллов.

По количеству набранных медицинской организацией баллов проводились соответствие на возможное максимальное количество баллов и следующая оценка использования ЛС в МО:

90-100% – «отлично»

75-89% - «хорошо»

50-74% - «удовлетворительно»

< 50% - «неудовлетворительно».

Результаты:

По результатам проведенного опроса медицинских работников уровень осве-

домленности о деятельности формулярной системы показал следующие цифры: 6,2 % опрошенных респондентов не знают о наличии формулярной комиссии в их медицинской организации, 0,3 % -утверждают об ее отсутствии. На вопрос «Имеется ли в МО лекарственный формуляр?» 96,2 % медицинских работников ответили «Да», оставшаяся часть – «Не знаю». 1,8 % респондентов считают что лекарственный формуляр не доступен для медицинских работников, 94 % - считают, что доступен, 4,1% - затруднились ответить.

Анализ результатов исследования «Результаты экспресс - оценки функционирования формулярной системы медицинских организаций на амбулаторном уровне в Республике Казахстан», проведенного в апреле 2015 года в городских поликлиниках РК показал следующие данные (Таблица 1):

Таблица 1. Результаты исследования с минимальными и максимальными значениями по РК

	Среднее количество баллов	Максимальное количество баллов	Минимальное количество баллов	% соответствия среднего количества баллов
Оценка работы формулярной системы медицинской организации	109	125	95	76,4

По результатам оценки работы формулярной системы медицинской организации среднее количество баллов по Республике составило 109 баллов, 76,4 %, что соответствует оценке «хорошо».

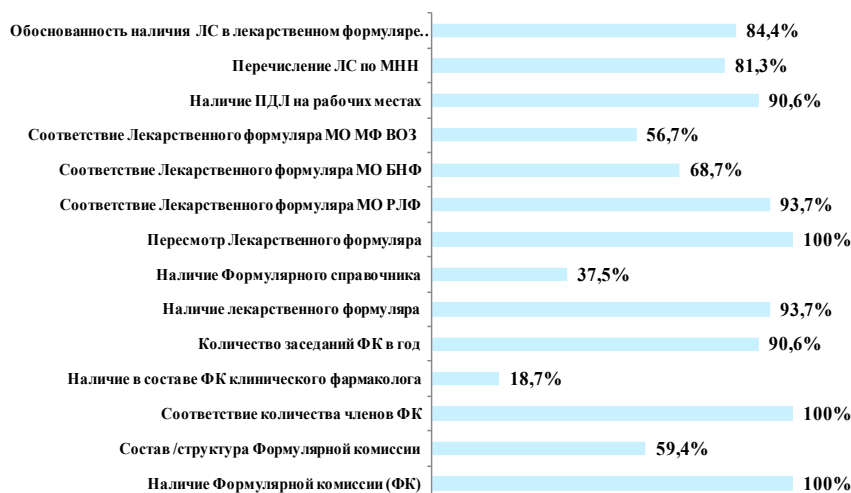


Рисунок 1.

Среднее количество баллов по каждому индикатору в МО РК на амбулаторном уровне.

Как видно из Рисунка 1 во всех МО РК созданы формулярные комиссии, разработаны и широко используются лекарственные формуляры (ЛФ). Практически во всех регионах и в городах Астана и Алматы проводятся пересмотры ЛФ несколько раз в год.

Было отмечено, что в большинстве исследуемых МО не полный состав формулярной комиссии из-за отсутствия клинического фармаколога, несмотря на соответствие количества участников. Из имеющихся данных видно, что в 18,7 % поликлиник в штате присутствует специалист по клинической фармакологии.

Хотя результаты по индикаторам № 9 (Соответствие Лекарственного формуляра МО РЛФ), № 10 (Соответствие Лекарственного формуляра МО БНФ), №13 (Перечисление ЛС по МНН) можно рассматривать как хорошие, но данные индикаторы указывают на формальное функционирование формулярной системы в МО, так как лекарственный формуляр МО не соответствует основным перечням ЛС в международной практике (68,7% и 56,7% - «удовлетворительно»).

Одним из основных компонентов формулярной системы являются наличие формулярного справочника ЛС, стандартов фармакотерапии и клинических протоколов ведения больных. В 37,5 % исследованных МО имеется формулярный справочник ЛС, тогда как протоколы диагностики и лечения имеются в 90,6 % поликлиник.

По индикатору «Обоснованность наличия ЛС в лекарственном формуляре с учетом данных о структуре заболеваемости в МО» 15,6 % исследованных поликлиник имели в закупе не востребованные препараты в данной медицинской организации.

В целом функционирование формулярной системы в МО в РК идет на одинаковом уровне по регионам.

Выводы:

Таким образом, можно отметить, что внедрение формулярной формулярной системы в РК идет хорошими темпами и наблюдается тенденция к улучшению, хотя функционирование формулярной системы в МО имеет

формальный характер.

Только в 18,7% исследованных МО в штате имеется специалист клинический фармаколог. 15,6 % исследованных поликлиник имели в закупе препараты, не востребованные в данной медицинской организации. 81,3 % МО в лекарственный формуляр включали препараты по международным непатентованным наименованиям (МНН). В 90,6% МО на рабочих местах имелись ПДЛ.

Рекомендации:

1. Согласно современным требованиям к качеству оказания медицинской помощи, в связи с необходимостью эффективной деятельности формулярной системы МО, рационального использования лекарственных средств рекомендуется ввести штатную единицу клинического фармаколога.

2. Для совершенствования работы МО в сфере рационального использования ЛС и функционирования формулярной системы необходимо разработать формулярный справочник и политику управления использованием ЛС. Необходимо заметить, что формулярный справочник должен включать в себя монографии на ЛС с показаниями, противопоказаниями, особенностями применения препаратов при различных физиологических состояниях, основанных на принципах доказательной медицины. Политика управления использованием ЛС – это документ, утвержденный руководством МО, которая регулирует движение ЛС в МО (с описанием всех этапов использования ЛС: отбор, планирование, закуп, хранение, назначение ЛС, ведение ЛС средним медицинским персоналом, мониторинг РИЛС, побочных реакций, медикаментозных ошибок).

3. Разработка и активное использование программы оценки использования ЛС влечет за собой значительное улучшение рационального использования лекарственных средств, в основе которого предполагается проведение АВС-VEN анализа.

4. Необходимо обучение членов Формулярной комиссии, медицинских работников принципам отбора лекарственных средств на основе доказательной медицины.

Список литературы:

1. З.Е. Мушанова, Г.К. Жусупова, А.Н. Ихамбаева, методические рекомендации «Формулярная система – основной инструмент рационального использования лекарственных средств», 2012г.;
 2. Л.Г. Макалкина, Л.Ю. Пак, С.К. Уралов, методические рекомендации «Оценка использования лекарственных средств в медицинской организации», 2010 г.;
 3. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences» 2012 г. <http://apps.who.int/>;
 4. «Формулярная система – инструмент рационального использования лекарственных средств», Лекарственный информационно-аналитический центр \Здоровье Казахстана, 2014 г.;
 5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2009 года № 762 «Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения (с изменениями от 28.08.2015 г.);
 6. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 декабря 2013 года № 723 «Об утверждении Положения о Формулярной комиссии Министерства здравоохранения Республики Казахстан» (с изменениями и дополнениями от 28.04.15 г.)
 7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2011 года № 593 «Об утверждении Республиканского лекарственного формуляра» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2014 г.);
 8. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 28.05.2015 г.);
 9. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 432 «Об утверждении перечня орфанных препаратов»;
-

УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ

АНАЛИЗ ПРОЦЕССА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПО ГОРОДУ АСТАНЕ ЗА 2014-2015 ГГ.

Курманова С.А.

*Директор Астанинского городского филиала
РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК,
врач-организатор высшей категории*

Бердиярова Д.С.

*Заместитель директора Астанинского городского филиала
РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК,
кандидат медицинских наук*

Түйіндеме

Авторлар емдеуге жатқызылған емделушілер бойынша және штаттан тыс жағдайлар: 2014 жылмен 2015 жылды салыстырғанда «Емдеуге жатқызу бюросы» порталының деректері бойынша алып тасталған және күтіп жатқандар бойынша талдау өткізді. Бүгінгі таңда ҚР ДСӘДМ «Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК Астана қалалық филиалы Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы процестің айқындығын қамтамасыз етумен емдеуге жатқызу процесінің мониторингін үйлестіреді және іске асырады. Сонымен қатар, жоспарлы емдеуге жатқызу мәселелері бойынша Астана қаласында орналасқан, меншік нысанына және бағынысына тәуелсіз, барлық МҰ өзара әрекеттеседі.

Ай сайын мониторинг нәтижелері бойынша аналитикалық материал ЕСК қарау үшін Қалалық денсаулық сақтау басқармасына жолданады.

Резюме

Авторы провели анализ по госпитализированным пациентам и по нештатным ситуациям: снятым и ожидающим, данных портала «Бюро госпитализации» за 2015 год в сравнении с 2014 г. На сегодня Астанинский городской филиал РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» Координируют и осуществляют мониторинг процесса госпитализации с обеспечением прозрачности процесса посредством портала Бюро госпитализации. Также по вопросам плановой госпитализации взаимодействует со всеми МО, расположенных в г. Астане, независимо от форм собственности и уровня подчиненности.

Ежемесячно аналитический материал по результатам мониторинга направляется в Городское Управление Здравоохранение на рассмотрение ЛПС.

Summary:

The authors conducted an analysis on hospitalized patients and emergencies: Removal expected data «Bureau of hospitalization «portal for 2015 compared to 2014. Today Astana city branch of «E-Health Republican Center «coordinate and do monitoring the admission process to ensure transparency of the process through the portal of the Bureau of hospitalization. For further information on planned hospitalization interacts with all medical organizations, located in Astana, regardless of ownership and the level of subordination.

Monthly analytical materials on the results of monitoring is sent to the City Health Office to preventive medical advice consideration .

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана "Новый Казахстан в новом мире" подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы одной из целей, является «Совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения» [1]

Все базовые принципы Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) сегодня реализованы на стационарном уровне. С момента внедрения Единой национальной системы здравоохранения реализация принципа свободного выбора стационара обеспечила населению доступность в научные центры и институты. Количество граждан Республики Казахстан, воспользовавшихся своими правами по свободному выбору по сравнению с 2010 годом увеличилось в 2,5 раза, у сельских жителей страны в 3 раза (45%).

Реализация данного принципа стерла все межрегиональные границы и особенно актуальна для граждан, проживающих в приграничных районах. Создана конкурентная среда

с обеспечением равных условий для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. С внедрением ЕНСЗ перед негосударственным сектором здравоохранения открылись новые перспективы, созданы равные условия для частных и государственных поставщиков медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, а также обеспечена привлекательность тарифов. Это предшествовало к развитию государственно-частного партнерства как механизма реализации социально значимых проектов [2]

Нами были изучены данные мониторинга процесса плановой госпитализации по городу Астана за 2014-2015 г.

Количество направленных на плановую госпитализацию пациентов за 2015 год в стационары г. Астаны, в т.ч. в НИИ, НЦ и республиканские клиники составило 99 512, из них сельских жителей – 20% (19 894), что по сравнению с аналогичным периодом 2014 года отмечается рост на 8,8% (91 474).

Госпитализированы за 2015 год – 87 974 (88,4%), ожидали госпитализации – 2 417 (2,4%) и сняты с листа ожидания – 9 121 (9,1%) пациентов. В сравнении с аналогичным периодом 2014 года уровень госпитализации по всем стационарам, остался на уровне прошлого года и составил 88,4%, удельный вес снятых возрос с 8,9% до 9,1% (рисунок 1).

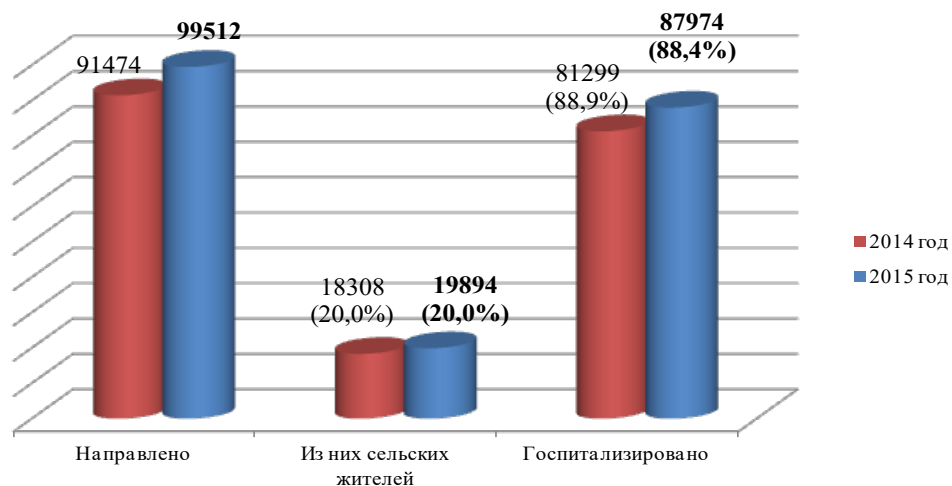


Рисунок 1. Движение пациентов по городу Астане за 2014-2015 гг

Из общего числа направленных на плановую госпитализацию, по свободному выбору направлено 56 058, что составило 56,3% (56,2% в 2014г). Удельный вес госпитализированных по свободному выбору за 2015 год составил – 87,4% (48 990 из 56 058 направленных по свободному выбору), удельный вес ожидающих – 2,7% (1 499), снятых- 9,9% (5 569 пациентов).

В разрезе стационаров города наибольший уровень госпитализированных отмечается: 99,8% - по центру дерматологии, 99,5% - центру медико-социальной реабилитации, 99,4% - противотуберкулезному диспансеру, 97,9% - центру проблем психического здоровья, 96,8% - онкологическому центру, 91,5% – перинатальному центру №3.

Наименьший уровень госпитализации отмечался по городской больнице №2 – 78,9% (за счет высокого удельного веса ожидающих – 5,1 и снятых - 16%), центральной дорожной больницы – 84% (за счет высокого удельного веса ожидающих – 5,4% и снятых-10,6%), городская детская больница №2- 83% (за счет снятых -13,6%), городская больница №1- 85% (за счет высокого удельного веса ожидающих - 10,0%), перинатальный центр №2- 87,1% (за счет высокого удельного веса снятых – 12,5%),

По НИИ, НЦ, республиканским клиникам низок удельный вес госпитализации по НИИ травматологии и ортопедии – 85,2% (за счет высокого удельного веса ожидающих – 3,4% и снятых- 11,4%), КазНИИ глазных болезней – 83,3% (за счет ожидающих- 4,2% и снятых-12,5%).

Из общего числа поступивших заявок в республиканские клиники, удельный вес заявок жителей города Астаны в целом составил – 32,2% (18 077) пациентов, из числа госпитализированных горожане составили– 32,6% (16 573), из ожидавших госпитализации горожане – 22,3% (292), удельный вес снятых горожан по различным причинам – 29% (1 529), т.е. каждая 3 -ья заявка завершилась отказом. Удельный вес госпитализированных горожан составил по НИИ травматологии и ортопедии – 41,2%, ННЦ онкологии и трансплантологии-37,3%, национальный научный меди-

цинский центр - 36%, клинический госпиталь для ИОВ -35,7%, КазНИИ глазных болезней – 33,6%, национальный научный кардиохирургический центр – 31,6%, республиканский научный центр нейрохирургии- 31,1%.

Из общего числа ожидающих, каждый 4-ый житель г. Астаны.

Удельный вес снятых жителей Астаны составил 29%.

На оказание высокоспециализированной плановой медицинской помощи в НИИ, НЦ и республиканские клиники, расположенные в г. Астана за 12 месяцев (январь - декабрь) 2015 года поступило из регионов всего 31 571 заявок (34 794 -14г.), из них из ГУЗ г. Астаны – 6 466 (6 443), что составило 20,5% (18,5%) от общего числа заявок по республике.

Из общего числа госпитализированных на оказание ВСМП, удельный вес горожан во все НЦ, НИИ и республиканские клиники г. Астаны составил- 20,4% (18,7% - 14г.) Из общего числа ожидающих на ВСМП в НЦ, НИИ и республиканские клиники 18,5% составили горожане (19,1% в 2014 году).

Удельный вес снятых (отказов горожанам) от общего числа заявленных на оказание ВСМП составил - 22,6% (17,3%-2014г).

Всего за 12 месяцев 2015 года в НЦ, НИИ города на оказание СМП из всех регионов республики поступило 13 123 (12 640-2014г.) заявок, из них из амбулаторно - поликлинических организаций города Астаны – 5 578 пациентов. Удельный вес горожан от общего числа заявленных в целом по НЦ, НИИ и республиканским клиникам составил- 42,6% (48,2%).

Удельный вес госпитализированных на оказание СМП горожан, от общего числа госпитализированных составил – 42,5% (50,1%). Из общего числа ожидавших на оказание СМП – 36,4% (40,6%) и 40,2% (35,1%) из всех снятых составили жители города Астаны.

С целью улучшения и совершенствования работы Портала госпитализации в 2014 году внедрен функционал автоматического определения даты плановой госпитализации (далее АОДПГ).

Так за 2015 год по АОДПГ направлено на плановую госпитализацию по городу Астане 37 806 пациентов, что на 4,4% больше чем в 2014 году, который составил 36 198 пациентов. Из них госпитализированы 33 222 (87,9%) пациента, в сравнении с 2014 г. удельный вес возрос на 4,5%. Но при этом по срокам госпитализации в сравнении с аналогичным периодом 2014 года снизился удельный вес:

- госпитализированных в сроки от 0-3-х дней с 41,9% до 37,4%;
- в сроки 4-10 дней от 38,3% до 34,9%.

Однако, возрос удельный вес госпитализированных:

- в сроки 11-20 дней с 10,8% до 12,3%;
- в сроки 21-30 дней с 4% до 5,2%;
- в сроки более 30 дней с 4,9% до 10,1%;

- в сроки более 31-60 с 3,6% до 6,7%;
- в сроки 61-90 дней с 1,3% до 2,9%.

Ожидали госпитализации 1 073 (2,8%) пациента в сравнении с 2014 г. удельный вес возрос на 0,4%. Сняты с листа ожидания 3 511 (9,3%) пациентов, удельный вес также возрос на 0,5%.

Количество пациентов, снятых с листа ожидания стационарами участвующих в бронировании за 2015 год увеличилось на 10,2% в сравнении с аналогичным периодом 2014 года и составил 3 511 пациентов (3 185 – 2014 г.)

Среди причин отказов преобладает: письменный отказ – 20,9%, наличие противопоказаний к плановой госпитализации – 17,2%, неявка пациента на госпитализацию – 16,0% (рисунок 2).

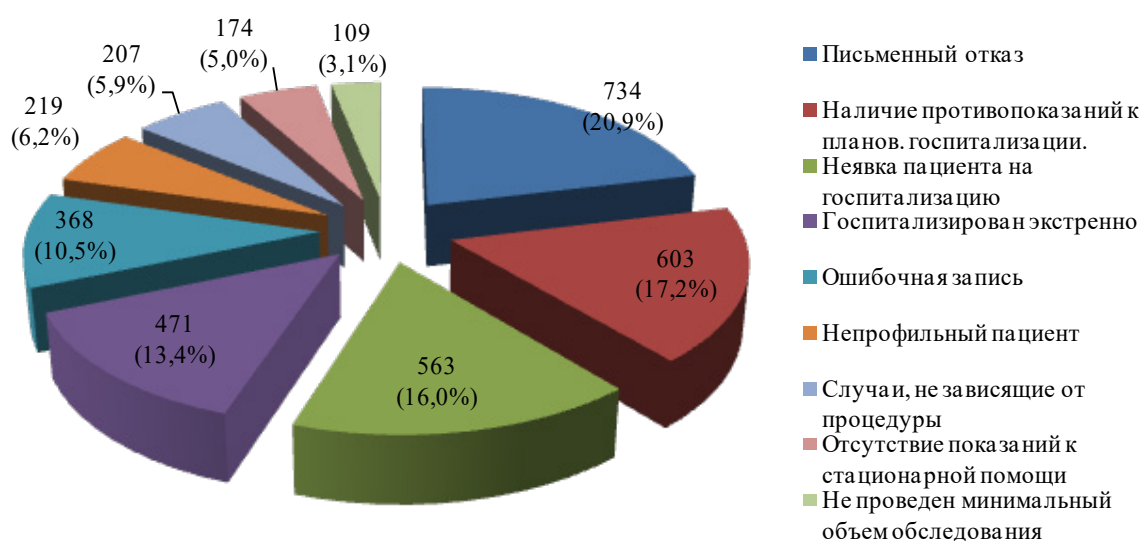


Рисунок 2. Отказы стационаров г. Астаны (АОДПГ) по причинам

За 2015 г. в стационары города, в т.ч. НЦ, НИИ и республиканские клиники ожидали плановую госпитализацию – 2 417 пациентов, что на 16,6% больше 2014 г. (2073) из них стационарами в 98,4% случаев была своевременно определена дата госпитализации.

Из всего состоявших на листе ожидания (2 417) в стационары города Астаны, включая НИИ, НЦ, республиканские клиники наибольшая востребованность профилей наблюдалась: по отоларингологическому для взрослых – 15,1% (364), ортопедический для взрослых – 8,6% (207), офтальмологический для взрослых – 6,6% (159), травматологические для взрослых – 4,4% (106) и т.д. (рисунок 3).

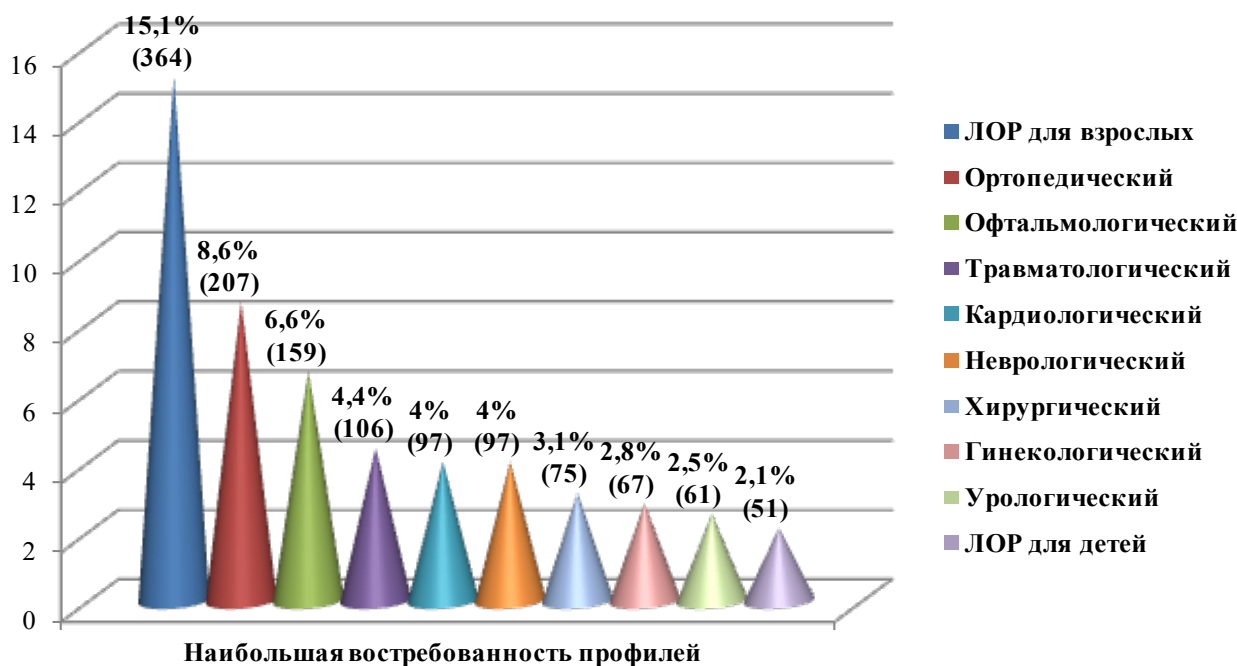


Рисунок 3. Работа койки по профилям

Выводы:

За анализируемый период отмечается увеличение число направленных пациентов на 8,8 %, из них уровень сельских жителей остался на уровне прошлого года и составил - 20%.

Уровень госпитализации по всем стационарам, расположенным в г. Астане, включая республиканские составил- 88,4%. Количество пациентов, снятых с листа ожидания стационарами участвующих в бронировании за 2015 год увеличился на 10,2% в сравнении с аналогичным периодом 2014 года

Проблема длительного ожидания на плановую госпитализацию отмечалась в те-

чение всего 2015 года по многопрофильным стационарам города ГКП на ПХВ «Городская больница №1», ГКП на ПХВ «Городская больница №2» и ФАО «Центральная дорожная больница».

При этом, как и прежде остается высоким удельный вес ожидающих, из числа иногородних пациентов.

Резюмируя: для снижения число снятых и ожидающих пациентов по Порталу «Бюро госпитализации» необходимо более детальный отбор пациентов и выделять показания для госпитализации на уровне амбулаторно- поликлинической службы с принятием управленческих мер.

Источники:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 201-2015 годы №
2. Государственная программа «Информационный Казахстан - 2020»

УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ И ДИНАМИКИ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2013 ГГ.

Ибраева К., Галич Б., Жумаханов Ж.

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница»

Аталуы: Шығыс Қазақстан облысының 2009-2013 жылдар аралығындағы өлім себептері серпінінің және бағалаудың мәселелері

Авторлары: К. Ибраева, Б. Галич, Ж. Жұмаханов
«Шығыс Қазақстан облыстық ауруханасы» ШЖҚ КМК

Түйіндеме: Себептер бойынша халықтың өлімін есепке алу мемлекет деңгейде өте маңызды болады, өйткені бұл деректер еліміздің әл-ауқатының маңызды көрсеткіштерінің бірі болып табылады. Қазіргі уақытта өлім себептері бойынша қол жетімді статистика түрлі себептермен объективті бола алмайды. Бұл өз алдына өлім-жітімді азайту бойынша іс-шараларды дұрыс жоспарлау үшін қызмет ететін статистикалық деректердің бұрмалауына әкеледі.

Түйінді сөздер: Өлім-жітім көрсеткіштері, халықтың өлім-жітім себептері, қан айналым жүйесінің аурулары, кәрілік.

Title: Problems of estimation and dynamics of East Kazakhstan regions
Population death causes for the period of 2009-2013.

Authors: K. Ibrayeva, B. Galich, Zh. Zhumahanov
MSE on the REM “East Kazakhstan Regional Hospital”

Summary: Accounting for deaths by causes is very important at the state level, as these very data is one of the important indicators of well-being of the country. Currently available statistics on causes of death is not objective for different reasons. This leads to a distortion of statistics, which should serve for proper planning of measures to reduce mortality from various causes.

Keywords: mortality indicators. Reasons of mortality of the population, blood circulatory system diseases, old age.

Введение

Показатели смертности населения являются важными аспектами для каждой страны и поэтому при построении экономики государства данные показатели имеют немаловажную ценность.

По данным статистики причин смерти можно получить представления по определенной заболеваемости, которая приводит к потере численности населения. Изучение структуры смертности способствует к принятию управленческих решений для борьбы за

снижение смертности по той или иной заболеваемости и судить об эффективности системы здравоохранения страны.

Если рассмотреть историю исследуемого вопроса, можно отметить следующее: средняя смертность населения в мире до XVIII в. была очень высока 40 - 50%, затем началось ее постепенное понижение в странах Европы, а позже и в других регионах мира. С 50-60-х годов XX века наблюдается резкое сокращение смертности в развивающихся странах в результате успешной борьбы со многи-

ми инфекционными болезнями [1].

Статистика причин смерти в странах с высоким уровнем дохода за 2012 год показывает, что первое место занимает ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС) и второе инсульт, т.е. болезни системы кровообращения (далее – БСК). Третье место приходится на рак легких, трахеи и бронхов, на четвертом месте болезнь Альцгеймера (рисунок 1) [2].

Учет смертности от БСК, в том числе от ИБС в РК и странах СНГ и экономический развитых странах существенно отличаются. Диагноз ИБС фактический является огромным и удобным «диагностическим коллектором», куда помещаются диагнозы умерших на дому в основном лиц старше 60 лет [3].

В настоящее время в Республике Казахстан (далее – РК) правила по заполнению и выдаче первичной медицинской документации, удостоверяющую случаи смерти и перинатальной смерти регламентируется приказом и. о. Министра здравоохранения РК от 31 июля 2012 года №514 «О внесении изменений и дополнений в приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения".

Учет случаев смерти ведется по выданным учетным формам: № 106/у-12 «Медицинское свидетельство о смерти» и № 106-2/у-12 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» медицинскими организациями, что в последующем формирует статистику смертности населения РК.

Материалы и результаты

Смертность по Восточно-Казахстанской области в целом имеет положительную динамику, который в 2013 г. составил 1097,0 на 100 тыс. населения против 1178,2 в 2009 г., снизился на 7,5%. Рост умерших отмечался в 2010 г. на 4,0% в сравнении с 2009 г. Начиная с 2011 по 2013 гг. отмечается стабильное снижение (Таблица 1).

В структуре смертности за все анализируемые периоды стабильно лидирующее место занимают болезни системы кровообра-

щения 48,5 в 2009 г. против 30,1 в 2013 г., темп снижения за 4 года составил 61,1%.

Достижение таких значительных результатов всего за 4 года можно с одной стороны объяснить эффективностью следующих мероприятий:

1) Результатом эффективности Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007-2009 года;

2) Непрерывно обновляются протоколы диагностики и лечения по ведению кардиологических больных, который в свою очередь утверждается Экспертным советом Министерства здравоохранения РК;

3) Открытием в области 2 Центров ЧКВ в г. Усть-Каменогорск и г. Семей, 2 консультных центра в г. Усть-Каменогорск, где в настоящее время оказываются высокотехнологичные методы лечения. Все центры оснащены новыми высокотехнологичными оборудованием, работают квалифицированные специалисты;

4) По области с учетом отдаленности районов разработаны стандарты оказания неотложной медицинской помощи при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения в период золотого часа по рекомендациям МЗ РК;

5) Проводится непрерывное обучение специалистов первичного звена: врачей и медицинских сестер по ведению больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Все выше перечисленные мероприятия в основном акцентированы на больных с острым состоянием, которые в обязательном порядке госпитализируются. Но, при этом летальность от БСК в 2012 г. составил 3,7% против 3,4% в 2013 г., темп снижения на 8,8%.

С другой стороны, мы не можем исключить «управляемую статистику», которая формируется на основании изменения принципов формирования причин смертности и постановки диагнозов специалистами первичного звена.

О чем свидетельствует выход на вто-

рое место «класс R» (симптомы и признаки отклонения от нормы выявленные при клинических и лабораторных исследованиях), которая еще в 2009 г. (10,0) занимавшее четвертое место, с 2010 года стал занимать второе место (15,8) опередив причины смерти «класс V-Y» (внешних причин заболеваемости и смертности) и новообразования. Темп прироста смертности по причине «Класс R» составил 44,1% по сравнению с 10,0 в 2009 г. против 17,9 в 2013 г., только в 2013 г. отмечается снижение на 27,4% относительно 2012 г. Как причина смерти данный класс в экономически развитых странах составляет всего 2-3%. Это является свидетельством о низком уровне качества посмертной диагностики.

Также настораживает ситуация, что за анализируемые периоды при снижении смертности от БСК на 61,1%, именно рост смертности от класс R на 44,1%, когда снижение общей смертности составляет на 7,5%.

Третье место в структуре смертности в 2009 г. занимал новообразования (13,7), данная причина смерти за анализируемые периоды имеет незначительные отклонения и начиная с 2010 года спустился на третье место, следовательно, в 2014 г. составил 13,6.

Четвертое место в структуре причин

смертности занимает внешние причины заболеваемости и смертности, которая имеет темп незначительной динамики в 2009 г. 12,5 и в 2013 г. 12,4.

Обсуждения

Следует отметить, что в нашей стране и в постсоветских странах до сих пор далеко не все врачи умеют пользоваться МКБ-10, следовательно, правильно выбирать первоначальную причину смерти, формировать диагноз. В связи с этим, можно сказать, что в настоящее время мы имеем искаженную статистику по причинам смертности, которую невозможно сравнивать с экономически развитыми странами.

Для принятия целевых программ, планировать мероприятия и оценку эффективности деятельности системы здравоохранения на уровне государства и регионов в первую очередь необходима достоверная статистика причин смертности и стандартизованные показатели, с помощью которых можно будет сравнивать уровни смертности с другими странами.

Таблица 1. Распределение умерших по причинам смерти по ВКО за 2009-2013 гг. (по данным Департамента статистики ВКО)

№	Код	Причина смерти	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
0	A-Y	Всего	1178,2	100,0	1226,8	100,0	1222,4	100,0	1162,7	100,0	1097,0	100
1	A00 - B99	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	23,6	2,0	22,3	1,8	20,1	1,6	14,9	1,3	14,9	1,4
2	C00 - D48	Новообразования	161,2	13,7	167,1	13,6	169,7	13,9	162,3	14,0	149,4	13,6
3	D50 - D89	Б-ни крови, кровотоковых органов и отдельные нарушения во взаимодействии иммунной системы	0,9	0,1	1,5	0,1	1,1	0,1	1,1	0,1	1,1	0,1
4	E00 - E90	Б-ни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,9	0,5	5,5	0,4	6,4	0,5	10,5	0,9	10,7	1,0
5	F00 - F99	Психические расстройства и расстройства поведения	1,1	0,1	0,9	0,1	0,6	0,0	0,1	0,0	7,7	0,7
6	G00 - G99	Б-ни нервной системы	6,9	0,6	9,9	0,8	15,9	1,3	11,4	1,0	19,1	1,7
7	I00 - I99	Б-ни системы кровообращения	571,4	48,5	530,9	43,3	457,9	37,5	361,6	31,1	330,5	30,1
8	J00 - J99	Б-ни органов дыхания	53,3	4,5	54,1	4,4	73,9	6,0	81,7	7,0	120,3	11,0

9	K00 - K99	Б-ни органов дыхания	44,4	3,8	55,6	4,5	64,7	5,3	75,8	6,5	78,2	7,1
10	L00 - L99	Б-ни органов пищеварения	1,1	0,1	1,1	0,1	0,7	0,1	0,6	0,1	0,5	0,0
11	M00 - M99	Б-ни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,3	0,1	1,3	0,1	2,4	0,2	2,4	0,2	1,7	0,2
12	N00 - N99	Б-ни мочеполовой системы	7,8	0,7	7,4	0,6	9,3	0,8	9,0	0,8	10,8	1,0
13	O00 - O99	Беременность, роды и послеродовой период	0,4	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
14	P00 - P96	Отд. состояния возникающие в перинатальном периоде	27,1	2,3	18,7	1,5	16,0	1,3	15,4	1,3	11,4	1,0
15	Q00 - Q99	Врожденные аномалии, пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	6,6	0,6	9,7	0,8	7,6	0,6	8,6	0,7	7,8	0,7
16	R00 - R99	Симптомы и признаки отклонения от нормы выявленные при клинических и лаб. исследованиях	118,2	10,0	194,0	15,8	226,2	18,5	265,6	22,8	196,2	17,9
17	V00 - Y99	Внешние причины заболеваемости и смертности	146,8	12,5	146,4	11,9	149,3	12,2	141,1	12,1	136,4	12,4
18		Остальные не включенные болезни	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0

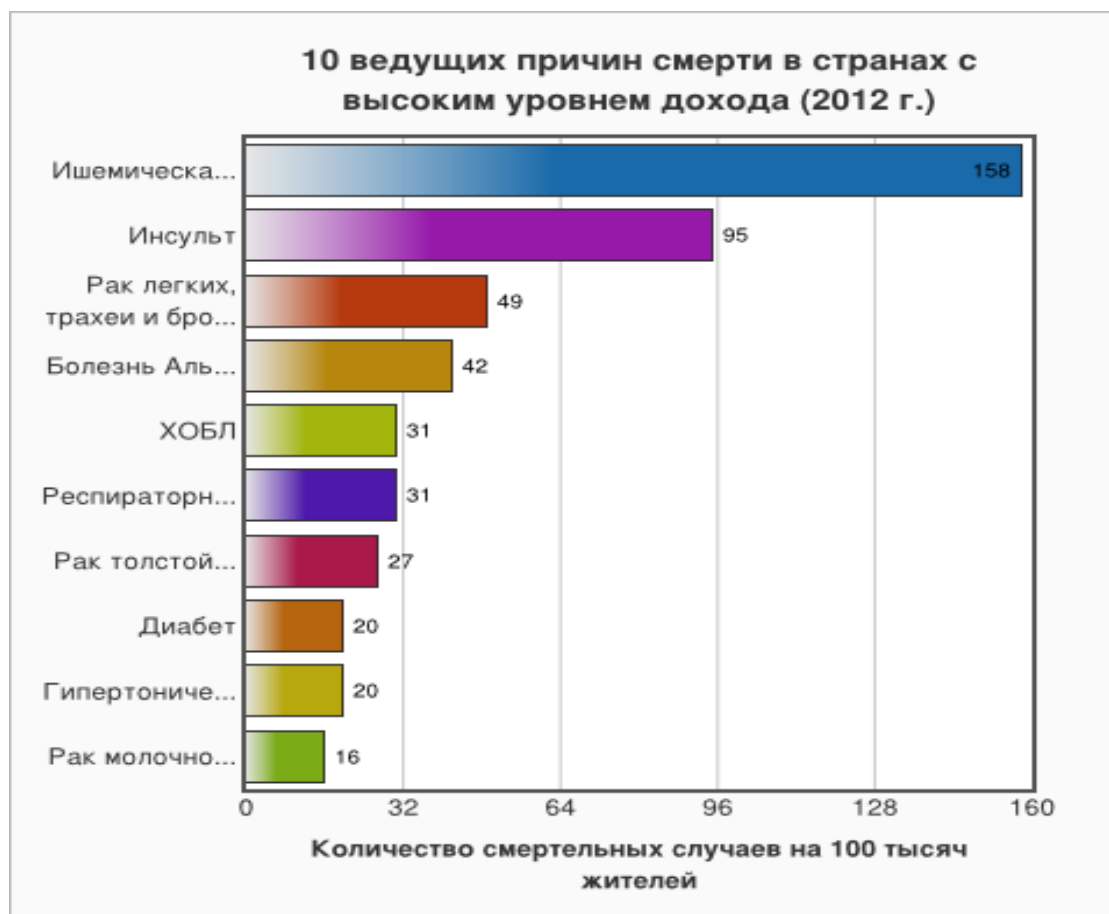


Рисунок 1.

Источники:

1. Косетова Ф.К. Смертность населения, как определяющий фактор демографии: причины, состояние, последствия//Вклад молодых исследователей в индустриально-инновационное развитие Казахстана// Усть-Каменогорск, 2011, artiklez.com.
 2. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index1.html //10 ведущих причин смерти в мире// Центр СМИ, ВОЗ.
 3. Ким С.В. Как «Уменьшить» смертность от болезней сердечно-сосудистой системы// Eurasian Journal of Public Health// 2014. V. 1 № 1.
-

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕСТАЦИОННОГО ДИАБЕТА ПУТЕМ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Елеуов А.У.

д.м.н., РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан г.Астана, Орунханова Л.М., Департамент организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан г.Астана

Ботагарова А.К., Аканов Ж.А.

к.м.н., Центр Диабета ОУК «Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова» г.Алматы

В настоящее время, несмотря на достижения эндокринологии, акушерства и гинекологии в отдельно взятых отраслях здравоохранения, ведение пациенток с нарушениями углеводного обмена во время беременности все еще остается не совершенным. В нашей стране не проводились рандомизированные клинические исследования по ГД, нет данных о распространенности ГД, отсутствует стандартизированный подход в выявлении и междисциплинарного подхода в лечении данной категории беременных женщин с нарушением углеводного обмена.

С учетом постоянно растущего количества пациентов с СД как в мире так и в Республике Казахстан, необходимо проведение дальнейших крупных рандомизированных исследований и с учетом актуальности данной проблемы представляется целесообразным дальнейшее совершенствование системы стандартизации эндокринологической службы в Республике Казахстан, введение ставки врача эндокринолога в родильных домах, профильных научно-исследовательских институтах, внедрение междисциплинарного подхода к ведению беременных женщин с ГД.

Введение:

По данным всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) на конец 2014г. в мире число людей с установленным диагнозом сахарный диабет приблизилось к 371 млн. человек. По данным Национального регистра Республики Казахстан по сахарному диабету (далее – СД) за 2014г. количество людей с СД составило – 244 тыс. 541 человек, в том числе: женщин - 160553, мужчин - 83988[1]. Согласно этим данным видно, что 2\3 пациентов, страдающих сахарным диа-

бетом составляют женщины, в том числе и репродуктивного возраста. В нашей стране не проведены крупные рандомизированные исследования о распространенности СД среди женщин репродуктивного возраста, отсутствуют данные о процентном соотношении 1 и 2 типов диабета среди беременных женщин и о негативных последствиях СД для организма беременной женщины и новорожденного. Актуальность: В настоящее время эндокринологи и акушер-гинекологи все чаще встречаются с гестационным сахарным диабетом,

а педиатры с последствиями гестационного диабета (далее – ГД) на организм новорожденного. Распространенность ГД варьирует от 1 до 14%, в среднем составляя 7% [2-4, 6-9,11]. ГД является наиболее частым нарушением углеводного обмена при беременности у женщин. ГД приводит к различным нарушениям со стороны матери и в особенности со стороны плода, что обуславливает выделение данной патологии в отдельную группу и требует междисциплинарного подхода к ведению беременной женщины. На сегодняшний день в Республике Казахстан отсутствуют данные о распространенности ГД, частоте осложнений возникающих у беременных женщин, о последствиях непосредственно на сам плод и других осложнениях. Поэтому остро стоит вопрос о внедрении алгоритмов диагностики, разработки единых стандартов организации оказания медицинской помощи пациенткам с ГД, а также тактики ведения беременных женщин с данной патологией.

Материал и методы: Первые упоминания о нарушениях углеводного обмена во время беременности у женщин появились в 1923г. в трудах немецкого ученого Н.G.Vennewitz [7]. Первые исследования нарушений углеводного обмена во время беременности у женщин были проведены в 1954г. в Бостоне [9]. Сам термин ГД был предложен J.O.Sullivan в 1961г., который также разработал для диагностики 3-х часовой нагрузочный тест со 100гр. глюкозы[10].

На сегодняшний день понятие ГД характеризуется как заболевание, сопровождающееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности у женщины, но не соответствующей по своим характеристикам общепринятым критериям «манифестного» СД[5].

Неблагоприятные исходы ГД многократно доказаны на клиническом материале многих стран, занимавшихся изучением проблемы ГД. Наиболее частыми осложнениями со стороны новорожденных, родившихся от матерей с ГД являются макросомия плода (крупный плод), неонатальная гипогликемия, гипокальциемия, полицитемия, тромбоцитопения, незрелость печени (гипербилиру-

бинемия), легких (респираторный дистресс-синдром), патология сердечно-сосудистой системы (кардиомиопатия) и повышенный риск внутриутробной гибели плода[7,12,13].

Также имеются данные указывающие, что развившийся ГД у матери, ассоциирован с риском развития СД 2 типа (инсулиннезависимого) у ребенка. Кроме того, ГСД является фактором риска в будущем СД 2 типа у женщины, по разным данным 6 - 62%[14]. В 7,7% случаев женщины с ГСД имеют антитела к б-клеткам поджелудочной железы, что может привести к реализации СД 1 типа (инсулинзависимого) [15]. В ходе проведенных исследований выявлено, что у 20-50% женщин ГД повторно развивается при последующих беременностях[16].

Проблема изучения ГД в плане выявляемости и распространенности в мировой диабетологии, в частности в Республике Казахстан, занимает значимое место.

Австралийскими и британскими учеными было проведено несколько крупных рандомизированных исследований и мета-анализов по изучению течения беременности у женщин и исходов у этих пациенток с ГД в том числе исследование ACHOIS (Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women) [17],[20]. В период с 1993 по 2003 гг. в исследование были включены 1000 женщин в сроке беременности 22-24 недели, у которых были диагностированы нарушение толерантности к глюкозе при помощи двух нагрузочных тестов с глюкозой.

Первичная конечная композитная точка для новорожденных включала в себя кроме перечисленных серьезных перинатальных осложнений, в том числе и желтуху, требующую лечение методом фототерапии в условиях палаты интенсивной терапии. У женщин оценивались: необходимость родостимуляции, роды через естественные пути или путем кесарева сечения, общее физическое и психическое здоровье. В качестве вторичных конечных точек для новорожденных выступали отдельные компоненты первичной конечной точки и другие показатели здоровья, для женщин – частота пренатальных визитов к врачу, прибавка веса и частота дородовых госпита-

лизаций.

Исследование MFMU (Maternal Fetal Medicine Units networks - Сеть отделений медицинской помощи матери и плоду)[21] оценивало причины смерти плода, частоту смертности, родовую травму, гипербилирубинемию, неонатальную гипогликемию и гиперинсулинемию.

Как в первом, так и во втором исследовании наблюдалось достоверное снижение частоты рождения крупных младенцев, но частота плечевого предлежания достоверно снижалось только в MFMU, тогда как частота родовых травм достоверно не снижалась ни в одном из исследований. В обоих исследованиях, увеличение массы тела матери от момента диагностики ГД до срока родов было достоверно меньшим в исследуемых группах, где проводилось эффективное лечение.

На основании этих двух рандомизированных крупных исследований был проведен мета анализ[22], в котором оценивалась эффективность проводимых лечебных и диагностических мероприятий при ГД. Полученные данные свидетельствуют, что раннее выявление и своевременное лечение ГД приводит к снижению частоты развития макросомии и плечевого предлежания, что в конечном счете приводит к уменьшению количества родовых травм.

Исследование гипергликемии и неблагоприятных исходов беременности (HUPO-Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study)[18], международное проспективное исследование, проведенное в 2000-2006гг., с участием более 23 тысяч беременных женщин показало, что используемые на сегодняшний день критерии диагностики ГД требовали пересмотра. Основной целью данного исследования было получение ответа на вопрос: ассоциируется ли гипергликемия во время беременности у женщин при уровне глюкозы ниже, чем для явного СД, с увеличением риска возникновения осложнений для матери и плода.

Первичными конечными точками данного исследования были зависимость таких исходов - как крупный плод (крупные для срока гестации размеры плода), первичное

кесарево сечение, неонатальная гипогликемия и зависимость уровня С-пептида в пуповинной крови, от уровня гликемии и индекса массы тела беременной (далее – ИМТ). Данное исследование достоверно показало, что уровень гликемии и ИМТ являются предикторами рождения крупного плода. В данном исследовании неблагоприятные исходы беременности возрастали при уровне гликемии значительно более низких, чем были приняты ранее, как критерии диагностики[18-19].

На основании результатов данного исследования в 2008г. в Пассадене (США) Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG) были предложены для обсуждения новые критерии диагностики ГД[23-24].

Рекомендации ВОЗ по ГД:

1. ГД представляет серьезную медико-социальную проблему, так как в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов для матери и плода;
2. ГД является фактором риска развития ожирения, СД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний у матери и у потомства в будущем;
3. Беременность – это состояние физиологической инсулинорезистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена;
4. Понятия сахарный диабет, манифестный сахарный диабет и ГСД требуют четкой клиничко-лабораторной дефиниции.

Учитывая результаты данного исследования и рекомендации ВОЗ, ряд развитых стран в частности Япония, США, Израиль, Германия и др., с 2010г. по 2011г. самостоятельно приняли полученные новые критерии диагностики ГД. В 2012г. в Российской Федерации также был принят консенсус по ГД.

Заключение: С учетом сложной ситуации в мире как по СД в целом, так и по ГСД в частности, актуальность решения данной проблемы в Республике Казахстан имеет важное значение. В своем Послании народу Казахстана Президент Республики Казахстан - Лидер нации Нурсултан Назарбаев «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс со-

стоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года обратил особое внимание на здравоохранение в стране и отметил, что ежегодно увеличивается объем финансирования здравоохранения. Если в 1999 г. финансирование составляло 46 миллиардов тенге, то в 2011 г. - 631 миллиардов тенге. Создан медицинский кластер, в который входят пять инновационных объектов здравоохранения: детский реабилитационный центр, центры материнства и детства, нейрохирургии, неотложной медицинской помощи и центр кардиологии. Во всех регионах страны создаются необходимые условия для получения качественных медицинских услуг. Национальная скрининговая система позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях. Введено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение. За последние 15 лет численность населения увеличилась с 14 почти до 17 миллионов человек. Продолжительность жизни выросла до 70 лет.

С 2011 года в нашей стране, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – МЗ РК) № 783, внедрен и широко применяется в клинической практике метод постоянной подкожной инфузии инсулина при помощи инсулиновых помп у детей и беременных женщин с СД 1 типа. Данный метод позволяет на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде поддерживать оптимальный гликемический контроль с целью снижения рисков со стороны матери и плода, так как широко применяемый ранее метод многократных инъекций инсулина не всегда позволяет длительно удерживать оптимальные характеристики контроля гликемии.

Основными преимуществами данного метода являются: маленький шаг подачи инсулина (вплоть до тысячных долей единиц), возможность программирования подачи инсулина в базальном режиме, в соответствии с потребностями пациента, использование специальных режимов при особых ситуациях (физическая активность, болезнь, стресс и т.д.) для профилактики гипо- и гипергликемических состояний.

Данный метод, благодаря этим особен-

ностям, способствует эффективному достижению нормогликемии, а также длительному ее поддержанию, что в свою очередь оказывает положительное влияние на исходы беременности у женщин с СД типа 1.

Учитывая важность проблемы сахарного диабета для нашей страны, во исполнение Плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015годы, касательно разработки Стандартов организации оказания медицинской помощи профильных служб, МЗ РК подписан приказ от 30.04.2014года № 229 «О создании рабочих подгрупп по разработке Стандартов организации оказания медицинской помощи профильных служб». Согласно данного приказа МЗ РК в РПП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК были сформированы рабочие группы для разработки стандартов организации оказания помощи профильных служб, в том числе по профилю «эндокринология».

Цель разработки данного Стандарта – стандартизация оказываемой эндокринологической помощи в Республике Казахстан с целью улучшения ранней диагностики и повышения качества оказываемой медицинской помощи. В состав рабочей группы по разработке Стандарта организации оказания эндокринологической помощи населению Республики Казахстан вошли: главный внештатный эндокринолог МЗ РК, доктора и кандидаты медицинских наук по специальности «эндокринология» и практические врачи с большим стажем работы, авторитетные специалисты в данной области здравоохранения.

С учетом актуальности изучения проблемы ГД в частности и СД в целом, необходимо продолжить процесс совершенствования системы стандартизации эндокринологической службы в Республике Казахстан.

Список литературы.

1. Национальный регистр Сахарного диабета Республики Казахстан, 2013г.
2. Краснопольский В.И. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему/В. И. Краснопольский, В. А. Петрухин, Ф. Ф. Бурмукулова // Акушерство и гинекология , 2010. т.№ 2.- С.3-6.
3. Серебренникова К.Г., Шешко Е.Л., Михайлова Н.А. «Оптимизация акушерской помощи беременным с гестационным сахарным диабетом и группы риска». Материалы III Российского форума «Мать и дитя». М., 2001.с.184.
4. Трусова Н.В., Аметов А.С., Мурашко Л.Е. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, показатели гормонального баланса и липидного обмена. Русский медицинский журнал. 1998.(12) 764:770.
5. Дедов И.И., Краснопольский В.И., Сухих Г.Т. Российский Национальный Консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». Diabetes mellitus, 2012; (4): 4-10.
6. Getahun D., Nath C., Ananth CV, Chavez MR, Smulian JC. Gestational diabetes in the US: temporal trends 1989 through 2004. Am J Obstet Gynecol. 2008 May. 198(5):525.e.1-5.doi:10.1016/j.ajog.2007.11.017. Epub 2008 Feb 15.
7. Hod M, Jonavic L, Di Renzo G, de Leiva A, Langer O. Textbook of Diabetes pregnancy. 2003, 628P.
8. Hod M, Capparato M. Diabetes and Pregnancy Evidence Based Update and Guidelines (Working group on Diabetes and Pregnancy). Prague, 2006.
9. Wilkerson H.L.C., Remein Q.R. Studies abnormal carbohydrate metabolism in pregnancy. Diabetes 1957, 6:324-329.
10. O'Sullivan J.B., Mahan C.M., Criteria for oral glucose tolerance test in pregnancy. Diabetes 1964; 13:278-285.
11. King H. Epidemiology of glucose intolerance and gestational diabetes in women of childbearing age. Diabetes care 1998; 21:Suppl.2:B9-B13.
12. Citossi A., Driul L., Peressini L. et al. Gestational diabetes: screening, management and follow up. 4th International symposium on Diabetes and pregnancy. Program and abstracts. Istanbul 2007, 29.
13. HAPO Study Cooperative Research Group (2010). Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. New Engl J Med 2008; 358: 19: 1991-2002.
14. O'Sullivan J.B. Diabetes Mellitus after Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes 1991; 40: Suppl.2:131-135.
15. Aberg A., Jonsson E., Elkinson I. et al. Predictive factors to develop Diabetes Mellitus in women with Gestational Diabetes Mellitus. Acta.Obstet Gynec Scand. 2002; 81:11-16.
16. Hanna F.W.F., Peters J.R. Screening for Gestational Diabetes: past, present and future. Diabetes Med. 2002; 19: 351-358.
17. E. A. Ryan, "Diagnosing gestational diabetes," Diabetologia, vol. 54, no. 3, pp. 480–486, 2011.
18. Metzger B.E., Lowe L.P., Dyer A.R. et al (2008) Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 358: 1991-2002.
19. HAPO Study Cooperative Research Group (2010). HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with maternal body mass index. BJOG 117:575-584.
20. Crowther CA, Hillier JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS (2005) Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med 352:2477–2486.
21. Landon MB, Spong CY, Thom E et al (2009) A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. N Engl J Med 361:1339–1348(7).
22. Horvath K, Koch K, Jeitler K et al (2010) Effects of treatment in women with gestational diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis. BMJ 340:1395.
23. Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ (2008) Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 148:766–775.
24. Scott DA, Loveman E, McIntyre L, Waugh N (2002) Screening for gestational diabetes: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 6:1–161.