

*І. В. ОЛІЙНИК, О. Г. ПРОЦЕК (Вінниця)*

## НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ГРУПИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Запропонована функціонально-організаційна модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів та органічно пов'язані з нею схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику виникнення ГПМК та інформаційно-освітнього забезпечення, спрямовані на удосконалення методики комплексного спостереження за станом здоров'я контингентів ризику. Модель орієнтована головним чином на лікаря загальної практики/сімейної медицини, а також визначає типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** функціонально-організаційна модель, гострі порушення мозкового кровообігу, диспансерне спостереження, група ризику.

Мозкові інсульти (МІ) є однією з найбільш частих причин інвалідизації та смертності населення планети [13;17;18]. Протягом останніх років мають місце позитивні зміни у організації спеціалізованої лікувальної допомоги хворим з МІ [1–3], проте це не забезпечує остаточне вирішення проблеми. Високі рівні захворюваності, інвалідності та смертності внаслідок цих захворювань в Україні свідчать про недостатню ефективність заходів щодо їх подолання. Позитивний досвід окремих країн світу, а також рекомендації ВООЗ свідчать, що найбільш дієвими та економічно ефективними засобами контролю за поширенням неепідемічних захворювань є впровадження профілактичних програм [3;5;6;12–18].

**Метою дослідження** є наукове обґрунтування і розробка цільової моделі профілактики МІ, оцінка її ефективності на основі поглибленого медико-соціального вивчення чинників формування ГПМК та організації різних рівнів медико-профілактичної допомоги.

**Матеріали і методи.** Методологія дослідження ґрунтувалася на системному підході, а основними його методами стали: бібліосемантичний та історичний – для вивчення світового та вітчизняного досвіду за досліджуваною проблемою; біостатистичний – для аналізу показників використання ресурсів охорони здоров'я, порівняльного аналізу матеріалів дослідження та їх коректної оцінки, для розробки прогностичної моделі індивідуального ризику МІ; соціологічний – з метою вивчення ФР ГПМК; епідеміологічний – для оцінки регіональних особливостей та динаміки захворюваності та смертності внаслідок

ГПМК; моделювання – для розробки комплексної моделі профілактики МІ; структурно-логічного аналізу і графічного зображення результатів аналізу даних – для забезпечення наочності отриманих результатів дослідження; безпосереднього спостереження – для визначення особливостей надання медичної допомоги населенню на різних рівнях медичного обслуговування; метод експертних оцінок – для оцінки ефективності розробленої моделі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати попередніх етапів дослідження, а також положення діючих державних програм, галузевих стандартів, протоколів тощо [7–12], стали підставою для обґрунтування схеми комплексного спостереження за станом здоров'я групи ризику виникнення ГПМК (рис. 1), яка орієнтована на лікаря загальної практики/сімейної медицини і ґрунтується на новому підході до визначення групи ризику виникнення ГПМК шляхом використання розробленої нами на основі методу логістичної регресії прогностичної моделі індивідуального ризику МІ. Такий підхід відображає сучасні тенденції в охороні здоров'я і дозволяє лікареві ЗП/СМ спрогнозувати ризик ГПМК та його негативні наслідки, обрати відповідний комплекс цілеспрямованих заходів профілактики та оцінити їх ефективність за визначеними критеріями. З іншого боку, така прогностична інформація стимулює активність населення, насамперед з групи ризику, до вчасного проходження необхідних оглядів, спостереження за змінами у здоров'ї, сприяє дотриманню рекомендацій лікаря.

І. ВІДБІР КОНТИНГЕНТУ ДЛЯ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
Стандартні періодичні і попередні профілактичні огляди	При будь-якому зверненні за медичною допомогою



ФОРМУВАННЯ ГРУПИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ (на основі використання карти обстеження для визначення ризику мозкового інсульту)	
	<b>Група ризику</b>
Рівень ризику мозкового інсульту	60% і вище

### II. ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я

Перелік заходів і виконавців					
1. Огляди і консультації					
лікар ЗП/СМ	невролог	кардіолог	медичний психолог	нейрохірург	інші лікарі
3 рази на рік	2 рази на рік*	1 раз на рік*	1 раз на рік	1 раз на рік	згідно з СДСХ
2. Гігієнічно-виховна робота					
лікар ЗП/СМ	корекція ФР, оздоровлення				
невролог	корекція ФР				
медичний психолог	психогігієна				
3. Лікувальні і реабілітаційні заходи					
лікар ЗП/СМ	згідно СДСХ				
невролог	згідно СДСХ				
медичний психолог (за потреби)	психокорекція				
інші лікарі	згідно з СДСХ				

Примітка: \* – якщо інша частота не передбачена стандартом диспансерного спостереження хворого

### III. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ І ЯКОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Критерії
<ul style="list-style-type: none"> <li>• зниження показників захворюваності МІ і подальша їх стабілізація</li> <li>• зниження індивідуального рівня ризику виникнення МІ</li> <li>• вихід з групи ризику МІ</li> <li>• частота виявлення групи ризику МІ серед оглянутих</li> <li>• питома вага хворих з МІ серед тих, хто перебував на диспансерному обліку в групі ризику</li> <li>• зменшення частоти ЗТВП внаслідок МІ</li> <li>• зменшення інвалідизації</li> <li>• зменшення показників смертності після МІ</li> <li>• зменшення потенційно втрачених років життя внаслідок смертності до 65 років</li> <li>• продовження середньої очікуваної тривалості життя</li> <li>• покращання медико-санітарних знань у групах спостереження</li> <li>• задоволення диспансеризованого контингенту отриманими профілактичними послугами (соціологічні дослідження)</li> </ul>

Рис. 1. Схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику розвитку мозкового інсульту:

ЗП/СМ – загальна практика/сімейна медицина;  
 СДСХ – стандарт диспансерного спостереження хворого  
 ФР – фактори ризику;  
 МІ – мозковий інсульт;  
 ЗТВП – захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Згідно з висновками експертів, запропонована науково обґрунтована схема комплексного спостереження за групою ризику має профілактичну спрямованість (9,46±0,28 бала) і високий рівень пріоритетної орієнтованості на лікаря ЗП/СМ (9,43±0,23 бала), забезпечує спадкоємність (9,32±0,19 бала) та етапність (9,11±0,23 бала) у роботі різних фахівців, запропоновані підходи є комплексними (9,18±0,19 бала) і доступними для переважної більшості контингенту (9,07±0,28 бала).

Комплексний, системний підхід до вирішення проблеми ГПМК потребував, цілеспрямованої корекції медичної обізнаності населення з проблеми МІ, активізації їх настороженості щодо власного здоров'я та вчасного звертання в ЛПЗ. З цією метою розроблено спеціальну схему інформаційно-освітнього забезпечення знаннями населення щодо особливостей ФР МІ, шляхів їх корекції, перших ознак ГПМК, основних засад лікування, можливих наслідків цієї патології.

В умовах недостатнього фінансування системи охорони здоров'я, підвищення ефективності використання ресурсів за допомогою оптимізації розподілу обсягів медичних послуг між рівнями медичної допомоги – це могутній резерв для збереження і зміцнення здоров'я населення [4]. Тому нами запропоновано організаційно-функціональну модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів (рис. 2). В основу покладено мультидисциплінарний характер досліджуваної патології, що обов'язково має враховуватися при всіх видах профілактики ГПМК. Схема визначає в залежності від рівня надання медичної допомоги типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику, їх функціональні обов'язки в процесі його здійснення. Крім того, в ній враховано потребу в корекції окремих ФР, предикторів МІ, які є самостійними нозологіями (ішемічна хвороба серця, фібриляція передсердь, цукровий діабет та інші), що, відповідно до нормативів якості забезпечення медичною допомогою, клінічних рекомендацій, потребує залучення до діагностично-лікувального процесу фахівців II та III рівнів різних спеціальностей. Модель також враховує специфічні додаткові діагностичні можливості ЛПЗ різних рівнів (комплекс лабораторних досліджень, РЕГ, ЕЕГ, дуплексографія, дуплексне сканування, КТ та МРТ

головного мозку) і визначає потребу їх використання для групи ризику.

Оцінюючи функціонально-організаційну схему профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів, експерти відзначили забезпечення нею при наданні медичної допомоги перш за все етапності (9,68±0,19 бала) і спадкоємності (9,46±0,23 бала), її профілактичну спрямованість (9,18±0,19 бала) і комплексний підхід (9,18±0,23 бала), пріоритетне положення лікаря ЗП/СМ (8,64±0,29 бала) і досить високу доступність (8,57±0,28 бала).

### Висновки

Таким чином, запропонована організаційно-функціональна модель цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів та органічно пов'язані з нею схеми комплексного диспансерного спостереження за групою ризику виникнення ГПМК та інформаційно-освітнього забезпечення знаннями населення розраховані на використання в діючій мережі ЛПЗ.

Переваги запропонованої організаційно-функціональної моделі цільової профілактики ГПМК в умовах ЛПЗ різних рівнів, на відміну від раніше існуючих, полягають в:

- удосконаленні методики комплексного спостереження за станом здоров'я контингентів ризику в ЛПЗ, в основу розробки яких покладено мультидисциплінарний характер досліджуваної патології. Модель орієнтована, головним чином, на лікаря загальної практики/сімейної медицини, водночас визначає типи ЛПЗ та фахівців, які залучаються до спостереження за групою ризику, їх функціональні обов'язки в процесі його здійснення, що дозволяє усунути диспропорції в наданні медичної допомоги цьому контингенту населення;

- формуванні групи диспансерного спостереження та виборі тактики на підставі кількісної оцінки рівня ризику виникнення МІ шляхом застосування прогностичної моделі індивідуального ризику МІ;

- економності завдяки використанню наявних ресурсів діючої системи охорони здоров'я та медичної допомоги.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у запровадженні запропонованої моделі цільової профілактики ГПМК в діючій мережі ЛПЗ.

### Список літератури

1. Зозуля І. С. Сучасні аспекти надання невідкладної допомоги при гострих цереброваскулярних захворюваннях / І. С. Зозуля, В. І Боброва // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2007. – № 3. – С. 25–29.
2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги за спеціальністю "Неврологія" : наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/> – Назва з екрану.
3. Ковальчук В. В. Совершенствование профилактики и лечения больных инсультами в Санкт-Петербурге / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромен, Э. Р. Апханов [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 27–30.

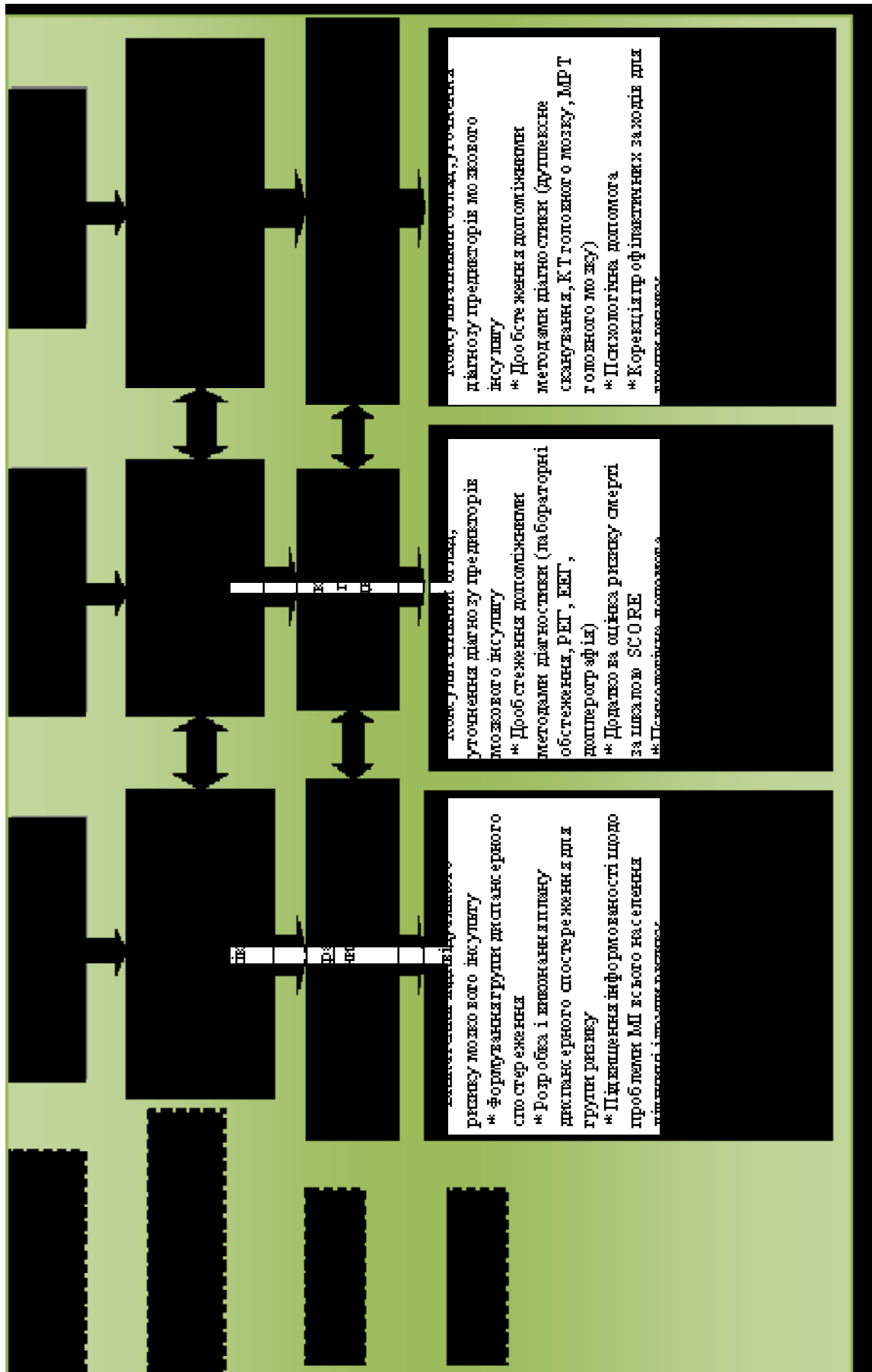


Рис. 2. Функціонально-організаційна модель цільової профілактики ГПМК в умовах лікувально-профілактичних закладів різних рівнів

4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Нов. медицини и фармації. – 2010. – Т. 309, № 4. – С. 6.
5. Міщенко Т. С. Профілактика мозкового інсульту : метод. реком. / Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева. – Х., 2006. – 15 с.
6. Москаленко В. Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної: Монографія / В. Ф. Москаленко – К. : Авіцена, 2009. – 240 с.
7. Про затвердження Державної програми запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки : постанова КМУ № 761 від 31.05.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки : постанова КМУ № 14 від 10.01.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
9. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги : наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
10. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : постанова КМУ № 989 від 20.06.2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs/>. – Назва з екрану.
11. Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні : Указ Президента України від 04.02.1999 р. №117/99. – К., 1999. – 5 с.
12. Профілактика уражень мозку при артеріальній гіпертензії : метод. реком. / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, В. М. Граніч [та ін.]. – К., 2010. – 48 с.
13. Bonita R. Teaching course on prevention of stroke. Potential for Prevention of Stroke and Other Chronic Diseases in Different World Regions / R. Bonita // Междунар. неврологич. журн. – 2007. – № 2(12). – С. 171–174.
14. Chiuve E. Stephanie. Primary prevention of stroke by healthylifestyle / Stephanie E. Chiuve, Kathryn M. Rexrode, Donna Spiegelman [et al.] // Circulation. – 2008. – Vol. 118, № 8. – P. 947–954.
15. Goldstein L. B. Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association / Larry B. Goldstein, Robert Adams, Mark J. Alberts [et al.] // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 873–923.
16. Kjell Asplund What MONICA told us about stroke / Asplund Kjell // Lancet Neurology. – 2005. – Vol. 4, № 1. – P. 64–68.
17. Kjellstrom T. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. / T. Kjellstrom, B. Norrving, A. Shatchkute; WHO Regional Office for Europe. –Copenhagen. – P. 19.
18. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Judith Mackay, George A. Mensah. – WHO, 2007. – Access mode: [http://www.who.int/entity/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas](http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas). – Title from screen.

## НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

*И. В. Олейник, Е. Г. Процек (Винница)*

Предложенная функционально-организационная модель целевой профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в условиях лечебно-профилактических учреждений разных уровней и органически связанные с ней схемы комплексного диспансерного наблюдения за группой риска развития мозгового инсульта и информационно-образовательного обеспечения направлены на усовершенствование методики комплексного наблюдения за состоянием здоровья контингентов риска. Модель главным образом ориентирована на врача общей практики/семейной медицины, а также определяет типы лечебно-профилактических учреждений и специалистов, которые привлекаются к наблюдению за группой риска.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** функционально-организационная модель, острые нарушения мозгового кровообращения, диспансерное наблюдение, группа риска.

## SCIENTIFICALLY AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO ORGANIZATION OF CLINICAL SUPERVISION ON PATIENTS WITH HIGH RISK OF STROKE INCIDENCE

*I. V. Oliynyk, O. G. Procek (Vinnytsya)*

Developed functionally and organizational model of a special purpose prevention of stroke in the conditions of different levels of medical care and schemes of clinical supervision on patients with high risk of stroke incidence and informatively-educational providing with a purpose of improving of complex supervision on the state of health of risk contingents. A model is oriented mainly to the general medicine practitioner, and also determines the types of medical hospitals and specialists which are brought over to watching the group of risk.

**KEY WORDS:** functionally and organizational model, acute disorder stroke, clinical supervision, groups of risk.