

О.Д. Джумагазиева, А.Б. Құмар, Д.С. Мартыкенова, А.К. Изекенова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

АУРУЛАРДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЛАРЫ

Созылмалы аурулардың көпшілігі басқаруға қабілетті. Соңғы жылдарда елімізде барлық медициналық ұйымдарда ауруларды басқару бағдарламасы жүзеге асырылуда. Нәтижесінде созылмалы инфекциялық емес аурулардың өршуінің азаюы, жедел жәрдем шақыру санының азаюы, өлім-жітімді төмендету және бірлескен жауапкершіліктің жоғарылауы күтілуде.

Түйінді сөздер: ауруларды басқару бағдарламасы, созылмалы аурулар, өзін-өзі басқару, индикаторлар

Кіріспе.

Созылмалы аурулардың алдын алу және емдеу созылмалы аурулары бар бір немесе бірнеше науқастарды жалпы жүйелік, құрылымдық пәнаралық тәсілдерді қолдану арқылы ауруды болдырмау немесе емдеуге арналған дәйекті араласу тобынан тұрады. Созылмалы аурулардың алдын алу және емдеудің мақсаты – осындай аурулары бар науқастарды анықтау, пациенттердің өзін-өзі бақылауына ықпал ету және науқастың жағдайына, қажеттілігіне қарай дәлелді медицинадағы ең жақсы деректерге сүйене отырып, асқынуларды болдырмау. Процесті бағалау және нәтижелерді өлшеу барлық қатысушылармен кері байланысты қамтамасыз ету, сондай-ақ бағдарламаны медициналық ұйымға бейімдеу қажет. Америкалық ауруларды басқару қауымдастығының анықтамасына сәйкес, бұл науқастың қатысуы басым болып табылатын қоғамдық денсаулықты қорғауға бағытталған келісілген әрекеттер мен байланыстар жүйесі. Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, 1971 жылы Финляндияның Солтүстік Карелия провинциясында бағдарламаны енгізу нәтижесінде жүректің ишемиялық ауруынан (ЖИА) өлімі 29,9% -ға, қант диабетінен – 2%-ға, созылмалы обструктивті өкпе ауруы (СОӨА) 16,7%-ға, Канадада (2000 ж.ж.) ЖИА өлімі 38,8% -ға, қант диабетінен 15,5% -ға және СОӨА-дан 9%-ға төмендеуіне әкелді. Бүгінгі күні Қазақстан Республикасында 53 алғашқы медико-санитарлық көмек (АМСК) ұйымдарында Ауруларды басқару бағдарламасы (АББ) енгізілді, 6991 науқас бағдарламаға қатысады, оның ішінде Артериялық гипертензиясы бар – 3103 науқас, диабетпен ауыратындар – 2837 және созылмалы жүрек жетіспеушілігі бойынша - 1051 науқас бар [1,2,3].

Ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын созылмалы ауруға шалдыққан науқастың бағыты клиникадағы арнайы мамандардың көмегі арқылы жалпы тәжірибе дәрігеріне немесе учаскелік дәрігерге барудан басталады. Мультидисциплинарлық топтың мүшелері осы бағдарламаға тікелей қатысуы тиіс. Жеке емдеу жоспары науқастармен егжей-тегжейлі талқыланып, өзін-өзі басқару жоспары әзірленеді. Әрбір науқас үшін зертханалық және инструменталды зерттеу нәтижелерін ескере отырып, бақылау карточкасы және жалпы практика дәрігеріне немесе жергілікті дәрігерге бару кестесі жасалады. Сонымен бірге негізгі көрсеткіштердің (қан қысымы, глюкоза, қан липидтері және т.б.) мониторингі дәрігердің қадағалауында болады. Пациенттердің негізгі көрсеткіштерінің мақсатты деңгейіне жетуін анықтайтын индикаторларға ауруды басқаруда маңызды орын берілгенін атап өткен жөн [4,5,6].

Пәнаралық тәсіл – жүйелі ғана емес, сонымен қатар құрылымдық, жоспарлы және ұйымдастырылған болуы тиіс, яғни бұл науқасты арнайы мамандарға немесе басқа медицина маманына жіберетін бір тәжірибелі маманның әдеттегі қызмет аясынан тыс екенін білдіреді. Тиісті үрдістер мен нәтижелерді жүйелі түрде талдау керек [7, 8].

АББ-ны тиімді түрде іске асыру үшін АМСК қызметкерлерін және басқа да бағдарлама қатысушыларын тұрақты түрде оқыту қажет. Пациенттердің созылмалы ауруына сәйкес әрбір тақырып бойынша оқыту бағдарламасын әзірлеу үшін пациенттермен медбикелерді белсенді түрде тарту маңызды [9].

Нәтижелерді, шығынды және пациенттердің қанағаттануын өлшеу әдісі бағдарлама басталғанға дейін анықталуы керек. Бұл шаралар, әдетте, бағдарламаның әсерін өлшеу үшін базалық немесе бақылау тобымен салыстырылады. Пациенттер, дәрігерлер және команданың басқа провайдерлері арасында жүйелі есеп беру және кері байланыс науқастардың өз ауруларын тиімді басқаруына және қажетті медициналық көмекке ие болуын қамтамасыз ету үшін қажет. Бұдан басқа, денсаулық сақтау жүйесіне емделушілерден және денсаулық сақтау мекемелерінен бағдарламаны бағалау үшін кері байланыс қажет [10,11,12,13].

Қант диабеті мен жүрек ауруларын басқару бағдарламасына жүгізілген жүйелі шолу зерттеулердің нәтижелері [14,15,16,17] медициналық көмектің мерзіміне қарамастан, алынған клиникалық нәтижелер соңында әр түрлі болатындығын көрсетеді. Bodenheimer T., et al. 2002, Van der Pol M. et al. 2019, [18,19] ұзақ мерзімді күтім жасауға бағытталған бағдарламалар клиникалық нәтижелерді жақсартады, ауруханаға жатқызу мүмкіндігін азайтады және, тиісінше, шығындардың деңгейін төмендетеді деп болжайды. Сауалнама барысында [20] бағдарламаның арқасында денсаулық сақтауға арналған шығындар азайып, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, демікпе және қант диабеті секілді ауруларға медициналық көмекке жүгінушілер саны қысқарғандығы анықталған. Дегенмен ұзақ мерзімді бағдарламалардың клиникалық нәтижелерге және денсаулық сақтаудағы ресурстарды ұтымды пайдалануға әсері туралы кейбір қайшы пікірлер бар [21, 22].

Ауруларды басқару бағдарламасындағы қант диабетін бағалау индикаторлары бойынша №13 қалалық емханасының көрсеткіштері.

Ауруларды басқару бағдарламасына сәйкес қант диабетінің негізгі көрсеткіштерін бақылау үшін индикаторлар тізімі бекітілді. Бұл көрсеткіштердің нәтижелері ай сайын ескеріледі және науқастың денсаулығына қатысты мақсатты деңгейге қол жеткізу туралы ақпарат береді. Осыған сәйкес медициналық араласу және көмек тиісті деңгейде қамтамасыз етіледі. Мысалға, 1-кестеде Алматы қаласындағы №13 қалалық емханасының АББ индикаторлары келтірілген [23]. Тіркезімді толтыру үшін медбике, әлеуметтік қызметкер немесе медициналық статистика қызметкері пациенттің байқау картасынан деректерді алады және тіркелімді толтыру кезінде алынған деректерге (деректер базасы Excel-да жасалады) сәйкес сапаны, процесті және нәтижелерді өлшеу үшін реестрлер жасалады.

1-кестеден көріп отырғанымыздай, бағдарламаға 199 адам қатысты. Гликирленген гемоглобин (HbA1c) ≤ 7 деңгейіне жеткен қант диабеті бар науқастар 38%, ал HbA1c ≤ 9 болған кезде олар 83% көрсетті. Барлық индикаторлар бойынша мақсатты деңгейге – 100% қол жеткізілді. Дегенмен, дәрігерлер темекі шегуден бас тарту туралы кеңес бергеніне қарамастан, темекі шегудің 10%-ы ғана тоқтатылады. Дене салмағының индексі < 25 (өте жақсы) науқастар -17%, ал ДКК ≥ 30 (семіздік) – 33% құрайды. Шамамен оңтайлы клиникалық бақылау (HbA1c > 7 немесе систолалық артериялық қысым (САҚ) ≥ 140 немесе диастолалық артериялық қысым (ДАҚ) ≥ 90 немесе ТТЛП ≥ 2.5 және HbA1c ≤ 9 , САҚ < 160 , ДАҚ < 100 , тығыздығы төмен липопротеидтер (ТТЛП) < 3.5) – 39% дәрігерлердің бақылауының болмауы, клиникалық нұсқаулардың сақталмауы және олардың денсаулығы үшін пациенттердің жауапкершілігінің жоқтығын көрсетеді.

Кесте 1 – 2016 жылы № 13 қалалық емханада ауруды басқару бағдарламасына қатысатын II типті қант диабеті бар науқастар индикаторларының көрсеткіштері

Индикатор	% мазмұны
Науқастар саны	199
Науқастар саны > 80 лет	1
HbA1c ≤ 7	38%
HbA1c ≤ 9	83%
Соңғы 6 ай ішінде HbA1c жүргізілген талдау	100%
ТТЛП < 1.8 с ССЗ	4%
ТТЛП < 2.5 без ССЗ	0%
ТТЛП < 2.5 жалпы көрсеткіш	21%
ТТЛП соңғы 12 айда	100%
АҚҚ $< 140/90$	92%
Соңғы қабылдау кезінде АҚҚ көрсеткіштері	100%
Соңғы 12 айда өзін-өзі басқаруды қолдауға арналған мақсат	100%
Соңғы 6 айда табанды тексеру	100%
Соңғы 12 айда офтальмологиялық сараптама	100%
Соңғы 12 айда АҚҚ талдау (альбумин-креатинин қатынасы)	100%
Статинді қабылдайтын науқастар	100%
Темекі шегетіндер	10%
Соңғы 12 айда темекі шегу жағдайы анықталды	100%
Соңғы 12 айда шылым шегетіндерге ұсынған темекіден бас тарту туралы кеңес	100%
ДКК < 25 (өте жақсы)	17%
ДКК ≥ 30 (семіздік)	33%
Жақсы клиникалық бақылау (A1c, АҚҚ, ТТЛП)	6%
Шамамен оңтайлы клиникалық бақылау (HbA1c > 7 немесе САҚ ≥ 140 немесе ДАҚ ≥ 90 немесе тығыздығы төмен липопротеидтер (ТТЛП) ≥ 2.5 және HbA1c ≤ 9 , САҚ < 160 , ДАҚ < 100 , ТТЛП < 3.5)	39%
Нашар клиникалық бақылау (HbA1c > 9 ; или СҚҚ ≥ 160 ; или ДҚҚ ≥ 100 ; или ТТЛП ≥ 3.5)	56%
Өте жақсы клиникалық бақылау және науқастың өмір сүру салтын бақылау (HbA1c, АҚҚ, ТТЛП, темекі шегудің болмауы, ДКК < 25)	0%
Жақсы клиникалық бақылау және науқастың өмір сүру салтын бақылау (A1c, АҚҚ, ТТЛП, темекі шегудің болмауы, ДКК < 30)	4%
Кез келген сынақты кешіктірген науқастар	0%

Қорытынды.

Қант диабеті бар науқастардың регистрін жүргізу ауруларды басқару бағдарламасында (АББ) негізгі құралдардың бірі болып табылады, соның арқасында пациенттер дәрі-дәрмектерді тегін алады, кезекте тұрмай қызмет көрсетіледі, медицина қызметкерлерімен үнемі байланыста болады және ең бастысы өз денсаулығын басқаруды үйренеді.

Созылмалы ауруларды емдеудің артықшылықтарының көп болғандығына байланысты, жылдан жылға АББ-ны енгізу үрдістері, әсіресе науқастардың қатысуына көңіл бөлу күшейтілуде. Аурудың дамуын үнемі бағалау үшін, созылмалы аурулар жиі бақылауды қажет етеді.

Созылмалы ауруларды тиімді басқаруды қамтамасыз ету үшін, клиникалық хаттамаға сәйкес пациенттерді емдеу стратегиясын одан әрі анықтау, жоспарлау жүйесін жетілдіру және тиісті ауруды бақылауды ұйымдастыру қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Программы управления заболеваниями (ПУЗ) как метод борьбы с НИЗ. Международный опыт и результаты пилотного внедрения в регионах РК. Основные инструменты ПУЗ. Министерство здравоохранения РК. – Астана: 2018.
- 2 Актаева Л.М., Гаркалов К.А. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации. – Астана: 2013. – 37 с.
- 3 Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП. РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». – Астана: 2016. – 48 с.
- 4 Peytremann-Bridevaux I., Burnand B. Disease management: a proposal for a new definition // Int J Integr Care. – 2009. - №9. – P. 16-24.
- 5 Centers for Disease Control and Prevention. Chronic diseases and health promotion. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2010. URL: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm#ref1>. Accessed June 12, 2012.
- 6 Wagner E.H., Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action // Health Aff. – Millwood: 2001. - №20(6). – P. 64–78.
- 7 Schillinger D., Handley M., Wang F., Hammer H. Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial // Diabetes Care. – 2009. - №32(4). – P. 559–566.
- 8 DMAA: The Care Continuum Alliance. DMAA definition of disease management. 2009. URL: http://www.dmaa.org/dm_definition.asp.
- 9 Gogovor A, Savoie M, Moride Y, Krelbaum M, Montague T. Contemporary disease management in Quebec // Healthcare Quarterly. – 2008. - №11(1). – P. 30–37.
- 10 Short, A., G. Mays, and J. Mittler “Disease Management: A Leap of Faith to Lower-Cost, Higher-Quality Health Care”. - Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2006. - №69. – 267 p.
- 11 The Cost Savings of Disease Management Programs: Report on a Study of Health Plans. - Washington, DC: AAHP/HIAA, 2003. – 197 p.
- 12 Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action. – Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention, 2003. – 397 p.
- 13 Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. URL: <http://www.euro.who.int/features/2006/featurencd06/TopPage>
- 14 Chin M.H. et al. Improving diabetes care in midwest community health centers with the health disparities collaborative // Diabetes Care. – 2004. - №27. – P. 2–8.
- 15 McAlister F.A. et al. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure // American Journal of Medicine. – 2001. - №110. – P. 378–384.
- 16 A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHLUX/sum/20041125_24
- 17 Sperl-Hillen J.M. et al. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? // Joint Committee Journal of Quality and Safety. – 2004. - №30. – P. 303–309.
- 18 Vargas R.B. et al. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? // Journal of General Internal Medicine. – 2007. - №22. – P. 215–222.
- 19 Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2 // Journal of the American Medical Association. – 2002. - №288. – P. 1909–1914.
- 20 Van der Pol M., Olajide D., Dusheiko M., Elliott R., Guthrie B., Jorm L., Leyland A.H. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis // BMC Fam Pract. – 2019. - №20(1). – P. 32–38.
- 21 Solberg L.I., Crain A.L., Sperl-Hillen J.M. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study // Annals of Family Medicine. – 2006. - №4. – P. 310–316.
- 22 Philbin E.F. et al. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure // American Journal of Medicine. – 2000. - №109. – P. 443–449.
- 23 Velasco-Garrido M., Busse R., Hisashige A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report. URL: <http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/>
- 24 Индикаторы ПУЗ городской поликлиники №13 г. – Алматы.

О.Д. Джумагазиева, А.Б. Кумар, Д.С. Мартыкенова, А.К. Изекенова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ В ПРОГРАММЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Резюме: Большинство хронических заболеваний являются управляемыми. В стране сейчас уже во всех медицинских организациях внедрена программа управления заболеваниями. В результате, которой ожидается снижение числа обострений хронических неинфекционных заболеваний, числа вызовов скорой помощи, снижение смертности и повышение солидарной ответственности.

Ключевые слова: ПУЗ, хронические заболевания, самоменеджмент, индикаторы

O.D. Jumagaziyeva, A.B. Kumar, D.S. Martykenova, A.K. Izenkova
Asfendiyarov Kazakh National medical university

ASSESSMENT INDICATORS IN THE DISEASE MANAGEMENT PROGRAM

Resume: Most chronic diseases are manageable. In the country, a disease management program has already been introduced in all medical organizations. As a result, which is expected to decrease the number of exacerbations of chronic non-infectious diseases, the number of emergency calls, mortality reduction and increase joint responsibility.

Keywords: DMP, chronic diseases, self-management, indicators