УДК 614.2:616.12(574.13)

Г.Р.Жакиева, Н.З.Ибрагимова, Э.Б. Нурбаулина, З.Б. Молдашева, М.К. Назарбаева
НАО, Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова г. Актобе,
кафедра общей врачебной практики №2

ОЦЕНКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №1 г. АКТОБЕ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ежегодно наблюдается рост числа больных с хроническими заболеваниями, которые приводят к тяжелым осложнениям с потерей трудоспособности и необходимостью длительного затратного лечения. В связи необходимостью серьезных преобразований в вопросах профилактики и борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями в Республике Казахстан (РК) осуществляется внедрение программы управления заболеваниями.
Цель исследования: Оценка предварительных результатов внедрения программы управления заболеваниями (ПУЗ) в городской поликлинике №1 г. Актобе.
Материалы и методы: Проведен ретроспективный сравнительный анализ амбулаторных карт пациентов, задействанных в ПУЗ в городской поликлинике (ГП) №1 с заболеваниями: артериальной гипертензией 2 стадии (АГ) – 2008; сахарным диабетом 2 типа (СД) - 501; хронической сердечной недостаточностью (ХСН) - 49.
В данной работе представлены первичные результаты внедрения Программы управления заболеваниями в городской поликлинике №1 г. Актобе
Результаты и обсуждение: В результате внедрения данного проекта у пациентов стабилизировались показатели уровня артериального давления, сформированы навыки его контроля и регулярности приема гипотензивных и сахарснижающих препаратов. В процессе мониторинга отмечается положительная динамика в отношении снижения обострений, развития осложнений данных заболеваний, а также таких показателей как: достижение целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) с 27% до 58%; снижение массы тела от 17% до 34%, уровня артериального давления – с 49% до 90%.
Выводы: Программа управления заболеванием дало положительный результат в показателях снижения числа осложнений заболеваний и возможной смертности, снижении потребности в стационарной и скорой медицинской помощи, а также уменьшению нагрузки на первичную медико – санитарную помощь.
Ключевые слова: *хронические неинфекционные заболевания, программа управления заболеваниями, артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность*

Введение

В современном мире хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) остаются глобальной проблемой, являясь ведущими причинами высокой преждевременной смертности и инвалидизации населения развитых стран.

Согласно оценкам ВОЗ, 36 миллионов смертей, или 63% из 57 миллионов смертей были вызваны неинфекционными заболеваниями, включающими, в основном, сердечно - сосудистую патологию (48%) и сахарный диабет (3,5%) [1]

По предварительным данным Комитета по статистике РК, в 2016 году смертность от сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) составила 179,8 на 100 тыс. населения, против 193,8 в 2015 году. При этом показатель смертности от ССЗ выше среднереспубликанского отмечается в Карагандинской (330,7), Акмолинской (269,3), Северо-Казахстанской (250,4), Западно-Казахстанской (217,6), Павлодарской (216,8) и Восточно-Казахстанской (199,5) областях [2].

На современном этапе усилия многих стран направлены на борьбу с растущей заболеваемостью и смертностью от хронических неинфекционных заболеваний, что является одной из важных составляющих политики управления здоровьем населения [3].

Исследования, связанные с внедрением в первичное звено медицинского обслуживания населения программ для более эффективного контроля за хроническими неинфекционными заболеваниями, проводились во всем мире.

Анализ проведенный John P.Allegrante с соавторами включал ряд рандомизированных контролируемых испытаний вмешательств по самоконтролю при хронических заболеваниях, содержащихся в 10 Кокрановских систематических обзорах, и предоставил дополнительные доказательства, демонстрирующие, что самоуправление может улучшить качество жизни и уменьшить использование лекарственных препаратов [4].

Американская кардиологическая ассоциация одобрила самостоятельное ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как эффективное средство управления состоянием и улучшения результатов, включая пациентов с ишемической болезнью сердца, гипертонией и сердечной недостаточностью [5].

Вмешательство, основанное на модели хронической помощи, помогло улучшить качество поведения, клинические результаты и качество жизни пациентов с диабетом 2 типа в Китае в краткосрочной перспективе [6].

Рандомизированное контролируемое исследование Aline Ramond-Roquin с соавторами 2019г. по интеграции услуг по профилактике и лечению хронических заболеваний (PR1MaC) в практику первичной медицинской помощи проводилось в восьми учреждениях первичной медико-санитарной помощи в регионе Сагеней, Квебек, (Канада) и было признано эффективным. Данное исследование, ориентированное на пациента, включало поддержку самоуправления и мотивационный подход. Полученные положительные эффекты были сгруппированы в шесть основных тем: осведомленность, улучшение знаний, улучшение мотивации и расширения прав и возможностей, принятие здорового образа жизни, улучшение состояния здоровья и улучшение качества жизни [7].

Такие же исследования (Martin Fortin с соавторами, Канада, 2019) с участием междисциплинарных групп в ПУЗ показало эффективность интеграции медицинской помощи при ХНИЗ и выделили положительные результаты их в виде улучшения осведомленности пациентов, повышения мотивации и расширения прав и возможностей, улучшения состояния здоровья и качества жизни [8].

В тоже время остаются открытыми вопросы разработки новых механизмов, подходов к профилактике заболеваний и укреплению здоровья на индивидуальном уровне. В 2013 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения принят Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2013–2020 гг., направленный на совершенствование деятельности систем здравоохранения в области профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями [9].

В настоящее время перед системой здравоохранения Казахстана стоит задача продлить продолжительность жизни населения, оказать качественную помощь и сохранить трудоспособность граждан.

В связи с приоритетным направлением Госпрограммы развития здравоохранения "Денсаулык" на 2016-2019 годы – программа управления заболеванием (ПУЗ), являясь ведущим проектом, начинает внедряться в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в РК [10].

Основная роль в этом отведена первичному медико-санитарному звену системы здравоохранения. Используя лучшие практики, апробированные в других странах, в нашей стране начат этап внедрения программ управления заболеваниями.

По данным Sarah Dineen-GriffinID, Victoria Garcia-Cardenas и др. специалисты в области первичной медико-санитарной помощи имеют все возможности для поддержки самоконтроля пациентов в структурированном виде на основе фактических данных [5].

Данные авторы провели систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований в PubMed, Scopus и Web of Science, оценивающих вмешательства поддержки самоуправления. Проведенные исследования оценивали эффективность индивидуальных вмешательств с последующим наблюдением взрослых пациентов с любым состоянием первичной помощи по сравнению с обычным стандартом лечения.

Позитивные результаты включали улучшение клинических показателей, связанное со здоровьем качество жизни, самоэффективность (уверенность в себе, управление), знание болезней или контроль

Предложенные программы управления заболеванием могут обучать и помогать людям в принятии и поддержании долгосрочных изменений в поведении в отношении здоровья, в их усилиях по предотвращению дальнейшего прогрессирования заболеваний и улучшению качества жизни.

Программа управления неинфекционными заболеваниями (ПУЗ) - новый системный подход, максимально обеспечивающий реализацию функциональных возможностей самого пациента, улучшения качества жизни лиц с хроническими заболеваниями путем предотвращения или минимизации последствий заболевания с помощью интегрированной помощи [11].

Актуальность внедрения ПУЗ, обусловлена сформулированными в Государственных программах развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» и «Денсаулық» - задачах по усилению профилактической направленности национального здравоохранения, повышению солидарной ответственности за здоровье и формирования здоровых поколений [12].

ПУЗ, внедряемая в стране, органически вписывается в существующую систему диспансерного наблюдения, систему амбулаторного лекарственного обеспечения, в ПМСП [13].

Согласно определению Американской ассоциации управления болезнью (DMAA), Disease Management – это структурированная система скоординированных вмешательств и коммуникаций в целях охраны здоровья населения, при которых усилия самого пациента по охране здоровья являются существенными [14].

Программа включает поддержку взаимодействия между врачом и пациентом с целью совместного планирования индивидуальной стратегии управления болезнью.

Большой акцент направлен на предотвращение обострений и осложнений хронических заболеваний, предполагающие полноценное участие пациента в процессе получения медицинской помощи.

Характерная особенность программы заключается в создании условий, и в обучении пациентов быть более компетентными в управлении своим поведением и болезнью, способствовать развитию солидарной ответственности пациента и медицинской организации за состояние здоровья конкретного человека.

В основе профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями лежат комплексные меры, направленные на предупреждение их развития и прогрессирования посредством формирования здорового образа жизни, коррекции провоцирующих факторов риска, улучшения качества жизни населения, увеличения численности трудовых ресурсов и экономического потенциала страны. Формирование ответственного отношения к своему здоровью, ведение здорового образа жизни, коррекция и регулярный контроль факторов риска неинфекционных заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях – важнейшие направления государственной политики РК в области охраны здоровья и важнейшие задачи профессиональной деятельности медицинских организаций. Для увеличения продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья, необходимо сделать каждого гражданина активным участником сохранения собственного здоровья, обеспечить доступность знаний о состоянии здоровья, мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний. Для достижения поставленных целей необходимо совершенствовать профессиональную подготовку врачей всех специальностей в области профилактики неинфекционных заболеваний, форм и методов профилактической работы с населением [15].

В 2013 году был разработан пилотный проект по внедрению ПУЗ в двух городах: Павлодар и Петропавловск. Основными заболеваниями, на которые была направлена Программа: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет. С 2016 года были привлечены дополнительно 5 пилотных организаций из Алматы, Астаны, Уральска, Костаная и Карагандинской области.

На сегодняшний день Программа управления неинфекционными заболеваниями внедрена в 53 организациях регионов Казахстана. По состоянию на 1 февраля 2018 года количество пациентов, участвующих в ПУЗ составило около 7 тысяч человек [10].

В рамках пилотного проекта были определены основные критерии оценки внедрения ПУЗ на уровне медицинских организаций, региона через систему индикаторов эффективности внедрения ПУЗ по трем нозологиям (артериальная гипертензия 2-й стадии, сахарный диабет 2-го типа и хроническая сердечная недостаточность) [10].

За период реализации проекта у пациентов с хроническими заболеваниями в стране была отмечена положительная динамика. Так, по итогам прошлого года доля пациентов достигших целевого уровня АД (140/90) выросла до 62,7%, снизилась до 14,5% доля госпитализированных с ХСН. Контрольного уровня анализов (гликолизированного гемоглобина с 30% до 47%) достигла половина пациентов с сахарным диабетом [10].

Цель исследования

Оценка предварительных результатов внедрения программы управления заболеваниями (ПУЗ) в городской поликлинике №1г. Актобе.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный описательный сравнительный анализ амбулаторных карт пациентов, задействанных в рамках программы ПУЗ в городской поликлинике (ГП) №1 с заболеваниями: артериальной гипертензией 2 стадии (АГ); сахарным диабетом 2 типа (СД); хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с первого визита и через 12 месяцев в 2019 году. Критериями включения в исследование были амбулаторные карты пациентов без сопутствующей патологии, с давностью заболевания более 5-10 лет.

В №1 поликлинике на «Д» учете на конец 2019 года состояло:

- с артериальной гипертензией (6103); из них женщин – 4089 (67%), мужчин – 2014 (33%). Средний возраст составил ± 59,7лет.
- с сахарным диабетом II типа (1363) больных; из них женщин – 861 (63%), мужчин – 502(37%). Средний возраст составил ±60,8 лет
- с хронической сердечной недостаточностью (139); из них женщин – 49 (35%), мужчин – 90 (65%). Средний возраст составил ± 62,2 лет

Амбулаторные карты были разделены по 3 группы больных:

- в 1 группу вошли больные с АГ задействованные в ПУЗ;
- в 2 группу вошли больные с СД задействованные в ПУЗ;
- в 3 группу вошли больные с ХСН задействованные в ПУЗ.

В первой группе - было с АГ 2008 (35%), во второй группе - СД-501 (37%), в 3 группе - с ХСН-49 (35%) больных (таблица 1).

Таблица 1 - Количественная характеристика пациентов, вошедших в исследование

Заболевания	**Состоящие на «Д» учете**	**Охвачены ПУЗ**	**Не охваченные ПУЗ (кол-во и %)**
АГ	6103	2008 - 35%	4095 – 65%
СД	1363	501 - 37%	862 – 63%
ХСН	139	49 - 35%	90 – 65%

При анализе амбулаторных карт пациентов задействованных в программе ПУЗ выяснено следующее:

- Среди пациентов первой группы с АГ – из 2008 пациентов: женщин – 1345 (67%) – средний возраст 60 – 63; мужчин – 663 (33%) – средний возраст ± 59,7лет;
- У пациентов второй группы с СД – из 501 пациентов: женщин – 316 (63%), мужчин – 185 (37%) – средний возраст ±60,8 лет;
- У пациентов третьей группы с ХСН – из 49 пациентов: женщин – 17 (35%) – средний возраст 62 – 69; мужчин – 32 (65%) – средний возраст ± 62,2 лет;

Участковые врачи выявляли больных СД, АГ и ХСН, их основные факторы риска, совместно с врачом ЗОЖ разрабатывали индивидуальную программу по снижению имеющихся факторов риска, проводили разъяснительную работу среди пациентов о программе управления заболеваниями.

Согласно паспорту программы управления заболеванием, каждому больному с хронической сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией и сахарным диабетом оформлялись регистры, карты наблюдения за пациентом, индивидуальный план медицинского ухода за больным.

Работали согласно индикаторам качества ведения программы управления артериальной гипертензией, сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью.

В рамках данной программы ведения управления заболеваниями в поликлинике проводились лабораторные исследования и инструментальное обследование пациентов.

Больным с сахарным диабетом проводились исследования на липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), гликированный гемоглобин, соотношение альбумина-креатинин (САК), приверженность приему сахарснижающих препаратов и правильному питанию и достаточной физической нагрузке, индекс массы тела, также осматривали глазное дно, определяли наличие ретинопатии, периферической полинейропатии и дефектов нижней конечности. Пациентам с хронической сердечной недостаточностью проводили электрокардиограмму (ЭКГ), ЭХО-кардиографию, определяли индекс массы тела, частоту сердечных сокращении (ЧСС), фракцию выброса, креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), тест 6-минутной ходьбы, приверженность приему бета - блокаторов, ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ), антогониста альдостерона.

Больным с артериальной гипертензией проводили контроль артериального давления (систолическое и диастолическое артериальное давление), снимали электрокардиограмму, определяли уровень креатинина, липопротеидов низкой плотности, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), определяли индекс массы тела (ИМТ). Кроме того определяли статус курения, злоупотребления алкоголем, показатель самоменеджемента, частота приверженности к приему статинов и правильному питанию и достаточной физической нагрузке. Проводили анализ частоты возникновения новых случаев инсульта и инфаркта миокарда.

Со всеми пациентами были заключены информированные добровольные соглашения на участие в программе, всем были выданы дневники самоконтроля.
Проводили мониторинг приверженности пациента рекомендациям и ведению дневника самоконтроля.
В рамках соглашения, были созданы мультидисциплинарные команды. Они находились в постоянном контакте с участником ПУЗ, обеспечивали динамическое наблюдение за пациентом.
При поликлинике в школах здоровья (АГ, СД, ХСН) пациентов обучали принципам оказания самопомощи, правильному отношению к собственному здоровью, обеспечивали информационным материалом по самообразованию и здоровому образу жизни.
Информированный пациент вел дневник самоконтроля, контролировал факторы, влияющие на его здоровье, при этом менялось его поведение, повышалась ответственность за собственное здоровье.

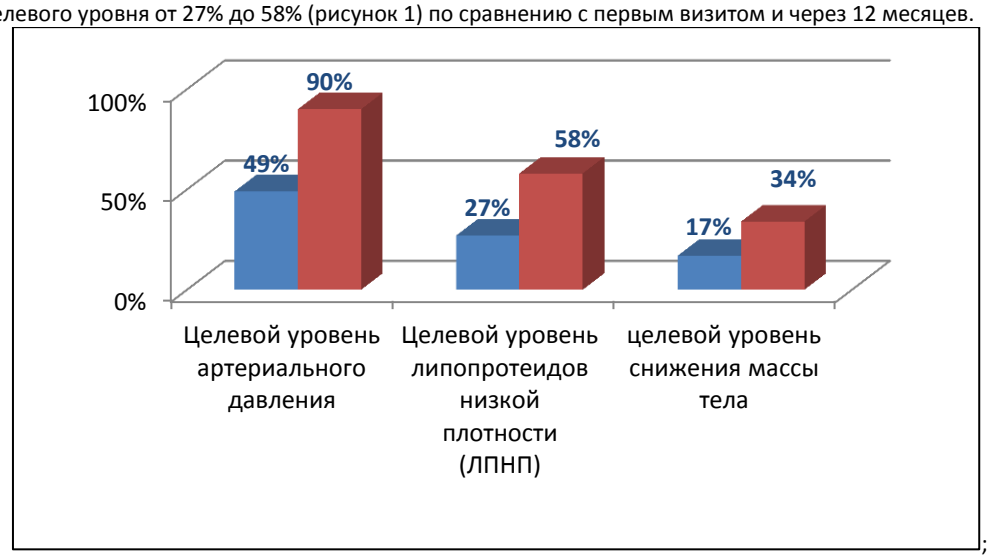
Результаты и обсуждения

Нами выявлено, что в результате реализации данного проекта у многих пациентов улучшились показатели уровня артериального давления, были сформированы навыки его контроля и регулярности приема гипотензивных и сахарснижающих препаратов.
В процессе мониторинга отмечается положительная динамика в отношении снижения обострений, развития осложнений данных заболеваний.
При анализе данных по АГ пациентов задействанных в ПУЗ получены следующие результаты: при сравнении показателя достижения целевого уровня систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и показателей креатинина и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) отмечалась достоверное снижение на уровне $p < 0,5000$ (таблица 2).

Таблица 2 - Критерии целевого уровня показателей пациентов с АГ задействанных в ПУЗ в сравнении первого визита и через 12 месяцев

Перем.	U критерий Манна-Уитни (АГ бд) По перем. группа Отмеченные критерии значимы на уровне p <,05000						
	Сум.ранг первый визит	Сум.ранг 12мес	U	Z	p-уров.	Z скорр.	p-уров.
ИМТ (автоматически)	1016235	648165,0	373824,0	-1,61541	0,106222	-1,61542	0,106220
САД	1115742	590886,5	348330,5	4,70121	0,000003	5,21587	0,000000
ДАД	1068051	638577,0	396021,0	0,40753	0,683619	0,47446	0,635176
Уровень ЛПНП	672248	452002,0	266798,0	-0,33518	0,737489	-0,33522	0,737457
Креатинин (мкмоль/л)	650706	491610,0	242550,0	-3,84279	0,000122	-3,84287	0,000122
СКФ (по CKD-EPI, мл/мин/1,73м2)	696562	423194,5	239273,5	3,70565	0,000211	3,70646	0,000210

Доля госпитализации по поводу инсульта по сравнению с первым визитом и через 12 месяцев снизилась от 5 случаев (0,4%) до 1 (0,1%); по поводу инфаркта миокарда снизилось от 6 случаев (0,5%) до отсутствия госпитализации по данной патологии.
При мониторинге достижений целевого уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в первой группе с АГ отмечается достижение целевого уровня от 27% до 58% (рисунок 1) по сравнению с первым визитом и через 12 месяцев.



;

Рисунок 1 - Достижение целевых уровней показателей ЛПНП

Анализ данных пациентов с сахарным диабетом (СД), показал следующие результаты: как видно из таблицы 3 показатели ИМТ, креатинина, СКФ, гликированного гемоглобина достоверно снизились на уровне р <0,5000.

Таблица 3 - Критерии целевого уровня показателей пациентов с СД задействанных в ПУЗ в сравнении первого визита и через 12 месяцев

Перем.	U критерий Манна-Уитни (СД бд) По перем. группа Отмеченные критерии значимы на уровне р <,05000						
	Сум.ранг первый визит	Сум.ранг 12мес	U	Z	р-уров.	Z скорр.	р-уров.
ИМТ (автоматически)	75939,50	34275,50	17628,50	-3,20842	0,001335	-3,20846	0,001335
САД	81374,50	30726,50	21948,50	0,41773	0,676147	0,45622	0,648231
ДАД	79264,00	32837,00	20953,00	-1,16431	0,244299	-1,38731	0,165348
уровень ЛПНП	48725,50	19539,50	13544,50	0,66861	0,503748	0,66873	0,503669
Креатинин (мкмоль/л)	48163,50	25372,50	11848,50	-3,51702	0,000436	-3,51711	0,000436
СКФ (по CKD-EPI, мл/мин/1,73м2)	53564,00	18067,00	11851,00	3,06670	0,002165	3,06757	0,002158
Гликированный гемоглобин	41400,50	19325,50	10524,50	-2,20777	0,027261	-2,20798	0,027246

Показатели гликированного гемоглобина снизились с 91,6% до 88,6%; Приверженность приема статинов возросло с 51,4% до 59,3%. Снизилась частота развития диабетической ретинопатии от 17,1% до 10,5%. Доля частоты случаев инсульта и инфаркта снизилась от 0,5% до 0 при сравнении первого визита и через 12 месяцев. У пациентов сахарным диабетом в динамике отмечается улучшение по приверженности к правильному питанию и достаточной физической нагрузке при ИМТ > 25 с 81,8% до 83%

Доля новых госпитализаций по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности снизилась с 30 до 18%, из – за кризовых состояний с артериальной гипертензией с 40% до 21,7%, с обострением сахарного диабета - от 25% до 17% по сравнению с первым визитом и через 12 месяцев.

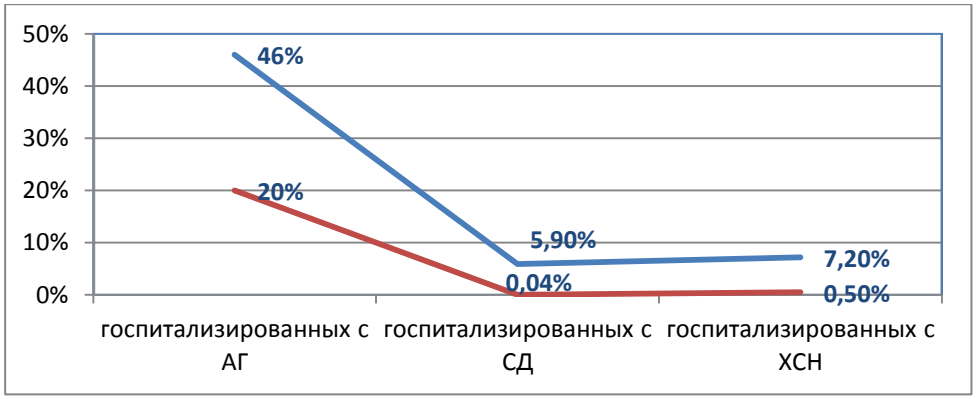


Рисунок 2 - Динамика экстренных госпитализаций пациентов, задействованных в ПУЗ

У пациентов первой группы с СД экстренно госпитализированных по поводу инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения снизились с 1,7% на - 0,04%. по сравнению с первым визитом и через 12 месяцев.

У пациентов с ХСН из первой группы – снижение госпитализаций с 2,6% на – 0,5% по сравнению с первым визитом и через 12 месяцев.

У пациентов с ХСН показатель приверженности к правильному питанию и достаточной физической нагрузке при ИМТ>25 возросло от 57% до 94%.

При анализе данных амбулаторных карт замечено, что возрастные и половые различия дали следующую картину приверженности к лечению и контроль над своим здоровьем. Наибольшая приверженность к выполнению всех рекомендаций ПУЗ отмечается у женщин с АГ в возрасте 61,7, по сравнению с мужчинами, с СД 2 типа у женщин в возрасте 49 – 51 лет. У пациентов с ХСН особых различий в приверженности в возрастном и половом аспекте не отмечалось.

Заключение

Программа только внедряется в Республике Казахстан и дает заметные положительные результаты. Нами наблюдаемые изменение поведения, приверженность к лечебным и профилактическим мерам, контроль и самоконтроль заболевания ожидаемо могут привести к значительному улучшению показателей здоровья населения.

Внедрение же программ управления заболеванием способствует улучшению показателей, но требует усилий не только пациента, но и всей системы здравоохранения.

Для успешной реализации данной программы необходимо активное участие всех специалистов ПМСП, повышение их статуса, функциональных обязанностей, улучшение взаимодействия между врачами первого контакта (участковая служба) и специалистами.

В целом, вмешательство программы оказало положительное влияние на пациентов и членов их семей. Вмешательство повысило осведомленность и знания, а также улучшило мотивацию и расширение прав и возможностей. Это способствовало принятию здорового поведения, улучшению состояния здоровья и улучшению качества жизни.

Таким образом, внедрение Программы управления заболеваниями (ПУЗ) позволяет по-новому взглянуть на взаимодействие пациента и медицинской организации, их роли и ответственности в реализации данной программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абирова Ж.М., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Байсугурова В.Ю. Научно-обоснованные подходы к развитию концепции управления здоровьем в современных условиях// Вестник КАЗНМУ. – 2014. –4(2). – С.110–112.

2 Толеу Е.Т., Каусова Г.К. Организационные технологии в управлении сердечно-сосудистыми заболеваниями //Вестник КазНМУ. –2017. – 4. – С. 303–305.

3 Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Версия от 13.03.2013)

4 John P.Allegrante, Martin T.Wells, and Janey C.Peterson. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. Annu Rev Public Health. 2019 Apr 1;40:127-146. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044008.Epub 2019 Jan 2.

5 Sarah Dineen-GriffinID, Victoria Garcia-Cardenas, Kylie WilliamsID, Shalom I. Benrimoj Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice PLOS ONE | https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116 August 1, 2019 1 - 29

6 Jing-Xia Kong, Lin Zhu , Hong-Mei Wang , Ying Li, An-Ying Guo, Chao Gao, Yan-Yao Miao, Ting Wang, Xiao-Yang Lu, Hong-Hong Zhu, and Donald L. Patrick Effectiveness of the Chronic Care Model in Type 2 Diabetes Management in a Community Health Service Center in China: A Group Randomized Experimental Study Hindawi Journal of Diabetes Research Volume 2019, Article ID 6516581, 12 pages https://doi.org/10.1155/2019/6516581 1-12

7 Aline Ramond-Roquin MD PhD, Maud-Christine Chouinard RN PhD, Bayero Boubacar Diallo PhD, Tarek Bouhali MD MSc, Sylvie Provost MD MSc, Martin Fortin MD MSc, Programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques en soins primaires Synthèse réaliste de 6 programmes au Québec. Résumé Objectif Cerner les mécanismes associés à la réussite et à l'échec des Can Fam Physician. 2019. – Aug; –65(8) –C. 559–566

8 Martin Fortin, Maud-Christine Chouinard, Bayero Boubacar Diallo and Tarek Bouhali Integration of chronic disease prevention and management services into primary care (PR1MaC): findings from an embedded qualitative study. BMC Family Practice. –2019. – 20:7 https://doi.org/10.1186/s12875-018-0898-z

9 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020/World Health Organization: –2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/hadle/ 10665/ 94384/ 9789241 506236-pdf

10 Приказ МЗ РК № 461 от 27.07.2018 Развитие ПМСП на 2018-2022 годы http://www.rcrz.kz/

11 Актаева Л.М., Гаркалов К.А. и др. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации//– Астана. – 2013. – 20

12 Gosudarstvennaja programma razvitija zdravoohranenija «Densaulyq» na 2016-2020 gody. [The state program of health development "Densaulyk" for 2016-2020]. https://www.enbek.gov. kz/ru/node/332663

13 Амиров Б.Б., Куанышбекова Р.Т., Абдикалиев Н.А. и др. Принципы внедрения программ управления заболеваниями в рамках диспансерного обслуживания на уровне ПМСП (обзор литературы)//Медицина (Алматы). – 2019. – №5 (203). – С.60-66.

14 Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.Т. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: мет. реком. // Астана: РЦРЗ МЗ РК, – 2013. – 20 с.

15 Zadvornaya O.L., Borisov K.N. Development of Prevention Strategies for Non-Communicable Diseases. Medical Technologies. Assessment and Choice. 2019; 1(35): 43–49. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.35.1.043-049

Г.Р. Жакиева, Н.З. Ибрагимова, Э.Б. Нурбаулина, З.Б. Молдашева, М.К. Назарбаева

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті,

КЕАҚ, Ақтөбе, Қазақстан, №2 жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасы

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ №1 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАДА АУРУЛАРДЫ МЕҢГЕРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУДІҢ АЛҒАШҚЫ ҚОРТЫНДЫЛАРЫН БАҒАЛАУ (РЕТРОСПЕКТИВТІ ЗЕРТТЕУ)

Түйін: Жыл сайын созылмалы аурулары бар науқастардың саны көбеюде. Бұл дерттер еңбекке қабілеттілігі жойылатын ауыр асқынуларға соқтырып, ұзаққа созылған қаржылы емді мәжбүр етеді. Осыған орай созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын - алу мен болдырмау мақсатында ауруларды меңгеру бағдарламалары енгізілуде.

Зерттеудің мақсаты: Ақтөбе қаласындағы №1 емханадағы ауруларды меңгеру бағдарламасын енгізудің қортындыларын бағалау.

Материал және әдістері: №1 емханадағы ауруларды меңгеру бағдарламасына енген артериальды гипертензияның 2 сатысы (АГ) - 2008, қант диабеті (ҚД) - 501, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) - 49 бар науқастардың амбулаторлы карталарына ретроспекивті талдау жүргізілді. Берілген жұмыста Ақтөбе қаласындағы №1 қалалық емхананың осы ауруларды меңгеру бағдарламасының алғашқы қортынды нәтижелері көрсетілген.

Нәтижелері және талқылауы: Бұл бағдарламаны енгізу нәтижелері бойынша науқастардың қан қысымының көрсеткіштері тұрақтанып, дәрілерді уақытында қабылдау дағдылары қалыптасты. Мониторинг жүргізі нәтижесінде аурулардың

өршуі,асқынулардың дамуы азайып,сонымен қатар төмен тығыздықты липопротеидтердің мақсаттық деңгейі (ТТЛП) 27%-ден - 58% дейін,қан қысымының төмендеу деңгейі 49%-дан 90%; және дене салмағының төмендеуі 17%-ден 34% жетті.
Қорытындылар: Бұл бағдарлама аурулардың асқынуларының дамуын,өлім жағдайының болуын төмендетіп, біріншілік санитарлық медициналық көмек ұжымдарына жүктемені азайтып, стационарлық және шұғыл көмек көрсетуге сұранысты қажет етпейтінін көрсетеді.
Түйінді сөздер: созылмалы жұқпалы емес аурулар, ауруларды меңгеру бағдарламалары, артериальды гипертензия, қант диабеті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі.

G.R. Zhakiyeva, N.Z. Ibragimova, E.B. Nurbaulina, Z.B. Moldacheva, M.K. Nazarbayeva
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe city, Kazakhstan

EVALUATION OF PRELIMINARY RESULTS OF THE IMPLEMENTATION OF THE DISEASE MANAGEMENT PROGRAM IN THE CITY POLYCLINIC NO. 1 IN AKTOBE (RETROSPECTIVE STUDY)

Resume: The number of patients with chronic diseases increases every year. This problem leads to severe complications with disability and the need for long-term costly treatment. Disease management program is being implemented due to the need for serious changes in the prevention and control of chronic noncommunicable diseases.
The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the disease management program in the Aktobe city polyclinic № 1.
Material and methods: A retrospective analysis of the outpatient records of patients involved in the disease management program in the Aktobe city polyclinic No. 1 with the following diseases: arterial hypertension of stage 2 (AH) - 2008; type 2 diabetes mellitus (DM) - 501; chronic heart failure (CHF) -49. The article presents the primary results of the implementation of the disease management program in the Aktobe city polyclinic No. 1
Results and discussion. As a result of this project, patients have stabilized blood pressure levels, skills for controlling it and regularity of taking antihypertensive and hypoglycemic drugs. During the monitoring process, there was a positive trend in reducing exacerbations, developing complications of these diseases, as well as such indicators such as: achieving the target level of low density lipoproteins (LDL) from 27% to 58%; reducing body weight from 17% to 34%, the level of arterial pressure decrease from 49% to 90%.
Conclusions: The disease management program has yielded positive results in terms of reducing the number of complications of diseases and possible mortality, reducing the need for inpatient and emergency medical care, and reducing the burden on primary health care.
Keywords: chronic noncommunicable diseases, disease management program, arterial hypertension, diabetes mellitus, chronic heart failure