

Нормативно-правовое и методическое обеспечение организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенск

Контактная информация: Л.Г. Манаков e-mail: lgmanakov@yandex.ru

Резюме

Представлены материалы статистического анализа и социологической оценки использования нормативно-правовых и методических документов в системе организации пульмонологической помощи населению в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: болезни органов дыхания; пульмонология; респираторное здоровье; нормативно-правовые и методические документы; социологические исследования; организация пульмонологической помощи

L.G. Manakov

Regulatory and methodical provision of health care patients pulmonary profile

Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration, Blagoveshchensk

e-mail: lgmanakov@yandex.ru

Summary

Materials of statistical analysis and sociological evaluation of the use of regulatory and methodological documents in the organization pulmonology assistance to the population in primary health care.

Key words: respiratory disease; pulmonology; respiratory health; regulatory and methodological documents; case studies; pulmonology assistance organization

Введение

Последние десятилетия XX и начала XXI века в мире характеризуются нарастанием острых инфекционных и хронических заболеваний органов дыхания, что нашло отражение в официальных документах Всемирной организации здраво-

охранения (ВОЗ) и в ряде инициатив профессионального сообщества (ERS, ATS). При этом распространенность патологии дыхательной системы имеет глобальный характер, которая занимает одну из лидирующих позиций в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения [10,12]. Одновременно

эти обстоятельства явились мощным стимулом для развития респираторной медицины и пульмонологии. Существенному развитию пульмонологической науки и практики в Российской Федерации в последние годы способствовало:

- интеграция российских и зарубежных экспертов в рамках Европейского респираторного общества (ERS), что дало новый импульс глобализации пульмонологии;

- принятие международных и национальных клинических рекомендаций и руководств по бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), пневмонии, муковисцидозу, что обеспечило единое информационное и образовательное пространство для врачей различных специальностей в различных регионах страны;

- создание и периодическое переиздание новых версий доклада рабочей группы международной программы GINA - "Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы" и GOLD - "Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких";

- формирование международной организации ВОЗ - "Глобального альянса по борьбе с болезнями органов дыхания" (GARD) и реализация ее программной деятельности на территории России;

- разработка стандартов, нормативно-правовых актов и методических документов, регламентирующих стратегию и методологию обеспечения качества медицинской помощи больным пульмонологического профиля;

- внедрение в практику здравоохранения принципов доказательной медицины и формулярной системы;

Ведущую координирующую роль в развитии пульмонологии в России играют ежегодные национальные конгрессы по болезням органов дыхания, организуемые Российским респираторным обществом под руководством академика РАН А.Г. Чучалина.

Важным условием в системе организации медицинской помощи населению является обеспечение органов и учреждений здравоохранения актуальными для современного уровня развития отрасли организационно-методическими нормативно-правовыми документами, внедрение новых медицинских стандартов и технологий в сферу практической медицины и здравоохранения [3,9,11]. В этой связи, чрезвычайно актуальным является анализ степени использования информационных технологий и рекомендаций профессиональных сообществ в деятельности врачей первичного звена здравоохранения, информированности их об основных организационно-распорядительных и нормативно-правовых актах, регламентирующих порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями.

Материал и методы

Для реализации задач исследования использованы методы: статистические; социологические; организационно-методические (изучение форм и методов организации и управления системой пульмонологической помощи населению); информационно-аналитические; документальные; экспертных оценок; сравнительного анализа [5, 7]. Для формирования и анализа статистического материала использована специально разработанная «Анкета врача-терапевта участкового». Социологический опрос проведен среди врачей-терапевтов участковых, работающих в лечебно-профилактических учреждениях на территории Амурской (195 респондентов) и Ярославской (265 респондентов) областей в общем количестве 460 человек.

Репрезентативность объема медико-социальных наблюдений была статистически достоверна при доверительном коэффициенте (t), равном 2,0 и предельной ошибке показателя (Δ), равной 0,2Р. Для анализа и оценки статистического материала использованы методы математической статистики (корреляционный анализ, вычисление относительных величин, статистических критериев и оценка их достоверности) [4, 5]. Для расчета средних стандартных ошибок показателей использован доверительный 95% интервал

(достоверность различий между значениями сравниваемых параметров принималась во внимание при уровне значимости $p < 0,05$).

Обсуждение результатов

15 ноября 2012 г. в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказом Министерства здравоохранения РФ № 916н утвержден порядок оказания медицинской помощи населению по профилю “пульмонология” (зарегистрирован в Минюсте РФ 21 декабря 2012 г., № 26 264). Данный Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи населению по профилю “пульмонология”, которая осуществляется в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи [6].

При этом медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В соответствии с данным регламентом первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению пульмонологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни. При этом структура первичной медико-санитарной помощи включает первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Данными правилами предусмотрено, что при наличии показаний к медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики, медицинские работники со средним медицинским образованием или врач-терапевт, врач-педиатр направляют больного в кабинет врача-пульмонолога медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. В случае отсутствия кабинета врача-пульмонолога в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь может оказываться в терапевтических и педиатрических кабинетах врачами-терапевтами и врачами-педиатрами. При этом устанавливается, что при невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и

наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю “пульмонология”, или “терапия”, “педиатрия”, “хирургия”, “детская хирургия”.

Кабинет врача-пульмонолога медицинской организации создается для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи по профилю “пульмонология”. На должность врача-пульмонолога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7.07.2009 г. № 415н и приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.12.2011 г. № 1644н).

Основными функциями кабинета врача-пульмонолога являются:

- оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с пульмонологическими заболеваниями;
- диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация больных пульмонологического профиля;
- проведение мероприятий по первичной профилактике развития пульмонологических заболеваний, а также вторичной профилактике осложнений и прогрессирующего их течения;
- решение организационных вопросов оказания медицинской помощи по профилю

“пульмонология” и направление больного на консультацию к другим специалистам;

- направление больных с пульмонологическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

- участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших ее;

- участие в организации и проведении диспансеризации прикрепленного населения;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

- разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению;

- участие в организации и проведении школ здоровья для больных, родителей детей с пульмонологическими заболеваниями;

- внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с пульмонологическими заболеваниями;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке,

сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Структура и штатная численность кабинета врача-пульмонолога устанавливается руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов (1 должность врача-пульмонолога на 70 000 взрослого населения и 1 должность врача-пульмонолога на 100 000 детского населения зоны обслуживания).

Стандарт оснащения кабинета врача-пульмонолога предусматривает не только требования к организации рабочих мест специалистов и их оснащению, но и содержит перечень необходимых приборов и инструментов для обеспечения диагностической и лечебной работы с больными пульмонологического профиля в условиях амбулаторно-поликлинической практики.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Данным нормативным актом предусмотрено, что оказание специализированной медицинской помощи осуществляется при наличии соответствующих медицинских показаний при

самостоятельном обращении больного, по направлению медицинских работников, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью человека.

Пульмонологическое отделение организуется при наличии в медицинской организации круглосуточно функционирующего отделения или палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, клинико-диагностической, биохимической и бактериологической лаборатории, отделения лучевой диагностики, включающего ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, отделения функциональной диагностики. А также, наличии в штатном расписании, отделения общей хирургии, приемного отделения с хирургической смотровой, рентгенологического кабинета. На должность заведующего пульмонологическим отделением и врача-пульмонолога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здра-

воохранения (приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 415н от 07.07.2009 г.).

В структуре пульмонологического отделения рекомендуется предусматривать: палаты и боксы для больных, палату интенсивной терапии, кабинет заведующего, помещение для врачей, процедурную, перевязочную, процедурную для ингаляционной терапии, кабинет респираторной реабилитации, помещение для осмотра больных.

Основными функциями пульмонологического отделения являются:

- оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи по профилю “пульмонология” в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля;
- оказание консультативной помощи врачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных пульмонологического профиля;
- разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы и снижение больницы летальности от пульмонологических заболеваний;
- освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями органов дыхания;

- проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;

- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;

- ведение учетной и отчетной медицинской документации, предоставление отчетов в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Для обеспечения своей деятельности отделение использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

Направление больного в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете министерству здравоохранения РФ с использованием специализированной информационной системы (приказ № 1689н от 28.12.2011 г.).

Оказание специализированной медицинской помощи в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении министерства здравоохранения, осуществляется в соот-

ветствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения и в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний. Показаниями для направления граждан в федеральные государственные медицинские организации, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения РФ в соответствии с данными порядками являются:

- необходимость установления окончательного диагноза в связи с не типичностью течения заболевания;

- отсутствие эффекта от проводимой терапии и повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;

- высокий Риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличии сопутствующих заболеваний;

- необходимость до обследования в диагностически сложных случаях и комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания;

- необходимость повторной госпитализации по рекомендации федеральных государственных медицинских организаций.

После оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больные (при наличии медицинских показаний) направляются в медицинские орга-

низации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, а также в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации для проведения реабилитационных мероприятий.

Проведенный анализ показывает, что на вопрос социологической анкета «Знакомы ли Вы с приказом МЗ РФ, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи больным с бронхолегочными заболеваниями?», 69,1±2,1% врачей-терапевтов участковых в целом ответили утвердительно, в том числе в учреждениях здравоохранения Амурской области 63,1±3,4% и 73,6±2,7% - Ярославской области ($t = 2,4$), $p < 0,05$. Вместе с тем обращает на себя внимание факт, что почти 1/3 врачей первичного

звена здравоохранения не знакома с нормативным документом, устанавливающим правила оказания медицинской помощи населению по профилю «Пульмонология» (26,4±2,7% - в Ярославской и 36,9±3,4% - в Амурской области), $p < 0,05$. При этом различий показателей степени информированности врачей в учреждениях города и села, городских поликлиниках и поликлиниках ЦРБ не установлено. За исключением того, что среди специалистов имеющих опыт работы (стаж профессиональной деятельности более 20 лет) и не имеющих опыта (стаж работы до 1 года) эти показатели (утвердительный ответ на вопрос анкеты) различаются на 33,7% (соответственно 79,2% и 45,5%), $p < 0,05$.

Таблица 1. Степень информированности врачей-терапевтов участковых о приказе МЗ РФ, регламентирующем порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» (социологический опрос, %)

Контингент респондентов		«Знакомы ли Вы с приказом МЗ РФ, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля?»		Всего
		«Да»	«Нет»	
Регион	Амурская область	63,1±3,4	36,9±3,4	100,0
	Ярославская область	73,6±3,4	26,4±2,7	100,0
Место работы	Учреждения здравоохранения города	63,1±3,9	36,9±3,9	100,0
	Учреждения здравоохранения села	63,1±7,1	36,9±7,1	100,0
Стаж работы	До 1 года	45,5±4,2	54,5±4,7	100,0
	Более 20 лет	79,2±6,1	20,8±2,1	100,0
Уровень квалификации	Врачи высшей категории	88,9±5,3	11,1±1,3	100,0
	Врачи, не имеющие категории	55,7±3,2	44,3±2,7	100,0

Аналогично тому, что специалисты, имеющие высшую квалификацион-

ную категорию, в 88,9 % случаев также дали положительный ответ на данный вопрос, по

сравнению с 55,7 % ответов врачей, не имеющих категории ($p < 0,05$), что также сопряжено с уровнем квалификации, стажем и опытом работы (Табл. 1).

В настоящее время серьезной социально-экономической проблемой является бронхиальная астма. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточно эффективном лечении может значительно ограничивать качество жизни пациентов и даже приводить к смерти [2]. В этой связи в 1993 году Национальный институт сердца, легких и крови (NIHLB, США) совместно с Всемирной организацией здравоохранения (WHO) создал рабочую группу «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative For Asthma, GINA). Результатом деятельности Рабочей группы стал Доклад – «Глобальная стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы», в рамках которого был представлен всесторонний план лечения астмы, направленный на снижение количества инвалидов и частоты преждевременных смертей от болезни. Данные GINA регулярно пересматриваются, обновляются и используются в качестве стратегической концепции для формирования программ диагностики, лечения и профилактики заболевания [2]. Кроме того ведущими экспертами Европейского респираторного общества и

Американского торакального общества была разработана программа «Глобальная инициатива по бронхиальной астме» (Global Initiative for Asthma, GINA) с целью распространения информации о подходах к лечению больных БА, внедрения результатов научных исследований в стандарты лечения бронхиальной астмы.

Современная концепция ведения больных бронхиальной астмой, согласно рекомендациям GINA предопределяется не столько степенью тяжести больных, сколько контролем над заболеванием (Табл.2). В этой связи, «целью лечения бронхиальной астмы является достижение и поддержание контроля над заболеванием, который определяется как совокупность отдельных показателей» (GINA Report 2015).

Недостаточный контроль заболевания приводит к снижению качества жизни, необходимости госпитализаций. Отсутствие контроля заболевания приводит к неэффективному расходованию ресурсов здравоохранения, а также росту непрямых затрат, обусловленных пропуском работы, инвалидностью и преждевременной смертностью [2]. Основными компонентами программы обеспечения контроля бронхиальной астмы являются [2]: обучение пациентов для достижения партнерских отношений в преодолении болезни; определение и мониторинг степени тяжести БА; удаление и уменьшение воздействия факторов Риска; разработка индивидуального долгосрочно-

Таблица 2. Уровни контроля над бронхиальной астмой по GINA (2015)

А. Оценка текущего клинического контроля (предпочтительно в течение 4 недель)			
Клинико- функциональные параметры	Контролируемая	Частично-контролируемая	Неконтролируемая
	Все нижеперечисленное	Какой-либо критерий в неделю	
Дневные симптомы	Отсутствуют или ≤ 2 эпизодов в неделю	> 2 эпизодов в неделю	Наличие трех или более признаков частично контролируемой БА
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы/пробуждения	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствуют или ≤ 2 эпизодов в неделю	> 2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФВ ₁)*	Нормальная	$< 80\%$ от должного значения или наилучшего для данного пациента показателя	
Б. Оценка будущего Риска (Риск обострений, нестабильности, быстрого снижения функции легких, побочные эффекты)			

*ПСВ – пиковая скорость выдоха; ОФВ₁ – объем форсированного выдоха в 1-ю секунду

По данным Всемирной организации здравоохранения одной из важнейших проблем здравоохранения является хроническая обструктивная болезнь легких. Для того чтобы привлечь большее внимание к проблеме ХОБЛ, ее лечению и профилактике, в 1998 году под эгидой ВОЗ была сформирована «Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD – Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease). Первым шагом в программе GOLD была подготовка согласительного доклада рабочей группы «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики

ХОБЛ», опубликованного в 2001 году, определяющим стратегию обеспечения лечебно-профилактической помощи населению по профилю «Пульмонология». Эти рекомендации международного профессионального сообщества в области респираторной медицины для врачей первичного звена здравоохранения по критериям диагностики, методам раннего выявления, эффективного лечения и профилактики больных ХОБЛ, ведению пациентов с этой патологией в амбулаторно-поликлинических условиях, изложены в документах глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (GOLD).

Целями оценки ХОБЛ являются определение степени тяжести заболевания, определение его влияния на состояние здоровья пациента и определение Риска будущих неблагоприятных событий (обострения заболевания госпитализации или смерть), для того чтобы в конечном счете управлять терапией. Интегральная оценка силы воздействия ХОБЛ на конкретного пациента объединяет оценку симптомов со спирометрической классификацией и/или оценкой Риска обострений. Для оценки симптомов рекомендуется использование шкалы MRC или CAT, причем степень ≥ 2 по шкале mMRC и количество баллов ≥ 10 по шкале CAT свидетельствуют о высоком уровне выраженности симптомов [1]:

- *пациенты группы А – «низкий Риск», «меньше симптомов».* Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 1 или GOLD 2 (ограничение скорости воздушного потока легкой или средней степени тяжести)

Таблица 3. Классификация степени тяжести ограничения скорости воздушного потока при ХОБЛ (основанная на постбронходилатационном ОФВ1) [1]

Форма	Характеристика
У пациентов с ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%	
GOLD 1: легкая	ОФВ1 > 80% от должного
GOLD 2: средней тяжести	50% < ОФВ1 < 80% от должного
GOLD 3: тяжелая	30% < ОФВ1 < 50% от должного
GOLD 4: крайне тяжелая	ОФВ1 < 30% от должного

Основной концепцией этих международных документов, изданных под эгидой ВОЗ и активно пропагандируемых Российским респираторным обществом

и/или 0–1 обострение в год и степень 0–1 по mMRC или <10 баллов по CAT;

- *пациенты группы В – «низкий Риск», «больше симптомов».* Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 1 или GOLD 2 (ограничение скорости воздушного потока легкой или средней степени тяжести) и/или 0–1 обострение в год и степень ≥ 2 по mMRC или ≥ 10 баллов по CAT;

- *пациенты группы С – «высокий Риск», «меньше симптомов».* Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 3 или GOLD 4 (ограничение скорости воздушного потока тяжелой или крайне тяжелой степени) и/или ≥ 2 обострений в год и степень 0–1 по mMRC или <10 баллов по CAT;

- *пациенты группы D – «высокий Риск», «больше симптомов».* Обычно у таких пациентов наблюдается спирометрический класс GOLD 3 или GOLD 4 (ограничение скорости воздушного потока тяжелой или крайне тяжелой степени) и/или ≥ 2 обострений в год и степень ≥ 2 по mMRC или ≥ 10 баллов по CAT.

(РРО), является обеспечение контролируемого течения хронических респираторных заболеваний (БА и ХОБЛ) и высокого уровня качества жизни пациентов. Вместе с тем, несмотря

на все меры по распространению рекомендаций GINA и GOLD, и наличие эффективных препаратов, данные международных исследований свидетельствуют о низком уровне контроля БА и ХОБЛ во многих странах (Bateman E., 2011), в том числе и в России.

Результаты анализа показывают, что в целом большинство (Рис. 1) врачей-терапевтов участковых в своей практической работе используют рекомендации GINA и GOLD (соответственно $71,5 \pm 2,1\%$ и $75,9 \pm 1,9\%$). При этом, в учреждениях здравоохранения Ярославской области эта доля значительно выше

($82,3 \pm 2,3\%$ и $83,4 \pm 2,2\%$) по сравнению с учреждениями здравоохранения Амурской области ($57,4 \pm 3,5\%$ и $65,6 \pm 3,4\%$), при $t > 2,0$, $p < 0,05$. Если при анализе степени использования рекомендаций GINA различий среди врачей городских и сельских учреждений здравоохранения не выявлено ($t < 1,0$), то при анализе степени использования рекомендаций GOLD различия в ответах респондентов, работающих в учреждениях здравоохранения города и села, статистически значимые ($t > 2$). В учреждениях здравоохранения сельских населенных пунктах доля врачей-терапевтов, использующих рекомендации GOLD, на 23,3% меньше, чем в учреждениях здравоохранения города.

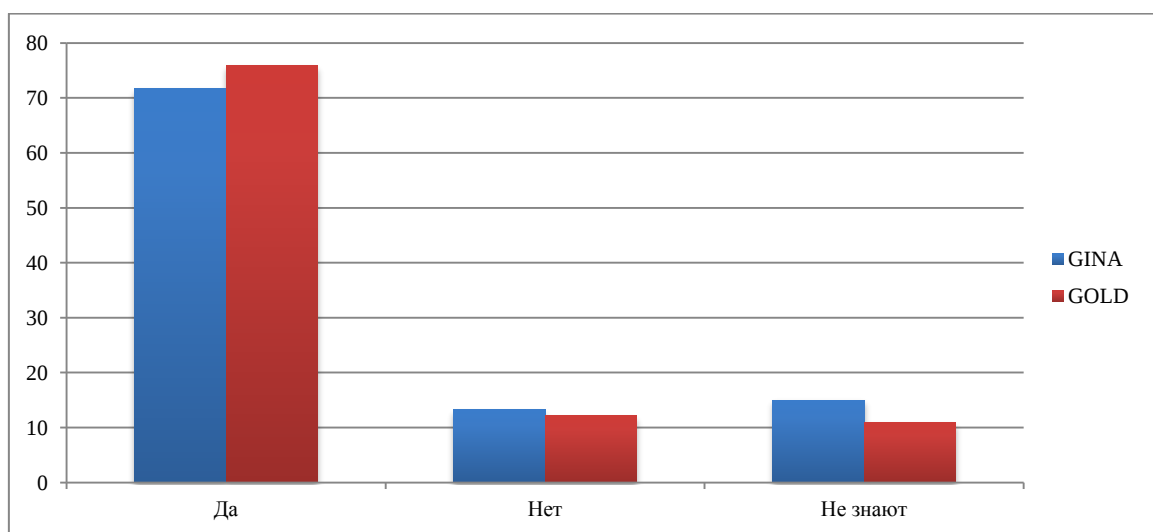


Рис. 1. Степень использования международных рекомендаций в области респираторной медицины (GINA и GOLD) врачами-терапевтами на амбулаторно-поликлиническом приеме (социологический опрос, %)

Достаточно закономерной выглядит и зависимость респондентов по поводу степени использования в практической работе рекомендаций GINA и GOLD от уровня профессиональной квалификации: если доля врачей-терапевтов выс-

шей квалификационной категории, которые не знают данных документов, составляет всего 5,6%, то среди врачей, имеющих вторую категорию – в 5,2 раза больше (29,1%). В целом, 77,7% врачей-терапевтов высшей квалификационной категории используют рекомендации

GINA и 72,2% - рекомендации GOLD в своей практической деятельности. При этом врачи более низкого уровня квалификации соответственно 54,2% и 65,9 %, что свидетельствует о социальной и профессиональной детерминированности организационно-методических подходов в обеспечении эффективности и качества медицинской помощи населению и социально-психологической мотивации медицинских кадров.

Участники пятьдесят третьей Ассамблеи ВОЗ, оценивая тяжелые последствия хронических респираторных заболеваний, обратились к Генеральному Секретарю ВОЗ с просьбой обозначить профилактику хронических респираторных заболеваний и контроль над ними в качестве приоритетного направления работы (резолюция ВОЗ 53.17, 2000 г.). Для выработки единого всестороннего подхода к ведению, диагностике, профилактике и контролю над хроническими респираторными заболеваниями, ВОЗ в 2006 году информировала о создании Всемирного альянса против хронических респираторных заболеваний (GARD).

В России в 2010 году стартовал исследовательский проект ВОЗ – CARD «Глобальная стратегия по борьбе с респираторными заболеваниями», который направлен на оптимизацию ранней первичной диагностики хронических респираторных заболеваний и повышение ка-

чества ведения пациентов с данной патологией врачами первичного звена здравоохранения.

Одной из главных составляющих системы управления качеством в здравоохранении является стандартизация медицинских услуг. В условиях модернизации здравоохранения стандарты становятся основным ориентиром при оказании медицинской и лекарственной помощи, способствуют рациональному распределению ресурсов и адекватному финансированию при обеспечении доступной и качественной медицинской помощи [3]. Благодаря введению стандартов в повседневную практику возрастает уровень информированности врачей о новейших достижениях медицинской науки и доступность качественной медицинской помощи пациентам.

Стандартами медицинской помощи предусмотрены характеристика модели пациента и условия оказания медицинской помощи, комплекс диагностических и лечебных мероприятий с определением частоты применения, перечень лекарственных препаратов, рекомендуемых для использования в лечебном процессе.

Проведенный социологический опрос среди врачей-терапевтов участковых показывает, что в целом выполнение федеральных стандартов при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля осуществляется в большинстве случаев ($68,7 \pm 2,1\%$) на хорошем организационном уровне. В то же время доля негативных оценок степени выполнения федеральных стандартов

при оказании первичной медико-санитарной помощи больным пульмонологического профиля достаточно высока: в целом $13,5 \pm 1,5\%$ респондентов оценивают как «скорее плохо, чем хорошо» и $1,8 \pm 0,6\%$ - «очень плохо» ($16,0 \pm 1,7\%$ респондентов затруднились с ответом). Сравнительный анализ степени выполнения федеральных стандартов при оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля, проведенный среди врачей-терапевтов участковых, работающих в городских и сельских учреждениях здравоохранения, статистически значимых различий показателей социологических оценок не выявил.

Важной составляющей в системе организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля в современных условиях является использование адекватных и высокоинформативных методов достижения контроля заболевания и оценки эффективности лекарственной терапии. В качестве таких средств и инструментов оценки степени эффективности лечебно-профилактических мероприятий больным хроническими респираторными заболеваниями (ХОБЛ, бронхиальная астма) предложены оценочный тест по ХОБЛ (COPD Assessment TestTM) - САТTM и тест по контролю над астмой (АСТTM), рекомендованные к использованию Российским респираторным обществом.

Результаты социологического исследования свидетельствуют, что САТ – тест для оценки состояния пациентов с ХОБЛ и эффективности проводимой терапии в амбулаторно-поликлинических условиях используют $23,5 \pm 1,9\%$ врачей-терапевтов участковых; АСТ – тест по контролю над бронхиальной астмой – $40,4 \pm 2,2\%$. При этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области САТ – тест используется в 2,1 раза чаще ($30,2 \pm 2,8\%$), чем в учреждениях первичного звена здравоохранения Амурской области ($14,4 \pm 2,5\%$), $t > 2$. А АСТ- тест – в 3,0 раза чаще (соответственно $56,6 \pm 3,0\%$ и $18,5 \pm 2,7\%$), $t > 2,0$. Обращает на себя внимание тот факт, что в целом $57,6 \pm 2,3\%$ врачей терапевтов участковых в своей практической деятельности не используют САТ – тест, а $18,9 \pm 1,8\%$ - не знают этого теста (Рис.2). Аналогично это относится и к оценке степени использования АСТ- теста по контролю над бронхиальной астмой, при которой $49,1 \pm 2,3\%$ врачей первичной медико-санитарной помощи не используют данные инструменты оценки достижения контроля заболевания и эффективности проводимой медикаментозной терапии, а $10,5 \pm 1,4\%$ - не знают также этих тестов.

В этой связи особую актуальность в повышении уровня профессиональной подготовки специалистов здравоохранения имеет организация методических семинаров и школ, участие врачей в научно-практических конференциях, в различных формах постдипломной профессиональной подготовки специалистов и

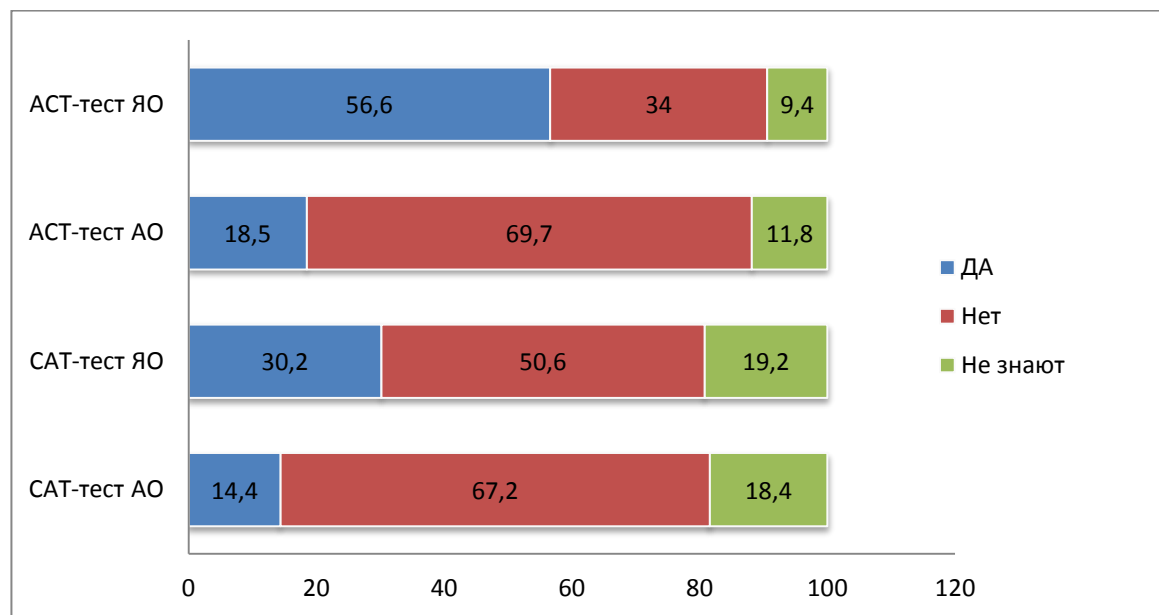


Рис. 2. Сравнительная оценка степени использования специализированных тестов (САТ, АСТ) в практической работе врачей терапевтов участковых в учреждениях здравоохранения Амурской и Ярославской областей (%)

Анализ показывает, что в целом $74,8 \pm 2,0\%$ врачей-терапевтов участковых принимали участие в течение последних трех лет в конференциях, семинарах по проблемам пульмонологии и $32,4 \pm 2,1\%$ - в реализации образовательных программ. Вместе с тем $25,2 \pm 2,0\%$ врачей первичного звена здравоохранения в течение последних трех лет не участвовали в научно-практических конференциях и семинарах по тематике пульмонологии, а $67,6 \pm 2,1\%$ - не принимали участие в образовательных программах для врачей. При этом выявлена статистически значимая ($r=0,7$, при $p < 0,05$) зависимость увеличения доли специалистов, участвующих в реализации программ от уровня профессиональной квалификации.

Эффективность результатов лечебно-профилактической работы в системе оказания первичной медико-санитарной помощи больным пульмонологического профиля в современных условиях зависит от уровня профессиональной подготовки специалистов здравоохранения, но и в немалой степени – от уровня адекватного сотрудничества в лечении врача и пациента. Целью такого сотрудничества является создание пациенту с БА или ХОБЛ условий для контроля собственного состояния под руководством лечащего врача (GINA, 2015). Формой организации такого сотрудничества являются школы для больных бронхиальной астмой и ХОБЛ, образовательные программы для пациентов. Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю “Пульмонология” (приказ МЗ РФ № 916н от 15.11.2012 г.) предусмотрены также правила

организации в учреждениях здравоохранения кабинета школы здоровья “Лечение табачной зависимости”, “Школы для больных бронхиальной астмой”, “Школы для больных хронической обструктивной болезнью легких”.

На вопрос социологической анкеты: «Организованы ли на Вашем участке школы для больных ХОБЛ, астма - школы?» 48,3±2,3% врачей-терапевтов участковых ответили положительно и практически в равной степени одинаково как в учреждениях Амурской (46,7±3,5%) так и Ярославской области (49,4±3,0%). При этом в учреждениях здравоохранения города (Амурская область) эти показатели несколько выше (49,0±4,0%) по сравнению с учреждениями здравоохранения села (43,9±7,1%), но без статистически значимых различий ($t < 2$).

Одним из основных инструментов совершенствования организационно-методических механизмов организации и управления лечебно-профилактическим процессом в системе первичной медико-санитарной помощи населению являются современные информационные технологии. Вместе с тем, как показывают результаты исследования, только 25,0±2,0% врачей-терапевтов участковых положительно ответили на вопрос социологической анкеты: «Используете ли Вы информационные (компьютерные) технологии для диагностики, организации лечеб-

ного процесса и выполнения организационно-методической работы с пациентами пульмонологического профиля?» (26,7±3,1% в Амурской области и 23,8±2,6% - в Ярославской области), $t < 1,0$. При этом в учреждениях здравоохранения города этот показатель в 2 раза больше (30,2±3,7%) по сравнению с учреждениями здравоохранения, расположенными в сельских населенных пунктах (15,2±5,2%) при $t = 2,3$. Примечательно, что среди врачей молодого возраста, имеющих стаж работы до пяти лет, коэффициент использования информационных технологий в 2,5 раза выше, чем специалистов старшего возраста, имеющих стаж работы более 25 лет (соответственно 40,9±3,4% и 16,0±1,8%), $p < 0,05$. (Рис.2).

Системный анализ факторов, оказывающих влияние на организацию и эффективность оказания медицинской помощи больным пульмонологического профиля, позволил разработать и структурировать комплекс организационно-методических механизмов ее оптимизации на уровне первичного звена здравоохранения, состоящих из 20 модулей. Результаты социологического исследования позволили определить степень их приоритетности в качестве организационно-методических механизмов оптимизации медицинской помощи больным пульмонологического профиля. В качестве основных приоритетных организационно-методических механизмов оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи населению врачи - терапевты участковые, работающие в учреждениях

Амурской и Ярославской области (в совокупности) в ходе проведенного социологического исследования в первую очередь включили следующие (Табл.4).

Таблица 4. Ранжирование по степени приоритетности организационно-методических механизмов оптимизации и повышения эффективности пульмонологической помощи (социологическое исследование, %)

№ п/п	Организационно-методические механизмы (модули)	Рейтинг приоритетности (4 и 5 баллов), %
1	Повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей	43,9±2,3
2	Систематическая реализация образовательных программ для врачей	38,7±2,2
3	Обеспечение этапности и преемственности медицинской помощи	35,2±2,2
4	Совершенствование лекарственного обеспечения больных	32,8±2,1
5	Совершенствование стандартов медицинской помощи	32,4±2,1
6	Разработка и внедрение методов ранней диагностики, и массовых профилактических осмотров	32,3±2,1
7	Организация образовательных программ для пациентов	31,3±2,1
8	Внедрение новых технологий диагностики и лечения	31,1±2,1
9	Обеспечение медицинским оборудованием и приборами медицинских учреждений в соответствии со стандартами	30,7±2,1
10	Оптимизация нормы нагрузки врачей на амбулаторном приеме	30,6±2,1

Вместе с тем, «повышение уровня базовой профессиональной подготовки врачей» и «систематическая реализация образовательных программ для врачей» являются абсолютно приоритетными направлениями совершенствования и повышения эффективности пульмонологической помощи населению в оценках врачей-терапевтов участковых. Уровень приоритетности этих направлений в социологических оценках работающих как на территории Амурской области (37,9±3,4% и 32,8±3,3% соответственно), так и на территории Ярославской области

(48,3±3,0% и 43,0±3,0% соответственно) достаточно высок.

Медико-социальная оценка врачей-терапевтов участковых учреждений здравоохранения Ярославской области свидетельствует, что в основном специалисты знают и используют в своей практической деятельности основные регламентирующие документы в области пульмонологии. В частности: приказ МЗ РФ № 916н от 15.11.2012 г. (73,6%), рекомендации GINA (82,3%), рекомендации GOLD (83,4%). 86,4% респондентов принимали участие в течение последних 3 лет в конференциях, семинарах, посвященных вопросам диагно-

стики и лечения БОД. Однако только 38,9% врачей-терапевтов участковых принимали участие в течение последних 3 лет в образовательных программах для врачей по проблемам пульмонологии; 50,6% респондентов отмечают, что у них нет на участке астма-школ и школ по ХОБЛ для пациентов, 69,8% врачей не используют в своей практической деятельности САТ - тест для оценки состояния пациентов с ХОБЛ и 43,4% не используют тесты по контролю над астмой (АСТ - тест) на амбулаторном приеме.

На вопрос социологической анкеты «Обеспечен ли кабинет врача-терапевта участкового нормативно-методическими документами по вопросам организации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации больных пульмонологического профиля?» 59,1±2,2% респондентов ответили положительно. При этом в учреждениях здравоохранения Ярославской области уровень обеспеченности на 20,7% выше (67,9±2,8% положительных ответов) по сравнению с учреждениями здравоохранения Амурской области (47,2±3,5%) при $t = 4,7$. В учреждениях здравоохранения, расположенных в сельских населенных пунктах (Амурская область) уровень обеспеченности и оснащения кабинетов врачей-терапевтов нормативно-методической документацией по профилю «пульмонология» также несколько

выше (54,3±7,3%) по сравнению с учреждениями здравоохранения города (44,9±4,0%). В то же время как кабинеты специалистов высшей квалификационной категории обеспечены нормативно-методическими документами на 23,6% лучше (61,1±4,2%), чем коллег, имеющих II квалификационную категорию (37.5±2,3%), при $t > 2,0$.

Заключение

Таким образом, нормативно-правовое и методическое обеспечение системы организации медицинской помощи больным пульмонологического профиля с использованием информационных ресурсов и методов экспертной оценки респираторного здоровья населения, доступности и качества пульмонологической помощи является важной предпосылкой и одним из главных условий повышения ее эффективности. Целенаправленная работа по совершенствованию организации и оптимизации пульмонологической помощи населению, модернизация управления системой медицинской помощи больным БОД, как показывают результаты исследования, является основой для прогнозирования и достижения позитивных результатов. Результатов деятельности органов управления и учреждений здравоохранения, направленных на повышение качества и эффективности медицинской помощи больным с патологией органов дыхания.

Список литературы

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.
3. [3. Государственная программа Российской Федерации развития здравоохранения](#) // Здравоохранение. – 2013. - №3. - С. 96-126.
4. Медик В.А. Математическая статистика в медицине: уч. пособие / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.
5. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Медицина, 2006. – 528 с.
6. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология": приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н [Электронный ресурс] // Сайт министерства здравоохранения РФ. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/>, свободный.
7. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1047 с.
8. Российский статистический ежегодник: Статистический сборник. Официальное издание Федеральной службы государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс]. – М., 2005 - 2015. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>, свободный.
9. Тарасюк С.Д. Медико-социальная оценка условий оказания пульмонологической помощи и организационно-методических механизмов ее управления в системе первичной медико-санитарной помощи населению / С.Д. Тарасюк, Л.Г. Манаков // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2014. - №51. – С. 54-61.
10. Респираторная медицина: руководство в 2-х т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2007. – 1616 с.
11. Чучалин А.Г. Современная модель врача пульмонолога / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2012. - №4. - С. 5-16.
12. A.G. Chuchalin, N. Khaltayev, N.S. Antonov, D.V. Galkin, L.G. Manakov, P. Antonini, M. Murphy, A.G. Solodovnikov, J. Bousquet, M. HS Pereira, I.V. Demko. Chronic respiratory diseases and risk fac-

tors in 12 regions of the Russian

Federation // International Journal of

COPD 2014:9 963–974.

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

ВОЗ.ЗДВР

ВЕСТНИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ