

Получена: 28 марта 2021 / Принята: 29 мая 2021 / Опубликовано online: 30 июня 2021

DOI 10.34689/SH.2021.23.3.015

УДК 612.17:614.2(574)

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА ПРИМЕРЕ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

**Данияр М. Андосов¹, Кайрат К. Давлетов¹, Алия А. Алишева¹,
Майра Н. Абишева¹, Марат К. Сыздыкбаев²,
Санжар Г. Халелов², Богдан Р. Оразбеков²**

¹ Казахский Национальный университет имени аль-Фараби. г. Алматы, Республика Казахстан;

² НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

В данной статье проводится анализ эффективности результатов Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Казахстане и ее влияние на основные медико-демографические показатели. На примере Павлодарской области рассматриваются результаты реформирования системы оказания медицинской помощи, согласно принципам преемственности и этапности оказания медицинской помощи, при успешном взаимодействии всех звеньев системы здравоохранения. Централизация кардиологической службы Павлодарской области дала возможность производить объективный мониторинг деятельности первичного звена, профилактических осмотров населения и диспансеризации больных с БСК, обеспечение лекарственными препаратами на льготных условиях, информационной работы с населением, деятельности школ здоровья, медицинской амбулаторной реабилитации, мониторинга кадрового обеспечения и оснащения оборудованием. Программа показала эффективность, с точки зрения медицинской и социальной позиций, обеспечила снижение смертности от болезней системы кровообращения, позволяет рассмотреть предпосылки к упущениям на этапе профилактических мероприятий и ранней диагностики болезней системы кровообращения, что позволит произвести объективный анализ деятельности первичного медико-санитарного звена.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, причина смерти, кардиологическая и кардиохирургическая помощь, медико-демографические показатели.

Abstract

LONG-TERM RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE DEVELOPMENT PROGRAM OF CARDIOLOGICAL AND CARDIAC SURGICAL CARE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN ON THE EXAMPLE OF THE PAVLODAR REGION

**Daniyar M. Andossov¹, Kairat K. Davletov¹, Aliya A. Alisheva¹,
Maira N. Abisheva¹, Marat K. Syzdykbayev²,
Sanzhar G. Khalelov², Bogdan R. Orazbekov²**

¹ Kazakh National University named after al-Farabi. Almaty city, Republic of Kazakhstan;

² NCJSC «Semey Medical University», Semey city, Republic of Kazakhstan.

This article analyzes the effectiveness of the program for the development of the results of the program for the development of cardiological and cardiac care in Kazakhstan and its impact on the main medical and demographic indicators. On the example of the Pavlodar region, the results of reforming the system of medical care are considered, according to the principles of continuity and staging of medical care, with the successful interaction of all links of the health care system. The centralization of the cardiological service of Pavlodar region made it possible to carry out objective monitoring of the activities of the primary care, preventive examinations of the population and clinical examination of patients with CDS, provision of medicines on preferential terms, information work with the population, the activities of health schools, medical outpatient rehabilitation, monitoring of staffing and equipment. The program has shown efficiency, from the point of view of medical and social effectiveness, provided a decrease in mortality from diseases of the circulatory system. Allows you to consider the prerequisites for omissions at the stage of preventive measures and early diagnosis of diseases of the circulatory system, which will allow an objective analysis of the activities of primary health care.

Key words: diseases of the circulatory system, cause of death, cardiological and cardiac surgery, medical and demographic indicators.

Түйіндеме

**ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНДА КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ
КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ДАМУЫ БАҒДАРЛАМАСЫН
ЖҮЗЕГЕ АСЫРУЫНЫҢ ҰЗАҚ НӘТИЖЕЛЕРІ**

**Данияр М. Андосов¹, Кайрат К. Давлетов¹, Алия А. Алишева¹,
Майра Н. Абишева¹, Марат К. Сыздықбаев²,
Санжар Г. Халелов², Богдан Р. Оразбеков²**

¹ Өл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы.;

² "Семей медицина университеті" КЕАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Бұл мақалада кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек бағдарламасының эффективтілігін дамыту нәтижелерінің анализі жүргізіледі. Павлодар облысының мысалында денсаулық сақтау жүйесінің барлық буындарының өзара әрекеттесуімен медициналық көмектің сабақтастығы мен кезеңделу принциптеріне сәйкес медициналық көмек жүйесін реформалау нәтижелері қарастырылады. Павлодар облысының кардиологиялық қызметін орталықтандыру алғашқы медициналық-санитарлық көмек қызметін объективті бақылауға, тұрғындарды профилактикалық тексеруден өткізуге және ОДЖ-мен ауыратын науқастарды клиникалық тексеруден өткізуге, дәрі-дәрмектерді жеңілдік шарттарымен қамтамасыз етуге, халықпен ақпараттық жұмыс жүргізуге мүмкіндік берді, денсаулық мектептерінің қызметі, медициналық амбулаториялық оңалту, кадрлар мен жабдықтардың мониторингі. Бағдарлама медициналық-әлеуметтік тиімділік тұрғысынан тиімділікті көрсетті, қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім-жітімнің төмендеуін қамтамасыз етті. алғашқы медициналық-санитарлық көмек қызметін объективті талдауға мүмкіндік беретін қанайналым жүйесі.

Түйінді сөздер: қан айналу жүйесінің аурулары, өлім себептері, кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек, медициналық-демографиялық көрсеткіштер.

Библиографическая ссылка:

Андосов Д.М., Давлетов К.К., Алишева А.А., Абишева М.Н., Сыздықбаев М.К., Халелов С.Г., Оразбеков Б.Р. Отдаленные результаты реализации Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на примере Павлодарской области // Наука и Здоровье. 2021. 3(Т.23). С. 131-138. doi 10.34689/SH.2021.23.3.015

Andossov D.M., Davletov K.K., Alisheva A.A., Abisheva M.N., Syzdykbayev M.K., Khalelov S.G., Orazbekov B.R. Long-term results of the implementation of the development Program of cardiological and cardiac surgical care in the Republic of Kazakhstan on the example of the Pavlodar region// Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]. 2021, (Vol.23) 3, pp. 131-138. doi 10.34689/SH.2021.23.3.015

Андосов Д.М., Давлетов К.К., Алишева А.А., Абишева М.Н., Сыздықбаев М.К., Халелов С.Г., Оразбеков Б.Р. Павлодар облысы бойынша Қазақстан Республикасында кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамыту Бағдарламасын жүзеге асыруының ұзақ нәтижелері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2021. 3 (Т.23). Б. 131-138. doi 10.34689/SH.2021.23.3.015

Введение

Болезни системы кровообращения в течение ряда последних десятилетий занимают первое место в общей структуре причин смертности и инвалидизации населения [4, 5, 8].

В настоящее время технический прогресс в развитых странах идет быстрыми темпами. Возможности кардиоторакальной хирургии отстают от этих достижений и ограничиваются стандартными операциями на открытом сердце. Это связано со стагнацией либо невысоким уровнем развития в образовательной структуре, медленным развитием здравоохранения в отношении стоимости и доступа, а также наличием квалифицированных и опытных кардиологических центров, хирургов компьютерной томографии и бригад [16]. В развивающихся странах существует большой пробел в доступе к сердечно-

сосудистым услугам [15]. Неравномерное распределение или недостаточно обслуживаемые области кардиоторакальной хирургии между странами и внутри стран постепенно улучшаются. Тем не менее, рост миграции из сельских районов в города, а также перемещение населения, вызванное глобальными войнами и климатическими изменениями, препятствуют устранению этого дисбаланса. Двойное бремя болезней в развивающихся странах или странах с низким средним уровнем дохода и странах с формирующейся рыночной экономикой остается препятствием на пути развития более широкого доступа к медицинскому обслуживанию и медицинской помощи, особенно в связи с растущим числом неинфекционных заболеваний и хроническими инфекционными заболеваниями [12]. Развитие болезней системы кровообращения является не только трагедией для

каждого человека, но и приводит к огромному социально-экономическому ущербу за счет значительных расходов на лечение и реабилитацию больных [1, 14].

ВОЗ определяет оптимальный доступ к педиатрической кардиологической помощи в развитой стране как один хирургический центр на 2 миллиона человек, выполняющих 300–500 педиатрических случаев ежегодно [20]. На сегодняшний день не существует глобальной базы данных, которая документировала бы годовое количество хирургических процедур кардиоторакальной хирургии, их результаты, количество обученных и сертифицированных кардиоторакальных хирургов или количество квалифицированных хирургических бригад, центров или центров кардиохирургии. В современном мире доступность кардиохирургии имеется во многих странах [13, 18, 19, 21].

Благодаря принципам преемственности и этапности оказания медицинской помощи, эта цель может быть достигнута при успешном взаимодействии всех звеньев системы здравоохранения. Одной из главных задач реформирования системы оказания медицинской помощи является обеспечение структурной эффективности системы здравоохранения на основе формирования многоуровневой модели сети медицинских организаций с дифференциацией по видам, условиям и формам оказания [6, 8, 10, 11].

Активное развитие высокотехнологичной помощи по данному направлению в Казахстане началось с реализации Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 13 февраля 2007 года № 102 (далее – Программа).

По нашему мнению, сама Программа была одним из немногих масштабных мероприятий, которые действительно сыграли ключевую роль в развитии здравоохранения Казахстана, в рамках которой были выделены значительные финансовые ресурсы. Общие затраты на реализацию Программы составили 25 527 021,0 тыс. тенге, что в пересчете на доллары по курсу на начало 2007 года составило более 200 млн. долларов.

Основными направлениями Программы являлись: внедрение современных технологий диагностики и лечения БСК (болезни системы кровообращения), обеспечение доступности и улучшение качества оказания медицинских услуг, диспансеризация населения, повышение профессионального уровня врачей, формирование у населения здорового образа жизни.

Во всех регионах Казахстана за короткий срок были внедрены интервенционные и кардиохирургические методы лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе современные хирургические технологии в лечении нарушений ритма и проводимости сердца, уникальные операции по установке искусственного левого желудочка при терминальной хронической сердечной недостаточности и многое другое.

Первостепенной целью Программы являлось снижение смертности от болезней системы

кровообращения, важнейшего медико-демографического показателя, характеризующего здоровье населения и оказание медицинской помощи. В задачи Программы входило: развитие и совершенствование организационной структуры кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан, внедрение эффективных методов профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных и инвалидов с болезнями системы кровообращения, подготовка и повышение квалификации специалистов кардиохирургического профиля.

Цель исследования: провести объективный анализ реализации Программы на примере Павлодарской области.

Материалы и методы

Исследование проведено в I квартале 2020 года на основе анализа медицинских статистических данных в динамике за разные периоды наблюдения, но не превышающие десятилетний период с момента начала реализации Программы. В исследовании рассматриваются данные как медико-демографических показателей здоровья населения, так и результаты деятельности кардиологического центра Павлодарской области. Все данные, представленные в рамках исследования, являются официальными и предоставлены Павлодарским филиалом Республиканского центра электронного здравоохранения, Павлодарским областным кардиологическим центром. Также, в статье приведена информация, отражающая наиболее важные этапы развития кардиологической службы Павлодарской области, инфраструктуры, внедрения новых технологий и методов лечения. Дизайн исследования – обсервационное, аналитическое, продольное, ретроспективное. Критерии включения – все население Павлодарской области (область), численностью 757 014 человек на 01.01.2017 г., также в статье в качестве сравнения отражены некоторые данные по Республике Казахстан (РК).

Результаты

Точкой отсчета формирования кардиологической и кардиохирургической службы можно назвать 2008 год, когда в Павлодарской городской больнице №2 в рамках Программы была открыта лаборатория рентген-эндovasкулярной хирургии и отделение кардиохирургии на 20 коек, подготовлена первая команда специалистов, прошедших обучение в ведущих зарубежных центрах.

Первые оперативные вмешательства на сердце проводились приглашенными специалистами в рамках контрактов и мастер-классов. С 2012 года штатные специалисты уже самостоятельно проводили рентген-эндovasкулярные и кардиохирургические вмешательства.

В январе 2013 года начал свою деятельность новый «Региональный кардиохирургический центр г. Павлодар», мощностью в 50 коек. В 2014 году центр переименован в «Павлодарский областной кардиологический центр». В 2015 году произошло объединение центра с городской больницей №2, в результате которой создан кардиологический кластер, увеличилась коечная мощность до 200 коек. В 2016 году

центру присвоен статус координатора кардиологической службы области.

В исследовании рассматриваются данные, касающиеся в основном сердечно-сосудистых заболеваний – ишемической болезни сердца (ИБС),

острого инфаркта миокарда (ОИМ). К сведению, в структуре БСК (болезней системы кровообращения) (I00-I99) так же предусмотрены цереброваскулярные болезни и другие заболевания системы кровообращения (таблица 1).

Таблица 1.

Заболеваемость БСК на 100 тыс. населения за 2010-2016 гг.

(Morbidity of diseases of the circulatory system per 100 thousand population for 2010-2016.)

Год	БСК		ИБС		ОИМ	
	РК	Область	РК	Область	РК	Область
2010	2202,2	2147,7	421,3	442,8	51,3	63,3
2011	2277,1	1734,3	445,6	334,9	53,6	58,3
2012	2454,0	1794,4	507,4	365,1	57,9	61,6
2013	2463,1	1765,5	500,6	327,2	57,5	59,5
2014	2394,7	1805,8	499,4	327,1	62,1	67,4
2015	2429,7	2133,7	470,7	319,3	65,9	61,5
2016	2413,0	2478,0	310,2	276,6	51,0	56,3

Интерпретация заболеваемости является довольно сложной задачей, которая может не отражать реальную картину происходящего. Следует учесть, что рост заболеваемости может свидетельствовать об увеличении объемов диагностики, например введения программы скрининговых осмотров целевых групп населения, а снижение заболеваемости может быть обусловлено повышением качества диагностики, точности регистрации новых случаев, например за счет внедрения новых технологий.

Так, в случае с БСК, мы наблюдаем рост первичной заболеваемости, который объясняется во многом проведением программы профилактических скрининговых медицинских осмотров мужчин и женщин в возрасте 40-70 лет на выявление болезней системы кровообращения, в рамках которой регистрируются в основном случаи с артериальной гипертензией.

Немаловажную роль в приросте заболеваемости БСК играет своевременная диспансеризация населения, поскольку регистрация первичных случаев происходит в момент обращения пациента в

поликлинику по месту прикрепления после выписки из стационара.

Как видно из представленных данных (таблица 2), заболеваемость ИБС в значительной степени снизилась с 2011 года, вследствие внедрения более точных инвазивных интервенционных методов диагностики, золотым стандартом из которых является коронароангиография (КАГ).

Необходимо отметить, что и в случае отсутствия доступа к инвазивным методам исследования, диагностика ИБС является сложным многоэтапным процессом, требующим инструментальных и лабораторных методов исследования, прохождения нагрузочных проб, ввиду непрерывного совершенствования протоколов диагностики и лечения.

Заболеваемость ОИМ имеет некую скачкообразную тенденцию к снижению, однако сохраняется определенный стойкий уровень. Во многом данная ситуация характеризуется фундаментальными критериями, такими как качество жизни населения, развитие системы здравоохранения в целом.

Таблица 2.

Смертность от БСК на 100 тыс. населения за 2011-2018 гг.

(Mortality from diseases of the circulatory system per 100 thousand population in 2011-2018)

Год	БСК		ИБС		ОИМ	
	РК	Область	РК	Область	РК	Область
2011	309,6	431,0	100,3	158,2	н/д	23,1
2012	256,8	344,0	87,2	122,5	18,6	21,7
2013	207,4	287,9	70,8	100,3	16,2	17,6
2014	169,0	261,9	59,7	87,2	14,2	20,4
2015	200,2	248,3	74,0	90,1	13,7	19,0
2016	179,8	216,8	66,0	56,9	12,2	14,1
2017	176,6	223,5	64,6	53,6	11,1	14,0
2018	167,4	189,8	62,0	50,5	10,6	8,5

По данным таблицы отмечается стабильное снижение смертности от БСК, что непосредственно связано с внедрением новых технологий в лечении данных заболеваний. Одним из эффективных путей лечения пациентов с ИБС являются кардиохирургические и интервенционные вмешательства, в том

числе с использованием современных методов реваскуляризации миокарда (таблица 3), таких как стентирование коронарных артерий (стентирование), аортокоронарное шунтирование (АКШ, шунтирование).

Таблица 3.

Количество оказанных услуг по Павлодарской области за 2011-2018 гг.

(The number of services provided in Pavlodar region for 2011-2018).

Год	КАГ	Стентирования	АКШ
2011	1680	310	199
2012	1958	408	217
2013	2214	809	413
2014	2720	842	426
2015	2971	1029	434
2016	3434	1146	533
2017	3178	1280	557
2018	4140	1205	572

Также, наблюдается пропорциональное снижение смертности как в Республике, так и в Павлодарской области ввиду масштаба реализации Программы, открытия более 20 отделений и центров по всей Республике, оказывающих кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению.

Необходимо отметить, что Программа в основном направлена на развитие инфраструктуры на уровне стационарной помощи, тогда как амбулаторно-поликлиническая помощь населению не претерпела значимых изменений, за исключением совершенствования алгоритмов и усиление контроля за социально значимыми заболеваниями.

Из вышеизложенных данных, мы видим, что динамика исследований и вмешательств в ходе реализации программы значительно возросла. С 2013 года с момента открытия кардиологического центра и введения новых мощностей, количество проводимых коронарных стентирований увеличилось на 98,3%, количество аортокоронарных шунтирований на 90,3%. Нарастание объемов вмешательств, наряду с их доступностью, несомненно, повлекло и улучшение основных медико-демографических показателей области.

На данном этапе ежегодно проводится более 3000 коронарографий, 1200 коронарных стентирований и 500 шунтирований, что приближено к международным нормативам. В соответствии с отчетом главного кардиолога республики, согласно международным стандартам, расчет количества коронароангиографий исходит из числа 4000 в год на 1 млн. населения, стентирований – 2000 на 1 млн., аортокоронарных шунтирований – 1000 на 1 млн. населения. Напомним, что население Павлодарской области составило 757 014 человек на 01.01.2017 г.

В ходе нарастания объемов коронарных стентирований, мы наблюдаем снижение количества фармакологических методов реваскуляризации миокарда. Так, количество процедур тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда снизилось с 214 случаев в 2012 г. до – 102 в 2018 г.

В вышестоящей таблице мы рассмотрели лишь наиболее важные виды услуг, влияющих на медицинскую демографию. Вместе с тем, в кардиологическом центре активно развивается

аритмологическая служба, детская кардиология и кардиохирургия, расширяется перечень интервенционных вмешательств.

Касательно количества пролеченных случаев в кардиологическом центре в динамике (таблица 4), наблюдается стабильный прирост объемов оказания медицинской помощи пациентам с БСК до оптимальных значений достигнутых в 2016-2017 гг. со смещением баланса в сторону специализированной медицинской помощи (СМП), при сохраняющемся объеме высокотехнологичных медицинских услуг (ВТМУ).

Таблица 4.

Количество пролеченных случаев в Павлодарском областном кардиологическом центре за 2013-2017 гг.

(The number of treated cases in the Pavlodar Regional Cardiology Center for 2013-2017).

Год	Всего пролечено	в том числе	
		ВТМУ	СМП
2013	1640	1135 (69,2%)	505 (30,8%)
2014	1760	1007 (57,2%)	753 (42,8%)
2015	4364	1159 (26,6%)	3205 (73,4%)
2016	6194	1183 (19,1%)	5011 (80,9%)
2017	5246	1022 (19,5%)	4224 (80,5%)

Данная картина характеризуется ростом потребности СМП у населения, в том числе плановой госпитализацией кардиологических пациентов и увеличением объемов интервенционных вмешательств, что наряду с ростом оказанных услуг, свидетельствует об увеличении доступности кардиологической и кардиохирургической помощи населению. К сведению, процент плановой госпитализации в кардиологическом центре по итогам 2017 года составил – 42,2%, что является достаточно высоким уровнем.

Конечно, основную роль в объемах предоставления медицинской помощи играют вопросы финансирования и оплаты пролеченных случаев, однако следует учесть, что объемы финансирования рассчитываются исходя из потребности населения в медицинских услугах.

Также, рассмотрим госпитальную летальность (таблица 5) в контексте ключевого показателя, отражающего качество стационарной помощи.

Таблица 5.

Госпитальная летальность (%) по Павлодарской области за 2013-2017 гг.

(Hospital mortality (%) in Pavlodar region for 2013-2017).

Год	Летальность от БСК	Летальность от ОИМ	Послеоперационная летальность (на открытом сердце)
2013	2,4	7,7	3,7
2014	2,6	7,4	2,5
2015	2,4	7,4	2,8
2016	2,4	6,8	2,8
2017	2,5	4,8	2,0

Из представленных сведений видно, что летальность от БСК в течении данного периода

остается на прежних значениях, однако следует учесть, что львиная доля данного показателя обеспечивается за счет цереброваскулярных болезней, а именно острого нарушения мозгового кровообращения не относящейся к кардиологическому профилю. Так, в структуре всей госпитальной летальности по Павлодарской области за 2017 г. на долю цереброваскулярных болезней приходится – 64,4% случаев, тогда как процент умерших в стационаре от острого инфаркта миокарда составляет – 7,3%.

За период наблюдения отмечается значимое снижение летальности от ОИМ, послеоперационной летальности при кардиохирургических вмешательствах на открытом сердце. Общеизвестно, что показатель госпитальной летальности не имеет целевого значения, он должен стремиться к нулю. Однако, согласно мировой практике, уровень летальности, не превышающий 1,0%, является приемлемым значением. По имеющимся официальным данным, госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда по области за 2019 год составила – 4,4%, что говорит о необходимости принятия дополнительных мер по совершенствованию стационарного этапа оказания кардиологической помощи. Также, имеются факторы, независимые от стационара, например поздняя обращаемость пациентов с острым инфарктом миокарда, где вследствие развития вторичных осложнений, мероприятия на стационарном этапе являются малоэффективными, о чем свидетельствует наличие досуточной летальности.

Обсуждение результатов

Анализ эффективности программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы, в своей полноте, представляется довольно сложной задачей, требующей детального исследования множества факторов. В настоящем исследовании приведены лишь некоторые основные показатели, так или иначе свидетельствующие о результатах реализации программы.

В целом, с начала реализации программы наблюдается ежегодное снижение смертности от БСК по Павлодарской области пропорционально Республиканским значениям. Внедрение современных технологий диагностики и лечения оказали существенное положительное влияние на уровень смертности от БСК. Так, в период с 2011 по 2018 гг. смертность от БСК снизилась на 55,9% со значений 431,0 на 100 тыс. населения до 189,8, смертность от ИБС снизилась на 68,0% со значений 158,2 до 50,5, смертность от ОИМ снизилась на 63,2% со значений 23,1 до 8,5.

Вместе с тем, мы наблюдаем уверенное повышение объемов оказания медицинской помощи пациентам с БСК, рост количества услуг, пролеченных случаев, снижение отдельных показателей госпитальной и послеоперационной летальности, отдаленно демонстрирующих нам увеличение уровня доступности и качества кардиологической и кардиохирургической помощи населению.

Как известно, повышение осведомленности и восприятия сердечной недостаточности населением

способствует улучшению показателей медицинской помощи [17].

Наряду с этим, по данным отчетов главного кардиолога области, наблюдается недостаточная мотивация населения к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, поздняя обращаемость населения в случаях развития острого коронарного синдрома, что значительно увеличивает риски неблагоприятного исхода, увеличивает время пребывания пациентов в отделениях интенсивной терапии.

Вышеперечисленные проблемы способствуют исключительной важности организационных мероприятий по профилактике, раннему выявлению и адекватному лечению сердечно-сосудистых заболеваний; созданию алгоритмов дифференцированного подхода к оказанию помощи на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах [3].

Важным критерием социальной эффективности программы является первичная инвалидизация населения от острого инфаркта миокарда, однако ввиду сложностей в предоставлении данных от Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по Павлодарской области, уровень инвалидизации не был включен в настоящее исследование.

Следует отметить, что в задачи Программы так же входило внедрение эффективных методов профилактики и ранней диагностики БСК, являющиеся функциями первичного медико-санитарного звена. Как мы обозначили ранее, мы видим явные признаки упущений на данном этапе медицинской помощи, о чем свидетельствует снижение смертности от острого инфаркта миокарда при отсутствии соответствующей динамики заболеваемости. Многие профилактические мероприятия на уровне амбулаторно-поликлинической помощи оцениваются исключительно в количественном эквиваленте, например – процент выполнения плана того или иного мероприятия. Фактически отсутствуют индикаторы качества профилактических мероприятий в цифровом эквиваленте, качество мероприятий можно оценить лишь абстрактно, на местах, в присутствии компетентных специалистов.

Организация таких мероприятий должна быть основана на знании о распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, факторов риска их развития, клинико-социальных характеристиках целевых групп пациентов, на оценке потребности в различных видах лечебно-диагностической помощи [2, 9].

На наш взгляд, было бы целесообразным рассмотреть данные аспекты в последующих более детальных исследованиях, учитывая тот факт, что централизация кардиологической службы Павлодарской области дала возможность производить объективный мониторинг деятельности первичного звена, профилактических осмотров населения и диспансеризации больных с БСК, обеспечение лекарственными препаратами на льготных условиях, информационной работы с населением, деятельности школ здоровья, медицинской амбулаторной реабилитации, мониторинга кадрового обеспечения и оснащения оборудованием.

Выводы

1. В контексте анализа имеющихся данных, а также с точки зрения медицинской и социальной эффективности и учитывая первостепенную цель Программы – снижение смертности от болезней системы кровообращения, данную Программу можно расценивать как эффективную.

2. Учитывая предпосылки к упущениям на этапе профилактических мероприятий и ранней диагностики болезней системы кровообращения, следует произвести объективный анализ деятельности первичного медико-санитарного звена.

Конфликта интересов нет.

Вклад авторов: все авторы внесли равноценный вклад при написании статьи.

Финансирование: При выполнении работы не имелось источников стороннего финансирования.

Конфликт интересов: отсутствует.

Сведения о публикации: результаты данного исследования не были опубликованы ранее в других журналах и не находятся на рассмотрении в других издательствах.

Литература:

1. Андреев Е.А. Избыточная смертность мужчин в рабочих возрастах // Бюллетень «Население и общество» 2001; 35–6.

2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Хирургическая помощь при заболеваниях сердца: некоторые аспекты организации, доступности, эффективности // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006; 5: 4–12.

3. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Заболеваемость и потребность в кардиохирургических методах лечения в аспекте эпидемиологического анализа. // Груд серд сосуд хир 2006; 1: 4–7.

4. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Ботнарь Ю.М. Сердечно-сосудистые заболевания в российской федерации на рубеже веков: смертность, распространенность, факторы риска // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2007; 8 (5): 5–11. DOI:

5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в стратегии улучшения демографической ситуации в России. Социально-значимые болезни в РФ. Москва НЦССХ им. А. Н. Бакулева 2006; 326 с.

6. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

7. Сибурина Т.А., Бадаев Ф.И. Повышение качества и эффективности медицинской помощи в свете современных подходов к управлению. // Менеджер здравоохранения. 2006. №1. С.19–24.

8. Стародубов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Вилков И.М. Социально-экономические проблемы профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний с позиции общественного здоровья // Проблемы территориального здравоохранения. Сб научных трудов ЦНИИОИЗ. Москва 2002; вып 2: 123–9.

9. Шальнова С.А., Баланова Ю.А. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием препаратов и эффективность лечения среди населения РФ // Российский кардиологический журнал 2006; 4: 45–50.

10. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Клиническая практика и здоровье, 2013. №4. С.16–34.

11. Сквирская Г.П. Проблемы и задачи медицинских работников со средним образованием в ходе модернизации системы оказания первичной медицинской помощи // Главная медицинская сестра. - 2013. №7. С. 52 - 76.

12. Bygbjerg I.C. Double Burden of Noncommunicable and Infectious Diseases in Developing Countries <http://science.sciencemag.org/content/337/6101/1499.full> Accessed January 22, 2018.

13. Hannah A. Reichert, BS, CCP and Thomas E. Rath, MPS, CCP Cardiac Surgery in Developing Countries // J Extra Corpor Technol. 2017 Jun; 49(2): 98–106.

14. Heart Disease and Stroke Statistics–2006 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2006; 113: e85–151.

15. Mocumbi A. O. The challenges of cardiac surgery for African children // Cardiovasc J Afr. 2012; 23:165–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

16. Pezzella AT. Global aspects of cardiothoracic surgery with focus on developing countries // Asian Cardiovasc Thorac Surg Ann. 2010; 18:299–310.

17. Remme W., Boccanelli A., Cline Ch., Cohen-Solal A., Dietz R., Hobbs R., Keukelaar K., Lopez Sendon J., Macarie C., McMurray J., Rauch B., Ruzyllo W., Zannad F. Increasing awareness and perception of heart failure in Europe and improving care—rationale and design of the SHAPE Study // Cardiovasc Drugs Ther. 2004 Mar; 18 (2):153–9. doi: 10.1023/B:CARD.0000029033.83282.d0.

18. Unger F. Worldwide survey on cardiac interventions 1995. // CorEuropaeum. 1999; 7:128–146.

19. Vervoot D., Meuris B., Meyns B., Verbrugghe P. Global cardiac surgery: Access to cardiac surgical care around the world Adult: Education: Global Cardiac Surgery 2019. - Vol. 159, Issue 3, P. 987–996.

20. Yacoub M. Establishing pediatric cardiovascular services in the developing world: A wake-up call // Circulation. 2007; 116:1876–8. [PubMed] [Google Scholar]

21. Zilla P., Yacoub M., Zühlke L., Beyersdorf F., Sliwa K., Khubulava G., Bouzid A., Mocumbi A.-O., Velayoudam D., Shetty D., Ofoegbu Ch., Geldenhuys A., Brink J., Scherman J., Toit H., Hosseini S., Zhang H., Luo X.-J., Williams D.F. Global Unmet Needs in Cardiac Surgery // Global Heart. - Volume 13, Issue 4, December 2018, Pages 293–303.

References:

1. Andreev E.A. Izbytochnaya smertnost' muzhchin v rabochikh vozrastakh [Excess mortality of men at working ages]. Byulleten' «Naselenie i obshchestvo» [Bulletin Population and Society]. 2001; 35–6.

2. Bockeria L.A., Stupakov I.N., Samorodskaya I.V. Khirurgicheskaya pomoshch pri zabolevaniyakh serdtsa: nekotorye aspekty organizatsii, dostupnosti, effektivnosti

[Surgical care for heart disease: some aspects of organization, accessibility, efficiency]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Breast and cardiovascular surgery]. 2006; 5: 4-12.

3. Bockeria L.A., Stupakov I.N., Samorodskaya I.V. Zabolevayemost i potrebnost v kardiokhirurgicheskikh metodakh lecheniya v aspekte epidemiologicheskogo analiza [Morbidity and need for cardiac surgery methods of treatment in the aspect of epidemiological analysis]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Breast and cardiovascular surgery]. 2006; 1: 4-7.

4. Bockeria L.A., Stupakov I.N., Samorodskaya I.V., BotnarYu.M. Serdechno-sosudistye zabolevaniya v rossiiskoi federatsii na rubezhe vekov: smertnost, rasprostranennost, faktory riska [Cardiovascular diseases in the Russian Federation at the turn of the century: mortality, prevalence, risk factors]. *Byulleten' Natsional'nogo tsentra serdechno-sosudistoi khirurgii imeni A.N. Bakuleva RAMN* [Bulletin of the National Center for Cardiovascular Surgery named after A.N. Bakuleva RAMS]. 2007; 8 (5): 5-11. DOI:

5. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Znachenie serdechno-sosudistyykh i drugikh neinfektsionnykh zabolevaniy v strategii uluchsheniya demograficheskoi situatsii v Rossii [The importance of cardiovascular and other non-infectious diseases in the strategy of improving the demographic situation in Russia. Socially significant diseases in the Russian Federation]. Moscow NTSSH them. A. N. Bakuleva 2006; 326 p.

6. Polubentseva E.I., Ulumbekova G.E., Saitkulov K.I. *Klinicheskie rekomendatsii i indikator kachestva v sisteme upravleniya kachestvom meditsinskoj pomoschi: metod.*

rekomendatsii [Clinical guidelines and quality indicators in the quality management system of medical care: method. Recommendations]. - M.: GEOTAR-Media, 2007.

7. Siburina T.A., Badaev F.I. *Menedzher zdravookhraneniya* [Healthcare Manager]. 2006. No.1. P.19-24.

8. Starodubov V.I., Stupakov I.N., Samorodskaya I.V., Vilkov I.M. Sotsialno-ekonomicheskie problem profilaktiki i lecheniya serdechno-sosudistyykh zabolevaniy s poziitsii obshchestvennogo zdorovya. Problemy territorialnogo zdravookhraneniya [Socio-economic problems of prevention and treatment of cardiovascular diseases from the perspective of public health]. *Territorial health problems*. Sat scientific works of TsNIIOIZ. [Problems of territorial health care]. Sat scientific works of TsNIIOIZ. Moscow 2002; Issue 2: 123-9.

9. Shalnova S.A., Balanova Yu.A. Arterialnaya gipertoniya: rasprostranennost, osvedomlennost, priem preparatov i effektivnost lecheniya sredi naseleniya RF [Arterial hypertension: prevalence, awareness, drug intake and treatment effectiveness among the population of the Russian Federation]. *RKZH* 2006; 4: 45-50.

10. SharabchievYu.T., Dudina T.V. Dostupnost i kachestvo meditsinskoj pomoschi: slagaemye uspekha [Availability and quality of medical care: components of success]. *Clinical practice and health*, 2013.No. 4.P.16-34.

11. Skvirskaya G.P. Problemy i zadachi meditsinskikh rabotnikov so srednim obrazovaniem v khode modernizatsii sistemy okazaniya pervichnoi meditsinskoj pomoschi [Problems and tasks of medical workers with secondary education in the course of modernization of the primary health care system]. *Main nurse*. 2013. No. 7. P. 52 - 76.

Контактная информация:

Сыздыкбаев Марат Келисович - заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и наркологии НАО «МУС», доктор медицинских наук, «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый адрес: Республика Казахстан, г. Семей, 071400, г. Абая 103,

E-mail: fortunato74@mail.ru

Телефон: 8 777 6334757