

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Кабардино-Балкарский
государственный университет им. Х.М. Бербекова»

На правах рукописи

УДК

Гетигежева Амина Заурбиевна

**КЛИНИЧЕСКАЯ, МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ
И СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

14.01.04 – внутренние болезни

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор А.М. Инарокова,
доктор медицинских наук, профессор З.Р. Аликова

Владикавказ - 2015

Список сокращений, принятых в диссертации

- АГ - артериальная гипертония
- АД - артериальное давление
- АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение
- БАБ- бета-адреноблокаторы
- ДС - дневные стационары
- иАПФ - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- ИБС - ишемическая болезнь сердца
- ИММ ЛЖ- индекс массы миокарда левого желудочка
- ИМТ - индекс массы тела
- КБР – Кабардино-Балкарская республика
- КДР - конечнодиастолический размер полости левого желудочка
- КС – круглосуточный стационар
- ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
- МО – медицинская организация
- РФ - Российская Федерация
- МЖП - межжелудочковая перегородка
- СС - стабильная стенокардия
- ТЗС ЛЖ - толщина задней стенки левого желудочка
- ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки
- ФВ ЛЖ - фракция выброса левого желудочка
- ФК- функциональный класс
- ХСН - хроническая сердечная недостаточность
- ШОКС – шкала оценки клинического состояния
- ЭКГ - электрокардиограмма
- ЭХО КГ - эхокардиография
- IVRT - время изоволюметрического расслабления левого желудочка

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ И ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК В НИХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	10
1.1. Организация и эффективность деятельности дневных стационаров в России	10
1.2. Организация дневных стационаров за рубежом	18
1.3. Эффективность работы дневных стационаров для оказания медицинской помощи больным сердечнососудистыми заболеваниями	20
1.3.1. Фармакоэкономическая оценка эффективности лечения сердечнососудистых заболеваний	22
Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	29
2.1. Материал и методы клинического исследования.....	29
2.2. Оценка эффективности деятельности дневного стационара.....	33
2.3. Изучение динамики и объемов деятельности дневных стационаров.....	34
2.4. Методика социологического исследования.....	35
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	39
3.1. Анализ клинической эффективности лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара.....	39
3.1.1. Анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией в условиях дневного стационара.....	39
3.1.2. Анализ эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях дневного стационара.....	46
3.1.3. Клиническая эффективность лечения больных со стабильной стенокардией напряжения в условиях дневного стационара.....	56
3.2. Медико-экономическая эффективность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара	58
3.2.1. Сравнительная оценка фармакоэкономической эффективности	

лечения артериальной гипертензии.....	58
3.2.2. Сравнительная оценка фармакоэкономической эффективности лечения хронической сердечной недостаточности.....	64
3.3. Особенности заболеваемости системы кровообращения взрослого населения Кабардино-Балкарской республики	71
3.4. Состояние сети и интенсивность использования коечного фонда дневных стационаров в Кабардино-Балкарской республике	78
3.5. Анализ социальной эффективности дневных стационаров	86
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	99
ВЫВОДЫ.....	110
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	112
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	113
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	139

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность исследования. Прогрессивным методом организации работы, способствующим перераспределению объемов медицинской помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной, без ущерба качеству медицинской помощи, являются дневные стационары (ДС), организованные на базе медицинских организаций (МО), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и больницах (А.А. Калининская, 2000, 2008, 2011; В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер, 2001; А.Л. Линденбратен, 2003). Развитие сети дневных стационаров позволяет более рационально использовать коечный фонд больниц, а также способствует эффективному применению возросших диагностических возможностей поликлиник (А.А. Калининская, 2011; В.О.Щепин, О.В. Миргородская, 2013).

Несмотря на определенный положительный опыт внедрения стационарозаменяющих технологий в России остается нерешенным ряд важнейших вопросов организации и функционирования дневных стационаров (Калининская А.А., Дзугаев А.К., Стукалов А.Ф., Гусева С.А., 2010). В работу дневных стационаров крайне медленно внедряются современные комплексные методики лечения и диагностики наиболее распространенных заболеваний, не проводится комплексное курсовое лечение и реабилитация больных терапевтического профиля.

Требуют решения проблемы научного обоснования потребности населения в обеспеченности койками ДС с учетом региональных особенностей и повышения медико-экономической эффективности деятельности дневных стационаров. Одним из важнейших аспектов оптимизации работы дневных стационаров является повышение социальной направленности и удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова, 2008; А.А. Калининская, А.К. Дзугаев и др., 2010; З.Р. Аликова, Т.Т. Аликова и др., 2013).

Проблемы развития ДС являются актуальными и для Кабардино-Балкарской республики (КБР). Однако до настоящего времени деятельность

дневных стационаров не являлась предметом специального научного исследования. Не установлена реальная потребность населения в койках дневных стационаров, недостаточно эффективно решаются вопросы финансирования медицинской помощи и лекарственного обеспечения, не обеспечивается проведение действенного контроля качества лечебно-диагностического процесса при внедрении стационарозамещающих технологий. В связи с этим необходимым является комплексное изучение эффективности функционирования дневных стационаров в Кабардино-Балкарской республике. Особое внимание следует уделить объемам и качеству медицинской помощи в дневных стационарах при медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в том числе терапевтического профиля, на долю которых приходится около 50 % коечного фонда ДС. Проведение сравнительного анализа деятельности дневных стационаров, оказывающих медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистой патологией с отделениями аналогичного профиля круглосуточного стационара позволит определить степень эффективности внедрения стационарозамещающих технологий в практику здравоохранения.

Цель исследования: изучить клиническую, фармакоэкономическую и социальную эффективность терапевтической помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в условиях дневных стационаров в Кабардино-Балкарии и разработать предложения по ее совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Оценить клиническую результативность лечения сердечно-сосудистой патологии в дневном стационаре на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и в стационаре круглосуточного пребывания.

2. Провести сопоставительный анализ фармакоэкономической эффективности лечения сердечно-сосудистой патологии в дневных стационарах на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и в стационаре круглосуточного пребывания.

3. Провести анализ и выявить особенности заболеваемости системы кровообращения взрослого населения Кабардино-Балкарской республики.

4. Проанализировать показатели деятельности дневных стационаров в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в Кабардино-Балкарской республике.

5. Дать оценку социальной значимости дневных стационаров терапевтического профиля на основе изучения степени удовлетворенности пациентов и врачей данной формой медицинской помощи и разработать предложения по повышению эффективности их деятельности.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые

- дана оценка клинической результативности лечения больных с сердечно-сосудистой патологией в дневном стационаре на базе МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и стационаре круглосуточного пребывания;

- проведен сопоставительный анализ фармакоэкономической эффективности лечения больных с сердечно-сосудистой патологией в дневном стационаре на базе МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и стационаре круглосуточного пребывания;

- проведено комплексное исследование деятельности дневных стационаров в Кабардино-Балкарской республике;

- проведено социологическое исследование по изучению мнения больных и врачей о качестве оказания медицинской помощи в дневных стационарах республики;

- разработаны предложения по повышению эффективности деятельности дневных стационаров терапевтического профиля.

Научно-практическая значимость исследования.

Показана целесообразность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертонической болезнью, хронической сердечной недостаточностью, стабильной стенокардией напряжения) в условиях дневного стационара, которая подтверждается показателями клинической

результативности, сопоставимыми с аналогичными показателями круглосуточного стационара.

Проведение сравнительного анализа деятельности дневных стационаров с отделениями аналогичного профиля круглосуточного стационара позволило определить степень эффективности внедрения стационарозамещающих технологий в практику здравоохранения.

Показана практическая значимость проведения мониторинговых исследований здоровья населения, результаты которых позволяют анализировать и своевременно планировать в системе здравоохранения республики адекватные объемы медицинской помощи, в том числе стационарозамещающей.

На основе оценки современных проблем организации медицинской помощи больным терапевтического профиля в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, разработаны предложения по повышению ее эффективности.

Апробация работы.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на: Международном симпозиуме «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины» Национального НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, 2013); Международном симпозиуме «Актуальные вопросы истории медицины и здравоохранения» Национального НИИ общественного здоровья РАМН (Москва, 2014); XIII научной конференции молодых ученых и специалистов «Молодые ученые - медицине» (Владикавказ, 2014); V Научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа (Владикавказ, 2014).

В завершеном виде диссертационная работа обсуждена на совместном заседании кафедр терапевтического профиля и общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета ФГБОУ ВПО КБГУ (2014).

Внедрение результатов исследования в практику.

Основные положения исследования и практические рекомендации внедрены в клиническую практику дневных стационаров на базе МО амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений Кабардино-Балкарской республики.

Результаты исследования используются в учебном процессе на до- и последипломном уровне подготовки на кафедрах терапевтического профиля и общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВПО КБГУ.

Основные результаты исследования получили отражение в 7 научных публикациях, в том числе 3 - в изданиях, рекомендуемых ВАК Минобрнауки РФ. По результатам исследования составлено информационное письмо для Министерства здравоохранения КБР.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Целесообразность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара подтверждается достигнутой клинической результативностью, сопоставимой с показателями клинической результативности в круглосуточном стационаре;

2. Развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи населению обусловлено региональными медико-демографическими особенностями и потребностью в стационарном лечении;

3. Дневные стационары являются эффективной формой оказания медицинской помощи и имеют высокую медицинскую, экономическую и социальную значимость.

Глава 1. АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ И ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК В НИХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ.

1.1. Организация и эффективность деятельности дневных стационаров в России.

Создание стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи и прежде всего дневных стационаров в России и в зарубежных странах позволило накопить в XX и начале XXI веков определенный положительный опыт работы по рациональному использованию коечного фонда стационаров и повышению уровня амбулаторно-поликлинической помощи.

Широким внедрением стационарозамещающих форм медицинской помощи в России характеризовались 80-е годы XX столетия. Организация и деятельность СЗФ медицинской помощи была регламентирована приказом Минздрава СССР № 1278 от 16.12.1987 г. «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому». Форма ведения медицинской документации этих структурных подразделений была определена инструкцией Минздрава СССР от 8.04.1988 г. 27-14/4-88. Причиной внедрения малозатратных технологий и развития стационарозамещающих форм медицинской помощи стал дефицит финансирования здравоохранения, в условиях которого требовалось рациональное использование ресурсов, в том числе коечного фонда (А.С. Артюхов, 1999; Щепин, В.О., 1997, 2000; И.Шляфер, С.И.Кузнецов, А.Н.Злобин, А.В.Гречко, 2002).

Дневные стационары (ДС) организовались на базе поликлиник, поликлинических отделений: городских больниц, центральных районных больниц, диспансеров, клиник НИИ. В ДС госпитализировались больные, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении, без выраженных

функциональных нарушений (Л.А. Бальзамова А.А. Калининская, А.Г. Нилова, О.П. Королев, 2005; Линденбратен А.Л., 2003; Гусарова Г.И. и др., 2004).

Организация ДС для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых позволяло проводить лечебно-диагностические мероприятия лишь в дневное время, способствовало более рациональному использованию коечного фонда (А.А.Калининская, 2000; Галкин Р.А., Скуратова Н.М., Федосеева Л.С., 2000; К.А.Магаев, Т.А.Тимофеева, 2004).

Опыт работы ДС позволил оценить позитивные стороны их деятельности и возможности лечения больных терапевтического, кардиологического, неврологического, травматологического, хирургического, эндокринологического профилей, женщин с акушерско-гинекологической патологией, а также детей.

Изучение литературы, посвященной организации и эффективности работы ДС показало, что в 80-90-е годы был накоплен некоторый опыт работы этих учреждений как при амбулаторно-поликлинических, так и больничных учреждениях. Авторами убедительно показано, что лечение, проводимое в ДС, по эффективности не уступает лечению в клинике, а длительность пребывания больных в ДС меньше сроков, рекомендуемых Министерством здравоохранения. Подчеркивается роль ДС в ликвидации очередей на госпитализацию, в улучшении использования коечного фонда стационаров. Полученный опыт позволяет сделать вывод об эффективности интенсивного комплексного лечения в ДС некоторых категорий больных как с медицинских, социально-психологических, так и с экономических позиций (В.И.Стародубов, А.А.Калининская, С.И. Шляфер, 2001; Т.Ю.Гайдадымова, М.К.Мозруха, 1998; О.Н.Максимов, А.И.Деменьтьев, 2000; А.Я.Ладный, Е.Н.Постовенко и др., 1998; А.Н. Злобин, О.В. Шапкина, 2000; А.А. Калининская, 1996, 1999, 2000).

Анализ деятельности ДС выявил значительные преимущества данного вида медицинской помощи в условиях поликлиники, определявшиеся, в частности, возможностями привлечения более широкого комплекса восстановительного лечения, использованием диагностических подразделений медицинского учреждения, а также организации необходимых консультаций узких специалистов. Кроме того, в ДС был отработан режим шестидневной рабочей недели, преимущественно в две смены (В.А. Миняев и др., 1990; С.С. Назмутдинов, Д.Ш. Хусаинова, 1997; К.Ш. Зыятдинов, Л.И.Рыбкин, 2000).

В работах многих авторов показана возможность лечения в условиях ДС не только основного, но и сопутствующих заболеваний, долечивания больных, выписанных из круглосуточного стационара, оказания догоспитальной реабилитационной помощи больным, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния (приступ стенокардии, бронхиальной астмы, сердечной астмы, гипертонический криз, гипергликемическая кома, анафилактический шок и др.). Особое место уделяется диспансерной группе больных, для которых лечение в условиях ДС является профилактической госпитализацией (В.Н.Кашин, М.М.Кашина и др., 1998; Б.Я.Барт, В.П.Щербакова и др., 1998; Н.Н.Болтенко, А.Т.Лабзовская, 1999; К.Ш.Зыятдинов, А.И. Рыбкин, 2000).

Таким образом, создание ДС при поликлинике следует рассматривать как прогрессивную форму медицинской помощи населению, позволяющую в амбулаторных условиях проводить обследование, лечение и реабилитационные мероприятия больным, ранее госпитализировавшимся в больничные учреждения (Б.Я.Барт, Л.М.Манукян и др., 1997; С.С. Назмутдинов, Д.Ш. Хусаинова, 1997; А.Р. Вайгант, 2003; С.А. Шумаков, 2002). Успешное развитие стационарозамещающих технологий на амбулаторном этапе позволяет рационально организовать движение больных на этапах, эффективно использовать финансовые ресурсы учреждения, прогнозировать потребности населения в медицинской помощи

(Э.М.Шпилянский, Л.М.Иванова, В.В.Костров, 2000; Л.Ф. Молчанова и др. 2003).

Анализ медико-экономических показателей ДС выявил положительные тенденции в их деятельности. Так в 2000 г., согласно опубликованным данным, средняя продолжительность пребывания больных в дневных стационарах составила 9,6 дня. Экономический эффект, полученный от сокращения сроков лечения одного работающего, составил в среднем 204 рубля на человека. За счет интенсификации лечебного процесса и технологий, направленных на эффективное использование коечного фонда, определилась положительная динамика роста пролеченных больных без ущерба качественным показателям (С.И. Шляфер, 1999, 2004; В.М. Шипова, В.Я. Горбунков, 2003).

Опыт организации работы ДС для больных терапевтического профиля с оценкой положительных аспектов работы и анализом медицинской и социальной эффективности получил освещение в работах ученых 90-х гг. XX века и в первые десятилетия настоящего столетия (С.И. Шляфер 1999; К.Ш. Зыятдинов, 2000; А.Р. Вайгант, 2003; В.Я. Горбунков, А.Л. Нициевский, 2003; А.С. Даненков, Н.А. Даненкова, 2004; Д.В. Пивень и др., 2005). Авторами выдвинут целый ряд медицинских и организационных вопросов, касающихся повышения эффективности деятельности ДС и требующих дальнейшего решения. Показано, что в структуре больных, госпитализированных в ДС терапевтического профиля, 38% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 22,5% - с болезнями органов пищеварения; 11,1% больных с болезнями органов дыхания; 9,7% - проходили лечение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 12,4% - с другими болезнями (А.А. Калининская, О.В. Шапекина, С.И. Шляфер, 2000; С.И. Шляфер 1999, 2004). Основу комплексной терапии для терапевтических больных (заболевания легких, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта) составило инфузионное капельное введение лекарственных препаратов, применяемых при той или иной патологии.

Согласно проведенным исследованиям лечение в ДС позволило получить выраженный положительный эффект у 86,5% больных. По окончании лечения в ДС были выписаны на работу 84,7% больных и только 0,4% были переведены в стационарные отделения больниц. При этом около 85% больных нуждались в повторных курсах лечения, так как контингент больных ДС представлен в основном лицами, страдающими хроническими заболеваниями, которые требуют профилактических курсов лечения до 2-3 раз в году (Шипова, В.М, 2003; В.Т.Карташов, В.В. Романовский, 2003; Ярошно В.И. 2005).

Авторами убедительно показано, что лечение, проводимое в ДС, по эффективности не уступает лечению в клинике, длительность пребывания больных в ДС короче, чем в круглосуточном. Подчеркивается роль дневных стационаров в ликвидации очередей на госпитализацию, в улучшении использования коечного фонда стационаров. Полученный опыт позволяет сделать вывод об эффективности интенсивного комплексного лечения в дневных стационарах некоторых категорий больных как с медицинской, экономической так и социально-психологической позиций.

Представляют интерес данные о работе многопрофильных ДС. Результаты работы многопрофильных ДС выявили структуру лечившихся в них больных, 68,2 % которых составили пациенты терапевтического профиля. Особый интерес представляет выделение в структуре больных ДС геронтологической группы, доля которых составила 12,1% (Э.В. Карюхин, 2006). Отсюда актуальность развития системы стационарозамещающих технологий для лиц старше трудоспособного возраста, обусловленная постарением населения приобретает особое значение. В настоящее время доля лиц старше 60 лет в Российской Федерации составляет 18,2% и имеет тенденцию к росту (Восемнадцатый-девятнадцатый ежегодный демографический доклад. М., Изд. ГУ ВШЭ, 2013.)

Анализ динамики развития ДС показал, что за период 1990-1997 гг. показатель обеспеченности койками стационарозамещающих форм

медицинской помощи вырос незначительно - с 1,2 в 1990 г. до 3,3 на 10 тысяч населения в 1997 г., тогда как по расчетам специалистов данный показатель должен был составлять 14,2 койки на 10 тыс. населения. Число госпитализированных больных, включая стационары на дому, выросло с 4,1 в 1990 г. до 9,4 в 1997 г. на 1000 населения и составило 4,6 % всех госпитализаций в больницы. При этом число учреждений, имеющих отделения стационарозамещающих видов медицинской помощи было далеко недостаточно (С.И. Шляфер 1999; Б.Я. Барт и др., 1997; А.А. Калининская, 2000; В.Я. Горбунков, А.Л. Нициевский, 2003; М.О. Журавлева, Г.Г. Багирова, Н.П. Леонтьева, 2005).

В начале 21 столетия в России на все стационарозамещающие формы медицинского обеспечения приходилось только 2,9 % от общего коечного фонда стационарных учреждений. В период 2006-2010 гг. структура коечного фонда ДС при больничных учреждениях не претерпела принципиальных изменений. Профильные койки представлены только 10 специализациями. При этом диагностические исследования в ДС больничных учреждений превышают объем таковых, проводимых в ДС при поликлиниках (В.О. Щепин, О.В. Миргородская, 2012).

Результаты проведенных социологических опросов пациентов показали, что более 80% респондентов предпочитают лечиться в дневном стационаре, позволяющем получать комплексное лечение в течение 3-4 часов и возвращаться домой (В.Я. Горбунков, В.М. Шипова, 2000; Ю.И. Тарасов, М.С. Голод, 2005). Пациенты связывают свои приоритеты с возможностью сохранения бытовых и социальных связей. Согласно данным А.В. Плиш и В.С. Глушанко (2004) деятельность ДС получила высокую оценку у 29,2% респондентов. При этом подавляющее большинство респондентов (59,7%) оценивают работу ДС как хорошую. Удовлетворительную оценку работе ДС дали 10,9%, неудовлетворительную 0,3% пациентов, принявших участие в социологическом исследовании.

В Российской Федерации деятельность стационарозамещающих форм организации медицинской помощи регламентирована приказом Минздрава РФ № 438 от 09.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», а также методическими рекомендациями «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению», утвержденных Минздравом России 04.11.2002 № 2002/106). Динамика развития стационарозамещающих видов медицинской помощи имеет стабильную тенденцию к росту. Разработаны конкретные практические рекомендации по основным проблемам, регламентирующим деятельность ДС: штатные нормативы, коечная мощность, нагрузка на врача дневного стационара, обеспеченность населения койками ДС, стоимость медицинских услуг и койко-дней в отделении ДС того или иного профиля, изучена экономическая эффективность деятельности ДС на основе внедрения и использования современных, ресурсосберегающих медицинских технологий (Б.Я.Барт и др., 1997; А.А. Калининская, 2000; Г.П.Сквирская, 2000; В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер, 2001; А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова, 2008).

В разработанной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2009 г. «Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.», целью которой является обеспечение качества и доступности медицинской помощи, в качестве основных направлений организации оказания медицинской помощи предусматривается совершенствование первичной медико-санитарной помощи, в том числе совершенствование и расширение стационарозамещающих технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Таким образом, в отечественной медицинской практике накоплен определённый положительный опыт работы дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений. Отмечается высокая медицинская и социально-экономическая эффективность данной

формы организации медицинской помощи населению без снижения качества диагностики и лечения при существенном сокращении затрат.

Вместе с тем одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением территории в условиях жесткого лимита финансовых ресурсов, остается обеспечение сбалансированности объемов и собственно структуры гарантированной населению бесплатной медицинской помощи.

В территориальных программах госгарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, продолжается работа по рациональному использованию коечного фонда с сокращением объемов дорогостоящей стационарной помощи при одновременном увеличении объемов услуг дневных стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи. Требуют решения проблемы научного обоснования реальной потребности населения в обеспеченности койками дневных стационаров с учетом региональных особенностей и повышения медико-экономической эффективности их деятельности.

Однако в научной литературе практически не уделено внимания путям оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений, предусматривающей перепрофилизацию коек дневных стационаров с учетом показателей заболеваемости и обращаемости населения за медицинской помощью, а также уровнем госпитализации. Данный подход будет способствовать достижению сбалансированности объемов медицинской помощи на конкретной территории. Актуальными обозначенные проблемы являются и для Кабардино-Балкарии, где процесс развития дневных стационаров указывает на тенденции роста их числа и свидетельствует о востребованности стационарозамещающих видов медицинской помощи в республике.

1.2. Организация дневных стационаров за рубежом.

Анализ развития стационарозамещающих технологий за рубежом свидетельствует о значительном опыте данных форм оказания медицинской помощи населению (Джеймс А., Райе Д., 1996, Lang T., Liberati A., Tampieri A., 1999, Салтман Б., Фигейрас Д., 2000). Одними из первых были созданы ДС в Великобритании в 1956 г. В Великобритании ДС эффективно работают на базе центров реабилитации лиц с последствиями травм, неврологической патологией, инвалидов и лиц престарелого возраста (Laroque P., 1978, Forster A., Young J., Langhorne P., 1999). Согласно данным F. Brocklehurst (1995) число ДС в Великобритании выросло с 90 в 1969 г. до 302 в 1977г. и около 400 в 1995г. гериатрических дневных госпиталей. Наряду с ними увеличилось до 200 количество психогериатрических дневных госпиталей.

Вместе с тем в середине 90-х годов XX века на деятельность стационарных медицинских учреждений в большинстве развитых зарубежных стран выделялось 35-50% всех ресурсов здравоохранения (Джеймс А. Райс, 1996).

В США (в частности, в Филадельфии) основной функцией ДС является долечивание стационарных больных. На лечение в ДС направляется контингент больных, не нуждающийся в круглосуточной медицинской помощи. Организация работы ДС отличается тем, что пациенты после проведенных лечебно-диагностических манипуляций транспортом больницы доставляются домой. Опыт организации стационара на дому пожилым людям с хроническими заболеваниями, в том числе онкологическими, показан в работах американских экспертов (Brocklehurst F., 1995, Manning G.C., Ikegami N., 1998).

Широкая сеть ДС для гериатрических больных создана в Швейцарии, Англии, Голландии, Швеции, Германии и др. В Германии работа данного типа стационаров тесно связана с клиникой, что, благодаря использованию современных методов обследования и лечения, способствует получению более высоких результатов. Деятельность дневных стационаров в Германии направлена на оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста с учетом социальных аспектов и минимальных затратах. Задачи гериатрии

невыполнимы без этих форм работы, так как исключается крайне нежелательный для пожилых людей отрыв от привычного образа жизни и окружения (Cosin L.Z., 1973; Donaldson C., Wright K., Maynard A., 1985; Wieland D., Rubenstein L.Z., Ouslander I.G., Martin S.E., 1986).

В Италии, в основном, развивается служба помощи на дому, оказывающая наряду с медицинскими и вспомогательные услуги. Для реализации данной формы привлекаются специалисты различного профиля, оказывающих консультативную и лечебную помощь, а также осуществляющих сестринский уход и др. С учетом высокой социальной значимости данных служб в стране созданы перспективные программы их развития (Карташов В.Т. и др., 2003).

Значительно позже в 1995 г. была внедрена в Тунисе дневная больница, как вид госпитализации в Национальном Институте Питания. Такая госпитализация избегает недостатки классической госпитализации (зависимость, дискомфорт, разлучение и скуку) и дает много преимуществ социального, гуманитарного, психологического, медицинского и экономического характера. Дневная госпитализация выгодна при нескольких патологиях, особенно заболеваниях питания и нарушениях обмена веществ (диабет, ожирение, гиперурикемия).

В Японии разработана и успешно реализуется стратегия повышения качества жизни лиц старше трудоспособного возраста, имеющей в условиях постарения населения высокую актуальность. Данная программа, согласно данным японских авторов, направлена на развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи больным, в число которых входят дневной стационар, стационар на дому, гериатрические больницы и др. Дневные стационары востребованы среди больных, достигших 65-летнего возраста, обеспечивающих их помимо лечебной помощи питанием. Значительное внимание в них уделяется психо-эмоциональному состоянию пациентов с проведением культурных и прочих программ (Ikegami N., 1997, Tасemira. Y., Ishida H., Inone Y., Beck J.R., 1999, Ogawa K., 2006; Солодухина Д.П., 2002).

Таким образом, несмотря на некоторые различия в подходах к организации дневных стационаров в разных странах принцип их деятельности, направленный на оказание доступной медицинской помощи больным с хронической патологией, прежде всего лицам пожилого возраста является основополагающим для всех.

1.3. Эффективность работы дневных стационаров для оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Научными исследованиями отечественных ученых доказана медицинская, социальная и экономическая эффективность работы стационарозамещающих форм медицинской помощи (Калининская А.А., Галкин Р.А., Павлов В.В., Кузнецов С.И., 2000; Шляфер С.И., 2001; Ярошно В.И., 2000; Байрамукова Т.С., Конобец Д.О., 2001; Бальзамова Л.А., Калининская А.А., Нилова А.Г., Королев О.П., 2005; Тубольцев А.Н., Смянов В.А., 2002).

Медицинский, аспект определялся по достижению предполагаемого результата: лечения (выздоровление, улучшение и т.д.) с учетом критериев качества, адекватности и результативности медицинской помощи, а также по повышению уровня качества медицинских услуг. Согласно данным Н.Н. Болтенко и А.Г. Лабзовской (1999) из числа пролеченных в ДС улучшение отмечено у 98,7% больных, состояние без перемен - 1,3%, выписаны на работу 82,1%.

Согласно Приказа МЗ РФ № 438 от 1999 г., показаниями для госпитализации больных с сердечнососудистыми заболеваниями в ДС являются: гипертоническая болезнь 1-й стадии, стенокардия напряжения I-II функциональный класс, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I-II стадии, постоянная форма мерцательной аритмии, вегето-сосудистая дистония в период сосудистых пароксизмов.

В данном документе прописаны противопоказания для госпитализации в ДС: ХСН III стадии, артериальная гипертензия III стадии, частые гипертонические кризы, нестабильная, вариантная стенокардия, стенокардия III-IV функционального класса, пароксизмальная форма мерцательной аритмии, тяжелые осложнения и сопутствующие заболевания. Вместе с тем, в современных условиях необходимым является пересмотр существующих показаний и противопоказаний к госпитализации в ДС. Отсутствие регламентирующих документов, определяющих категории больных подлежащих лечению в соответствующих состоянии больного медицинских учреждениях различного уровня тормозит развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи (Щепин В.О., Миргородская О.В., 2012).

Опыт работы ряда ДС при крупных лечебно-профилактических учреждениях показывает эффективность и безопасность лечения больных с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (Полубоярова Н.М., 1999, Левин А.В., 2002, Соснова Ю.Г., 2005). Вместе с тем, по мнению Э.Н.Матвеева (1996), больным с заболеваниями сердечнососудистой системы в связи с высоким риском развития осложнений предпочтительнее лечиться в условиях традиционного стационара. Вероятно, это оправдано в условиях маломощных ДС при районных поликлиниках.

Экономическая эффективность работы стационарозамещающих технологий оценивается путем расчетов и сравнения отдельных экономических показателей: средней продолжительности периода временной нетрудоспособности у пациентов, пролеченных в ДС и в стационаре круглосуточного пребывания и стоимости одного дня лечения в ДС и стационаре круглосуточного пребывания (Калининская А.А., Рубцов А.Б., 2011).

Средняя длительность лечения в ДС составила в среднем от 8,7 до 14,8 дня, что ниже сроков лечения в терапевтическом отделении стационара. Согласно экспертным оценкам обоснованности использования коечного

фонда стационаров можно было избежать госпитализации на круглосуточные койки в 6,2% случаев и пролечить больных в дневных стационарах. По данным ряда авторов стоимость госпитализации в ДС почти на 30 % ниже, чем в круглосуточный стационар (Шляфер С.И., 2003, Ярошно В.И., 2005).

При этом согласно данным исследования А.В. Левина (2002), стоимость лечения больного с артериальной гипертонией в ДС, по сравнению с круглосуточным, меньше на 25%, больного со стенокардией - на 40%. Экономическая составляющая формируется за счет отсутствия необходимости в ночных дежурствах медицинского персонала, а также сокращения должности кухонного работника по причине отсутствия расходов на питание больных. С учетом двухсменного режима работы дневного стационара и достаточно высокой медико-экономической эффективности, сопоставимой со стационаром круглосуточного пребывания, отмечается интенсификация использования коечного фонда в дневных стационарах. Данные процессы позволяют сократить круглосуточный коечный фонд без ущерба качеству медицинской помощи (А.А. Калининская, А.Б. Рубцов, 2011).

1.3.1. Фармакоэкономическая оценка эффективности лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Одной из важнейших проблем современной медицины является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), распространенность которой по данным Фрамингемского исследования с возрастом достигает более 10% среди населения. Причиной высокого уровня госпитализации в кардиологические отделения стационаров является декомпенсация ХСН. ХСН диагностируется почти у 92% госпитализированных больных. Смертность больных с клинически выраженной ХСН в России достигает 26-29% (Чазов Е.И., 2008; Ларина В.Н., 2010; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., 2013).

Лечение ХСН требует значительных финансовых затрат. В экономически развитых странах затраты на лечение ХСН составляют

приблизительно 1-2% бюджета здравоохранения. При этом 70-80 % расходов идет на оплату лечения больных в условиях круглосуточного стационара, около 20% - на организацию амбулаторного лечения (Gunes Y. 2009). Одной из нерешенных проблем ХСН является высокий процент повторных госпитализаций. По данным зарубежных источников в течение одного месяца повторно госпитализируются 16% больных, а в течение года - 37%. В России данный показатель еще выше и достигает в первый месяц 31%. Почти в два раза выше и сроки пребывания больного с ХСН в стационаре по сравнению с аналогичными показателями большинства стран (Чеснокова И.В., Чернов В.И., 2007; Remme W.J., 2007).

Значительные расходы на лечение ХСН требуют соответствующих подходов, способствующих снижению затрат. Одним из направлений является повышение качества лечения заболеваний, приводящих к развитию ХСН. Ведущим среди этих заболеваний является артериальная гипертония (АГ). Улучшению показателей экономической эффективности лечения ХСН способствует также снижение частоты госпитализаций больных. Данный аспект решается во многом отношением больного к болезни и соблюдением назначений лечащего врача. (Remme W.J., 2007; Minicucci, M.F., 2011).

В клинических исследованиях по изучению фармакоэкономической эффективности медикаментозной терапии показана эффективность использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), бета-адреноблокаторов, диуретиков, сердечных гликозидов, антагонистов рецепторов к альдостерону. Благодаря использованию иАПФ снизилась смертность больных с ХСН более, чем на 23% (Belardinelli R., 2006; Bell D.S., 2006; Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г., 2005; Марцевич С.Ю., 2008; Кутищенко Н.П., Марцевич С.Ю., Толпыгина С.Н. и др., 2009; Галявич А.С., 2010).

Многочисленными исследованиями российских и зарубежных ученых доказана эффективность и способность к улучшению прогноза у больных с ХСН бета-адреноблокаторов. БАБ замедляют прогрессирование болезни,

снижают уровень госпитализации и таким образом сокращают расходы на лечение данной патологии. Доказана эффективность кардиоселективных (бисопролол, метопролол) и некардиоселективных БАБ (карведилол) (Напалков Д. А., Сеидова Н. М., 2010; Е.А.Смирнова, 2012; Фролова Э.Б., 2013; Naccarelli G.V., 2005; Kopecky S.L., 2006; Remme W.J., 2007; Radovic V.V., 2009).

Назначение диуретиков способствует улучшению клинической симптоматики ХСН и позволяет, согласно исследованиям отечественных ученых, снизить уровень госпитализации. Вместе с тем диуретики не улучшают прогноза заболевания для больных (Ситникова М.Ю., 2014; Недогада С.В., 2006).

В исследованиях отечественных авторов показана фармакоэкономическая эффективность монотерапии в лечении ХСН, с применением иАПФ. Клиническими исследованиями была доказана высокая экономическая значимость проведения специальных комплексных программ лечения, включающих, наряду с иАПФ, мочегонные препараты, соблюдение диеты, адекватные физические нагрузки. Данный подход способствует снижению числа повторных госпитализаций (Гиляревский С. Р., Кузьмина И. М., 2010; Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С., 2010; Ларина, В.Н., 2010; Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М., 2005).

С развитием стационарозамещающих технологий улучшились медико-экономические показатели лечения ХСН за счет снижения средней длительности пребывания на койке (Rinfret, S. A., 2007; Ontategue-Parra S., 2008).

Высокая распространенность артериальной гипертензии, достигающая более 20% среди населения и вдвое больше среди лиц старше трудоспособного возраста, рассматривается как основной фактор риска развития ряда сердечно-сосудистых осложнений, фармакотерапия которых высокочатратна (Плейко О.А., Конради А.О., 2008; Dzhindzholiia N.R., 2008). Отсюда возникает необходимость в реструктуризации медицинской помощи

населению старше трудоспособного возраста (Е.С. Введенская, Л.Ф. Кобзева, 2013).

В исследованиях отечественных ученых показана роль ожирения в формировании сердечно-сосудистой патологии и влияния на структурно-функциональные изменения сердца. Рассматриваются современные подходы медикаментозной коррекции у больных артериальной гипертензией, осложненной абдоминальным ожирением (В.Р. Вебер, М.П. Рубанова, М.Н. Копина и др, 2008; Т.Н. Василькова, Т.Б. Баклаева, С.И. Матаев и др., 2014).

Основной задачей современной антигипертензивной терапии является сокращение числа больных с недостигнутым целевым артериальным давлением, что позволит предотвратить или приостановить развитие сердечно-сосудистых осложнений и значительно улучшить прогноз для больных АГ. Для решения данной задачи требуется рациональный подбор комбинации антигипертензивных препаратов. Наиболее рациональные комбинации из трех антигипертензивных препаратов были включены в «Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК)», (2010) (Чазова И. Е., Ратова Л. Г., Бойцов С. А., 2010; Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Троицкая Е. А., 2011).

Из числа антигипертензивных средств предпочтение отдается сочетанию (ИАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) с тиазидным диуретиком (ТД) и с дигидропиридиновым антагонистом кальция. Рядом исследований доказаны высокие органопротективные свойства одного их представителей БРА кандесартана (Николаев Н.А., 2009; Агеев Ф. Т., Сербул В. М., Овчинников А. Г., 2007; Остроумова О.Д., Максимов М.Л., 2011). Достаточно хорошими вазоселективными свойствами характеризуется относительно новый представитель антагониста кальция дигидропиридинового ряда 3-го поколения лерканидипин. Обладая достаточной безопасностью и низким числом побочных явлений препарат эффективен как при лечении умеренной, так и выраженной АГ (Чичеро А. Ф.,

Герокарни Б., Ростиччи М. и др., 2012; Borghi C., 2005; Calhoun D. A., Jones D., Textor S. et al., 2008).

В большинстве рекомендаций тиазидные диуретики рассматриваются в качестве обязательного компонента лечения АГ. Блокаторы рецепторов ангиотензина и антагонистов кальция в сочетании с диуретиком потенцируют антигипертензивное действие друг друга и снижают риск таких побочных эффектов, как метаболические нарушения у больных АГ высокого риска [6, 9].

Рост числа повторных госпитализаций, приводящих к увеличению расходов на лечение, во многом зависит от соблюдения больными гипотензивной терапии. На необходимость соблюдения режима фармакотерапии и значение приверженности (комплаентности) больного к лечению указывает ряд авторов (Митрофанова И.С., 2008; Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Константинов В. В. и др., 2006; Погосова Г.В., 2009; Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов, Л.В. Русская и др., 2005; А.О.Конради, Е.В.Полуничева, 2004).

В качестве основных причин некомплаентности указывается на отношение к лечению самого пациента, несоблюдение врачами стандартов лечения, а также социально-экономические факторы, в условиях которых формируется ценовая составляющая фармакотерапии. Наиболее экономически обоснованным при лечении артериальной гипертензии является назначение диуретиков и во вторую очередь БАБ, затем и АПФ, антагонистов кальция, достоверно снижающих риск развития сердечнососудистых и цереброваскулярных осложнений (Митрофанова И.С., 2008; Погосова Г.В., 2009; Nathan, D., 2013).

Согласно данным Е.А. Павловой и др. (2013) использование современных гипотензивных средств с минимальными побочными реакциями и в средних дозах является одним из возможных путей повышения рентабельности проводимой терапии, проявляющейся в снижении затрат на лечение почти на 40%.

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является широкая распространенность и как следствие высокая стоимость лечения ишемической болезни сердца (ИБС). На долю ИБС в структуре обращаемости населения по поводу болезней системы кровообращения приходится 25,3%. (В.М.Клюжев, В.Н.Ардашев, А.Г. Брюховецкий, А.А. Михеев, 2004; Е.И. Чазов, 2008).

Наиболее распространенной формой ИБС является стабильная стенокардия, характеризующаяся высоким уровнем смертности и развитием более чем у 3% больных инфаркта миокарда (В.П. Лупанов, Д.М. Аронов, 2008; А.В.Концевая, А.М.Калинина, И.Е. Колтунов и др., 2011). Основные направления научных исследований в России и за рубежом направлены на улучшение первичной и вторичной профилактики заболевания. Данная задача может быть реализована с помощью трех методов лечения: медикаментозного, хирургического и чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики (Nathan, D, 2013).

В то же время основным методом лечения является проведение медикаментозной терапии, включающей базовые препараты группы БАБ, антагонистов кальция и нитратов. В качестве дополнительной терапии целесообразным является назначение миокардиальных цитопротекторов (триметазидин), активаторов калиевых каналов (никорандил), нитратоподобных средств (молсидомин), также обладающих антиишемическим и антиангинальным действием. В соответствии с современными стандартами лечения в фармакотерапию больных ИБС включаются иАПФ (престариум и др.), которые позволяют избежать неблагоприятных осложнений (А.Я. Ивлева, Е.Б. Сивкова, 2008; Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, 2007; Кутищенко, Н.П., 2008, Федулаев, Ю.Н., 2007)

Вместе с тем воздействие на факторы риска развития ИБС позволяет получить более высокий экономический эффект, чем лечение самого заболевания. Доказано, что снижение уровня холестерина в крови сопровождается значительным популяционным снижением общей смертности

и риска всех сердечнососудистых осложнений. Таким образом, при всех формах ИБС требуется проведение длительной липидснижающей терапии с соблюдением строгой гиполипидемической диеты (Кухарчук, В.В., 2009; Р.Г.Оганов, Г.Я. Масленникова, 2009).

Коррекция факторов риска ИБС достигается назначением статинов в соответствии с рекомендациями по лечению дислипидемий Национального общества по атеросклерозу (НОА) 2012г. Целевой уровень ХсЛНП <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) или на >50% от исходного уровня. Для этих целей часто используются высокие дозы статинов – аторвастатин 80 мг или розувастатин 40 мг. Другие липидснижающие препараты (фибраты, никотиновая кислота, эзетимиб) могут снижать ХсЛНП, однако в настоящее время нет клинических данных, что это сопровождается улучшением прогноза (Кухарчук, В.В., 2009)

Таким образом, обзор литературных источников подтверждает актуальность проблемы лечения больных сердечнососудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара и указывает на необходимость проведения клинико-экономических исследований, способствующих оптимизации данной формы медицинской помощи больным. Особую значимость эти исследования имеют для конкретной территории, в том числе Кабардино-Балкарской республики, где с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и уровней госпитализации развитие и совершенствование стационарозамещающих технологий приобретает высокую актуальность.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Материал и методы клинического исследования.

С учетом распространенности сердечно-сосудистой патологии в КБР в качестве материала для клинического исследования привлечены больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, лечившиеся в дневном и круглосуточном стационарах в 2013 г.

Основными базами исследования послужили дневные стационары поликлиники №1 и №2 г.Нальчика. Кроме того в исследование привлечено кардиологическое отделение городской клинической больницы №1г. Нальчика на 60 коек, в котором больные лечились на круглосуточных койках.

Характеристика больных.

Обследовано 160 больных с артериальной гипертонией I-III стадией II-III степенью, стабильной стенокардией I-III ФК, хронической сердечной недостаточностью **I-II Б стадией**. Больные наблюдались в течение 6 мес. В исследование вошли лица от 35 до 75 лет. Средний возраст больных составил $55,10 \pm 10,15$ лет. Гендерный состав обследованных представлен 73 больными мужского пола (45,6%), женщин - 87 (54,4%). Возрастно-половое распределение больных приведено в таблице 1.

Таблица 1.

Возрастно-половой состав больных

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
30-39	-	3	3
40-49	17	22	39
50-59	34	29	63
60-69	17	21	38
70-75	5	12	17
Итого: абс.	73	87	160
%	45,6	54,4	100

Из числа обследованных артериальная гипертония имела у 154 человек (96,3%), из них АГ без признаков ИБС и ХСН диагностирована у 58 человек

(36,3%). Стабильная стенокардия диагностирована у 86 человек (53,8%), ХСН - у 98 человек (61,3%).

Сочетание артериальной гипертонии, стабильной стенокардии и хронической сердечной недостаточности отмечалось у 88 человек (55,0%), артериальной гипертонии и хронической сердечной недостаточности - у 10 человек (6,3%), стабильной стенокардии и хронической сердечной недостаточности - у 4 человек (2,5%).

Около 50% больных имели те или иные сопутствующие заболевания. Так сахарный диабет диагностирован у 34 больных (21,3%), хронические неспецифические заболевания легких - у 22 человек (14,6%).

Весь контингент больных был разделен на две группы. Сравнимые группы были рандомизированы, т.е. не отличались достоверно по полу, возрасту. В I группу вошли 100 больных в возрасте от 35-75 лет, лечившихся в дневном стационаре (ДС). Средний возраст пациентов составил $55,57 \pm 10,1$ лет. Во II группу вошли 60 больных в возрасте от 35-75, лечившихся в круглосуточном стационаре (КС). Средний возраст пациентов составил $55,68 \pm 0,3$ лет.

Таблица 2

Возрастно-половой состав больных в двух сравниваемых группах

		Круглосуточный стационар			Дневной стационар		
		мужчины	женщины	%	мужчины	женщины	%
Возраст	Пол						
	30-39	-	2	3,3	-	1	1,0
	40-49	5	8	21,7	12	14	26,0
	50-59	12	10	36,7	22	19	41,0
	60-69	7	7	23,3	10	14	24,0
	70-75	3	6	15,0	2	6	8,0
Итого	абс.	27	33	60	46	54	100,0
	%	43,3%	56,7%	100%	46,0%	54,0%	100%

Диагностика и лечение больных в изучаемых группах проводилось в соответствии с современными рекомендациями («Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК)», 2010, Национальные рекомендации Общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН), Российского кардиологического общества (РКО) и Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (четвертый пересмотр), утвержденных на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на Правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 года).

Проведено исследование структурно-функционального состояния миокарда в динамике до лечения и через 6 месяцев после лечения. Больным было проведено электрокардиографическое (ЭКГ) исследование в 12 отведениях с определением характера сердечного ритма и проводимости, наличия гипертрофии камер сердца с использованием многоканального электрокардиографа «Shiller» (Швейцария). Всем больным проведена рентгенография грудной клетки.

С целью количественной и качественной оценки параметров, характеризующих внутрисердечную и центральную гемодинамику, степень гипертрофии миокарда левого желудочка проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО КГ) по общепринятой методике с использованием одномерного (М), двумерного (В) и доплеровского (Д) режимов на аппарате Vivid 3.

Для исследования систолической функции ЛЖ в М-режиме проводились измерения: КДР (мм.) - конечнодиастолического размера полости ЛЖ, КСР (мм.) - конечносистолического размера полости ЛЖ, ТМЖПд (мм.) - толщины межжелудочковой перегородки в диастолу, ТЗСд (мм.) - толщины задней стенки ЛЖ в диастолу.

Рассчитывались следующие показатели левого желудочка: конечнодиастолический объем (КДО мл); конечносистолический объем

(КСО мл); ударный объем (УО мл) $УО=КДО-КСО$; фракция выброса (ФВ в %), $ФВ = КДО-КСО \times 100\%$ ($N = 50-70\%$). Систолическая дисфункция регистрировалась при $ФВ < 50\%$.

Исследовался показатель массы миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ г.) и индекс ММ ЛЖ ($г/м^2$) = $ММ ЛЖ / \text{площадь поверхности тела } (м^2)$.

С помощью метода импульсной доплероэхокардиографии изучалась диастолическая функция левого желудочка по нескольким параметрам: максимальной скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка (Е м/сек.), максимальной скорости наполнения левого желудочка в систолу предсердий (А м/сек.) с определением отношения Е/ А. Исследовался показатель IVRT мс - время изоволюметрического расслабления левого желудочка. Диастолическая дисфункция диагностировалась при $1,0 > Е/А < 1,5$.

Для оценки тяжести сердечной недостаточности в динамике до лечения и через 6 месяцев после лечения применялась шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС). Шкала оценки клинического состояния больных с ХСН в модификации В.Ю. Мареева включает вопросы, наиболее полно отражающие функциональное состояние больного и данные физикального обследования.

Для определения толерантности больных к выполнению физических нагрузок и функционального класса ХСН использовался тест шестиминутной ходьбы, который проводился в динамике до начала лечения и через 6 месяцев после лечения. Дистанция, пройденная пациентом за 6 минут, соответствовала определенному функциональному классу ХСН: I ФК - 426-550 м.; II ФК - 301-425 м.; III ФК - 151-300 м.; IV ФК - менее 150 м.

Приверженность больных к лечению оценивалась с помощью теста Мориски-Грина (D.E.Morisky, L.W.Green, D.M. Levine, 1986), который состоит из четырех вопросов, позволяющих выявить наиболее типичные причины некомплаентности больных. Комплаентными считаются больные набравшие 4 балла, некомплаентными - менее 3.

2.2. Оценка эффективности деятельности дневного стационара.

В соответствии с целью и задачами данного исследования была проведена оценка эффективности деятельности дневного стационара в поликлинике.

При этом мы исходили из определения понятия «эффективность» как соотношение достигнутых результатов и произведенных затрат.

Фактические показатели объема деятельности дневных стационаров рассчитывались по общепринятой методике по итогам работы за календарный 2012 год.

В настоящем исследовании для оценки экономической эффективности лечения использовался метод, в основе которого лежит анализ затрат и результативности лечения. Такой критерий оценки как «затраты – результативность» целесообразно применять в тех случаях, когда имеются несколько различающихся по затратам видов медицинской помощи, но при этом достигается одинаковые клинические результаты. Анализ такого рода позволяет учесть и соотнести как расходы, так и результативность лечебных мероприятий. Для этого, в частности, были использованы подходы, предложенные В.Э. Танковским с соавт. (2001).

Метод «затраты-результативность» состоит из следующих этапов:

1. клинический анализ результатов различных способов лечения определенного заболевания;
2. определение размера расходов на курс лечения 1-го пациента;
3. Расчеты коэффициентов эффективности затрат по каждому виду медицинской помощи.

При проведении данного типа анализа для каждого рассматриваемого вида медицинской помощи рассчитывалось соотношение «затраты-результативность» по формуле:

$$\text{Затраты/результативность} = DC/Ef$$

где: соотношение «затраты-результативность» показывает затраты, приходящиеся на единицу результативности, например, на одного вылеченного больного;

ДС – прямые затраты (стоимость лечения 1-го больного на курс);

Ef - результативность лечения (процент больных с выздоровлением и с улучшением).

Экономическая эффективность лечения больных определялась с помощью фармакоэкономического анализа, на основе которого были проведены расчеты общих прямых затрат. В общие прямые затраты включалась стоимость лечения в круглосуточном и дневном стационаре и медикаментозная терапия в амбулаторных условиях, которая рассчитывалась на основе данных по госзакупкам медикаментов в республике на 2013 г. С учетом фактической стоимости одного койко-дня были проведены расчеты по дневным и круглосуточным стационарам за второе полугодие 2013 г. Выкопировка цен на лекарственные препараты была сделана из прайс-листа основного дистрибьютера в г. Нальчике за 2013.

2.3. Изучение динамики и объемов деятельности дневных стационаров.

С целью изучения объемов медицинской помощи в дневных стационарах Кабардино-Балкарии за 2006-2012 гг. использованы статистические материалы МЗ КБР «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» (Ф № 14дс.), а также данные статистических форм № 016/у-02 и № 007/дс-02 (сводный).

Изучена динамика развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению КБР за 2006-2012 гг. Проведен анализ роста коечного фонда ДС и числа пролеченных в них за изучаемый период в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях. Рассчитана обеспеченность койками ДС на 10 тыс. населения. Исследована степень использования ДС по профилям коек, в том числе терапевтического профиля, по числу проведенных пациенто-дней.

Изучена динамика и структура заболеваемости взрослого населения КБР. Используются данные по обращаемости населения КБР за медицинской помощью по поводу заболеваний за 2006-2012 гг., ежегодные статистические сборники Госстата по КБР, а также проанализированы ежегодные статистические материалы МЗ КБР (Ф. № 12). Показатели заболеваемости рассчитаны на 100 тысяч взрослого населения. В работе проведен анализ динамических рядов с вычислением прироста показателей за изучаемый период и определением структуры заболеваемости.

2.4. Методика социологического исследования.

Наряду с экономической оценкой лечения в стационаре дневного пребывания необходимо определить социальную значимость этого этапа лечения, проведя социологическое изучение. Карты опроса мнения врачей и пациентов приведены в Приложении № 1, № 2.

С целью выявления преимуществ и недостатков ДС нами изучено мнение пациентов. С этой целью был проведен социологический опрос по анкетам, специально разработанным в соответствии с методикой научного исследования. В настоящем исследовании использовалась бесповторная случайная выборка (один респондент заполняет анкету только один раз). Анкета включала 15 вопросов.

В анкетировании приняли участие 449 пациентов ДС г. Нальчика и центральных районных больниц. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 25 лет – 56 человек (12,5 %), 26-35 лет – 83 человека (18,5 %), 36-45 лет - 105 человек (23,4 %), 46-55 лет - 102 человека (22,7 %), 56 и старше – 103 человека (22,9 %). Таким образом, среди опрошенных преобладали пациенты трудоспособного возраста. Лица молодого возраста до 35 лет составили 40,0 %, остальные возрастные группы распределились равномерно.

Гендерный состав респондентов представлен в среднем 33,0 % мужчин и 67,0 % женщин. В социальной структуре респондентов работающие

составили 51,4 %, пенсионеры – 18,0 %, безработные -23,8 %, учащиеся и студенты – 6,7 %.

В процессе исследования был проведен социологический опрос врачей с целью изучения влияния различных факторов на эффективность деятельности дневного стационара. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 7 вопросов. Всего было опрошено 158 респондентов, из них на базе городских ЛПУ 85 и 73 - на базе сельских ЛПУ. Более 50% респондентов было представлено врачами терапевтического профиля. Наибольшую долю респондентов составили врачи со стажем работы 6-8 лет (54%), 33 % имели стаж работы более 10 лет, 41% - от 2 до 4 лет и 30% от 1 до 2 лет. В целом, с достаточно большим стажем работы врачи составили большую часть респондентов.

Качество выборочного социологического исследования определяется репрезентативностью и обоснованностью выборки. Обоснованность или надежность выборки определяется гарантией определенной ошибки выборки.

Объем выборки зависит от уровня однородности или разнородности изучаемых объектов. Чем более они однородны, тем меньшая численность может обеспечить статистически достоверные выводы.

Формула расчета объема выборки при бесповторной случайной выборке следующая:

$$n = \frac{t^2 \delta^2 N}{\Delta^2 N + t^2 \delta^2}$$

n – объем выборки;

δ^2 – дисперсия (характеризует величину отклонения от средних величин в генеральной совокупности);

t – коэффициент достоверности;

Δ – предельная ошибка в выборки;

N – численность генеральной совокупности.

Данная формула применяется для определения величины выборки при заранее заданном размере генеральной совокупности (N). При достаточно

больших значениях N произведением $t^2\delta^2$ можно пренебречь, и тогда формула приобретает следующий вид:

$$n = \frac{t^2\delta^2}{\Delta^2}$$

Для расчета необходимой случайной выборочной совокупности можно использовать максимальную величину дисперсии (δ^2) равную 0,25, что позволяет рассчитывать завышенную численность выборки, гарантирующую меньшую ошибку выборочной совокупности. Предельная ошибка выборки (Δ) и коэффициент достоверности (t) устанавливаются в зависимости от требуемой точности и надежности проводимого социологического исследования. Наиболее употребляемыми значениями в социологических исследованиях в здравоохранении являются: $\Delta = 0,05$ и $t = 2$, что обеспечивает достоверность результатов в 95 случаев из 100 с предельной ошибкой $\pm 5\%$.

Однако на практике для простоты определения репрезентативной выборки с допущением 5%-ой ошибки широко применяются следующие расчеты (табл.3).

Таблица 3

Расчет В.И.Паниотто

Объем генераль- ной совокупности	00	000	000	000	000	000	0000	1	1
Объем выборки:	22	86	33	50	60	70	85	3	3

Таким образом, для совокупности более 100000 выборка должна составлять не менее 400 единиц. Опыт проведения социологических исследований показывает, что количество респондентов, включенных в выборочную совокупность, должно, как правило, составлять 10% от генеральной совокупности, но не превышать 2000 человек. Учитывая, что величина допустимой ошибки зависит от цели исследования и не обязательно

должна приближаться к 5-процентному уровню, по расчетам В.И.Паниотто можно использовать величины фактической ошибки выборки в зависимости от ее объема (табл. 4).

Таблица 4.

Объем выборки, если генеральная совокупность 5000	25	45	100	123	156	204	400	625
Фактическая ошибка при данном объеме выборке, %	20	15	10	9	8	7	5	4

Статистическая обработка результатов.

Статистическая обработка данных осуществлена на основе комплекса современных методов автоматизированного хранения и обработки информации на персональных компьютерах с использованием программы MS Excel и стандартного пакета прикладных программ «Statistika 6,0», а также с использованием пакета прикладных программ SPSS (vers.18).

При нормальном распределении использовался критерий Стьюдента (t): парный - при изучении динамики показателей внутри групп, непарный - при сравнении независимых выборок (между исследовавшимися группами). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3. 1. Анализ клинической эффективности лечения больных с сердечнососудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара.

3.1.1. Анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией в условиях дневного стационара.

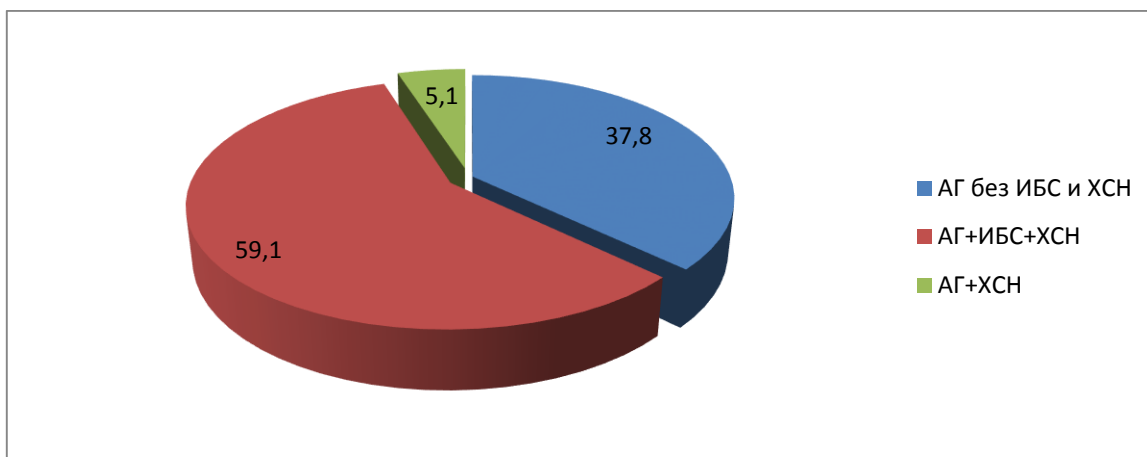
Характеристика изучаемых групп больных с артериальной гипертонией.

Артериальная гипертония была диагностирована у 156 человек (96,3%) из 160 больных, вошедших в данное исследование. Из них АГ без признаков ИБС и ХСН диагностирована у 58 человек (36,3%).

Большинство пациентов перед поступлением в круглосуточный или дневной стационар лечились амбулаторно, принимали различные гипотензивные препараты. Проводимая ранее фармакотерапия у пациентов давала временный успех и нуждалась в коррекции в условиях стационара.

В I группе (ДС) артериальная гипертония была диагностирована у 98 человек (98,0%), из них АГ без признаков ИБС и ХСН имела у 37 человек (37,8%). Сочетание АГ, ИБС (стабильной стенокардии) и ХСН (АГ, ИБС, ХСН) наблюдалось у 58 человек (59,2%), (АГ, ХСН) - у 5 человек (5,1%). Артериальная гипертония во II группе (КС) была диагностирована у 58 человек (96,7%), из них АГ без признаков ИБС и ХСН диагностирована у 20 человек (34,5%). Сочетанная патология (АГ, ИБС (стабильная стенокардии) и ХСН (АГ, ИБС, ХСН) отмечалось у 33 человек (56,8%), (АГ, ХСН) - у 5 человек (8,7%). Распределение больных гипертонией в двух группах с учетом сочетанной патологии представлено на рисунке 1.

Группа 1.



Группа 2.

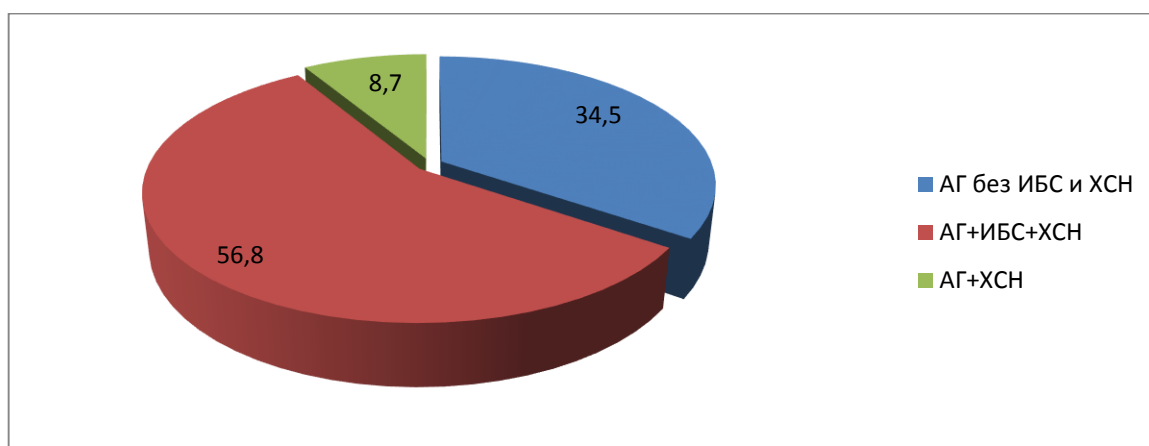


Рисунок. 1. Распределение больных гипертонией в двух группах с учетом сочетанной патологии.

Распределение пациентов по стадиям и степеням артериальной гипертонии в двух группах представлено в таблицах 5 и 6.

Таблица 5.

Распределение больных по степеням артериальной гипертонии в группах

	Круглосуточный стационар		Дневной стационар	
	Всего человек	%	Всего человек	%
АГ 2 степени	32	55,2	53	54,1
АГ 3 степени	26	44,8	45	45,9
Итого:	58	100%	98	100%

Таблица 6.

Распределение больных по стадиям артериальной гипертензии в группах.

Стадии АГ	Круглосуточный стационар		Дневной стационар	
	Всего человек	%	Всего человек	%
I	6	10,4	12	12,5
II	12	20,6	18	18,8
III	40	69,0	66	68,7
Итого:	58	100%	96	100%

Из таблицы 5 и 6 видно, что группы I и II статистически не различались, т.е. были рандомизированы.

У большинства пациентов отмечалось наличие факторов риска развития сердечнососудистых осложнений (возраст - мужчины > 55 лет, женщины > 65 лет; курение, дислипидемия (повышение общего холестерина > 5,0 ммоль/л), абдоминальное ожирение - окружность талии >102 см. для мужчин, > 88 см. для женщин) (табл.7).

Таблица 7

Наличие факторов риска у больных в двух группах ($p>0,05$).

Факторы риска	Круглосуточный стационар		Дневные стационары	
	Всего человек	%	Всего человек	%
Возраст	24	41,4	43	44,8
Курение	8	13,8	19	19,8
Дислипидемия	36	62,1	67	69,8
Абдоминальное ожирение	6	10,3	10	10,4

Из числа наблюдаемых больных с артериальной гипертензией в обеих группах мы выделили пациентов с АГ без ХСН и ИБС. В I группе таковых было 20 человек, из которых больные с АГ 2 степени составили 58,0%, а с АГ 3 степени – 42,0%. Во II группу с АГ без ХСН и ИБС вошли 38 человек, из

которых 57,8% больных были с АГ 2 степени и 42,2% - с АГ 3 степени. Эти больные явились основным объектом нашего исследования по АГ.

При поступлении в стационар уровень систолического артериального давления составил в среднем $168,82 \pm 16,15$ мм.рт.ст (больные КС) и $165,39 \pm 12,21$ мм.рт.ст. (больные ДС). Уровень диастолического давления составил в среднем $100 \pm 11,44$ мм.рт.ст. (больные КС) и $98,8 \pm 6,51$ мм.рт.ст. (больные ДС). Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

Результаты электрокардиографического исследования больных в общепринятых 12 отведениях признаки гипертрофии левого желудочка выявили с АГ у 7 больных I группы и у 15 больных II группы.

По данным ЭХО КГ увеличение толщины стенок левого желудочка (>12 мм.) и индекса массы миокарда левого желудочка (>125 г/м² для мужчин и >110 г/м² у женщин) наблюдалось с АГ у 10 больных в I группы и у 29 больных II группы. Диастолическая дисфункция по гипертрофическому типу наблюдалась у 9 больных КС и 30 больных ДС, диастолическая функция была в норме у 8 больных КС и 8 больных ДС.

Фармакотерапия пациентов с АГ в двух группах была идентичной и соответствовала стандартам лечения. Больные получали иАПФ (эналаприл, энам, эднит, моноприл, диротон, престариум), БРА, диуретики (гипотиазид, ариффон ретард), БАБ (атенолол, эгилок, небилет), антагонисты Са (кордафлекс ретард, коринфар ретард, верапамил). Больные КС получали иАПФ в 94,11% случаев, диуретики - в 88,23%, антагонисты Са - в 52,90%, БАБ - в 41,17%. Больные ДС получали иАПФ - в 100% случаев, диуретики - в 84,20%, антагонисты Са - в 47,36%, БАБ - в 36,84%. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$). Анализ фармакотерапии в группах представлен на рисунке 2.

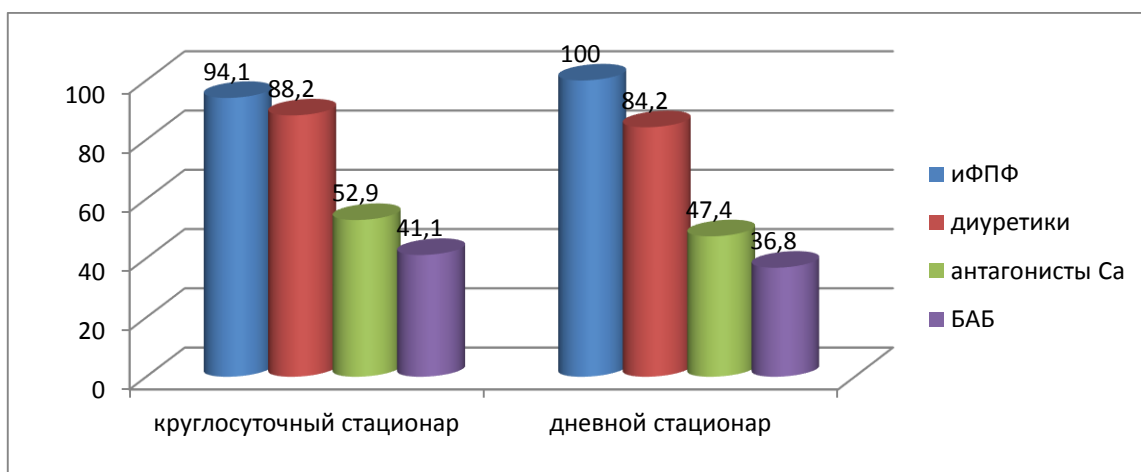


Рисунок 2. Анализ фармакотерапии артериальной гипертензии в изучаемых группах ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертензией без ХСН и ИБС в динамике через 6 месяцев показал, что в результате лечения в ДС и КС всем больным удалось снизить артериальное давление. Динамика уровня систолического артериального давления через 6 месяцев после лечения представлена в таблице 8.

Таблица 8

Динамика уровня систолического артериального давления в группах ($M \pm m$)

АДс, мм.рт.ст.	I группа (КС)	II группа (ДС)
До лечения	168,23±15,18	166,15±11,92
Через 6 месяцев	136,12±17,31	134,16±13,78

*- различия в пределах группы до и после лечения статистически значимые ($p < 0,05$);

Таким образом, исходя из данных анализа, мы видим, что в обеих группах в результате лечения удалось достичь положительного эффекта (по динамике показателей артериального давления). Вместе с тем отмечается отсутствие статистически значимых отличий между группами.

В работе проведен сравнительный анализ динамики ИММЛЖ, толщины стенок ЛЖ, диастолической функции. Исходные данные для I группы - ИММЛЖ - 123,98±22,25 г/м², ТМЖПд - 12,51±1,63 мм., ТЗСЛЖд - 11,95±1,72 мм., для II группы ИММЛЖ - 132,87± 20,16 г/м², ТМЖПд - 13,54±1,38 мм.,

ТЗСЛЖд $-12,80 \pm 1,76$ мм. Различия между группами по всем исходным параметрам статистически незначимые ($p > 0,05$).

На фоне лечения через 6 месяцев ИММЛЖ в I группе снизился до $120,65 \pm 24,11$ г/м² ($p > 0,05$), во II группе $-128,82 \pm 23,18$ г/м² ($p > 0,05$).

ТМЖПд через 6 месяцев в I группе составила $12,50 \pm 1,43$ мм ($p > 0,05$), во II группе $-12,90 \pm 1,61$ мм ($p > 0,05$).

Толщина стенок ТЗСЛЖд через 6 месяцев в I группе составила $11,69 \pm 1,38$ мм ($p > 0,05$), во II группе $-12,42 \pm 1,64$ мм ($p > 0,05$).

Различия между группами по всем параметрам в динамике статистически незначимые ($p > 0,05$). Динамика ИММЛЖ на фоне лечения через 3 месяца представлена в таблице 9.

Таблица 9.

Динамика показателей ИММЛЖ на фоне лечения в изучаемых группах.

	ИММЛЖ г/м ²		ТМЖПд (мм.)		ТЗСЛЖд	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
До лечения	$123,98 \pm 22,25$	$132,87 \pm 20,16$	$12,51 \pm 1,63$	$13,54 \pm 1,38$	$11,95 \pm 1,72$	$12,80 \pm 1,76$
Через 6 месяцев	$120,65 \pm 24,11$	$128,82 \pm 23,18$	$12,50 \pm 1,43$	$12,90 \pm 1,61$	$11,69 \pm 1,38$	$12,42 \pm 1,64$

Таким образом, на фоне лечения в обеих группах отмечалось улучшение в виде снижения ИММЛЖ, однако большая положительная динамика была во II группе. Уменьшение толщины стенок левого желудочка (ТМЖП и ТЗСЛЖ) через 6 месяцев наблюдалось как в I, так и во II группе, однако, различия между группами по динамике ТМЖП и ТЗСЛЖд статистически незначимые ($P > 0,05$).

В работе проведен анализ диастолической функции: E/A, YVRT (мс.) Исходные данные для I группы - E/A - $0,97 \pm 0,16$, YVRT- $106,65 \pm 16,78$; для II группы - E/A - $0,98 \pm 0,22$, YVRT- $107,24 \pm 12,91$. Различия между группами по

всем параметрам статистически незначимые ($p>0,05$). Динамика показателей диастолической функции через 6 месяцев после лечения представлена в таблице 10.

Таблица 10.

Динамика показателей диастолической функции в группах ($M\pm m$).

	Е/А		YVRT (мс.)	
	I группа	II группа	I группа	II группа
При поступлении	0,97±0,16	0,98±0,22	106,65±16,78	107,24±12,91
Через 6 месяцев	1,01±0,22	1,01±0,18	106,74±15,42	106,67±11,45

*- различия в пределах одной группы статистически значимые ($p<0,05$).

Данные таблицы показывают, что на фоне лечения прослеживается незначительное улучшение Е/А и IVRT (мс.) в обеих группах, различия между группами статистически незначимые ($p>0,05$).

Приверженность (комплаентность) больных к лечению оценивалась с помощью теста Мориски-Грина. Через 6 месяцев после лечения в I группе комплаентными (набравшими 3-4 балла) были 16 человек (80,0%), некомплаентными (набравшими 0-2 балла) - 4 человека (20,0%), средний балл составил $3,3\pm 0,10$. Во II группе - комплаентными были 29 человек (78,4 %); некомплаентными - 8 человек (21,6%), средний балл составил $3,18\pm 0,76$. Различия между группами, и внутри групп статистически незначимые ($p>0,05$).

Как показали результаты нашего исследования, приверженность к лечению в значительной степени обусловлена отношением больного к своему заболеванию, отсутствием аккуратности в выполнении врачебных назначений, позволяя пропускать прием лекарственных препаратов при относительно хорошем самочувствии. Существенным фактором снижения степени приверженности к лечению являются социально-экономические условия, когда больные прекращали прием препарата из-за его высокой стоимости.

За период наблюдения летальности и повторных госпитализаций через 6 месяцев в двух группах не было.

3.1.2. Анализ эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях дневного стационара.

Сравнительная характеристика групп пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Всего с хронической сердечной недостаточностью в двух группах обследовано 98 больных (61,3%).

В I группе (КС) обследовано 35 больных с ХСН, из них у 32 ХСН развилась на фоне ИБС, у 3 - на фоне АГ. Инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 9 больных, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе наблюдалось у 2 человек. Постоянная форма мерцательной аритмии зафиксирована у 5 больных, желудочковая экстрасистолия - 3 больных.

Во II группе (ДС) обследовано 63 больных, из них у 58 ХСН развилась на фоне ИБС, у 5 - на фоне АГ. Из 63 больных лечение в дневном стационаре получали 40 человек. Инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 15 больных, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе наблюдалось у 4 человек. Постоянная форма мерцательной аритмии зафиксирована у 7 больных, желудочковая экстрасистолия - 4 больных.

Группы I и II не различались достоверно, т.е. были рандомизированы. Распределение больных по стадиям и функциональным классам (ФК) NYHA представлено в таблице 11 и 12.

Таблица 11

Распределение больных по стадиям сердечной недостаточности.

ХСН	Круглосуточный стационар		Дневной стационар	
	Всего человек	%	Всего человек	%
I	19	54,3	34	54,0
II А	12	34,2	22	35,0
II Б	4	11,5	7	12,9
Итого:	35	100%	63	100%

Таблица 12.

Распределение больных по функциональным классам (NYHA) сердечной недостаточности.

Функциональные классы ХСН	Круглосуточный стационар		Дневной стационар	
	Число человек	%	Число человек	%
I	11	31,4	20	31,7
II	24	68,6	43	68,3
Итого:	35	100%	63	100%

Необходимо отметить, что больные с ХСН I-II А и функциональным классом I-II лечились, в основном, в дневном стационаре. В связи с этим для возможности сравнения эффективности лечения в круглосуточном стационаре был взят также данный контингент больных.

При физикальном обследовании больных в I группе выявлены следующие данные: отечный синдром определялся у 23 (65,7%) больных, пастозность голеней - 11 человек (31,4%), отеки ног 7 человек (20,0%), асцит у 1 человека (2,9), увеличение печени у 6 больных (17,2%), влажные хрипы в легких - у 2 больных (5,8%).

Во II группе отечный синдром определялся у 35 больных (55,5%): пастозность голеней - 20 человек (31,7%), отеки ног - 10 человек (15,8%), асцит - 1 человек (1,6%), увеличение печени у 10 больных (15,8%), влажные хрипы в легких у 5 больных (8,0%).

Средний балл, определяемый по шкале оценки клинического состояния при ХСН (В.Ю.Мареев, 2000) в I группе: исходно составил $3,6 \pm 2,65$; II группе – $3,1 \pm 2,51$. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

При ЭКГ исследовании у всех больных регистрировались те или иные изменения. В I группе признаки гипертрофии ЛЖ выявлены у 15 человек (42,9%). Выявлены следующие нарушения ритма: постоянная желудочковая экстрасистолия у 4 больных (11,5%), постоянная наджелудочковая экстрасистолия у 1 больного (2,9,0%), постоянная форма мерцательной аритмии у 5 больных (14,3%), блокада левой ножки пучка Гиса у 2 больных (5,8%), блокада правой ножки пучка Гиса у 4 больных (8,6%).

Во II группе признаки гипертрофии ЛЖ выявлены у 31 человек (49,2%). Выявлены следующие нарушения ритма: постоянная желудочковая экстрасистолия у 6 больного (9,6%), постоянная наджелудочковая экстрасистолия у 2 больных (3,1%), постоянная форма мерцательной аритмии у 11 больных (17,5%), блокада левой ножки пучка Гиса у 3 больных (4,8%), блокада правой ножки пучка Гиса у 5 больных (8,0%).

По данным рентгенографии грудной клетки застойные изменения в легких выявлены в I группе у 2 пациентов (5,8%) и во II группе у 4 пациентов (6,4%).

При ЭХО КГ исследовании получены следующие данные: фракция выброса (ФВ) левого желудочка составила в среднем в I группе – $55,63 \pm 11,57\%$, во II группе – $57,86 \pm 25,41\%$; конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) в I группе – $54,26 \pm 11,82$ мм, во II группе – $54,24 \pm 9,83$ мм, ИММЛЖ в I группе составил $161,4 \pm 62,55$ г/м², во II группе $164 \pm 57,48$ г/м². Различия между группами по всем параметрам статистически незначимые ($p > 0,5$).

Диастолическая функция в I группе была в норме у 6 (17,2%) пациентов; изменение диастолической функции по гипертрофическому типу (с замедленной релаксацией) наблюдалась у 18 больных (51,5%), по

псевдонормальному у 3 больных (8,6%), по рестриктивному у 1 больного (2,9%). У 6 больных (17,2%), в связи с мерцательной аритмией, диастолическую функцию не определяли.

Во II группе диастолическая функция была в норме у 11 пациентов (17,5%) у диастолическая дисфункция по гипертрофическому типу наблюдалась у 38 пациентов (60,4%), по псевдонормальному типу у 5 больных (8,0%), по рестриктивному у 2 больных (3,2%). У 7 больных (11,2%) в связи с мерцательной аритмией, диастолическую функцию не определяли. Различия между группами статистически незначимые ($p>0,05$).

Фармакотерапия основными препаратами для медикаментозного лечения ХСН в двух группах была идентичной. Больные получали иАПФ (престариум, эналаприл, лизиноприл, диротон, энам, эднит, капотен, комбинированный препарат энап Н), диуретики (гипотиазид, арифон ретард, фуросемид), сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, дигоксин), БАБ (атенолол, конкор, эгилок), антагонисты рецепторов к альдостерону (верошпирон).

В I группе (КС) иАПФ получали 32 человек (91,5%), БАБ - 20 человек (57,2%), диуретики - 25 человек (71,5%), сердечные гликозиды - 8 человек (22,9%), антагонисты рецепторов к альдостерону - 6 человек (17,2%). Во II группе (ДС) иАПФ получали 59 человек (93,7%), БАБ - 38 человек (60,4%), диуретики - 47 человек (74,6%), сердечные гликозиды - 13 (20,7%), антагонисты рецепторов к альдостерону - 9 человек (14,3%). Различия между группами статистически незначимые ($p>0,05$), т.е. группы рандомизированы и по лечению. Анализ фармакотерапии основными препаратами для лечения ХСН в группах представлен на рисунке 7.

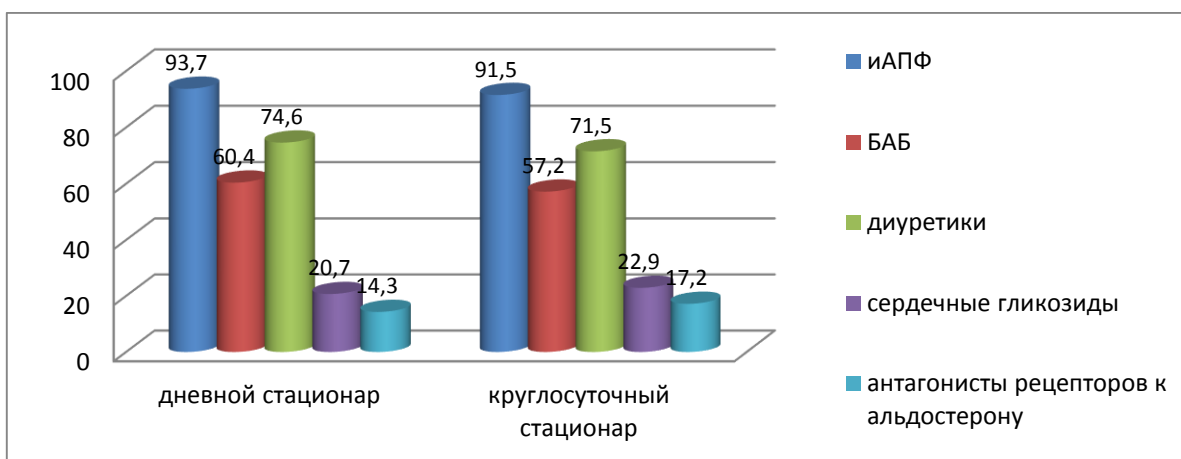


Рисунок 3. Фармакотерапия основными препаратами для медикаментозного лечения ХСН в группах.

В качестве дополнительных и вспомогательных средств в лечении ХСН использовались статины, антагонисты Са (при наличии сопутствующей артериальной гипертонии или наджелудочковых нарушениях ритма), антиаритмические средства - кордарон (при наличии желудочковых аритмий), антиагреганты - аспирин, кардиомагнил (при ХСН развившейся на фоне ИБС), метаболически активные препараты (цитопротекторы), триметазидин.

Нами проведен сравнительный анализ клинической эффективности лечения больных с ХСН в двух группах в динамике через 6 месяцев.

Для оценки тяжести состояния больного и эффективности проводимой терапии использовалась шкала оценки клинического состояния при ХСН (В.Ю. Мареев, 2000). Исходно выраженность клинических симптомов в I группе составила $3,42 \pm 2,54$ баллов. Во II группе - $3,23 \pm 2,48$. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$). Повторно оценка тяжести ХСН по используемой шкале проводилась у пациентов через 6 месяцев. На фоне лечения в обеих группах наблюдалась положительная динамика - уменьшение клинических симптомов ХСН. В I группе через 6 месяцев тяжесть ХСН в баллах составила $2,78 \pm 2,45$ ($p < 0,001$), во II группе $2,14 \pm 2,11$ балла ($p < 0,001$). Различия в отношении выраженности симптомов ХСН между I и II группами через 6 месяцев статистически незначимые (рис. 3).

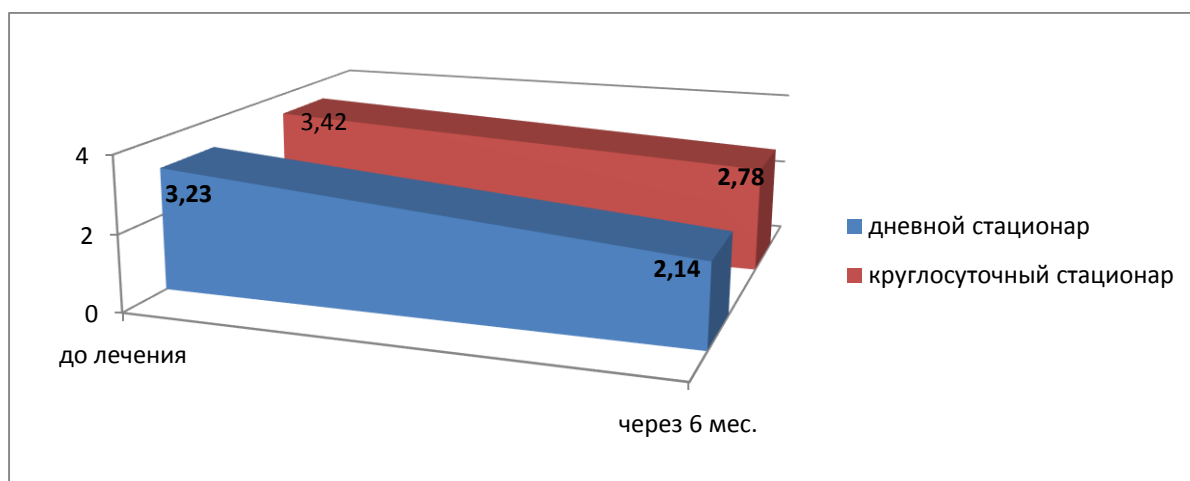


Рисунок 3. Динамика тяжести в 2 группах по шкале клинического состояния при ХСН по В.Ю. Марееву.

В качестве одного из основных критериев эффективности в лечении больных с ХСН выступает динамика функционального состояния пациентов. Динамика функционального состояния в группах оценивалась с помощью объективного теста толерантности к физической нагрузке - теста 6-минутной ходьбы. Данный тест позволяет оценить функциональные возможности пациента по пройденному расстоянию в метрах за 6 минут.

Исходно для I группы пройденное расстояние в среднем составило $365,34 \pm 88,73$ м., для II группы - $378,50 \pm 95,15$ м. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$). В динамике на фоне лечения через 6 месяцев получены следующие результаты: в I группе - $375,92 \pm 102,60$ м. ($p < 0,001$), во II группе - $398,43 \pm 104,43$ м. ($p < 0,001$). Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$). Полученные данные представлены на рисунке 4.

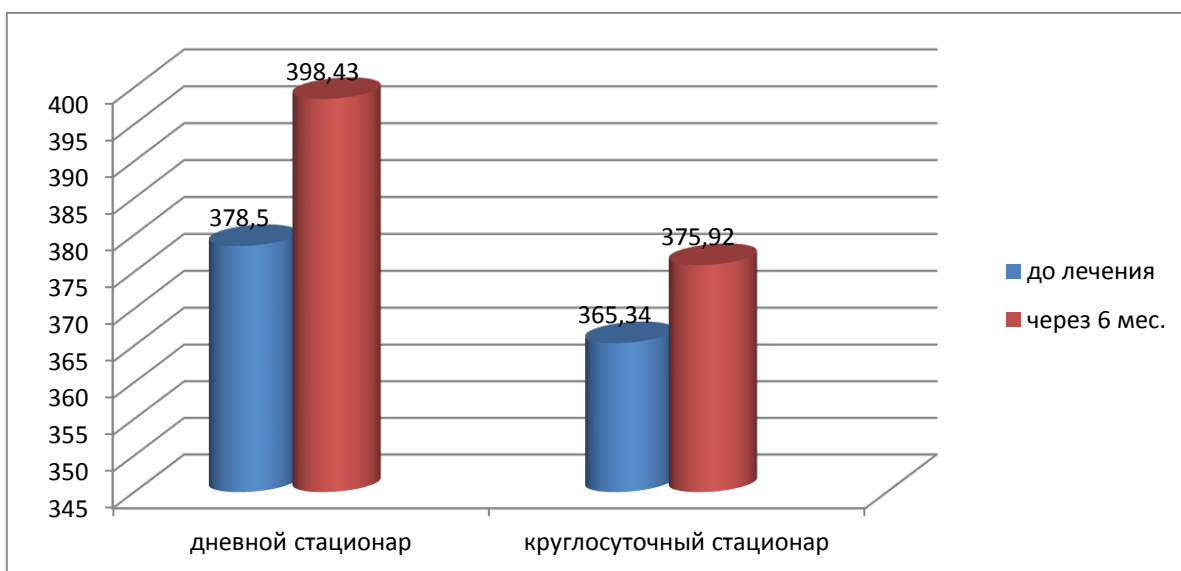


Рисунок 4. Результаты теста 6-минутной ходьбы (м.) в группах через 6 месяцев.

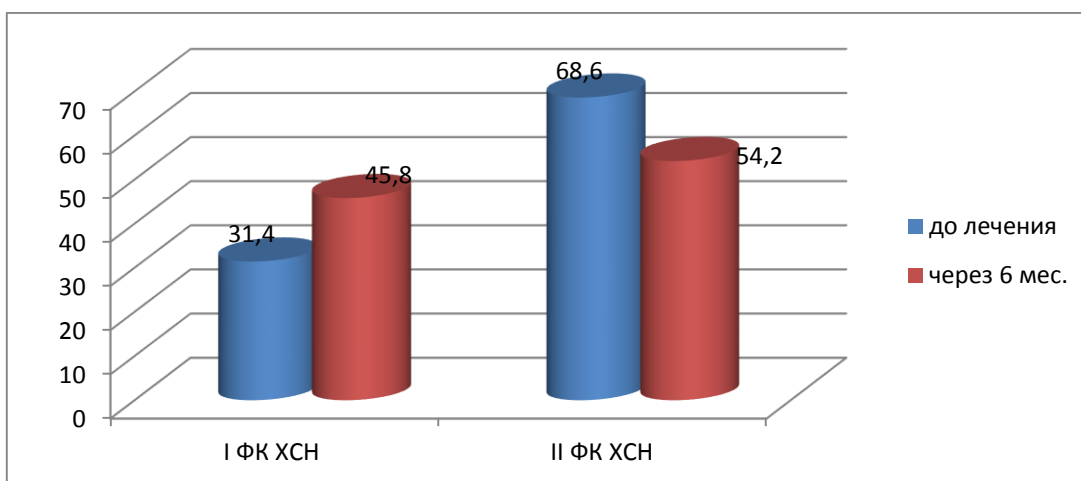
Таким образом, на фоне лечения наблюдалось увеличение толерантности к физическим нагрузкам как в I, так и во II группе. Учитывая данные 6-минутного теста, на фоне лечения в обеих группах наблюдалось достоверное улучшение функционального состояния больных.

Исходно в I группе с I ФК ХСН было 11 пациентов (31,4), со II ФК - 24 пациента (68,6%). Исходно во II группе с I ФК ХСН было 20 пациентов (31,7%), со II ФК - 43 пациента (68,3%). Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

В динамике распределение больных по ФК NYHA через 6 месяцев представлено следующими данными: в I группе с I ФК ХСН - 16 пациентов (45,8%), со II ФК - 19 (54,2%), во II группе с I ФК ХСН - 23 пациента (36,5%), со II ФК - 40 (63,5%). Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$), т.е. физическая активность в обеих группах повысилась одинаково.

Таким образом, в обеих группах отмечается улучшение функционального состояния больных: достоверное увеличение больных I ФК ($p < 0,05$), уменьшение больных II ФК ($p < 0,05$) (рис.5).

I группа



II группа

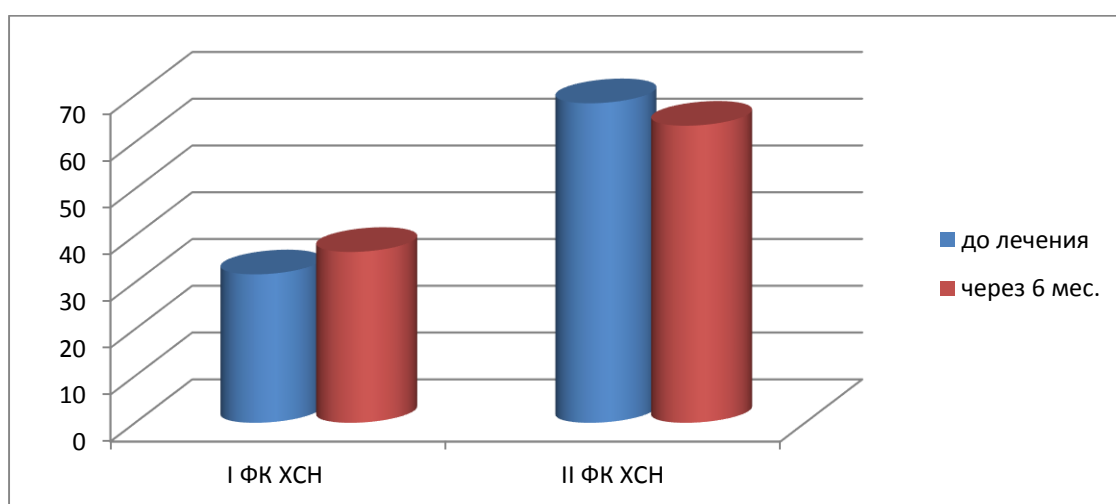


Рисунок 5. Динамика функционального класса NYHA в двух группах через 6 месяцев.

В работе по данным ЭХО КГ проведен сравнительный анализ динамики основных морфофункциональных параметров сердца. Нами оценивались следующие показатели: ФВ, КДР ЛЖ, ИММЛЖ, определялась диастолическая функция.

Исходные данные для I группы: ФВ ЛЖ - $55,16 \pm 11,67\%$, КДР ЛЖ - $54,72 \pm 12,37$ мм., ИММЛЖ - $158,77 \pm 56,81$ г/м². Исходные данные во II группе: ФВ ЛЖ - $56,82 \pm 12,43\%$; КДР - $54,32 \pm 9,64$ мм., ИММЛЖ - $161,12 \pm 44,52$ г/м². Различия между группами по всем параметрам статистически незначимые ($p > 0,05$).

На фоне лечения через 6 месяцев получены следующие результаты морфофункциональных показателей сердца: в I группе ФВ - $57,68 \pm 10,54\%$

($p < 0,05$), КДР ЛЖ $-53,83 \pm 11,21$ мм. ($p > 0,05$), ИММЛЖ $-157,23 \pm 46,32$ г/м²; во II группе - $58,47 \pm 10,76\%$ ($p < 0,05$), КДР ЛЖ $-53,72 \pm 8,86$ мм, ИММЛЖ - $158,5 \pm 74,38$ г/м² ($p < 0,05$). Полученные данные представлены в таблице 13.

Таблица 13.

Динамика эхокардиографических показателей в группах на фоне лечения.

	ФВ ЛЖ, %		КДР ЛЖ, мм		ИММЛЖ, г/м ² .	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
до	$55,16 \pm 11,67$	$56,82 \pm 12,43$	$54,72 \pm 12,37$	$54,32 \pm 9,64$	$158,77 \pm 6,81$	$161,12 \pm 4,52$
после	$57,68 \pm 10,54^*$	$58,47 \pm 10,76^{**}$	$53,83 \pm 11,21^*$	$53,72 \pm 8,86^{**}$	$157,23 \pm 6,32^*$	$158,5 \pm 74,38^{**}$

* - различия в пределах одной группы статистически значимые, ($p < 0,05$)

** - различия в пределах одной группы статистически значимые, ($p < 0,01$)

Данные таблицы показывают, что в результате лечения в обеих группах наблюдается достоверное улучшение морфофункциональных параметров сердца, однако различия между группами по всем параметрам статистически незначимые ($p > 0,05$).

Оценка диастолической функции проводилась с помощью показателей E/A, YVRT (мс). Исходно диастолическая функция была в норме у 6 (17,2%) пациентов I группы и 10 (28,6%) II группы. Изменение по гипертрофическому типу (с замедленной релаксацией) наблюдалась у 19 больных (53,4%) I группы и 39 (61,9%) II группы, по псевдонормальному - у 4 больных (11,5%) I группы и 6 (9,6%) II группы, по рестриктивному - у 1 больного (2,9%) I группы и 2 (3,2%) II группы. У 5 больных (14,3%) в I группе и 6 больных (9,6%) во II группе в связи с мерцательной аритмией диастолическую функцию не определяли. Данные об изменении показателей

диастолической функции на фоне лечения через 6 месяцев представлены в таблице 14.

Таблица 14.

Динамика диастолической функции на фоне лечения.

Диастолическая функция	I группа		II группа	
	До лечения	Через 6 месяцев	До лечения	Через 6 месяцев
Нормальная	6	6	10	14
C замедленной релаксацией	19	17	39	34
Псевдонормальный тип	4	3	6	4
Рестриктивный тип	1	1	2	2

Таким образом, на фоне лечения через 6 месяцев достоверных изменений диастолической функции в обеих группах не получено.

Нами оценивалась приверженность больных с ХСН к лечению с помощью теста Мориски-Грина. Через 6 месяцев после лечения в I группе комплаентными (набравшими 3-4 балла) были 25 человек (71,5%), некомплаентными (набравшими 0-2 балла) было выявлено 10 (28,6%) больных, средний балл составил $2,9 \pm 0,67$. Во II группе - комплаентными были 48 человек (76,2%), некомплаентными - 15 человек (23,8%), средний балл составил $3,0 \pm 0,48$. Различия между группами и внутри групп статистически незначимые, ($p > 0,05$). Чаще всего приверженность снижалась из-за того, что больные устраивали себе «лекарственные каникулы», так как чувствовали себя хорошо, или наоборот, не чувствовали улучшения от приема лекарственных средств, а так же прекращали прием препарата из-за его высокой стоимости.

3.1.3. Клиническая эффективность лечения больных со стабильной стенокардией напряжения в условиях дневного стационара.

У большинства больных ХСН развилась на фоне ИБС, в связи с чем проанализирована эффективность лечения больных со стабильной стенокардией (СС) напряжения в круглосуточном и дневном стационаре. Распределение больных в двух группах по функциональным классам стенокардии напряжения представлено в таблице 15.

Таблица 15.

Распределение больных по функциональным классам стабильной стенокардии напряжения.

Стабильная стенокардия	Круглосуточный стационар (I группа)		Дневной стационар (II группа)	
	Всего человек	%	Всего человек	%
I ФК	3	9,4	5	9,2
II ФК	22	68,8	38	70,4
III ФК	7	21,8	11	20,4
Итого:	32	100	54	100

Эффективность лечения больных со стабильной стенокардией напряжения оценивалась клинически по уменьшению частоты ангинозных приступов за сутки и уменьшению потребности в нитратах. Из 32 пациентов I группы под влиянием проводимой терапии в течение 6 месяцев улучшение клинической симптоматики наблюдалось у 24 пациентов (75,0%). Положительная динамика отсутствовала у 5 пациентов (15,7%). При этом у 3 (9,4%) пациентов, несмотря на проводимое лечение, наблюдалось ухудшение, и они лечились по поводу прогрессирующей стенокардии.

Во II группе (54 пациента) улучшение клинической симптоматики под влиянием проводимой терапии через 6 месяцев наблюдалось у 43 пациентов (79,7%), у 10 пациентов (18,6%) динамики в состоянии не наблюдалось.

Несмотря на проводимое лечение, ухудшение состояния отмечено у 1 больного (1,9%) лечившегося с прогрессирующей стенокардией.

Фармакотерапия СС напряжения в двух группах была идентичной. Больные получали антиагреганты (аспирин, кардиомагнил); нитраты: пролонгированные формы нитроглицерина (нитрогранулонг, нитромак), динитраты (нитросорбид, кардикет) и моонитраты (моночинкве, пектрол, монотард ретард), статины (вазилип), БАБ (эгилок, атенолол, карведилол), антагонисты Са (кордафлекс ретард, амлодипин). Вместе с тем следует отметить, что как в круглосуточном так и в дневном стационарах статины назначались в недостаточном объеме. Статины назначались только 18,4% пациентам со стабильной стенокардией в I группе и 17,9% - во II группе. В результате большинство больных принимали начальные дозы статинов только не более полугода, после чего самостоятельно прекращали прием препаратов, связывая это с высокой стоимостью препаратов.

В качестве антиагрегантов в основном (85% случаев) назначался аспирин. БАБ входили в комплексную терапию у 65,5% пациентов в I группе и у 61,8% - во II группе; антагонисты Са - у 15,8% пациентов в I группе и у 17,0% во II группе.

Таким образом, результаты сравнения клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью и стабильной стенокардией в дневном и круглосуточном стационаре свидетельствуют о сопоставимости полученных показателей и указывают на целесообразность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара.

3.2. Медико-экономическая эффективность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара.

3.2.1. Сравнительная оценка фармакоэкономической эффективности лечения артериальной гипертензии.

Анализ затрат на оказание медицинской помощи.

Проведение фармакоэкономического анализа предполагает оценку затрат на оказание медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах, а также на амбулаторном этапе лечения. Для оценки экономической стороны лечения был проведен анализ прямых медицинских затрат на лечение больных с АГ в едином временном срезе - 20 апреля 2013г. Стоимость одного койко-дня в круглосуточном, и пациенто-дня в ДС по статьям расходов ОМС представлена в таблице 16.

Таблица 16

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по ОМС в КБР на 2013г.

	Круглосуточный стационар (на 1 койко-день)		Дневной стационар (на 1 пациенто-день)	
	Расчетная норма по ООКБ* в руб.	Затраты в % расчетной нормы	Расчетная норма по ООКБ* в руб.	Затраты в % расчетной нормы
Оплата труда	234,55	31,5	72,40	28,8
Начисления на оплату труда	60,31	8,1	16,08	6,4
Медицинские расходы в т.ч. медикаменты	172,73	23,2	137,26	54,6
Продукты питания	61,06	8,2	0	0
Мягкий инвентарь	9,67	1,3	10,81	4,3
Приобретение оборудования	206,25	27,7	14,8	5,9
Всего	744,6	100	251,4	100

Стоимость единицы объема медицинской помощи определялась согласно приложению № 3 к Постановлению Правительства Кабардино-Балкарской Республики № 22-ПП от 18 января 2013г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 г.»

Затраты на лечение в амбулаторных условиях рассчитывались, исходя из средней розничной цены медикаментов в аптечной сети г. Нальчика на 20.04.2012г. Данные о стоимости лекарственных препаратов в розничной аптечной сети представлены в таблице 17.

Таблица 17

Стоимость гипотензивных препаратов при амбулаторном лечении артериальной гипертонии

Наименование, дозировка	Доза в сутки (мг.)	Стоимость за 6 мес. (руб.)
Амлодипин (10, № 30)	10	236,45
Арифон R (1,5 № 30)	1,5	2910,50
Атенолол (50, № 30)	50	294,35
Верапамил (40, № 50)	120	280,20
Гипотиазид (25, № 20)	12,5	496,25
Диротон (10, № 14)	10	1776,00
Конкор (5, № 30)	5	1161,15
Коринфар R (20, № 50)	40	965,50
Лизиноприл (10, № 20)	10	247,30
Небилет (5, № 28)	5	6140,40
Нолипрел А (2, №30)	2+0,625	3744, 25
Престариум (5, № 30)	5	2904,50
Эгилок (50, № 60)	50	426,65
Эналаприл (10, № 20)	10	657,52
Энам (5, № 20)	5	387,00

Нами учитывалась только стоимость гипотензивных препаратов для лечения артериальной гипертензии, поскольку стоимость сопутствующего лечения в группах сравнения была идентичной. Затраты на лекарственные препараты рассчитывались отдельно для каждого больного, исходя из суточной дозы принимаемого препарата и длительности лечения (6 месяцев) с учетом регулярного приема.

В I группе (КС) 18 пациентов (90,0%) получали препараты группы иАПФ (энналаприл, энам, диротон, престариум, лизиноприл). Препараты группы БАБ (атенолол, эгилок, конкор, небилет) получали 8 пациентов - (40,0%). Диуретики (гипотиазид, арифон ретард) получали 11 пациентов (55,2%). Антагонисты Са (амлодипин, коринфар R, верапамил) получали 6 пациентов (30,0%).

Таким образом, среднесуточная стоимость фармакотерапии больного с АГ на амбулаторном этапе в I группе составила 60,55 руб., а за 6 месяцев больной тратит на лечение 10900,00 руб. (с вычетом дней, проведенных в стационаре – 10112,85 руб.).

Во II группе (ДС) 33 пациента (86,8%) получали иАПФ, 12 пациентов (31,5%) – БАБ, 31 человек (81,5%) – диуретики, 11 пациентов (28,9%) - антагонисты Са, 5 человек - комбинированные препараты иАПФ+диуретики.

Представители групп лекарственных препаратов и дозы лекарственных средств, назначаемые пациентам во II группе, были аналогичными с препаратами в I группе, за исключением нолипрела из группы комбинированных препаратов иАПФ+диуретики.

Среднесуточная стоимость фармакотерапии больного с АГ на амбулаторном этапе во II группе составила 63,96 руб., а за 6 месяцев больной тратит на медикаменты 11513,65 руб. (с вычетом дней, проведенных в стационаре – 10746,65 руб.).

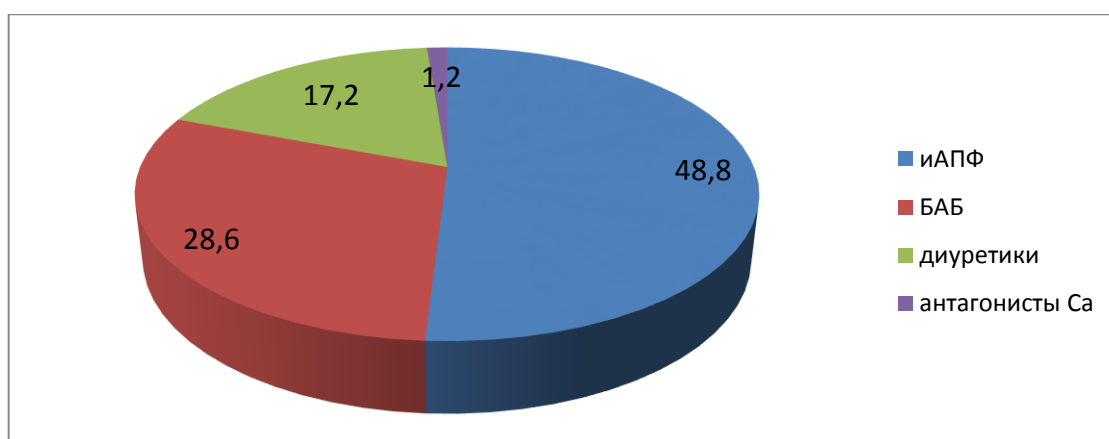
Таким образом анализ полученных результатов показывает, что затраты на медикаментозное лечение больных с АГ за исследуемый период (6 мес.) на

амбулаторном этапе во II группе (ДС) превалируют над затратами в I группе (КС) ($p > 0,05$).

Анализ структуры затрат на лечение в двух сравниваемых группах показал, что основная доля приходится на группу препаратов иАПФ (рис.6).

Как видно на рисунке 6 в I группе (КС) на иАПФ израсходовано 48,8% денежных средств, на БАБ - 28,6%, на диуретики - 17,2%, на антагонисты Са - 5,4%.

Группа I (КС).



Группа II (ДС).

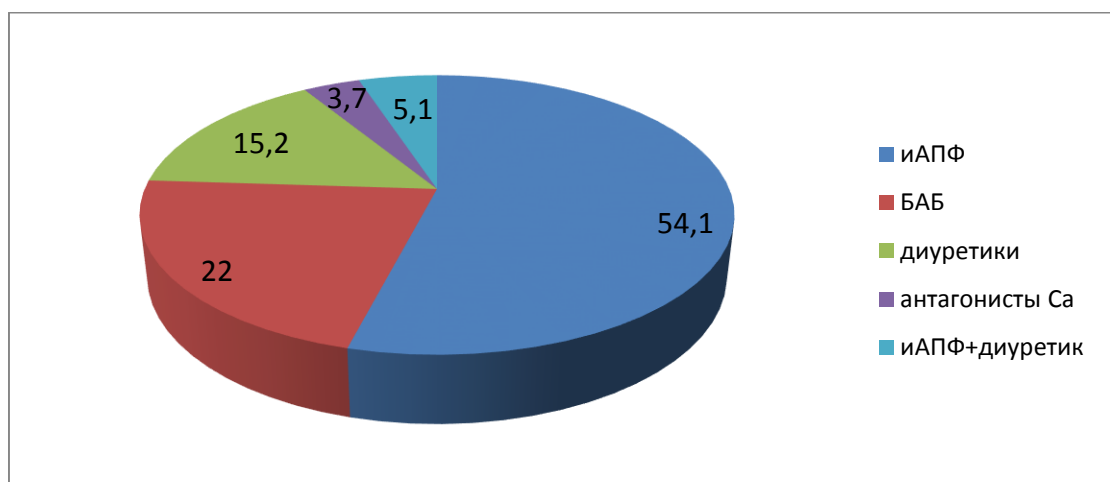


Рисунок 6. Структура затрат на медикаментозное лечение амбулаторных больных артериальной гипертензией в двух группах

Во II группе (ДС) на иАПФ израсходовано 54,1% денежных средств, на БАБ - 22,0%, на диуретики - 15,2%, на комбинированные препараты иАПФ+диуретик - 5,1%, на антагонисты Са - 3,7% (рис. 6).

Полная «стоимость болезни» в двух сравниваемых группах (КС и ДС) рассчитывалась путем суммирования прямых затрат по следующим основным статьям: медикаментозная терапия в амбулаторных условиях, стационарное лечение, посещение терапевта в поликлинике. В стоимость затрат на стационарное лечение вошла стоимость одной госпитализации. Число повторных госпитализаций в течение периода наблюдения, т. е. за 6 месяцев не вошло в расчет затрат по причине отсутствия таковых в обеих сравниваемых группах.

Стоимость одной госпитализации рассчитывалась как производное от стоимости одного койко-дня в КС и пациенто-дня в ДС и средней длительности пребывания больного на койке (13 дней). Стоимость одного койко-дня и пациенто-дня рассчитывалась по тарифам ОМС+бюджет. Расчетная стоимость одного койко-дня в круглосуточном, дневном стационаре, посещения в поликлинике по статьям расходов ОМС + бюджет в соответствии с «Программой государственных гарантий оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 г.» от 18 января 2013г. составила в среднем в круглосуточном стационаре 964,3 руб., дневном стационаре - 264,6 руб., на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническое учреждение - 145,9 рубля. Данные о прямых затратах на стационарное лечение в группах за изучаемый период представлены в таблице 18.

Таблица 18

Прямые затраты на стационарное лечение в группах в течение 6 мес.

	I группа (КС) n=20	II группа (ДС) n=38
стоимость одной госпитализации	12535,90 руб.	3365,71руб.
стоимость госпитализации в группе	250718,00 руб.	127896,98руб.

Различия между группами статистически значимые ($p < 0,001$).

Как видно из таблицы при средней длительности пребывания больного АГ на койке ($13,35 \pm 3,87$ дней) в круглосуточном стационаре стоимость одной госпитализации в I группе составила 12535,90 руб. В дневном стационаре при средней длительности пребывания больного АГ на койке ($12,72 \pm 3,55$ дней) стоимость одной госпитализации во II группе составила 3365,71 руб. В общем, стоимость госпитализации в I группе была почти в 2 раза выше, чем во II группе.

С учетом затрат на медикаментозное лечение на амбулаторном этапе в I группе (10112,85 руб.) и во II группе (10746,65 руб.) а также с учетом того, что в среднем больные с АГ посещают терапевта два раза в год и затраты на посещение терапевта поликлиники составили в среднем 291,80 руб. проведен анализ «стоимость болезни». Данные представлены в таблице 19.

Таблица 19

Стоимость болезни в группах за 6 мес. год на одного больного

Расходы	I группа (КС), руб.	II группа (ДС), руб.
Стоимость госпитализации	12535,90	3365,71
Затраты на медикаменты на амбулаторном этапе	10112,85	10746,65
Затраты на посещение терапевта поликлиники	291,80	291,80
Общие затраты	22940,55	14404,16

Различия между группами статистически значимые ($p < 0,001$).

Из представленной таблицы следует, что общие затраты на лечение одного больного с артериальной гипертонией за 6 месяцев в I группе составляют 22940,55 руб., из них 54,7% суммы приходится на стационарное лечение, 44,1% - на амбулаторное медикаментозное лечение, 1,2% - на посещение терапевта поликлиники.

Общие затраты во II группе составляют 14404,16 руб., из которых на стационарное лечение приходится 23,4% суммы, на амбулаторный этап

лечения - 74,6% суммы и на посещение терапевта поликлиники 2,0% суммы (табл. 19).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что общие расходы на лечение больного с артериальной гипертонией в дневном стационаре в 1,6 раз меньше, чем в стационаре с круглосуточным пребыванием.

Нами вычислено соотношение «Затраты-результативность» в обеих изучаемых группах с применением формулы:

Затраты/результативность = DC/Ef , где соотношение «затраты-результативность» показывает DC – прямые затраты (стоимость лечения 1-го больного на курс), Ef - результативность лечения (процент больных с выздоровлением и с улучшением).

При одинаковой клинической результативности в обеих группах, составившей 100% (улучшение состояния, отсутствие летальности и повторных госпитализаций) соотношение «затраты-результативность» в I группе составило 229,4, во II группе – 144,4.

Таким образом, результаты оценки экономической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией с применением метода «затраты-результативность» в двух сравниваемых группах при одинаковой клинической результативности, указывают на более высокий экономический эффект, достигнутый в дневном стационаре.

3.4.2. Сравнительная оценка фармакоэкономической эффективности лечения хронической сердечной недостаточности.

Анализ затрат на лечение больного с ХСН.

Для оценки затрат на оказание медицинской помощи больным с ХСН в дневном и круглосуточном стационарах, а также на амбулаторном этапе лечения был проведен анализ прямых медицинских затрат на лечение в едином временном срезе - 20 апреля 2013г. Стоимость единицы объема медицинской помощи определялась согласно приложению № 3 к

Постановлению Правительства Кабардино-Балкарской Республики № 22-ПП от 18 января 2013г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 г.».

Данные о стоимости лекарственных препаратов в розничной аптечной сети представлены в таблице 20.

Таблица 20

Стоимость препаратов при амбулаторном лечении больных с ХСН

Наименование, дозировка	Доза в сутки (мг.)	Стоимость за 6 мес. (руб.)
Арифон R (1,5 № 30)	1,5	2910,50
Атенолол (50, № 30)	50	294,35
Верапамил (40, № 50)	120	280,20
Верошпирон	50	912,87
Гипотиазид (25, № 20)	12,5	496,25
Диротон (10, № 14)	10	1776,00
Дигоксин	0,25	168,4
Конкор (5, № 30)	5	1161,15
Коринфар R (20, № 50)	40	965,50
Небилет (5, № 28)	5	6140,40
Нолипрел А (2, №30)	2+0,625	3744, 25
Престариум (5, № 30)	5	2904,50
Фуросемид	40 мг	48,7
Эгилок (50, № 60)	50	426,65
Эналаприл (10, № 20)	10	657,52
Фуросемид	40 мг	74,7
Энап Н	1 таб.	1302,4

Расчетная стоимость одного койко-дня в круглосуточном, дневном стационаре, посещения в поликлинике по статьям расходов ОМС + бюджет в

соответствии с «Программой государственных гарантий оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике бесплатной медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 г.» от 18 января 2013г. составила, в среднем, в круглосуточном стационаре 964,3 руб., дневном стационаре - 264,6 руб., на 1 посещение в амбулаторно-поликлиническое учреждение - 145,9 рубля. Затраты на лечение в амбулаторных условиях рассчитывались, исходя из средней розничной цены медикаментов в аптечной сети г. Нальчика на 20.04.2012г.

Нами учитывалась только стоимость препаратов для лечения ХСН (иАПФ, БАБ, диуретики, сердечные гликозиды, антагонисты альдостерона), поскольку стоимость сопутствующего лечения в группах сравнения была идентичной. Затраты на лекарственные препараты рассчитывались отдельно для каждого больного, исходя из суточной дозы принимаемого препарата и длительности лечения (6 месяцев) с учетом регулярного приема.

В I группе (КС) 32 пациента (91,4,0%) получали препараты группы иАПФ (эналаприл, энам, моноприл, диротон, престариум, энап Н). Препараты группы БАБ (атенолол, эгилок, конкор, небилет) получали 19 пациентов - (54,0%). Диуретики (гипотиазид, арифон ретард, фуросемид) получали 15 пациентов (42,2%). Антагонисты альдостерона (верошпирон) получали 6 пациентов (30,0%), сердечные гликозиды (дигоксин) получали 10 пациентов (28,5%). Таким образом, среднесуточная стоимость фармакотерапии больного с ХСН на амбулаторном этапе в I группе составила 58,8 руб., а за 6 месяцев больной тратит на лечение 10580,00 руб. (с вычетом дней, проведенных в стационаре – 8832,45 руб.).

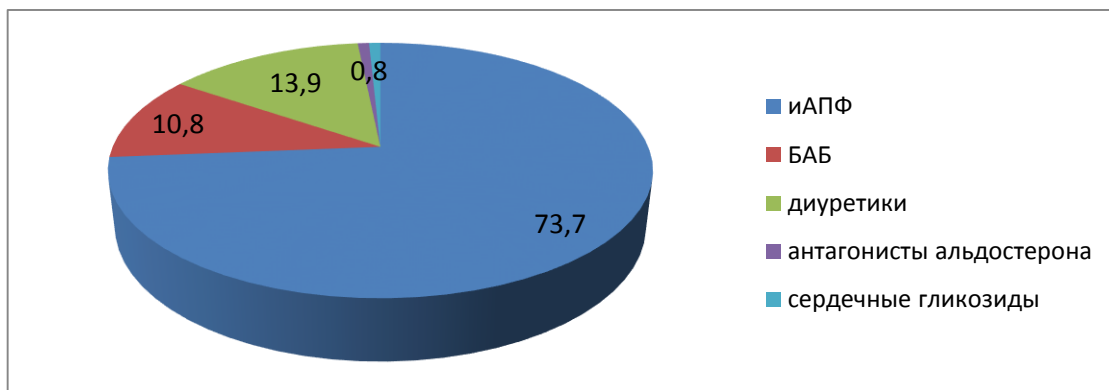
Во II группе (ДС) 60 пациентов (95,2%) получали иАПФ, 37 пациентов (58,7%) – БАБ, 45 человек (71,4%) – диуретики, 7 пациентов (11,2%) – антагонисты альдостерона, 12 человек – сердечные гликозиды.

Представители групп лекарственных препаратов и дозы лекарственных средств, назначаемые пациентам во II группе, были аналогичными с препаратами в I группе. Среднесуточная стоимость фармакотерапии больного

с ХСН на амбулаторном этапе во II группе составила 59,20 руб., а за 6 месяцев больной тратит на медикаменты 10658,35 руб. (с вычетом дней, проведенных в стационаре – 9811,75руб.).

Таким образом анализ полученных результатов показывает, что затраты на медикаментозное лечение больных с ХСН за исследуемый период (6 мес.) на амбулаторном этапе во II группе (ДС) несколько превышают затраты в I группе (КС) ($p > 0,05$).

Анализ структуры затрат на лечение в двух сравниваемых группах показал, что основная доля приходится на группу препаратов иАПФ (рис. 7) Группа I (КС).



Группа II (ДС).

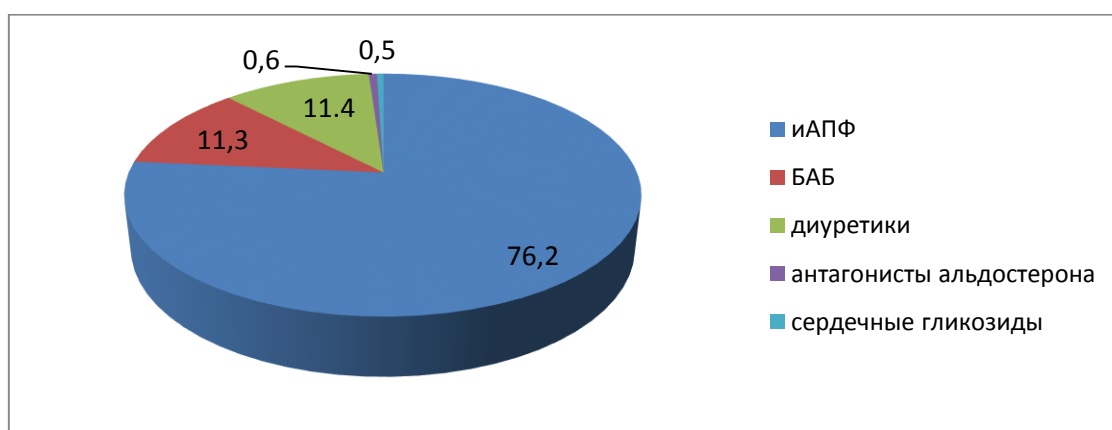


Рисунок 7. Структура затрат на медикаментозное лечение амбулаторных больных ХСН в двух группах

В I группе (КС) на иАПФ израсходовано 73,7% денежных средств, на БАБ – 10,8%, на диуретики – 13,9%, на антагонисты альдостерона – 0,8%, сердечные гликозиды – 0,8% (рис. 7).

Во II группе (ДС) на иАПФ израсходовано 76,2% денежных средств, на БАБ – 11,3%, на диуретики - 11,4%, на антагонисты альдостерона – 0,6%, на сердечные гликозиды – 0,5% (рис. 7).

Полная «стоимость болезни» в двух сравниваемых группах (КС и ДС) рассчитывалась путем суммирования прямых затрат по следующим основным статьям: медикаментозная терапия в амбулаторных условиях, стационарное лечение, посещение терапевта в поликлинике.

В стоимость затрат на стационарное лечение вошла стоимость одной госпитализации. Число повторных госпитализаций за 6 месяцев не вошло в расчет затрат, так как они в обеих группах отсутствовали.

Стоимость одной госпитализации рассчитывалась как производное от стоимости одного койко-дня в КС и пациенто-дня в ДС и средней длительности пребывания больного на койке. Стоимость одного койко-дня и пациенто-дня рассчитывалась по тарифам ОМС+бюджет. Данные о прямых затратах на стационарное лечение больных с ХСН в обеих группах за изучаемый период представлены в таблице 21.

Таблица 21.

Прямые затраты на стационарное лечение в группах в течение 6 мес.

	I группа (КС) n=35	II группа (ДС) n=63
стоимость одной госпитализации	14753,80 руб.	3783,78руб.
стоимость госпитализации в группе	516382,65 руб.	238378,14руб.

Различия между группами статистически значимые ($p < 0,001$).

Как видно из таблицы при средней длительности пребывания больного с ХСН на койке ($15,3 \pm 3,64$ дней) в круглосуточном стационаре стоимость одной госпитализации в I группе составила 14753,80 руб. В дневном стационаре при средней длительности пребывания больного АГ на койке ($14,3 \pm 4,53$ дней) стоимость одной госпитализации во II группе составила 3365,71 руб.

Общая стоимость госпитализации во II группе была в 2,2 раза меньше, чем в I группе.

С учетом затрат на медикаментозное лечение на амбулаторном этапе в I группе (8832,45 руб.) и во II группе (9811,75 руб.), а также с учетом того, что в среднем больные с АГ посещают терапевта два раза в год и затраты на посещение терапевта поликлиники составили в среднем 291,80 руб. проведен анализ «стоимость болезни». Данные представлены в таблице 22.

Таблица 22

Стоимость болезни в группах за 6 мес. на одного больного

Расходы	I группа (КС), руб.	II группа (ДС), руб.
Стоимость госпитализации	14753,80 руб.	3783,78 руб.
Затраты на медикаменты на амбулаторном этапе	8832,45	9811,75
Затраты на посещение терапевта поликлиники	291,80	291,80
Общие затраты	23878,10	13887,33

Различия между группами статистически значимые ($p < 0,001$).

Из представленной таблицы следует, что общие затраты на лечение одного больного с ХСН за 6 месяцев в I группе составляют 23878,10 руб., из них 61,7% суммы приходится на стационарное лечение, 37,0% - на амбулаторное медикаментозное лечение, 1,2% - на посещение терапевта поликлиники.

Общие затраты во II группе составляют 13887,33 руб., из которых на стационарное лечение приходится 27,3% суммы, на амбулаторный этап

лечения – 70,6% суммы и на посещение терапевта поликлиники 2,1% суммы (табл.28).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что общие расходы на лечение больного с хронической сердечной недостаточностью в дневном стационаре в 1,7 раза меньше, чем в стационаре с круглосуточным пребыванием.

Нами вычислено соотношение «Затраты-результативность» в обеих изучаемых группах с применением формулы:

Затраты/результативность = DC/Ef , где соотношение «затраты-результативность» показывает DC – прямые затраты (стоимость лечения 1-го больного на курс), Ef - результативность лечения (процент больных с выздоровлением и с улучшением).

При одинаковой клинической результативности в обеих группах, составившей 100% (улучшение состояния, отсутствие летальности и повторных госпитализаций) показатель «затраты-результативность» в I группе составил 238,7, во II группе – 138,8.

Таким образом, результаты оценки экономической эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью с применением метода «затраты-результативность» в двух сравниваемых группах при одинаковой клинической результативности, указывают на более высокий экономический эффект, достигнутый в дневном стационаре.

Анализ затрат на лечение больных со стабильной стенокардией напряжения не проводился, поскольку больные со стабильной стенокардией лечились при наличии у них артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности как основного заболевания.

3.3. Особенности заболеваемости системы кровообращения взрослого населения Кабардино-Балкарской республики.

Одной из актуальных проблем в здравоохранении является высокий уровень заболеваемости населения, который по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения имеет тенденцию к росту. Вместе с тем данные тенденции во многом обусловлены демографическими изменениями, в том числе возрастной структуры населения. В связи с постарением населения и, связанным с этим ростом заболеваемости по ведущим классам болезней, возникает ряд проблем медицинского, социального и организационного характера. Постарение населения является одним из факторов, определяющих необходимость увеличения финансирования здравоохранения в связи с более высокой потребностью в специализированной помощи, что необходимо учитывать при планировании объемов медицинской помощи в регионе.

В структуре населения КБР, составившей в 2012 г. 859,9 тыс. человек, превалирует городское население (54,3%), а на долю сельского населения приходится 45,7%. Гендерный состав населения представлен в 53,3% - женщинами и 46,7% - мужчинами.

Согласно распределению населения республики по возрастным группам, взрослое население (18 лет и старше) в 2012 г. составило 83,4 %, среди которого на долю лиц трудоспособного возраста приходится 62,8 %.

При этом, как видно на рисунке 8, отмечается характерная тенденция к увеличению в демографической структуре удельного веса лиц старше трудоспособного возраста с 14,7 % в 1990 г. до 16,6 % в 2012 г. (РФ – 18,2%) и снижения доли лиц моложе трудоспособного населения с 28,3 % до 20,6 %.

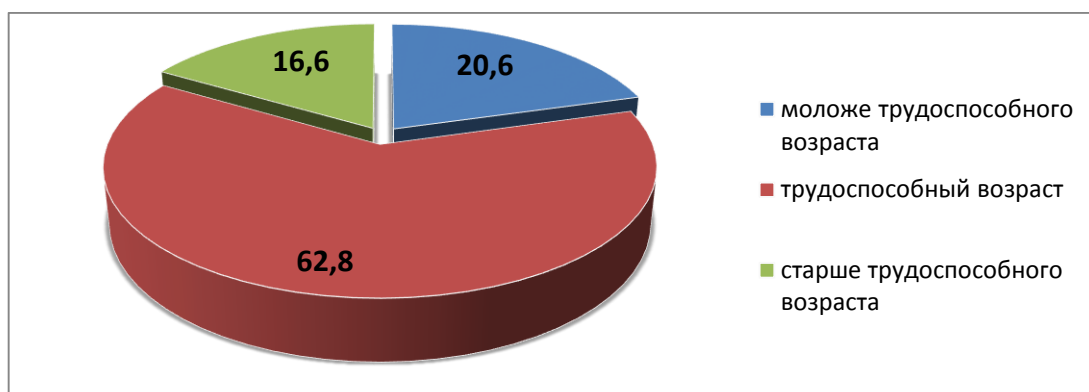


Рисунок 8. Распределение населения КБР по трем основным группам

Формирование данных процессов в условиях социально-экономической нестабильности, сопровождалось снижением рождаемости и ростом смертности. Постарение населения привело к ряду негативных явлений, в том числе росту показателей заболеваемости в республике. Согласно статистическим данным, большая роль в формировании заболеваемости в КБР принадлежит лицам старше трудоспособного возраста.

Анализ динамики общей заболеваемости взрослого населения КБР выявил тенденцию к росту показателей с 2006 г. практически по всем классам заболеваний. Темп прироста общей заболеваемости в 2012 г. составил 14,4 % (табл. 23). Наиболее заметный рост показателей произошел в классе заболеваний крови и кроветворных органов (на 73,8%) и заболеваний органов пищеварения (на 69,0%). Далее в порядке ранжирования выросли заболевания в классах новообразований (на 24,5%), болезней костно-мышечной системы соединительной ткани (22,3%), нервной системы (на 21,8 %).

Темп прироста общей заболеваемости по классу болезней системы кровообращения составил 19,6% (табл. 23). При этом обращает на себя внимание то, что показатели заболеваемости взрослого населения по данному классу все годы имеют наиболее высокие значения по сравнению с остальными классами заболеваний. Распространенность болезней системы кровообращения среди взрослого населения КБР составила в 2006 г. 12991,3 на 100 тыс. населения, а в 2012 г. - 15543,9 (табл. 23).

Показатели общей заболеваемости взрослого населения КБР по основным классам болезней за 2006 -2012 гг. (на 100 тыс. взрослого населения)

Годы \ Класс болезней	2006	2009	2010	2012	Темп прироста, убыли (%)
Всего	77612,8	77163,6	83588,5	88783,3	+14,4
инфекционных и паразитарных болезней	2466,6	1358,5	1407,6	1339,2	- 45,7
новообразований	2219,9	2929,6	2965,2	2764,7	+ 24,5
крови и кроветворных органов	291,7	316,2	382,6	507,0	+ 73,8
эндокринной системы	4180,5	5026,5	5581,8	4193,6	+ 0,3
нервной системы	4771,7	4054,3	4990,2	5813,0	+ 21,8
системы кровообращения	12991,3	13632,7	14007,8	15543,9	+ 19,6
органов дыхания	10766,7	10810,9	11978,0	10806,4	+ 0,4
органов пищеварения	8068,9	8218,4	8630,1	13641,4	+ 69,0
кожи и подкожной клетчатки	2710,1	2719,8	2582,6	2317,7	+ 14,5
костно-мышечной системы и соединит. ткани	4245,6	4330,4	4786,1	5192,2	+ 22,3
мочеполовой системы	8363,6	7853,2	7987,2	8934,7	+ 6,8
травмы и отравления	5402,9	5092,7	5677,3	5905,1	+ 9,2

Динамика впервые выявленной заболеваемости среди взрослого населения КБР также характеризуется ростом с 33113,4 в 2000 г. до 40582,0 в 2012 г. на 100 тыс. соответствующего населения. Темп прироста показателя за данный период составил 22,6% (табл.24). За изучаемый период обращает на себя внимание значительный рост впервые зарегистрированной заболеваемости по трем основным классам: болезней эндокринной системы, органов пищеварения и системы кровообращения.

Показатели впервые выявленной заболеваемости взрослого населения
КБР по основным классам болезней за 2000-2012 гг.
(на 100 тыс. взрослого населения)

Годы Класс болезней	2000	2005	2007	2009	2012	Темп прироста, убыли %
Всего	33113,4	38772,1	40292,0	41543,1	40582,0	+22,6
инфекционные и паразитарные болезни	1621,3	1344,5	1262,5	1183,3	1071,2	-33,9
новообразования	317,3	411,4	365,7	423,2	412,0	+29,8
крови и кроветворных органов	257,8	293,3	261,2	233,5	224,1	-13,1
эндокринной системы	704,3	803,2	784,4	953,1	1013,2	+44,2
нервной системы	1054,5	1314,7	1412,8	733,8	962,6	-8,7
системы кровообращения	793,7	1214,8	1281,9	992,6	1123,5	+41,5
органов дыхания	12491,6	13433,7	15241,5	17103,4	16620,4	+33,0
органов пищеварения	1982,6	2981,3	3132,8	2761,6	2842,2	+43,4
кожи и подкожной клетчатки	2321,4	2930,7	3271,4	3344,5	3152,8	+35,8
костно-мышечной системы и соединит. ткани	1104,1	1310,6	1300,4	9916,1	793,4	-28,1
мочеполовой системы	1825,4	2553,7	2303,8	1822,2	1683,8	-7,8
травмы и отравления	4914,3	5953,3	5522,2	6004,6	6141,5	+25,0

Так, показатель заболеваемости эндокринной патологией с 704,3 в 2000 г. вырос до 1013,2 на 100 тыс. населения в 2012 г. Темп прироста составил 43,8 %. Аналогичная динамика роста показателя заболеваемости на 43,4% отмечается в классе органов пищеварения. Класс болезней системы кровообращения занимает третье место по темпам роста впервые зарегистрированной заболеваемости, составившего 41,5% (табл. 24).

Рост заболеваемости по классу болезней системы кровообращения связан с ростом болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением и ишемической болезни сердца, проявляющейся в основном стенокардией (табл. 25).

Таблица 25.

Динамика показателей общей и впервые выявленной заболеваемости сердечнососудистой патологии в КБР в 2006-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

		2006	2009	2011	2012	Темп прироста (%)
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	общая	4770,2	5801,1	5660,0	6582,3	+37,9
	первичная	459,1	349,3	325,5	442,6	-3,6
ишемическая болезнь сердца	общая	3600,4	3722,8	3358,4	3569,1	-0,8
	первичная	289,4	201,8	319,0	330,5	+14,2
стенокардия	общая	1773,0	1447,4	1319,3	1286,5	-27,4
	первичная	108,7	106,1	108,9	137,9	+26,9

Как видно из таблицы 25 распространенность болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением среди взрослого населения КБР, выросла в течение пяти лет на 37,9 % и составила 6582,3 на 100 тыс. населения. Вместе с тем за изучаемый период на фоне незначительного снижения распространенности ишемической болезни сердца, отмечается рост впервые зарегистрированной заболеваемости на 14,2%. Более значительный рост показателя впервые выявленной заболеваемости стенокардией (на 26,9%) фиксируется в 2012 г.

Данные нашего исследования выявили, что в формировании показателей заболеваемости населения КБР участвует несколько основных классов заболеваний, доля которых в структуре первичной заболеваемости за изучаемый период несколько изменилась. Ранжирование заболеваемости

взрослого населения КБР в 2012 г. указывает на лидирующее значение в ее структуре болезней органов дыхания (40,0%), травм и отравлений (15,1%). На долю болезней кожи и подкожной клетчатки приходится 7,8 %, органов пищеварения - 7,0%, мочеполовой системы – 4,2%, системы кровообращения – 2,8%. Данное распределение в структуре впервые выявленной заболеваемости стабильно все годы.

В связи со сложившимися демографическими тенденциями в Кабардино-Балкарии как и в России в целом, особый интерес представляет изучение уровня заболеваемости населения старше трудоспособного возраста. Анализ структуры впервые выявленной заболеваемости в данной возрастной категории показал, что доля болезней системы кровообращения в два раза выше, чем среди взрослого населения в целом и составила 10,0%. Превалирующими в данном классе являются цереброваскулярные заболевания (34,4 %), и гипертоническая болезнь (25,9 %).

Согласно данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по КБР болезни системы кровообращения занимают первое место среди всех причин смерти и составили в структуре смертности в 2012г. 61,0% (рис.9).

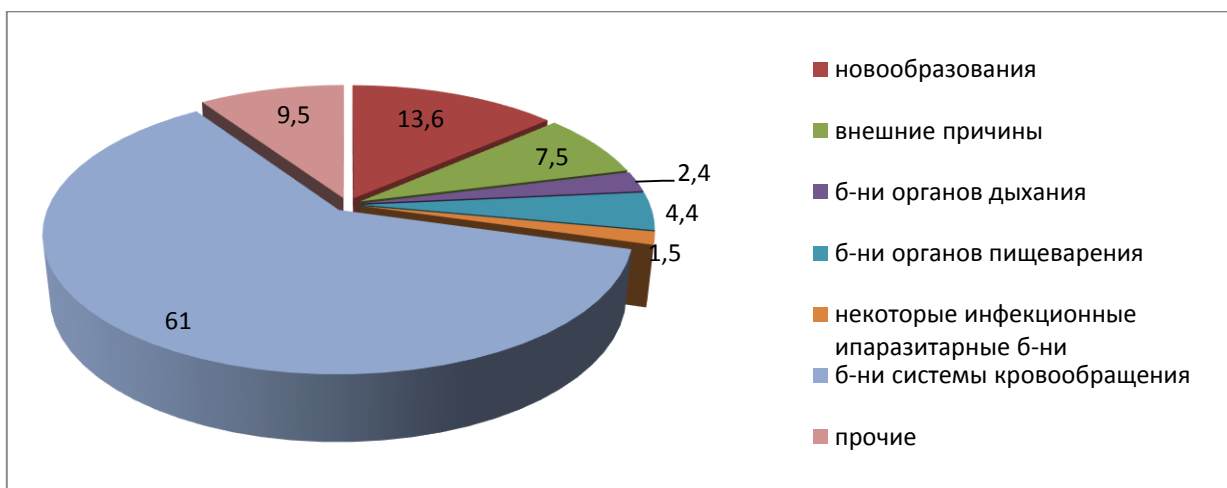


Рисунок 9. Структура смертности населения КБР в 2012 г.
(на 1000 населения).

Данное распределение характерно для изучаемого нами периода.

Таким образом, отмечается динамика роста общей заболеваемости взрослого населения КБР с 2006 г. практически по всем классам заболеваний. Темп прироста показателя общей заболеваемости в 2012 г. составил 14,4 %, впервые выявленной - 22,6%. Наиболее высокими значениями по сравнению с остальными классами заболеваний характеризуется все годы показатель распространенности болезней системы кровообращения среди взрослого населения КБР ($14267,6 \pm 734,2$ на 100 тыс. населения), а темп его прироста составил 19,6%. За 7 лет впервые зарегистрированная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла на 41,5%.

Рост заболеваемости по классу болезней системы кровообращения связан с ростом болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (на 37,9 %) и ишемической болезни сердца (на 14,2%), проявляющейся в основном стенокардией (на 26,9%).

Болезни системы кровообращения занимают первое место среди всех причин смерти и составили в структуре смертности в 2012г. 61,0%.

Выявленные тенденции к росту заболеваемости взрослого населения Кабардино-Балкарии в определенной степени обусловлены демографической ситуацией, характеризующейся постарением населения. За изучаемый период значительно выросла заболеваемость по трем основным классам: болезням эндокринной системы, органов пищеварения и системы кровообращения. В структуре впервые выявленной заболеваемости среди лиц, старше трудоспособного возраста доля болезней системы кровообращения в два раза выше, чем среди взрослого населения в целом. Превалирующими в данном классе являются цереброваскулярные заболевания (34,4 %), и гипертоническая болезнь (25,9 %).

В сложившихся условиях особую актуальность приобретают мониторинговые исследования здоровья населения, позволяющие анализировать и своевременно планировать в системе здравоохранения республики адекватные объемы медицинской помощи, в том числе стационарозамещающей.

3.4. Состояние сети и интенсивность использования коечного фонда дневных стационаров в Кабардино-Балкарской республике.

В территориальных Программах государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, продолжается работа по рациональному использованию коечного фонда с сокращением объемов дорогостоящей стационарной помощи при одновременном увеличении объемов услуг дневных стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи. Оптимизация сети здравоохранения предусматривает поэтапное сокращение коек круглосуточного пребывания и преобразование их в койки дневного стационара и перепрофилизацию с учетом показателей обращаемости населения за медицинской помощью и уровнем госпитализации. Данный процесс способствует достижению сбалансированности объемов медицинской помощи. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются региональными особенностями с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

Учитывая динамику роста заболеваемости населения КБР нами проанализированы объемы оказываемой медицинской помощи в дневных стационарах республики за 2006-2012 гг. Тенденция замещения круглосуточных коек дорогостоящей стационарной помощи койками дневного пребывания в КБР за последние 7 лет привела к заметному росту сети и коечного фонда дневных стационаров.

Анализируя развитие сети дневных стационаров в КБР за последние семь лет, следует отметить, что количество учреждений этого типа за изучаемый период возросло в 2 раза и в 2012 г. составило 48 учреждений, в которых получили медицинскую помощь 26009 человек, в том числе 1393 детей. Как видно из данных таблицы 1 и 2 число ДС при АПУ выросло с 22 в 2006 г. до 40 в 2012 г. (в 1,8 раза), а в больницах с 2 до 8 (в 4 раза). При этом

рост сети ДС в больничных учреждениях проходил до 2012 г. более интенсивно, чем при амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) (табл. 26 и 27).

Таблица 26.

Динамика роста коечного фонда дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях КБР и числа лечившихся в них больных в 2006-2012 гг.

Годы	Дневные стационары при АПУ						
	Всего учреждений, имеющих ДС	В том числе детских	Число коек		Число больных		Обеспеченность койками ДС на 10 тыс.
			всего	В том числе детских	всего	В том числе дети	
2006	22	2	285	20	6133	159	3,1
2007	22	2	296	20	6982	160	3,2
2008	21	1	366	20	8584	165	4,1
2009	15	1	392	20	10104	479	4,4
2010	29	2	526	40	13009	503	6,1
2011	30	1	527	52	14092	358	6,1
2012	40	1	851	50	23584	927	9,9

Однако в 2012 г. произошло резкое сокращение коечного фонда ДС в больничных учреждениях и перераспределение его в амбулаторно-поликлинический сектор. В связи с этим отмечается заметный рост коек ДС при АПУ и, соответственно, показателей их использования. Нарастивание общего коечного фонда в ДС при АПУ сопровождалось, как видно из таблицы 3.4 стабильной тенденцией к росту коек для детей, число которых в поликлиниках выросло в 2,5 раза.

С учетом динамики развития ДС при лечебно-профилактических учреждениях республики отмечается рост коечного фонда ДС в 2,9 раза, как при больничных, так и амбулаторно-поликлинических учреждениях. В ДС при

амбулаторно-поликлинических учреждениях число коек дневного пребывания выросло за изучаемый период с 285 до 851 койки. При больничных учреждениях в 2012 г. функционировали 206 коек (табл. 26, табл. 27).

Таблица 27.

Динамика роста коечного фонда дневных стационаров при больничных учреждениях КБР и числа лечившихся в них больных в 2006-2012 гг.

Дневные стационары в больницах							
	Всего учреждений, имеющих ДС	В том числе детских	Число коек		Число больных		Обеспеченность койками ДС на 10 тыс. нас.
			всего	В т.ч. детских	всего	В т.ч. дети	
2006	2	-	70	-	547	-	0,8
2007	2	-	70	-	588	-	0,8
2008	2	-	70	-	647	-	0,8
2009	9	1	233	25	2861	355	2,6
2010	24	1	605	56	15349	1820	7,0
2011	32	-	715	91	16695	1811	8,3
2012	8	-	206	38	2425	466	2,4

Обеспеченность населения койками в ДС на базе АПУ составила в 2012 г. 9,9, на базе больничных учреждений - 2,4 на 10 тыс. населения (табл. 26, табл. 27). При этом анализ динамики обеспеченности койками дневных стационаров в Кабардино-Балкарии показывает, что в 2006 г. данный показатель по АПУ составил 3,1 на 10 тыс. населения (табл. 26). Обеспеченность койками в ДС при больничных учреждениях в 2006 г. была значительно ниже показателя по АПУ и составила 0,8 на 10 тыс. населения (табл.27). В целом показатель обеспеченности койками в ДС Кабардино-Балкарии вырос с 4,0 в 2006 г. до 13,3 на 10 тыс. населения в 2012 г. Вместе с

тем, данный показатель заметно отставал все годы от среднефедеративных значений, составивших в 2006 г. 13,3 и в 2012 г. 15,7 на 10. тыс. населения.

Койки в ДС занимают в структуре общего коечного фонда КБР в настоящее время 11,3%. Таким образом, требуется интенсификация развития сети дневных стационаров в республике и коечного фонда в них.

Анализ процесса развития стационарозамещающих форм медицинской помощи в КБР показал, что только за период с 2006-2012гг. число пролеченных больных на койках дневного пребывания возросло в 3,9 раза. При этом следует отметить, что уровень госпитализации на койки дневного стационара при АПУ все годы был значительно выше, чем в ДС при больничных учреждениях (табл. 26 и 27).

Данная динамика сопровождалась ростом объемов стационарозамещающей медицинской помощи в поликлиническом секторе и, соответственно, показателей использования коечного фонда в ДС (рис.10).

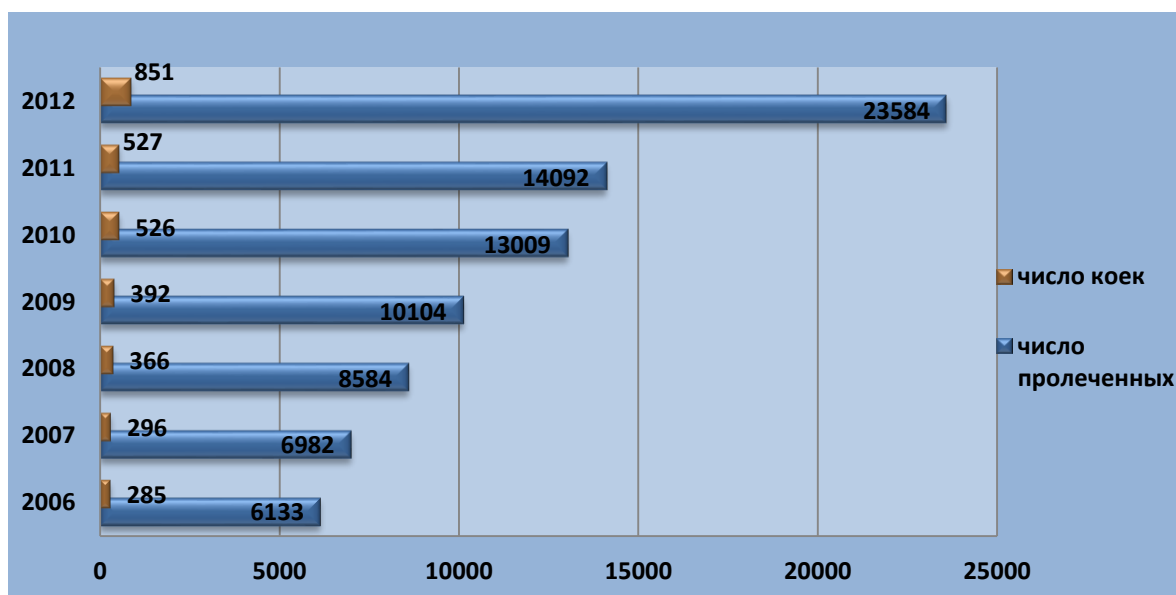


Рисунок 10. Динамика роста коечного фонда дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях КБР и числа пролеченных в них больных в 2006-2012 гг.

Как видно на рисунке 10 в 2012 году в ДС при АПУ было пролечено 23584 больных, что в 3,8 раза больше по сравнению с 2006 годом.

Оборот койки для взрослого населения составил 28,2 больных, для детей – 18,5. В ДС при больничных учреждениях было пролечено 2425 больных, в

том числе 466 детей.оборот койки для взрослых составил 11,6, для детей – 12,3 человек.

В настоящее время в ДС Кабардино-Балкарии функционируют терапевтические, хирургические, неврологические, гинекологические, педиатрические, пульмонологические, эндокринологические, кардиологические, гастроэнтерологические и прочие койки (табл. 28).

Согласно данным таблицы 28 в структуре коечного фонда дневных стационаров при АПУ преобладают терапевтические койки (61,2%). В порядке ранжирования остальные профильные койки распределились следующим образом: неврологические (12,5%), гинекологические (7,7%), общие (7,3%), педиатрические (3,3%). Значительно меньшим числом в ДС при АПУ представлены хирургические койки (1,5%), что говорит о слабом развитии стационарозамещающих технологий в амбулаторной хирургии в республике.

В ДС на базе больничных учреждений основная часть коечного фонда представлена, по данным 2012г., психиатрическими (28,8%) и терапевтическими (25,5%) койками. При этом третьими по мощности являются психиатрические койки для детей (9,6%). На долю хирургических коек приходится 8,6%, что заметно больше, чем в ДС при АПУ. Одинаковое распределение имеют неврологические и педиатрические койки (7,2%). Представительность каждого из остальных профилей коек в общей структуре коечного фонда незначительна и составляет 3 - 4% (табл. 28).

Анализ показателей деятельности ДС выявил более высокую интенсивность использования коечного фонда ДС при АПУ. В целом показатель среднегодовой занятости койки в ДС при АПУ с учетом всех профилей составил 306, а при больничных учреждениях 223 дня (N-303 дня).

Таблица 28.

Показатели деятельности дневных стационаров
по профилям коек в 2012 г.

	Дневные стационары при АПУ	Дневные стационары при больницах
--	----------------------------	----------------------------------

	число среднегодовых коек	число пролеченных больных	проведено больными койко/дней	число среднегодовых коек	число про- леченных больных	проведено больными койко/дней
Общие	66	1647	20543			
Терапевтические	551	13345	168331	53	772	10562
Кардиологические	18	478	5305			
Отоларингологические	6	65	719	10	1	6
Офтальмологические	2	9	50			
Неврологические взросл.	113	2735	44375	15	372	4125
Гастроэнтерологические для детей	10	418	4546			
Педиатрические (соматические)	30	506	5911	15	125	1522
Пульмонологические для детей	10	2	23			
Эндокринологические для взрослых	11	144	3521	7	163	2045
Эндокринологические для детей				3	127	1375
Хирургические взросл.	13	228	2422	18	150	1727
Урологические	1	4	34	2	8	69
Гинекологические	69	1516	13736	5	60	137
Психиатрические				60	440	18195
Психиатрические для детей				20	217	6525
Итого	900	21097	269516	208	2435	46288

В ДС при АПУ с значительной нагрузкой работали в течение года гастроэнтерологические койки (454 дня), что говорит о высокой их востребованности и необходимости планирования увеличения их числа. Аналогичная ситуация наблюдается и с использованием неврологических и эндокринологических коек для взрослых, показатель использования которых составил, соответственно, 393 и 320 дней в году. Общие терапевтические койки были заняты 311 дней в году, кардиологические – 294. На терапевтических койках, по данным 2012 г., было пролечено 13345 человек,

которыми проведено 168331 пациенто-дней. Средняя длительность пребывания на койке составила 12,6 дней (табл.28).

Большинство пролеченных больных были представлены лицами старше трудоспособного возраста (76,4%), удельный вес которых в возрастной структуре населения республики прогрессивно увеличивается. В числе закончивших лечение в ДС в основном хронические больные с сердечнососудистой патологией, болезнями органов дыхания, органов пищеварения и др. При этом 72,9% составили больные с сердечно-сосудистой патологией, 13,9% - болезнями органов дыхания, 4,4% - болезнями органов пищеварения, 3,6% - болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, 1,6% - болезнями нервной системы, 0,4% - болезнями эндокринной системы, расстройством питания и нарушением обмена веществ.

При больничных учреждениях наиболее интенсивно использовались детские эндокринологические (458 дней) и психиатрические (362 дня) койки дневных стационаров.

Анализ структуры коечного фонда республики показал, что удельный вес ДС при больничных учреждениях центральных районных больниц составляет 46,8 % , тогда как на учреждения данного типа в г.Нальчике приходится только 38,8 %. На долю ДС при сельских участковых больницах приходится 14,4 % из общего числа коек ДС при больничных учреждениях. Больше половины коек (595) дневного пребывания (52,6 %) развернуты в лечебных учреждениях г. Нальчика. Как видно на рисунке 11, стационарозамещающие технологии в г. Нальчике больше связаны с деятельностью поликлиник, чем стационаров. Подавляющее большинство коек ДС при АПУ (около 68 %) сосредоточено в столице республики, остальные располагаются в сельских районах.

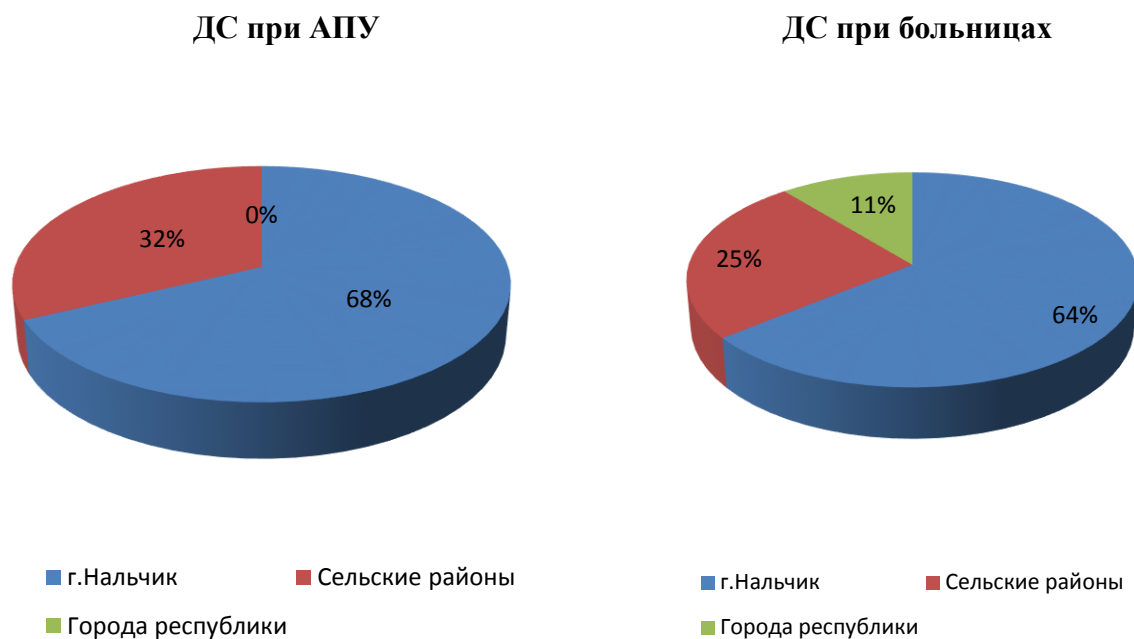


Рисунок 11. Распределение коечного фонда дневных стационаров в КБР.

Анализ сети ДС показал, что койки ДС при больничных учреждениях расположены в основном в городах. Следует также отметить, что в тех районах республики, где имеются стационары дневного пребывания в больничных учреждениях, отсутствуют дневные стационары в АПУ и наоборот.

Таким образом, развитие сети дневных стационаров в Кабардино-Балкарской Республике за последние семь лет характеризуется положительной динамикой. Число дневных стационаров за изучаемый период возросло в 2 раза, коечный фонд в них увеличился в 2,9 раза.

Анализ использования коечного фонда дневных стационаров выявил высокую востребованность в данном виде медицинской помощи. Более интенсивно используются койки дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях, в структуре которых преобладают терапевтические койки (61,2%). Со значительной нагрузкой в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях используются гастроэнтерологические (454 дня), неврологические (393 дня), эндокринологические (320 дней) и терапевтические койки (306 дней), а при больничных – эндокринологические (458 дней). В числе закончивших лечение в дневном стационаре в основном хронические больные с сердечнососудистой

патологией, болезнями органов дыхания, органов пищеварения и др. При этом 72,9% составили больные с сердечнососудистой патологией. В соответствии с интенсивностью использования коечного фонда и динамикой роста ведущей патологии в республике требуется рациональное планирование профильных коек, что будет способствовать повышению эффективности их работы. С учетом современных приоритетов представляется важным расширение стационарозамещающих медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе. Необходимым является также проведение мероприятий по оптимальному распределению коек дневных стационаров в республике, в том числе в сельских районах.

3.5. Анализ социальной эффективности дневных стационаров.

Одним из важнейших аспектов оптимизации работы ДС является повышение социальной направленности и удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Целесообразность организации ДС в больницах и АПУ подтверждается социологическими опросами больных.

Нами проведена сравнительная оценка различных сторон медицинского обслуживания в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания.

Для выявления преимуществ и недостатков дневных стационаров изучено мнение пациентов по специально разработанным анкетам (Приложение №1, №2). В анкетировании приняли участие 449 пациентов ДС г. Нальчика и центральных районных больниц КБР. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 25 лет – 56 человек (12,5 %), 26-35 лет – 83 человека (18,5 %), 36-45 лет - 105 человек (23,4 %), 46-55 лет -102 человека (22,7 %), 56 и старше – 103 человека (22,9 %) (рис. 12).

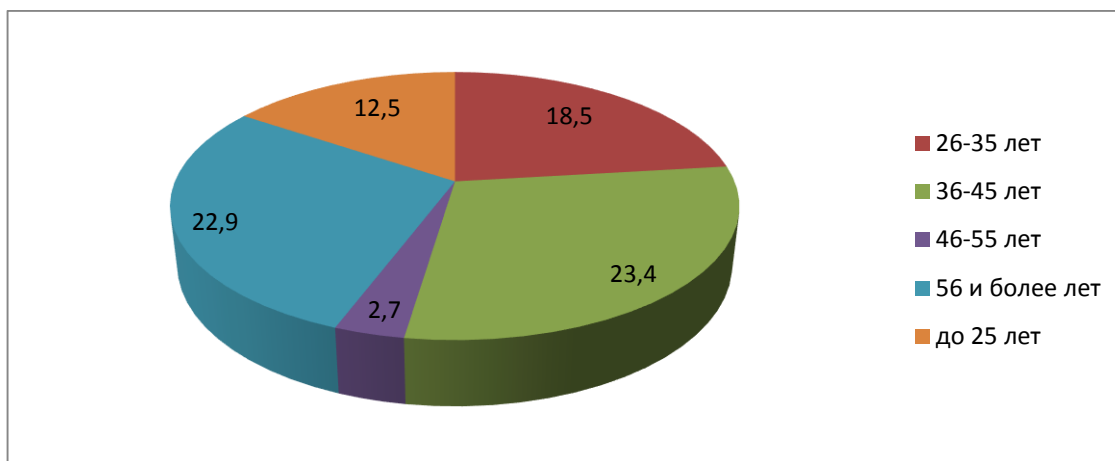


Рис. 12. Распределение респондентов по возрасту.

Таким образом, среди опрошенных преобладали пациенты трудоспособного возраста. Лица молодого возраста до 35 лет составили 40,0 %, остальные возрастные группы распределились равномерно.

Гендерный состав респондентов представлен в среднем 33,0 % мужчин и 67,0 % женщин. В социальной структуре респондентов работающие составили 51,4 %, пенсионеры – 18,0 %, безработные -23,8 %, учащиеся и студенты – 6,7 %.

Анализ полученных данных показал, что 64 % респондентов, принявших участие в исследовании, лечились в ДС впервые и только 36 % из них - повторно.

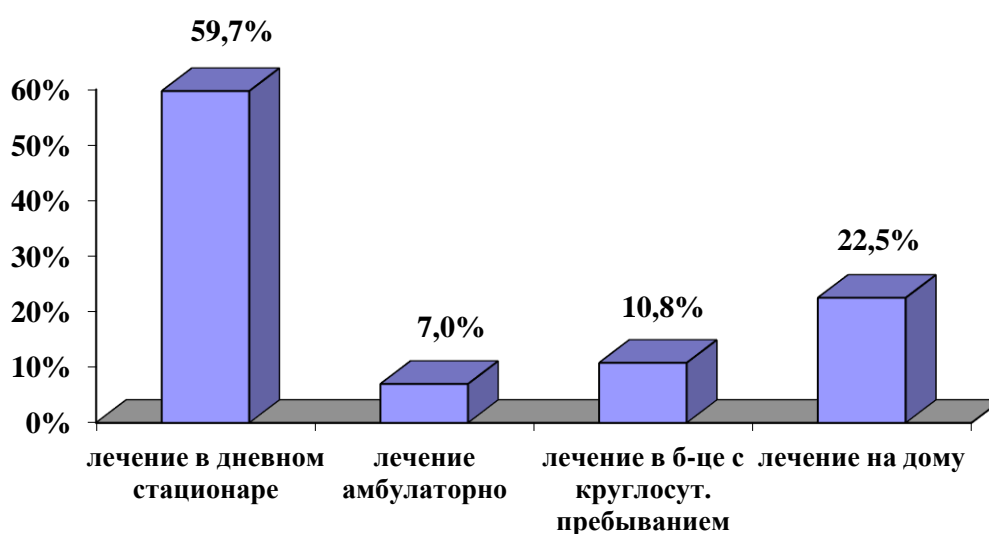
В ходе проведения опроса выявлено, что право выбора места лечения было предоставлено более чем половине респондентов: 64,5%. Следует отметить, что при возможности выбора 54,8% опрошенных в дневных стационарах на базе АПУ предпочли бы обратиться в данное учреждение, 30,7% - к данному врачу и лишь менее 14,5% - к другому врачу и в другое учреждение. Анализ ответов респондентов, лечившихся в ДС на базе городских и сельских больниц показывает, что большая часть пациентов удовлетворена данным стационаром и лечащим врачом (табл. 29).

Таблица 29.

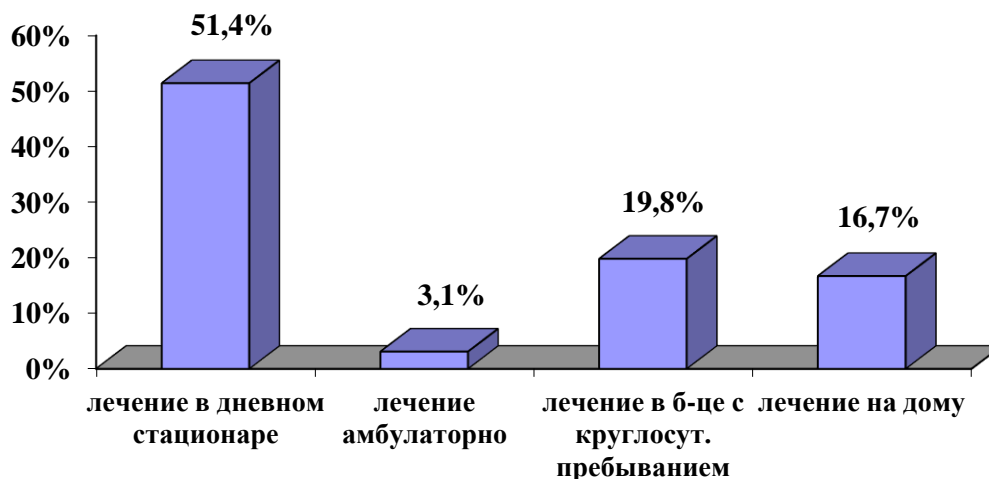
Распределение мнений респондентов о выборе медицинского учреждения и врача

	Вариант ответа	Частота	в % к числу опрошенных
1	В данное учреждение	246	54,8
2	К данному врачу	138	30,7
3	К другому врачу	8	1,8
4	В другое учреждение	57	12,7
		449	100,0

В процессе анкетирования выявлено, что более половины опрошенных, лечившихся на базе ДС городских ЛПУ, отдали предпочтение лечению в дневном стационаре, четвертая часть респондентов считает, что лучше лечиться на дому, 7,0 % высказались за лечение в амбулаторных условиях и только 10% - в условиях круглосуточного стационара (рис. 13).



респонденты дневных стационаров на базе городских ЛПУ



респонденты дневных стационаров на базе сельских ЛПУ

Рис. 13. Распределение мнений респондентов о выборе места лечения.

Большинство опрошенных, лечившихся в дневных стационарах на базе сельских больниц, также предпочли лечение в дневном стационаре (51,4%), удобным лечение на дому считают 16,7% респондентов и в амбулаторных условиях лишь 3,1%. В то же время почти вдвое больше пациентов дневных стационаров на базе сельских больниц (19,8%), предпочитают лечение в больнице с круглосуточным пребыванием. Вероятно, основным фактором, влияющим на установки респондентов, является удаленность небольших населенных пунктов сельской местности от районных медицинских учреждений, что значительно снижает доступность ежедневного лечения в ДС пациентами.

Анализ мнений пациентов о различных сторонах медицинского обслуживания в ДС и в круглосуточном стационаре представлен в таблице 30. Как видно медицинское обслуживание в ДС не хуже, чем в обычном круглосуточном стационаре. Причем, по некоторым аспектам медицинского обслуживания (отношение врачей к пациентам (48,1%), отношение медсестер к пациентам (47,9 %) респонденты отдали предпочтение ДС. Таким образом, деонтологические аспекты являются чувственным индикатором удовлетворенности либо неудовлетворенности медицинской помощью.

Таблица 30.

Оценка респондентами различных аспектов деятельности дневного стационара (в %)

Оцениваемые объекты	В дневном стационаре лучше, чем в больнице	В дневном стационаре также как в больнице	В дневном стационаре хуже, чем в больнице	Загруженность ответить	Итого
Обеспечение лекарствами и медикаментами	32,0	43,6	4,9	19,5	100,0
Качество лечения	33,2	49,4	10,2	7,1	100,0
Быстрота обследования	40,8	37,6	9,6	12,0	100,0
Режим (интенсивность) медицинских процедур	36,2	41,1	5,8	17,0	100,0
Квалификация врачей	30,1	51,7	9,4	8,9	100,0
Квалификация медсестер	32,7	50,8	10,0	6,5	100,0
Отношение врачей к пациентам	48,1	44,1	4,2	3,6	100,0
Отношение медсестер к пациентам	47,9	44,5	4,2	3,3	100,0
Длительность пребывания	51,0	20,0	1,8	27,2	100,0
Удобство размещения больных в палате	63,3	21,0	2,7	13,0	100,0

Согласно данным таблицы 30 почти половина респондентов не видят разницы в качестве лечения в дневном и круглосуточном стационарах. Предпочтение быстроте обследования в ДС отдали 40,8 % опрошенных, удобству режима медицинских процедур - 36,2 % пациентов. При этом 41,1 % респондентов считают, что интенсивность проведения медицинских процедур в ДС не отличается от стационара с круглосуточным пребыванием.

Немаловажным фактором удовлетворенности пациентов являются условия пребывания в стационаре. В частности, удобство размещения

больных в палатах, по мнению 63,3 % опрошенных, позволяет чувствовать себя более комфортно в дневном стационаре (табл. 30).

Однако мнение респондентов по вопросу о квалификации медицинского персонала разделилось следующим образом: примерно треть опрошенных считают, что квалификация медицинских работников выше в дневном стационаре, более половины пациентов отметили одинаковый уровень профессионализма медицинского персонала в дневном и круглосуточном стационарах. На более низкий уровень квалификации врачей в ДС по сравнению с круглосуточными стационарами указали 9,4 % (табл. 30).

Лекарственное обеспечение медицинских учреждений является одним из важнейших вопросов здравоохранения. При оценке этого аспекта работы 43,6 % пациентов ответили, что обеспеченность лекарствами и медикаментами одинакова как в дневном, так и в круглосуточном стационарах, а 32,0 % считают, что лекарственное обеспечение лучше в ДС (табл. 30).

Полученные данные показали, что большое значение в работе ДС приобретают социальные факторы (табл. 31).

Согласно данным таблицы 31 наибольший процент опрошенных (71,4 %) видят преимущество лечения в ДС в возможности ежедневного вечернего пребывания в привычной домашней обстановке, что поддерживает эмоциональное состояние больного и положительно влияет на ход и результаты лечения.

Достаточно высокий процент больных (56,2%) указал на более внимательное отношение со стороны медицинского персонала в условиях ДС, т.е. это может быть удовлетворенность личностными качествами и коммуникативными навыками медицинских работников, проявившимися в соответствии с социальной ролью и ожиданиями пациентов. При этом данный аспект особо выделен (61,8%) лицами старшей возрастной группы (табл. 31).

Распределение мнений респондентов о достоинствах лечения
на базе дневного стационара (в %)*

Достоинства	Возраст					в % к числу всех опрошен ных
	до 25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	55 и старше	
Быстрота и качество обследования и лечения	26,7	43,4	39,2	40,6	42,2	39,2%
Высокая квалификация медперсонала	21,7	31,6	24,5	29,7	34,3	28,8%
Неоторванность от семьи	85,0	77,6	73,5	74,3	53,9	71,4%
Обеспечение бесплатными лекарствами	43,3	50,0	45,1	50,5	58,8	50,1%
Хорошее отношение медперсонала	46,7	56,6	53,9	58,4	61,8	56,2%
Возможность сочетания лечения с трудовой деятельностью	18,3	50,0	46,1	47,5	20,6	37,4%
Другое	1,7	1,3				0,5%

* - более 100%, т.к. возможен множественный вариант ответов.

Лечение в ДС, по мнению респондентов, дает определенные преимущества в плане сохранения привычных социальных связей, возможности сочетания лечения с трудовой деятельностью (37,4 %), на что указывают респонденты трудоспособного возраста. Для пациентов сельских районов, имеющих свое подворное хозяйство данный аспект также имеет важное значение. Студентов устраивает пребывание в ДС из-за возможности сочетать учебу и лечение (табл. 31).

Примечателен и тот факт, что в процессе получения медицинской помощи в ДС около 40 % опрошенных устраивает быстрота и качество обследования и лечения (табл. 31).

В процессе анкетирования пациентов также был выявлен ряд недостатков при лечении в ДС (табл. 32). На отсутствие комплексного подхода к лечению и полноты обследования указали 16,4 % респондентов. Из-за невозможности

соблюдения диеты в домашних условиях чуть более 20 % опрошенных предпочитает лечение в обычном круглосуточном стационаре.

Таблица 32.

Распределение мнений респондентов о недостатках лечения
на базе дневного стационара (в %)*

	Недостатки	Частота	в % к числу опрошенных
1	Теснота в палате	45	13,4%
2	Не комплексный подход к лечению	55	16,4%
3	Платное лечение	104	31,0%
4	Неполное обследование	107	31,9%
5	Неудобная транспортировка	145	43,3%
6	Невозможность соблюдения диеты дома	70	20,9%
7	Другое	30	9,0%

* - более 100%, т.к. возможен множественный вариант ответов.

Такой недостаток при лечении в ДС, как неудобная транспортировка, отмечают 43,3 % респондентов, в основном сельских жителей. Как видно, для сельского населения, проживающего в отдаленных от лечебного учреждения районах с неудовлетворительным транспортным сообщением, данный фактор приобретает важное значение в выборе вида стационара.

При существующем в настоящее время дефиците финансовых средств в системе здравоохранения, часть расходов на предоставление медицинской помощи перекладывается на самих клиентов. Происходит фактическая замена бесплатных медицинских услуг платными, снижаются возможности низкодоходных групп населения в получении этих услуг. Так, в результате социологического опроса было выявлено, что 1/3 пациентов приходилось затрачивать собственные средства в процессе получения медицинской помощи в ДС (табл. 32).

Результаты анкетирования показали, что в основном больные были направлены на лечение в ДС из поликлиники, при этом наблюдались перед госпитализацией в поликлинике от 4 до 9 дней 64,5 % опрошенных, свыше 20

дней – 5,8 %, и 28,7 % от 10 до 19 дней. Примечательно, что большая часть пациентов направленных из поликлиник, ожидали госпитализацию менее 5 дней, что характеризует хорошую организацию работы ДС. Подавляющее большинство респондентов отметили, что перед госпитализацией им была оказана в поликлинике необходимая консультативная помощь.

Таким образом, проведенное социологическое исследование, основанное на изучении мнения пациентов, находившихся на лечении в дневном стационаре, свидетельствует о медицинской целесообразности развития дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности. Вместе с тем пациенты указывают на некоторые отрицательные стороны деятельности ДС, как например, неудобство транспортировки, недостаточное обеспечение медикаментами, неполное обследование.

В процессе исследования был проведен социологический опрос врачей с целью изучения влияния различных факторов на эффективность деятельности дневного стационара. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 7 вопросов. Всего было опрошено 158 респондентов, из них на базе городских ЛПУ 85 и 73 - на базе сельских ЛПУ. Более 50% респондентов было представлено врачами терапевтического профиля. Как видно из рисунка 14 наибольшую долю респондентов составили врачи со стажем работы 6-8 лет (54%), 33 % имели стаж работы более 10 лет, 41% - от 2 до 4 лет и 30% от 1 до 2 лет. В целом, с достаточно большим стажем работы врачи составили большую часть респондентов.

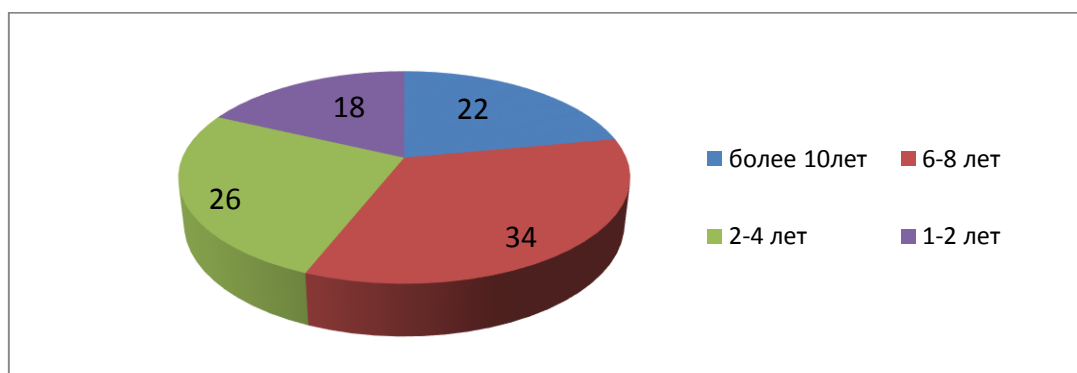


Рис. 14. Распределение врачей по стажу работы.

Данные анкетирования показали, что подавляющее число врачей (75,3%) положительно относятся к созданию стационарозамещающих видов медицинской помощи.

Как видно из данных таблицы 33, на первое место среди преимуществ дневного стационара 128 врачей дневных стационаров (83,7%) ставят удобство для пациента из-за бытовых условий.

Таблица 33.

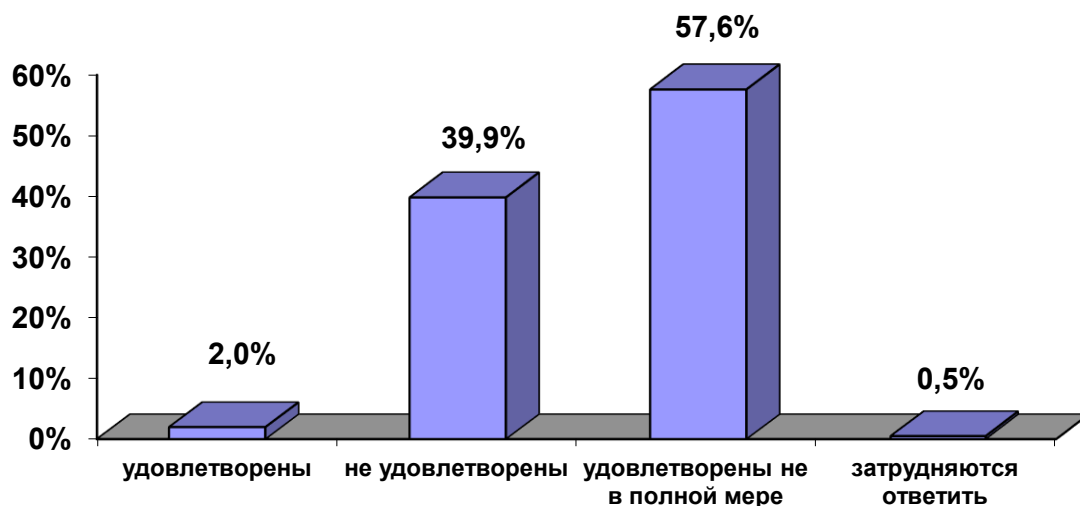
Распределение мнений врачей о преимуществах работы
дневного стационара (в %)*

	Преимущества	Число врачей	в % к числу опрошенных
1	Эта форма более удобна для пациента из-за бытовых условий	128	83,7%
2	Эта форма целесообразна для долечивания больных	114	74,5%
3	Возможность пациента совмещать лечение с трудовой деятельностью	39	25,5%
4	Другое	4	2,6%
		285	

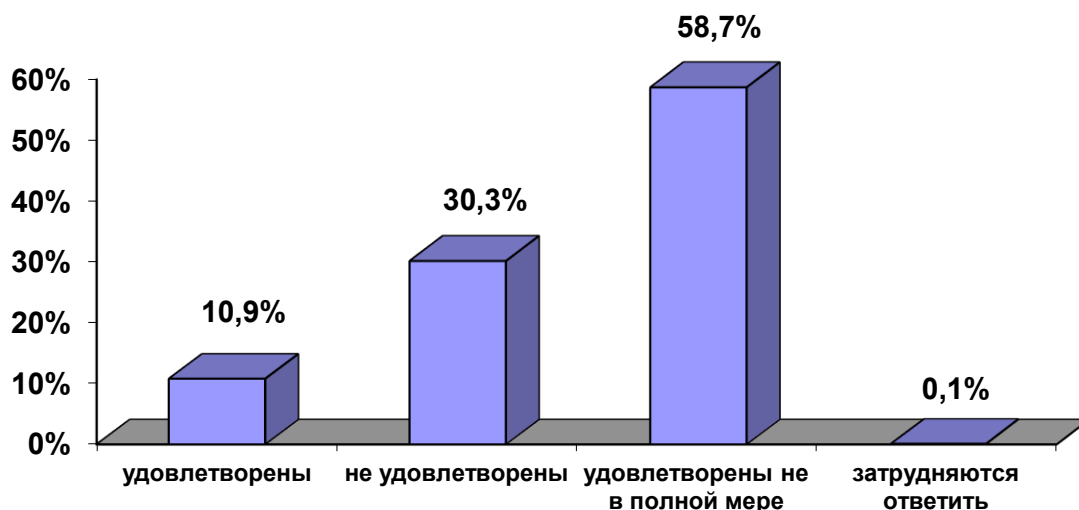
* - более 100%, т.к. возможен множественный вариант ответа.

Наряду с этим 74,5% респондентов считают, что эта организация ДС целесообразна для долечивания больных. На возможность пациента совмещать лечение с трудовой деятельностью указывают 25,5% респондентов. Высказанные врачами в произвольной форме мнения о целесообразности и удобствах работы дневного стационара сводились в основном к экономической выгоде для государства.

Анкета включала также вопрос об удовлетворенности оснащённостью учреждений лечебно-диагностическим оборудованием (рис. 15).



врачи дневных стационаров на базе городских ЛПУ



врачи дневных стационаров на базе сельских ЛПУ

Рис. 15. Распределение мнений респондентов об удовлетворенности оснащенности учреждений лечебно-диагностическим оборудованием.

Данные анкетирования показали, что большинство опрошенных врачей дневных стационаров на базе городских и сельских ЛПУ не удовлетворены или удовлетворены не в полной мере оснащённостью учреждений лечебно-диагностическим оборудованием (рис. 15). При этом в отличие от врачей городских ЛПУ более 10% врачей ДС на базе сельских больниц удовлетворяет оснащённость учреждений лечебно-диагностическим оборудованием, что вызывает определенные вопросы об их информированности о более высоких диагностических возможностях в здравоохранении.

Мнения респондентов об уровне обеспеченности дневного стационара медикаментами распределились следующим образом: не удовлетворены 32,3%, удовлетворены не в полной мере 66,5% и только один врач (0,6%) удовлетворен обеспеченностью медикаментами и еще один врач затруднился ответить на вопрос (табл. 34).

Таблица 34.

Мнение врачей об уровне обеспеченности дневного стационара медикаментами

	Обеспеченность ДС медикаментами	Число врачей	В % к числу опрошенных
1	удовлетворены	1	0,6
2	не удовлетворены	51	32,3
3	удовлетворены не в полной мере	105	66,5
4	затрудняюсь ответить	1	0,6
		158	100,0

Таким образом, можно сделать вывод, что дневные стационары не в должной мере обеспечены медикаментами, и как следствие – необходимость пациентам самим приобретать нужные для лечения медикаменты.

С целью улучшения организации работы стационарозамещающих форм медицинской помощи врачами был внесен ряд предложений, которые сводились к улучшению оснащенности лечебно-диагностическим оборудованием (98,1%) и обеспечению медикаментами дневных стационаров (98,1%), а также к такому немаловажному фактору, как повышение заработной платы медицинского персонала (97,4%) (табл. 35).

Таблица 35.

Распределение мнений респондентов по поводу совершенствования работы дневного стационара (в %)*

	Предложения	Число врачей	В % к числу опрошенных
1	Улучшение оснащенности лечебно-диагностическим оборудованием	153	98,1%
2	Улучшение обеспечения медикаментами	153	98,1%
3	Повышение уровня заработной платы	152	97,4%
4	Другое	2	1,3%
		460	

* - более 100%, т.к. возможен множественный вариант ответа.

Наряду с этим в произвольной форме были высказаны пожелания об уменьшении времени, необходимого для заполнения документации, изыскании возможностей для своевременного прохождения курсов повышения квалификации и др.

Таким образом, проведенное социологическое исследование свидетельствует о востребованности дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности. Данные анкетирования показали, что организация дневных стационаров является целесообразной и перспективной формой медицинского обслуживания. Вместе с тем результаты исследования указывают на ряд недостатков в работе дневных стационаров, которые требуют соответствующей коррекции. Повышению качества лечения и роли дневных стационаров в оказании медицинской помощи населению будет способствовать принятие мер организационного характера. Для достижения высокого уровня работы дневных стационаров необходимо оснастить их лечебно-диагностическим оборудованием и максимально обеспечить медикаментами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

В отечественной медицинской практике накоплен определённый положительный опыт работы дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений. Отмечается высокая медицинская и социально-экономическая эффективность данной формы организации медицинской помощи населению без снижения качества диагностики и лечения при существенном сокращении затрат.

Вместе с тем одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением территории в условиях жесткого лимита финансовых ресурсов, остается обеспечение сбалансированности объемов и собственно структуры гарантированной населению бесплатной медицинской помощи.

В территориальных программах госгарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, продолжается работа по рациональному использованию коечного фонда с сокращением объемов дорогостоящей стационарной помощи при одновременном увеличении объемов услуг дневных стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи. Требуют решения проблемы научного обоснования реальной потребности населения в обеспеченности койками дневных стационаров с учетом региональных особенностей и повышения медико-экономической эффективности их деятельности.

Однако в научной литературе практически не уделено внимания путям оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений, предусматривающей перепрофилизацию коек дневных стационаров с учетом показателей обращаемости населения за медицинской помощью и уровнем госпитализации. Данный подход будет способствовать достижению сбалансированности объемов медицинской помощи на конкретной территории. Актуальными данные проблемы являются и для Кабардино-Балкарии, где процесс развития дневных стационаров указывает на тенденции роста их числа и свидетельствует о востребованности стационарозамещающих видов медицинской помощи в республике.

Развитие дневных стационаров и профильных коек в них предполагает предварительный анализ заболеваемости населения и ее структуры. В связи с этим нами изучены тенденции заболеваемости населения Кабардино-Балкарии за 2006-2012 гг. Результаты исследования выявили динамику роста общей и впервые выявленной заболеваемости взрослого населения КБР практически по всем классам заболеваний. Темп прироста показателя общей заболеваемости в 2012 г. составил 14,4 %, впервые выявленной - 22,6%. Наиболее высокими значениями по сравнению с остальными классами заболеваний характеризуется все годы показатель распространенности болезней системы кровообращения среди взрослого населения КБР ($14267,6 \pm 734,2$ на 100 тыс. населения), а темп его прироста составил 19,6%. За 7 лет впервые зарегистрированная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла на 41,5%.

Рост заболеваемости по классу болезней системы кровообращения связан с ростом болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (на 37,9 %) и ишемической болезни сердца (на 14,2%), проявляющейся в основном стенокардией (на 26,9%). Болезни системы кровообращения занимают первое место среди всех причин смерти и составляют в структуре смертности 61,0%.

Выявленные тенденции к росту заболеваемости взрослого населения Кабардино-Балкарии в определенной степени обусловлены демографической ситуацией, характеризующейся постарением населения. За изучаемый период значительно выросла заболеваемость по трем основным классам: болезням эндокринной системы, органов пищеварения и системы кровообращения. В структуре впервые выявленной заболеваемости среди лиц, старше трудоспособного возраста доля болезней системы кровообращения в два раза выше, чем среди взрослого населения в целом. Превалирующими в данном классе являются цереброваскулярные заболевания (34,4 %), и гипертоническая болезнь (25,9 %).

В сложившихся условиях особую актуальность приобретают мониторинговые исследования здоровья населения, позволяющие анализировать и своевременно планировать в системе здравоохранения республики адекватные объемы медицинской помощи, в том числе стационарозамещающей.

В работе проведен анализ клинической эффективности лечения больных с сердечнососудистыми заболеваниями в условиях круглосуточного стационара (I группа – 60 человек) и дневного стационара (II группа – 100 человек). В исследование вошли больные с артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью и стабильной стенокардией, лечившиеся в дневном и круглосуточном стационарах. По возрасту, полу, функциональному состоянию и лечению группы были рандомизированы и статистически не различались. Исследование проводилось до и через 6 месяцев после лечения. Результаты лечения в обеих группах оценивались с помощью динамики клинико-функционального состояния больных, шкалы оценки клинического состояния при ХСН (В.Ю.Мареев, 2000), морфофункциональных показателей сердца, теста 6-минутной ходьбы, показателей летальности и потребности в повторных госпитализациях.

Сравнительный анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией проводился в I группе (КС) из 58 человек, из которых чистая АГ без признаков ИБС и ХСН диагностирована у 20 человек (34,5%) и во II группе (ДС) из 98 человек, среди которых с чистой АГ выявлено 37 человек (37,8%). Эти больные составили основной объект нашего исследования. У большинства пациентов отмечалось наличие факторов риска развития сердечнососудистых осложнений (возраст - мужчины > 55 лет, женщины > 65 лет; курение, дислипидемия (повышение общего холестерина > 5,0 ммоль/л), абдоминальное ожирение - окружность талии >102 см. для мужчин, для женщин > 88 см.).

Анализ полученных данных указывает на положительную динамику при лечении АГ I-III стадией II-III степенью в КС и ДС (снижение показателей

АД). На фоне лечения в обеих группах наблюдалось улучшение ЭХО КГ показателей в виде снижения ИММЛЖ, ТМЖП и ТЗСЛЖ, однако большая положительная динамика была во II группе (статистически значимое снижение ИММЛЖ через 6 мес.). Показатели диастолической функции - E/A, YVVT в обеих группах улучшились незначительно. Различия между группами по всем параметрам статистически незначимые, что свидетельствует о том, что эффективность лечения в дневном стационаре не уступает аналогичным показателям круглосуточного стационара.

Клиническая результативность оценивались по показателю летальности и числу повторных госпитализаций за период наблюдения. Летальности и повторных госпитализаций в обеих группах за период наблюдения не было.

Фармакотерапия пациентов с АГ в двух группах была идентичной. Больные получали иАПФ, диуретики, БАБ, антагонисты Са. Средний койко-день при лечении больных с АГ составил в КС $-13,35 \pm 3,87$ дней; в ДС $-12,72 \pm 3,55$ дней. Общая стоимость лечения одного больного с АГ в I группе (КС) была в 1,6 раз выше, чем во II группе (ДС).

Полученные результаты указывают на возможность лечения в дневных стационарах больных с АГ I-III стадий, II-III степенью без тяжелых сопутствующих заболеваний и осложнений, не требующих интенсивного лечения и круглосуточного наблюдения.

В работе проведен сравнительный анализ эффективности лечения больных с ХСН в условиях ДС и КС. Всего с ХСН в двух группах обследовано 98 больных (61,3%). В I группу (КС) вошли 35 больных, из них у 32 человек ХСН развилась на фоне ИБС, у 3 - на фоне АГ. Во II группе (ДС) обследовано 63 больных, из них у 58 ХСН развилась на фоне ИБС, у 5 - на фоне АГ. Из 63 больных лечение в ДС получали 40 человек. Больные с ХСН I-II А и ФК I-II лечились, в основном, в ДС. Для возможности сравнения эффективности лечения в КС также был взят данный контингент больных. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$).

При изучении динамики основных морфофункциональных параметров сердца на фоне лечения в обеих группах отмечалось статистически значимое увеличение фракции выброса левого желудочка; статистически значимое уменьшение КДР ЛЖ; статистически значимое уменьшение ИММЛЖСв. В обеих группах достоверных изменений диастолической функции не получено. Различия между группами по всем параметрам статистически незначимые. На фоне лечения через 6 месяцев достоверных изменений диастолической функции в обеих группах не получено.

Фармакотерапия базовыми препаратами для лечения ХСН в двух группах была идентичной. Фармакотерапия базовыми препаратами для лечения ХСН в двух группах была идентичной. Больные получали иАПФ, диуретики, сердечные гликозиды, БАБ, антагонисты рецепторов к альдостерону. Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$), т.е. группы рандомизированы и по лечению.

В качестве дополнительных и вспомогательных средств в лечении ХСН использовались статины, антагонисты Са (при наличии сопутствующей АГ или наджелудочковых нарушениях ритма), антиаритмические средства (при наличии желудочковых аритмий), антиагреганты (при ХСН развившейся на фоне ИБС), метаболически активные препараты (цитопротекторы).

Для оценки тяжести состояния больного и эффективности проводимой терапии использовалась шкала оценки клинического состояния при ХСН (В.Ю. Мареев, 2000). На фоне лечения через 6 месяцев в обеих группах наблюдалась положительная динамика - уменьшение клинических симптомов ХСН. В I группе тяжесть ХСН в баллах составила $2,78 \pm 2,45$. ($p < 0,001$), во II группе $2,14 \pm 2,11$ балла ($p < 0,001$).

Динамика функционального состояния в группах как одного из основных критериев эффективности в лечении больных с ХСН оценивалась с помощью теста 6-минутной ходьбы. На фоне лечения наблюдалось увеличение толерантности к физическим нагрузкам в обеих группах, отмечалось достоверное улучшение функционального состояния больных. В обеих

группах отмечается улучшение функционального состояния больных: достоверное увеличение больных I ФК ($p < 0,05$), уменьшение больных II ФК ($p < 0,05$). Различия между группами статистически незначимые ($p > 0,05$), т.е. физическая активность в обеих группах повысилась одинаково.

Поскольку у большинства больных ХСН развилась на фоне ИБС, была проанализирована эффективность лечения больных со стабильной стенокардией (СС) напряжения в КС (32 человека) и ДС (54 человека). Среди них более половины больных имели II ФК: в КС – 68,8%, в ДС – 70,4%.

Эффективность лечения больных со стабильной стенокардией напряжения оценивалась клинически по уменьшению частоты ангинозных приступов за сутки и уменьшению потребности в нитратах.

Из 32 пациентов I группы под влиянием проводимой терапии в течение 6 месяцев улучшение клинической симптоматики наблюдалось у 24 пациентов (75,0%). Положительная динамика отсутствовала у 5 пациентов (15,7%). При этом у 3 (9,4%) пациентов, несмотря на проводимое лечение, наблюдалось ухудшение, и они лечились по поводу прогрессирующей стенокардии.

Во II группе (54 пациента) улучшение клинической симптоматики под влиянием проводимой терапии через 6 месяцев наблюдалось у 43 пациентов (79,7%), у 10 пациентов (18,6%) динамики в состоянии не наблюдалось.

Фармакотерапия СС напряжения в двух группах была идентичной. Больные получали антиагреганты, нитраты, динитраты и моонитраты, статины, БАБ, антагонисты Са. Однако назначение статинов производилось в обеих группах в недостаточном объеме: только 18,4% пациентам со стабильной стенокардией в I группе и 17,9% - во II группе назначались статины.

Поскольку современная терапия АГ и ХСН предполагает длительный прием лекарственных средств, то эффективность такой терапии во многом определяется тем, в какой степени пациент следует полученным рекомендациям. Нами оценивалась приверженность (комплаентность) больных к лечению с помощью теста Мориски-Грина. Среди больных АГ

через 6 месяцев после лечения в I группе комплаентными были 16 человек (80,0%), во II группе - 29 человек (78,4 %). Средний балл в I группе составил $3,3 \pm 0,10$, во II группе - $3,18 \pm 0,76$ ($p > 0,05$). Среди больных с ХСН в I группе комплаентными были 25 человек (71,5%), во II группе - 48 человек (76,2%). Средний балл в I группе составил $3,0 \pm 0,48$, во II группе - $2,9 \pm 0,67$ ($p > 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что приверженность к лечению в значительной степени обусловлена отношением больного к своему заболеванию, отсутствием аккуратности в выполнении врачебных назначений, позволяя пропускать прием лекарственных препаратов при относительно хорошем самочувствии. Существенным фактором снижения степени приверженности к лечению являются социально-экономические условия, когда прием препарата прекращали из-за его высокой стоимости.

Таким образом, результаты сравнения клинической эффективности лечения больных с АГ, ХСН и СС в рандомизированных группах в дневном и круглосуточном стационаре свидетельствуют о сопоставимости полученных показателей и указывают на целесообразность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара, являющегося с экономической точки зрения оправданной формой медицинской помощи.

Результаты оценки экономической эффективности лечения больных с АГ и ХСН с применением метода «затраты-результативность» в двух сравниваемых группах указывают на более высокий экономический эффект, достигнутый в дневном стационаре. При одинаковой клинической результативности в обеих группах, составившей 100% (улучшение состояния, отсутствие летальности и повторных госпитализаций) показатель «затраты-результативность» в дневном стационаре при лечении АГ ниже, чем в круглосуточном стационаре в 1,6 раза, а при лечении ХСН - в 1,7 раза.

Длительность пребывания больного с АГ на койке составила, в среднем, в ДС $12,72 \pm 3,55$ дней, в КС - $13,35 \pm 3,87$ дней. Длительность пребывания

больного с АГ на койке составила, в среднем, в ДС $14,3 \pm 4,53$ дней, в КС - $15,3 \pm 3,64$ дней ($p > 0,05$).

Результаты исследования динамики развития сети дневных стационаров в Кабардино-Балкарской Республике за последние семь лет выявили тенденцию к их росту. Число дневных стационаров за изучаемый период возросло в 2 раза, коечный фонд в них увеличился в 2,9 раза. Обеспеченность населения койками в ДС на базе АПУ составила в 2012 г. 9,9, на базе больничных учреждений - 2,4 на 10 тыс. населения. При этом анализ динамики обеспеченности койками дневных стационаров в Кабардино-Балкарии показывает, что в 2006 г. данный показатель по АПУ составил 3,1 на 10 тыс. населения. Обеспеченность койками в ДС при больничных учреждениях в 2006 г. была значительно ниже показателя по АПУ и составила 0,8 на 10 тыс. населения. В целом показатель обеспеченности койками в ДС Кабардино-Балкарии вырос с 4,0 в 2006 г. до 13,3 на 10 тыс. населения в 2012г. Вместе с тем, данный показатель заметно отставал все годы от среднефедеративных значений, составивших в 2006 г. 13,3 и в 2012 г. 15,7 на 10. тыс. населения. Койки в ДС занимают в структуре общего коечного фонда КБР 11,3%. Таким образом, требуется интенсификация развития сети дневных стационаров в республике и коечного фонда в них.

Анализ использования коечного фонда дневных стационаров выявил высокую востребованность в данном виде медицинской помощи. За период с 2006-2012гг. число пролеченных больных на койках дневного пребывания возросло в 3,9 раза. Более интенсивно используются койки дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях, в структуре которых преобладают терапевтические койки (61,2%). Со значительной нагрузкой в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях используются гастроэнтерологические (454 дня), неврологические (393 дня), эндокринологические (320 дней) и терапевтические койки (306 дней), а при больничных – эндокринологические (458 дней). В числе закончивших лечение в дневном стационаре в основном

хронические больные с сердечнососудистой патологией, болезнями органов дыхания, органов пищеварения и др. При этом 72,9% составили больные с сердечнососудистой патологией.

Данная динамика сопровождалась ростом объемов стационарозамещающей медицинской помощи в поликлиническом секторе и, соответственно, показателей использования коечного фонда в ДС.оборот койки в ДС при амбулаторно-поликлинических учреждениях для взрослого населения составил 28,2, при больничных учреждениях 11,6 человек.

Вместе с тем больше половины коек дневного пребывания (52,6 %) развернуты в лечебных учреждениях г. Нальчика. Подавляющее большинство коек ДС при АПУ (около 68 %) сосредоточено в столице республики, остальные располагаются в сельских районах.

В соответствии с интенсивностью использования коечного фонда и динамикой роста ведущей патологии в республике требуется рациональное планирование профильных коек, что будет способствовать повышению эффективности их работы. С учетом современных приоритетов представляется важным расширение стационарозамещающих медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе. С целью повышения доступности медицинской помощи необходимым является также проведение мероприятий по оптимальному распределению коек дневных стационаров в республике, в том числе в сельских районах.

Проведенное социологическое исследование, основанное на изучении мнения пациентов и врачей свидетельствует о медицинской целесообразности развития дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности.

Наибольший процент пациентов (71,4 %) видят преимущество лечения в ДС в возможности ежедневного вечернего пребывания в привычной домашней обстановке, что поддерживает эмоциональное состояние больного и положительно влияет на ход и результаты лечения. Достаточно высокий процент больных (56,2%) указал на более внимательное отношение со стороны

медицинского персонала в условиях ДС, т.е. это может быть удовлетворенность личностными качествами и коммуникативными навыками медицинских работников, проявившимися в соответствии с социальной ролью и ожиданиями пациентов. При этом данный аспект особо выделен (61,8%) лицами старшей возрастной группы.

Лечение в ДС, по мнению респондентов, дает определенные преимущества в плане сохранения привычных социальных связей, возможности сочетания лечения с трудовой деятельностью (37,4 %), на что указывают респонденты трудоспособного возраста. Для пациентов сельских районов, имеющих свое подворное хозяйство данный аспект также имеет важное значение. Примечательно, что в процессе получения медицинской помощи в ДС около 40 % опрошенных устраивает быстрота и качество обследования и лечения.

Данные анкетирования показали, что подавляющее число врачей (75,3%) положительно относятся к созданию стационарозамещающих видов медицинской помощи. На первое место среди преимуществ дневного стационара (83,7%) врачи ставят удобство для пациента из-за бытовых условий. Наряду с этим 74,5% респондентов считают, что эта организация ДС целесообразна для долечивания больных. На возможность пациента совмещать лечение с трудовой деятельностью указывают 25,5% респондентов.

В процессе анкетирования был выявлен также ряд недостатков при лечении в ДС. На отсутствие комплексного подхода к лечению и полноты обследования указали 16,4 % пациентов. Из-за невозможности соблюдения диеты в домашних условиях чуть более 20 % опрошенных предпочитает лечение в обычном круглосуточном стационаре. На фактор неудобства транспортировки при лечении в ДС, являющийся определяющим в выборе вида стационара, указывают 43,3 % респондентов, в основном сельских жителей, проживающих в отдаленных от лечебного учреждения районах.

В результате социологического опроса было выявлено, что 1/3 пациентов приходилось затрачивать собственные средства в процессе получения медицинской помощи в ДС.

С целью улучшения организации работы стационарозамещающих форм медицинской помощи врачами был внесен ряд предложений, которые сводились к улучшению оснащенности лечебно-диагностическим оборудованием (98,1%) и обеспечению медикаментами дневных стационаров (98,1%), а также к такому немаловажному фактору, как повышение заработной платы медицинского персонала (97,4%).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о востребованности дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности. Вместе с тем при общей положительной оценке работы дневных стационаров выявлен ряд проблем, требующих соответствующей коррекции. Повышению качества лечения и роли дневных стационаров в оказании медицинской помощи населению необходимо принятие эффективных мер организационного характера, в том числе оснащение их лечебно-диагностическим оборудованием и максимальное обеспечение лекарственными препаратами.

ВЫВОДЫ.

1. Результаты клинической эффективности лечения артериальной гипертонии, хронической сердечной недостаточности и стабильной

стенокардии, оцениваемые в динамике показателями клинико-функционального и клинического состояния больных, а также морфофункциональными показателями сердца, показателями летальности и потребности в повторных госпитализациях в дневном и круглосуточном стационарах сопоставимы и указывают на целесообразность лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях дневного стационара.

2. Лечение больных с сердечно-сосудистой патологией в условиях дневного стационара является экономически оправданной формой медицинской помощи. При сравнении фармакоэкономической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией, хронической сердечной недостаточностью, стабильной стенокардией в дневном и круглосуточном стационарах отмечаются экономические преимущества лечения больных в дневном стационаре. Общие расходы на лечение больного с артериальной гипертонией в дневном стационаре ниже, чем в стационаре с круглосуточным пребыванием в 1,6 раза, с хронической сердечной недостаточностью в 1,7 раза.

3. Среди взрослого населения Кабардино-Балкарии в 2006-2012 гг. отмечается динамика роста общей (на 19,6%) и впервые выявленной (на 41,5%) заболеваемости по классу болезней системы кровообращения по причине болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (на 37,9 %) и ишемической болезни сердца (на 14,2%), в том числе стенокардии (на 26,9%). В формировании данных тенденций вносят вклад демографические процессы, характеризующиеся ростом доли лиц старше трудоспособного возраста, среди которых заболеваемость системы кровообращения в два раза выше. В структуре смертности населения болезни системы кровообращения занимают первое место (61,0%).

4. Несмотря на положительную динамику, развитие сети и коечного фонда дневных стационаров в Кабардино-Балкарии нуждается в интенсификации. Число дневных стационаров выросло в 2006 -2012 гг. в 2 раза, а коечный фонд в них - в 2,9 раза, занимая, в структуре коечного фонда республики лишь

11,3%. Обеспеченность койками в дневных стационарах выросла с 4,0 до 13,3 на 10 тыс. населения, однако она заметно отставала все годы от показателей Российской Федерации (13,3 и 15,7 соответственно). Наиболее интенсивно используются койки дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в структуре которых преобладают терапевтические койки (61,2%). Более 70% из числа пролеченных в дневных стационарах составляют больные с сердечно-сосудистой патологией.

5. Анализ данных социологического исследования, основанного на изучении мнения пациентов и врачей, свидетельствует о целесообразности развития дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы медицинской помощи и ее социальной направленности. Вместе с тем результаты исследования указывают на ряд недостатков в работе дневных стационаров, которые требуют соответствующей коррекции путем проведения эффективных организационных мероприятий по повышению качества лечения и роли дневных стационаров в оказании медицинской помощи населению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Врачам поликлиник следует проводить дифференцированный отбор пациентов на госпитализацию и направлять на лечение в дневные стационары больных с артериальной гипертонией, стабильной стенокардией напряжения,

хронической сердечной недостаточностью, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

2. С учетом интенсивности использования коечного фонда и динамики роста ведущей патологии в республике необходимым является проведение мероприятий по рациональному планированию профильных коек, а также оптимальному распределению коек дневных стационаров в республике, в том числе в сельских районах. Данный подход будет способствовать повышению эффективности их работы и доступности медицинской помощи населению.

3. В условиях модернизации здравоохранения и с учетом современных приоритетов представляется важным расширение стационарозамещающих медицинских услуг в амбулаторно-поликлиническом секторе. Особое внимание следует обратить на оснащение медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь современным лечебно-диагностическим оборудованием, позволяющим достичь более высокого уровня работы дневных стационаров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Агеев, Ф.Т., Хроническая сердечная недостаточность / Ф.Т.Агеев, Г.П.Арутюнов, Ю.Н. Беленков и др. // М.: «Гэотар-Медиа», 2010 - 331 с.

2. Аксенов, Д.В. Особенности ведения пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью в дневных стационарах/ Д.В. Аксенов, Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - С.Пб., 2011. – 24 с.
3. Аликова, З.Р. Анализ социальной эффективности дневных стационаров /З.Р.Аликова, Т.Т. Аликова, К.К. Фидарова, З.М. Бгажнокова, Ф.У. Козырева. – Фундаментальные исследования. - 2013. - № 7 (часть 3). – С. 500-503.
4. Аликова, З.Р., Эпидемиологические аспекты эндокринных заболеваний в РСО-Алания / З.Р. Аликова, И.Т. Габисова, И.А. Джигоева, З.А. Бадоева // Вестник РУДН.- Москва, 2008.- С. 35-37
5. Аликова, З.Р.. Использование коечного фонда дневных стационаров в Кабардино-Балкарской республике / З.Р. Аликова, А.З. Гетигежева, Т.Т. Аликова, К.К. Фидарова // Фундаментальные исследования. – 2014. - № 2. – С.13-17
6. Андреев Д.А. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов в клинической практике / Д.А. Андреев // CONSILIUM MEDICUM.-2013.-Т.15.- №5.-С.3-6.
7. Аронов, Д.М. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов // 2-е изд., перераб. - М.: ТРИАДА-Х, . - 2009. - 248с.
8. Аронов, Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца на диспансерно-поликлиническом этапе / Д.М. Аронов // Кардиология. – 2006. – № 2. – С. 86-99.
9. Аронов, Д.М. Успехи и проблемы кардиореабилитации в России / Д.М. Аронов // Эффективная фармакотерапия (кардиология и ангиология). - 2011. № 1. - С. 22-28.
10. Астахова З.Т. Влияние длительной терапии лизиноприлом на показатели центральной и периферической гемодинамики у больных дилатационной кардиомиопатией / З.Т. Астахова, Т.М. Гатагонова, Л.М. Мосин // Российский кардиологический журнал.- 2008.-№1.-С.32-36.

11. Ахмеджанов, Н.М. Новые возможности улучшения прогноза пациентов после инфаркта миокарда / Н.М. Ахмеджанов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - № 3. - С. 95-98.
12. Бальзамова, Л.А., Эффективность деятельности дневных стационаров в поликлинике / Л.А. Бальзамова А.А. Калининская, А.Г. Нилова, О.П. Королев // Главврач. - 2005. - № 7. - С. 44-48.
13. Барт, Б.Я. Дневной стационар поликлиники – эффективная форма оказания медицинской помощи населению / Б.Я.Барт, Л.М.Манукян, Л.Г.Акимова, З.И. Алиева, Н.В. Кочнова // Терапевтический архив. - 1997.- № 1. - С. 9-11.
14. Беленков, Ю.Н., Хроническая сердечная недостаточность / Ю.Н. Беленков, В.Ю.Мареев, Ф.Т. Агеев // М.: - Гэотар-Медиа, 2006. - 432 с.
15. Беленков, Ю.Н. Этиологические причины формирования ХСН в Европейской части Российской Федерации (госпитальный этап) / Ю.Н. Беленков, В.Ю.Мареев, Ф.Т. Агеев // Журнал Сердечная недостаточность.- 2011.- Т. 12.- №6.- С. 333-338.
16. Бойко, В.И. Организация и опыт лечения больных стабильной стенокардией напряжения в дневном стационаре поликлиники / В.И. Бойко // Автореф. дисс. канд.мед.наук. – М.: - 2005. – 24 с.
17. Брагина А.Е. Современные позиции бета-адреноблокаторов в кардиологии: от рекомендаций к реальной практике / А.Е. Брагина // Лечащий врач.-2010.- №7.- С.50-54.
18. Бубнова, М.Г. Бета-адреноблокаторы в клинической практике / М.Г. Бубнова, В.Б. Красницкий // Эффективная фармакотерапия (Кардиология и ангиология). - 2011. - № 1. - С. 42-50.
19. Бубнова, М.Г. Вторичная профилактика ишемической болезни сердца в клинической практике врача: выбор терапии / М.Г. Бубнова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - № 8. - С. 97-107.

20. Вайгант, А.Р. Ресурсосберегающие технологии в системе муниципального здравоохранения / А.Р. Вайгант // Вестник обязательного медицинского страхования. - 2003. - № 1. - С. 24-26.
21. Василькова Т.Н. Роль ожирения в формировании сердечно-сосудистой патологии / Т.Н. Василькова, Т.Б. Баклаева, С.И. Матаев и др. // Практическая медицина.-2014.-№13.- С. 14-21.
22. Введенская Е.С. О необходимости реструктуризации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста / Е.С. Введенская, Л.Ф. Кобзева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2013. - № 2. - С. 24-27.
23. Вебер, В.Р. Влияние абдоминального ожирения на структурно-функциональные изменения сердца и возможность их медикаментозной коррекции у больных артериальной гипертензией / В.Р. Вебер, М.П. Рубанова, М.Н. Копина и др.// Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2008. - № 4. -С. 28-31.
24. Воробьев, П.А., Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управления качеством медицинской помощи) / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура // М.: Ньюдиамед, 2004. - 404 с.
25. Гайдадымова, Т.Ю. Оценка эффективности деятельности кардиологического дневного стационара / Т.Ю. Гайдадымова, М.К. Мазруха // Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации. Сб. материалов 5-ой Российской научно-практической конференции НПО «Медсоцэкономинформ» 28-29 мая 1998г.-М., МЗ РФ, МЗ Чувашской Республики, 1998.- С. 186-189.
26. Галявич, А.С. Медикаментозные средства в реабилитации больных после инфаркта миокарда: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента / А.С. Галявич // Соматика. - 2010. - № 1. - С. 62-64.

27. Гафурова, Р.М. Сравнительная эффективность разных лекарственных схем в профилактике осложнений постинфарктного периода / Р.М. Гафурова // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Махачкала, 2011. – 46 с.
28. Гендлин, Г.Е. Лечение хронической сердечной недостаточности блокаторами β -адренергических рецепторов / Г.Е. Гендлин // Сердечная недостаточность. - 2005 . - № 2. - С. 6-94.
29. Гиляревский, С. Р., Современная тактика снижения риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний с помощью применения метформина / С. Р. Гиляревский, И. М. Кузьмина // Лечащий врач. - 2010. - № 4 - С. 92-94.
30. Горбунков, В.Я. Нормативно-правовое обеспечение стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи / В.Я.Горбунков, А.Л. Нициевский // Материалы 1-й Всеросс. научно-практической конференции "Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности". Москва, Российский новый университет, 16 мая 2003 г. / Под общей ред. д.ю.н. С.Г.Стеценко. - М.: Юрист. - 2003. - С. 182-184.
31. Горбунков, В.Я. Оценка пациентами стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи / В.Я. Горбунков, В.М. Шипова // Материалы научно-практической конференции "Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения". Москва, 16-17 апреля 2003 г. Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко. - 2003. - № 6. - С. 145-147.
32. Гудцова, А.П. Анализ использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений, оказывающих стационарозамещающие виды медицинской помощи / А.П.Гудцова, З.Р. Аликова // Материалы научно-практической конференции "Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения". - Москва, 16-17 апреля 2003 г.: Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко. - 2003. - № 6. - С. 140-144.
33. Гуревич, М.А. Артериальная гипертония и хроническая сердечная недостаточность - единство патогенеза и лечения / М.А. Гуревич // Русский медицинский журнал.-2005.- №1.- С.49-54.

34. Даненков, А.С. О повышении эффективности работы дневного стационара / А.С. Даненков, Н.А. Даненкова // *Здравоохранение*. - 2004. - № 5. - С. 30-35.
35. Демьянов, А.В. Особенности заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения Оренбургской области /А.В. Демьянов // *Современные проблемы науки и образования*. - 2014. - № 3. - С. 493.
36. Диуретики в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью. Рекомендации ОССН по применению мочегонных препаратов при хронической сердечной недостаточности (ХСН)/ // *Сердечная недостаточность*. - 2002. - Т.2. - № 2(12). - С. 99-100.
37. Европейские рекомендации; по профилактике сердечнососудистых заболеваний в клинической практике // *Рациональная фармакотерапия, в кардиологии*. – 2008. - № 4.- С. 90-107.
38. Ефремова О.А. Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности / О.А. Ефремова, Л.А. Камышникова // *Научные ведомости*.-2009.-№12(67).- С.11-24.
39. Жиров, И.В. Рамиприл в терапии пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда/ И.В.Жиров, Е.В. Маличенко // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. - 2007. - № 4. - С. 58-60.
40. Журавлева, М.О., Опыт работы дневного стационара поликлиники / М.О. Журавлева, Г.Г. Багирова, Н.П. Леонтьева // *Терапевтический архив*.- 2005.- №1.-С.25-29. Заседание коллегии Здравоохранения и социального развития РФ «Модернизация здравоохранения» 26 ноября 2004г. Менеджер здравоохранения.- 2005.- №1.-С.4-11.
41. Зыбина Н.В. Хроническая сердечная недостаточность: вопросы распространенности и лечения в первичном звене муниципального здравоохранения: автореф. дис....канд. мед. наук / Н.В. Зыбина. - Омск, 2007.- 20 с.
42. Зыятдинов, К.Ш. Дневные стационары. (Стационарозамещающие формы организации оказания медицинской помощи населению) / К.Ш.

Зыятдинов, Л.И. Рыбкин // Руководство для врачей. М.: - МЕДпресс. - 2000. - 95 с.

43. Ивлева, А.Я. Роль ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в превентивной терапии пациентов с высоким риском сердечнососудистых осложнений / А.Я. Ивлева, Е.Б. Сивкова // Справочник поликлинического врача. - 2006 - № 4- С.25-31.

44. Ильницкий, А.Н. Профилактика инвалидности при терапевтической патологии у лиц пожилого возраста / А.Н.Ильницкий // Автореф. дисс. д-ра мед.наук. - СПб., 2007. - 48 с.

45. Инструкция Минздрава СССР «О порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационаров на дому, стационаров дневного пребывания в больницах» от 08.04.1988 г. № 27-14/4-88.

46. Калининская, А.А. Научное обоснование медико-организационных основ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи населению Российской Федерации (на примере Тверской, Самарской, Брянской областей и Ставропольского края) / А.А.Калининская // Автореф. дисс. д-ра мед. наук - М., 2000. – 53с.

47. Калининская, А.А. Эффективность использования коечного фонда стационаров. Стратегия реформирования регионального здравоохранения / А.А.Калининская // Материалы ежегодной Российской научно-практической конференции ЦНИИОЗ МЗ РФ.-М., 2000.-С. 112-114.

48. Калининская, А.А. Объем и характер деятельности, нормативная база дневного стационара / А.А. Калининская, А.К.Дзугаев, А.Ф.Стукалов, С.А. Гусева // Российский медицинский журнал. - 2010. - № 4. – С. 7-12.

49. Калининская, А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф.Стукалов, Т.Т.Аликова // Здравоохранение Российской Федерации. - 2008.- № 6. - С. 5-8.

50. Калининская, А.А., Стационары на дому: формы организации и показатели их деятельности / А.А.Калининская, С.И. Шляфер, А.К. Дзугаев // Главврач. - 2005. - № 3. - С. 18-24.
51. Калининская, А.А. Организация, объемы работы и нормативная база деятельности дневного стационара / А.А. Калининская, А.Б. Рубцов // Социально-гигиенические аспекты лечебной и профилактической медицины. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 140-летию организации в России первой фундаментальной кафедры гигиены 4 мая 2011. М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2011. - С. 84–86.
52. Карташов, В.Т. К вопросу о внедрении стационарзамещающих технологий: организационно-правовые проблемы / В.Т.Карташов, В.В. Романовский // Медицинское право. - 2003. - № 4. - С. 28-31.
53. Карташов, В.Т. Стационарзамещающие технологии в контексте проблем переноса усилий здравоохранения с госпитального на амбулаторно-поликлинический этап / В.Т.Карташов, В.В. Романовский // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2003. - № 4. - С. 30-33.
54. Карташов, В.Т. Стационарзамещающие формы в России и за рубежом / Карташов В.Т., И.А.Зубков, Э.З.Фидаров и др. // Военно-медицинский журнал.- 2003.- №4.-С.4-9.
55. Карюхин, Э.В. О путях развития служб геронтологической помощи на дому / Э.В. Карюхин // Клиническая геронтология.- 2006.- № 4.- С. 27-30.
56. Ключев, В.М. Ишемическая болезнь сердца /В.М.Ключев, В.Н.Ардашев, А.Г. Брюховецкий, А.А. Михеев // М.: - Медицина, 2004. -359 с.
57. Колесникова Е.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика хронической сердечной недостаточности в городе: автореф. дис.... канд. мед. наук / Е.Б. Колесникова.- Иркутск, 2010. - 22 с.
58. Комбарова, М.Ю. Клинико-статистический и медико-социальный анализ эффективности лечения заболеваний системы кровообращения, осложненных сердечной недостаточностью в условиях поликлиники и

стационара / М.Ю. Комбарова // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М.: 2005. – 24 с.

59. Конради, А.О. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции / А.О. Конради, Е.В. Полуничева // Артериальная гипертензия. - 2004. - Т. 10. - № 3. - С.137-143.

60. Концевая, А.В. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в Российской Федерации / А.В.Концевая, А.М.Калинина, И.Е. Колтунов и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии — 2011.- № 2.- С. 158-166.

61. Красильников, А.В. Эффективность работы дневного стационара специализированного лечебного учреждения / А.В. Красильников // Главврач. - 2005. - № 8. - С. 34-39.

62. Круглов, В.И. Ишемическая болезнь сердца: как определить, как предупредить, как вылечить / В.И. Круглов // . - Ростов н / Д.: Феникс, СПб.: Северо-Запад, 2005. - 185 с.

63. Кутищенко, Н.П. Выбор дженерика с точки зрения экономической целесообразности/ Н.П. Кутищенко, С.Ю. Марцевич, С.Н. Толпыгина и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2008. - № 4 - С. 36-39.

64. Кухарчук, В. В. Дислипидемии и сердечно-сосудистые заболевания / В. В. Кухарчук // Consilium medicum. - 2009. - № 5. - С. 61-64.

65. Лазебник, Л.Б. Причины повторных госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью и их стоимостные характеристики / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов, Л.В. Русская и др. // Сердечная недостаточность.-2005.-Т. 6, №1(29).-С.19-22.

66. Ларина, В.Н. Течение хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста и тактика ведения их в поликлинических условиях / В.Н. Ларина // Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. - М., 2010. – 46 с.

67. Линденбрaтен, А.Л. Ресурсосберегающие технологии в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / А.Л. Линденбрaтен // Здравоохранение. - 2003. - № 10.- С. 35-38.
68. Лупанов, В.П. Диагностика и лечение стабильной стенокардии у больных пожилого возраста / В.П. Лупанов, Д.М. Аронов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2008 - № 5.- С. 81-90.
69. Магаев, К.А. Оценка врачом персоналом некоторых аспектов организации деятельности муниципальной поликлиники и современного состояния здравоохранения / К.А. Магаев // Владикавказский медико-биологический вестник. - 2004. - Т. 4. - Вып. 7. - С. 50-54.
70. Магаев, К.А. Опыт развития стационарозамещающих технологий с целью оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи / К.А. Магаев, Т.А. Тимофеева // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья. - 2004. - № 7. - С. 68-71.
71. Мареев В.Ю. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по ХСН /В.Ю. Мареев // Сердечная недостаточность.- 2003.- Т.4.-№1.-С. 17-18.
72. Марцевич, С.Ю. Снижение риска сердечно-сосудистых осложнений с помощью лекарственных препаратов: данные доказательной медицины и рекомендации практическим врачам / С.Ю. Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2008. - № 4. - С. 76-79.
73. Методические рекомендации "Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению" (утв. Минздравом России 04.11.2002 № 2002/106).
74. Методические рекомендации по организации дневных стационаров в больничных учреждениях (утв. Минздравом России от 17.11.2000. № 2000/166).
75. Митрофанова И.С. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью, причины недостаточной приверженности и

пути их коррекции: автореф. дис... канд. мед. наук / И.С. Митрофанова.- Оренбург, 2008.-34 с.

76. Моисеев, В.С. Польза и риск антитромботических средств в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / В.С. Моисеев // Клиническая фармакология и терапия. - 2008. - № 3. - С. 19-24.

77. Напалков, Д. А. Новые возможности применения бета-адреноблокаторов: особые свойства карведилола / Д. А. Напалков, Н. М. Сеидова // Фарматека. - 2010. - № 11. - С. 18-23.

78. Напалков, Д.А. Кардиопротективные и нефропротективные свойства ингибитора ангиотензин-превращающего фермента рамиприла / Д.А. Напалков, Е.Н. Головенко // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2009. - № 2. - С. 79-82.

79. Население России 2010-2011. Восемнадцатый-девятнадцатый ежегодный демографический доклад. Отв. ред. А.Г.Вишневский. - М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2013. - 530 с.

80. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Сердечная недостаточность.-2010.- Т.11.- № 1 (57).- С. 3-62.

81. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). / Мареев В.Ю. и др.// Журнал Сердечная Недостаточность.- 2013.-№14 (7).-С.379-472.

82. Небиеридзе, Д.В. Новые возможности ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в клинической практике / Д.В. Небиеридзе, А.С. Сафарян // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2010. - № 5. - С. 91-94.

83. Недогода, С.В. Лечение артериальной гипертензии в пожилом возрасте: доказанное и недоказанное / С.В. Недогода // Сердце.-2006.-Т.5, №4(28).- С.177-183.

84. Нестеров, Ю.И. Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения / Ю.И. Нестеров,

С.А.Макаров, О.С. Крестова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010.- № 5.- С.12-16.

85. Николаев, Н. А. Инновационная антигипертензивная терапия в свете завершенных научных исследований / Н.А. Николаев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. -2009. - № 2.- С. 89-97.

86. Оганов, Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярный терапевтический профиль. - 2004. -№3. - С.4-8.

87. Оганов, Р.Г. Современная стратегия первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова // Кардиология. - 2007. - № 12 . - С. 4-9.

88. Оганов, Р.Г. Эпидемию сердечнососудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики / Р.Г.Оганов, Г.Я. Масленникова // Профилактическая медицина. - 2009. - № 6. - С. 3-7.

89. Оганов, Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения / Р.Г.Оганов, Г.Я. Масленникова // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – Т.1. - № 1. - 2013.- С. 3-10

90. Ольбинская, Л.И. Влияние различных "комбинаций» лекарственных средств на клинику, гемодинамику и морфофункциональные параметры сердца у больных хронической сердечной недостаточностью / Л.И.Ольбинская, Ж.М. Сизова // Сердечная недостаточность. - 2005. - Т.6. - № 6 (34). - С. 224-227.

91. Остроумова, О.Д. Фармакоэкономические аспекты эффективности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при артериальной гипертонии и сердечной недостаточности / О.Д.Остроумова, С.В.Недогода, В.И. Мамаев и др. // Русский медицинский журнал.-2003.-Т.11.- № 5. - С. 262-266.

92. Остроумова, О.Д. Комбинированная антигипертензивная терапия: первая тройная фиксированная комбинация / О.Д. Остроумова, М.Л. Максимов // *Consilium medicum*. 2011. № 10. С. 6–10.
93. Павлова Е.А. Влияние высокодозовой фиксированной комбинации периндоприла А и индапамида на показатели суточного мониторирования артериального давления у пациентов с ранее не контролируемой артериальной гипертензией / Е.А. Павлова, Ю.В. Котовская, Ж.Д. Кобалова // *Артериальная гипертензия*. - 2012.- №6.-С. 2-9.
94. Перепеч, Н.Б. Бета-адреноблокаторы в терапии ИБС / Н.Б. Перепеч // *Сердце*. - 2006. - № 2. - С. 70-73.
95. Первые результаты национального эпидемиологического исследования - Эпидемиологическое Обследование больных ХСН в реальной практике (по Обращаемости) - ЭПОХА-О-ХСН / Ю.Н. Беленков [и др.] // *Сердечная недостаточность*.-2003.-Т.4.- №3.-С. 116-119.
96. Пивень, Д.В. Проблемы и перспективы использования стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи / Д.В. Пивень, П.Е.Дудин, А.Ю.Белов, И.М. Шеинская // *Менеджер здравоохранения*. - 2005. - № 4. - С. 39-42.
97. Плейко, О.А. Анализ экономической эффективности различных тактик подбора антигипертензивной терапии в амбулаторных условиях / О.А.Плейко, А.О. Конради // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. - 2008 - № 4 - С. 40-46.
98. Плиш, А.В. Новая информационная модель исследования и анализа эффективности стационарозамещающих технологий на примере дневных стационаров / А.В.Плиш, В.С.Глушенко // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. - 2004. - №3. - С. 96-102.
99. Погосова Г.В. Приверженность лечению сердечнососудистых заболеваний: проблема врачей и пациентов / Г.В. Погосова и др. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*.-2009.-Т. 8.-№4-С. 98-102.

100. Покровская, Е.М. Таурин в клинике внутренних болезней / Е.М. Покровская, И.Г.Гордеев, Н.А.Волов, В.А. Кокорин // Российский кардиологический журнал. - 2011. - № 1. - С. 56–60.
101. Полунина, К.В. Факторы, определяющие экономическую эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений / К.В.Полунина, Е.И.Нестеренко, Д.А. Тваладзе // Русский Медицинский Журнал.- 2004.- №4.-С.5-8.
102. Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".
103. Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях".
104. Приказ Минздрава России от 13.11.2003 № 548 "Об утверждении Инструкции по заполнению отчетной формы по дневным стационарам".
105. Приказ Минздрава России от 14.01.2000 № 9 "О признании недействующим на территории Российской Федерации приказа Минздрава СССР от 16.12.1987 № 1278 "Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому".
106. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных/ О.Ю. Реброва // М.: Медиа Сфера, 2006. - 305 с.
107. Редькин, Ю.В. Фармакоэкономическая эффективность различных схем комбинированной антигипертензивной терапии у пожилых больных / Ю.В. Редькин, Н.А. Николаев // Терапевтический архив.- 2005.- №4.- С. 62-66.
108. Рекомендации Европейского общества кардиологов (ЕОК) по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2012 // Российский кардиологический журнал.-2012.-№4(102) .- С.20-61.

109. Ройтберг, Г.Е., А.В. Струтынский Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г.Е.Ройтберг, А.В. Струтынский // М: -Бином, 2003. - 865 с.
110. Русская Л.В. Анализ причин поступления в стационар и фармакоэкономическая значимость повторных госпитализаций больных с хронической недостаточностью: дис.... канд. мед. наук./ Л.В.Русская. – Москва., 2004. - 89 с.
111. Ситникова М.Ю. Диуретики при ХСН-2013: реалии применения на амбулаторном и госпитальном этапах терапии / М.Ю. Ситникова, М.А. Борцова, А.В.Юрченко и др.// Сердечная недостаточность.-2014.-№4(85).- С.207-212.
112. Смирнова. Е.А. Распространенность, факторы риска, прогноз и тактика ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью: дис....доктора мед. наук / Е.А.Смирнова. -Москва., 2012. - 307с.
113. Совенко, Г. Н. Амбулаторные технологии в ведении пожилых больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Г.Н. Совенко // Автореф. дисс. канд. мед. наук. / Белгород, 2009. - 24 с.
114. Солодухина, Д.П. О деятельности стационаров дневного пребывания для пожилых (обзор данных некоторых японских городов) / Д.П. Солодухина//Экономика здравоохранения. - 2002. -№ 5-6. - С. 62-63.
115. Стародубов, В.И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи/ В.И.Стародубов, А.А.Калининская, С.И. Шляфер // М.: -ЦНИИОИЗ, 2001. - 216 с.
116. Стародубов, В.И. Экономические и медико-организационные основы деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения / В.И.Стародубов, А.А. Калининская, Г.П. Сквирская и др. // Здравоохранение. - 2001. - № 1. - С. 31-35.
117. Струтынский, А.В. Закономерности прогрессирования хронической сердечной недостаточности в зависимости от формы инфаркта миокарда/ А.В. Струтынский, А.Б.Глазунов, Р.Г. Бакаев и др. // Врач. - 2010. - № 2 - С. 67-70.

118. Танковский, В.Э. Методы экономических оценок в практике здравоохранения (опыт фармакоэкономики) / В.Э.Танковский, Н.Г.Шамшурина, Е.Е. Кобяцкая и др. // Экономика здравоохранения. - 2001 .- № 9 – С. 23-26.
119. Тарасов, Ю.И. Мнение пациентов об использовании стационарзамещающих технологий / Ю.И.Тарасов, М.С. Голод // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 4. - С. 32-34.
120. Татарченко, И.П. Клинико-функциональная оценка электрической нестабильности сердца при диастолической дисфункции левого желудочка у больных ИБС / И.П. Татарченко, Н.В.Позднякова, О.И. Морозова и др. // Терапевтический архив. - 2011.-№ 12.-С. 34-38.
121. Темникова Е.А. Хроническая сердечная недостаточность у лиц старшего возраста / Е.А. Темникова // Лечщий врач.- 2013.- №10.-С.82-85.
122. Улыбина, О.В. Особенности временных показателей вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью I-II стадии / О.В.Улыбина, В.А.Люсов, Н.А. Волов и др. // Российский кардиологический журнал. – 2008. - № 2. – С. 14-17.
123. Федулаев, Ю.Н. Клинические и электрокардиографические критерии эффективности триметазида у больных стенокардией напряжения II-III функционального класса / Ю.Н.Федулаев, И.М. Корочкин // Российский кардиологический журнал. – 2007. - № 3. – С. 56-61.
124. Фролова Э.Б. Современное представление о хронической сердечной недостаточности / Э.Б. Фролова, М.Ф. Якушев // Вестник современной клинической медицины.-2013.- Т.6.- №2.- С.87-93.
125. Чазов, Е.И. Пути снижения смертности от сердечнососудистых заболеваний / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. - 2008. - № 8. - С. 11-16.
126. Чазова, И. Е. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной

- гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов) / И.Е. Чазова, Л.Г. Ратова, С.А. Бойцов // Системные гипертензии. - 2010. - № 3. - С. 5-27.
127. Чесноков, И.В., Чернов В.И. Анализ фармако-экономической эффективности терапии артериальной гипертензии / И.В.Чеснокова, В.И. Чернов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2007. - № 28. – С. 53-58.
128. Чернявский, А.М. Ишемическая митральная недостаточность. Современное состояние проблемы / А.М. Чернявский, Т.М. Рuzматов, В.У. Эфендиев // Сердце: журнал для практикующих врачей. - 2014. - №4(78).- С. 224-233.
129. Чичеро, А.Ф. Антигипертензивные и метаболические эффекты комбинации лерканидипина с различными антигипертензивными препаратами в условиях повседневной клинической практики / А.Ф. Чичеро, Б.Герокарни, М.Ростиччи и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. -2012. - № 1. - С. 36–40.
130. Шальнова, С.А. Факторы, влияющие на смертность от сердечнососудистых заболеваний в российской популяции / С.А.Шальнова, А.Д.Деев, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2005. - № 4.1. С. 4-9.
131. Шальнова, С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: портрет больного // Артериальная гипертензия.-2008. -№2 (2).- С.3-7.
132. Шальнова, С.А. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Шальнова, В.В. Константинов и др. // Российский кардиологический журнал. - 2006. - № 4. - С. 45-50.
133. Шипова, В.М. Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий / В.М.Шипова, В.Я. Горбунков // Главный врач. - 2003. - № 3. - С. 5-17.

134. Шляфер, С.И. Анализ показателей деятельности стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в Российской Федерации / С.И. Шляфер // Проблемы территориального здравоохранения". ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения М.:-, 2004. - № 6. - С. 16-21.
135. Шляфер, С.И. Научное обоснование организационных и нормативных основ развития стационарозамещающих форм медицинского обеспечения / С.И. Шляфер // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.:- 1999.- 24 с.
136. Шляфер, С.И. Анализ внедрения стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в Российской Федерации / С.И.Шляфер, С.И.Кузнецов, А.Н.Злобин, А.В.Гречко // Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко. - 2002. Вып. 4. - Ч. II. - С. 3-65.
137. Шумаков, С.А. Дневной стационар в городской многопрофильной поликлинике / С.А. Шумаков // Врач. - 2002. - № 1. - С. 41-42.
138. Щепин, В.О. Структурно-функциональные преобразования в системе лечебно-профилактической помощи населению РФ / В.О. Щепин // Бюллетень НИИ им. Н.А.Семашко, тематический выпуск, 2000 г., 14-15 апреля.- С. 89-92.
139. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации / В.О.Щепин, О.В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - № 2. – 2012. - С. 20-23.
140. Ярошно, В.И. Оценка эффективности стационарного и стационарзамещающего уровней лечения в одном учреждении / В.И. Ярошно // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - № 3. - С. 32-35.
141. Adabag S. Obesity related risk of sudden cardiac death in the atherosclerosis risk in communities study / S. Adabag, RR .Huxley // Heart.-2014.-Vol.19.-P. 1136.
142. Allen, A., Pharmacoeconomics and clinical practice guidelines II Pharmacoeconomics / A .Allen, P. Svarvar //- 2000.-Vol. 17(2). - P.175-185.

143. Altenberger J. Die ischämische Kardiomyopathie / J. Altenberger // *Kardiologie & Gefäßmedizin: «Ursachen der Herzinsuffizienz»*.- 2012.- №2.-S.32-51.
144. Andersen, S.S. Mortality and reinfarction among patients using different beta-blockers for secondary prevention after a myocardial infarction / S.S. Andersen, M.L.Hansen, G.H. Gislason // *Cardiology*.- 2009.- 112(2). - P.144150.
145. Auer J. Clinical Shortcuts: Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz / J. Auer // *Journal für Kardiologie – Austrian*.- 2014.- №21 (1-2).-S. 50-55.
146. Bachl R. Therapie der chronischen Herzinsuffizienz in der Steiermark anhand der Daten des Österreichischen Herzinsuffizienzregisters / R. Bachl // *Graz*.-2009.- S.69.
147. Bangalore, S. Cardiovascular protection using beta-blockers: a critical review of the evidence / S. Bangalore; F.H. Messerli, J.B. Kostis // *J Am. Coll. Cardiol*.- 2007. - Vol.50(7). - 563-572.
148. Bauer, W. Arrhythmias during remodeling after myocardial infarction / W. Bauer, G. Ertl // *Herz*. - 2002. - Vol.27(8). - P.876-883.
149. Bauer, W. Ventricular remodeling in heart failure and the effect of beta-blockade / W. Bauer // *Am J. Cardiol*. - 2004. - Vol. 93 (9A). - P.43-48.
150. Belardinelli, R. Clinical benefits a metabolic approach in the cardiac rehabilitation of patients with coronary artery disease / R. Belardinelli, F Lacalaprice, E. Faccenda et al. // *Am. J. Cardiol*. - 2006. - Vol.98. - P.25-33.
151. Bell, D.S. The effect of carvedilol on mortality risk in heart failure patients with diabetes: results of a meta-analysis / D.S. Bell, M.A. Lukas, F.K. Holdbrook et al. // *Curr Med Res Opin*.- 2006.- Vol.22.- P.287-296
152. Borghi, C. Lercanidipine in Hypertension / C. Borghi // *Vasc. Health Risk Manag*. 2005. Vol. 1 (3). P. 173–182.
153. Bowling, CB. Effects of enalapril in systolic heart failure patients with and without chronic kidney disease: insights from the SOLVD Treatment trial / CB Bowling, PW Sanders et al. // *J Cardiol*.- 2013.- Vol.167(1). P.151-156.

154. Briggs, A. Using cost effectiveness information / A.Briggs, A. Gray // *BMJ*.- 2000. - Vol. 320 (7229). - P.246.
155. Budde T. Herzinsuffizienz: Therapie und Prognose / T. Budde, T. Wichter, G. Breithardt // *Innere Medizin, Thieme.-Stuttgart*, 2010.- S.99-103.
156. Butler, J. Outpatient utilization of angiotensin-converting enzyme inhibitors among heart failure patients after hospital discharge / J.Butler, P.G.Arbogast, J.Dangherty, M.K.Jain // *J. Am. Coll. Cardiol.* - 2004. - Vol.43 (11). - P.2036-2043.
157. Calhoun D. A., Jones D., Textor S. et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // *Hypertension*. 2008. Vol. 51 (6). P. 1403–1419.
158. Cleland, J.G.F. Pharmacoeconomics in heart failure: impact of drug and non-drug based treatment / J.G.F.Cleland, A.Louis, K.Witte // *Eur. Heart J.*- 2001. - Vol.3. (Suppl. G). - P.25-32.
159. Cleland, J.G. Cardiovascular critical event pathways for the progression of heart failure; a report from the ATLAS study/ J.G. Cleland, K.Thygesen, B.F. Uretsky et al. // *Eur Heart J.* -2001 . - Vol. 22 (17). - P.1601 -12.
160. Cuneo A. Antithrombotische Therapie bei Patienten mit Vorhofflimmern: Klinische Realität und Richtlinien / A. Cuneo // *Inauguraldissertation, Gießen*.- 2004.- S.4-9.
161. Dalhstrom, U. Heart failure clinics: organization, development, end experiences/ U. Dalhstrom // *Curr.Opin.Cardiol.* - 2001.- Vol. 16. - P.174-179.
162. Dättinger C. Prävalenz von chronotroper Inkompetenz bei Patienten mit Herzinsuffizienz / C. Dättinger // *Graz* .-2013.-S.1-55.
163. Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Guidelines of Russian Medical Society of Cardiology // *Systemic Hypertensions*.-2010.-№3.-P.5-27.
164. Detrow, K.M. Coronary revascularization on balance/ K.M. Detrow, R. Holubkov // *Mayo Clin Proc.* - 2002.-Vol.77(1). - P.72-82.

165. Dzhindzholiia, N.R. Effect of combination therapy with preduktal and prestarium on the left ventricular function in the postinfarction period / N.R. Dzhindzholiia, I.I. Megreladze // Georgian Med News.- 2008 -Vol. 155. - P:20-23.
166. Ebner C. Valvulare Kardiomyopathie / C. Ebner // Kardiologie & Gefäßmedizin: «Ursachen der Herzinsuffizienz».- 2012.- №2.-S.16-31.
167. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and invited experts) // Eur Heart J. - 2003. - Vol. 24. - P.1601-10.
168. Erdmann E. Herzinsuffizienz: Therapie mit selektivem Aldosteronantagonisten / E. Erdmann // Der Internist.-2004.-№ 45 (4).-S. 476-478.
169. Ferrari, R. Healthy versus sick myocytes: metabolism, structure and function / R. Ferrari // Eur. Heart J. - 2002. - Vol. 4.- P. 1-12.
170. Follath F. Beta-blockade today: the gap between evidence and practice. Eur Heart J Suppl.-2006.-№8.-C.28-34.
171. Fonarow, G.C. Practical considerations of p-blockade in the management of the post-myocardial infarction patient / G.C. Fonarow // American Heart Journal: - 2005: — Vol.54v— P:742-750
172. Fonarow, G.C. Cost effectiveness of speciality care for patients with advanced heart failure/ G.C.Fonarow, J.A.Walden, N. Livingston // J. of Heart Failure. - 1996. - № 3.- P. 149.
173. Forster, A. Systematic review of day hospital care for elderly people /A.Forster, J.Young, P.Langhorne // BMJ.-1999.-Vol.318:-P.837-841.
174. Graf K. Therapie der Herzinsuffizienz bei 80-Jährigen: Aktuelle Daten vom Euuro Heart Failure Survey II und OPTIMIZE-HF / K. Graf // Kardiologie.- 2009.- №3.-S. 228-231.
175. Guler, N. Effects of trimetazidine on submaximal exercise test in patients with acute myocardial infarction / N. Guler . B. Eryonucu . A Gunes let-all. // Cardiovasc Drugs Ther. - 2003. - Vol. 17 (4). - P. 371-374.

176. Gunes, Y. The effects of trimetazidine on heart rate variability in patients with heart failure / Y. Gunes, U. Guntekin, M. Tuncer et al. // *Arq Bras Cardiol.*-2009.-93(2).-154-158.
177. Hansen, M.L. Different angiotensin-converting enzyme inhibitors have similar clinical efficacy after myocardial infarction / M.L. Hansen, G.H. Gislason, L. Kober et al. // *Br J Clin Pharmacol.*- 2008.- 65(2).- 217-223.
178. Hein L. Herzinsuffizienz: Neue Kraft für ein schwaches Herz / L. Hein // *Pharmazeutische zeitung.*- 2007.- №11. S.1-4.
179. Herman, M. Use of beta-blockers and effects on heart rate and blood pressure post-acute coronary syndromes rare we on target? / M. Herman, J. Donovan, M. Tran et all. // *Am Heart J.*- 2009. - 158(3). - P. 378-385.
180. Horvathova, H. Compliance and the therapeutic effect in patients with arterial hypertension/ H.Horvathova, K.Kimlikova, I.Balazovjech, I. Kyselovic // *Bratisl Lek Listy.* - 2003.-Vol.104(4-5). - P.149-154.
181. Hoppe, UC. Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz / UC. Hoppe, M. Bohm, R. Dietz und ander.// *Z Kardiol.*- 2005.-№94(8).-S.488-509.
182. Hoppe UC, Erdmann E. Definition und Epidemiology der Herzinsuffizienz. *Klinische Kardiologie.*- Köln, 2011.-S.123-125.
183. Hoppe U.C. Medikamentöse Therapie der chronischen systolischen Herzinsuffizienz/ U.C. Hoppe, E. Erdmann // *Klinische Kardiologie.*- Köln, 2011.- S.150-168.
184. Hullin R. b-Blockade bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Diabetes / Roger Hullin // *CURRICULUM Schweiz Med Forum.*- 2007.-№7.-S. 342–344.
185. Jung H.H. Hausärztliche Vorgehen bei der medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz.- Göttingen.-2006.- S. 68.
186. Iyengar, S.S. Effect of antianginal drugs in stable angina on predicted mortality risk after surviving a myocardial infarction: a preliminary study (METRO) / S.S. Iyengar, G.M. Rosano // *Am. J. Cardiovasc Drugs.* - 2009. - Vol. 9(5). - P: 293-297.

187. Jackson, G. Стабильная стенокардия у пожилых / G. Jackson // Сердце и метаболизм. -2003. - № 10. - С. 7-11.
188. Kannel, W.F. Heart; rate variability: measurement and clinical utility / R.E. Kleiger; P.K. Stein, J.T. Bigger // Ann. Noninvas. Electrocard. - 2005. -Vol.10.- P.88-101.
189. Kopecky, S.L. Effect of beta blockers, particularly carvedilol, on reducing the risk of events after acute myocardial infarction / S.L. Kopecky // Am J Cardiol.- 2006.- 98(8).- P. 1115-1119.
190. Lee, K.L. The use of signal-averaged electrocardiogram in risk stratification after acute myocardial infarction in the modern era / K.L. Lee, C.P. Lau // Eur Heart J.- 2005.- 26 (8). – P. 1747-1748.
191. Levy, E., Levy P. Pharmacoeconomic considerations in assessing and selecting congestive heart failure therapies /E. Levy, P.Levy// Pharmacoeconomics.-2002.- Vol.20 (14). - P. 963-977.
192. Liew, R. Prediction of sudden arrhythmic death following acute myocardial infarction / R. Liew // Heart. - 2010. - Vol. 96(14). - P.1086-1094.
193. Lopaschuk, G.D. Pharmacologic rationale for trimetazidine in the treatment of ischemic heart disease / G.D. Lopaschuk // Am. J. Cardiovasc Drugs.-2003.- Vol.3.- P.21-26.
194. Malcolm, J. Prevention of Heart Failure in Patients in the Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study / J. Malcolm, O. Arnold, M.D. Salim Yusuf et al.// Circulation. - 2003. - Vol. 107. - P. 1284-1290.
195. Markku S. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population / S. Markku, Nieminen at.al. // European Heart Journal Advance Access published .- 2006.September 25, P.2-12
196. Marzilli, M. Cardioprotective effects of trimetazidine: a review / M. Marzilli // II Curr Med Res Opin. - 2003. - Vol. 19 (7). - P. 661-672.
197. Minicucci, M.F. Heart failure after myocardial-infarction:" clinical implications and treatment / M.F. Minicucci, P.S. Azevedo, B:F. Polegato et al. // Clin Cardiol.- 2011.- 34(7).- P.410-414.

198. Naccarelli, G.V. Carvedilol antiarrhythmic properties: therapeutic implications in patients with left ventricular dysfunction / G.V. Naccarelli, M.A. Lukas // *ClùrCardiol*- 2005.- 28(4).- P. 165-173.
199. Nathan, D. Доказательная оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний / Nathan D. Wong // *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний*. - Т.1. - № 1. - 2013 . - С. 11-19
200. Neumann T. Heart failure: the commonest reason for hospital admission in Germany: medical and economic perspectives / T. Neumann, J. Biermann, [et al.] // *Dtsch Arztebl Int.*- 2009.- №106(16).-S.269-275.
201. Neutel, J. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension/ J. Neutel, D. Smith // *J Clin Hypertens.*- 2003.-Vol. 5.- P.127-132.
202. Nishida Y., Takahashi Y., Nakayama T. Comparative effect of olmesartan and candesartan on lipid metabolism and renal function in patients with hypertension: a retrospective observational study // *Cardiovasc Diabetol*. 2011, Aug 10. 10: 74.
203. Overbeck P. Herzinsuffizienz: Erhöht Digoxin das Sterberisiko / P. Overbeck // *Ärzte Zeitung*, 2013.-№8.
204. Ogawa, K. Outcomes Research of Home-Visit Nursing Care in Japan II Home Health Care Management Practice/ K. Ogawa //.- 2006.-Vol.18.- № 4. - P. 286-292.
205. Ontague-Parra, S. Principal components of conducting and reporting a cost-effectiveness Analysis / S. Ontague-Parra // *Cardiology management*. - 2008. -№1. - P.15-16.
206. O'Rourke, R.A. Optimal medical management of patients with chronic ischemic heart disease/ R.A. O'Rourke // *Curr. Probl. Cardiol*. - 2001. - № 3. - P.193-238.
207. Pagani, M. Interpreting oscillations of muscle sympathetic nerve activity and heart rate variability I/ M. Pagani, A. Malliani // *J. of Hipertensión*. - 2000. -Vol. 18(12). - P.1709-1719.
208. Paul, S. Diastolic dysfunction / S. Paul // *Crit. Care Nurs Clin. North Am*. 2003. - Vol. 15 (4). - P. 495-500.

209. Pessina A., Rossi G. Uncontrolled hypertension: highlights and perspectives from the European Society of Hypertension Satellite Symposium // *Exp. review of Cardiovasc. Therapy.* - 2011. - Vol. 9, № 12. - P. 1515–1518.
210. Petrie, M.C. Failing ageing hearts. / M.C.Petrie, C Berry, S.Stewart, Mc J.J Murray // *Review Article // Eur. Heart J.*- 2001.-Vol. 22.- P.1978-1990.
211. Pözl G. Inflammatorische Kardiomyopathie / G.Pözl, C. Ebner // *Kardiologie & Gefäßmedizin: «Ursachen der Herzinsuffizienz».*- 2012.- №2.- S.10-13.
212. Poulsen, S. H. Ventricular remodeling after myocardial infarction / S. H. Poulsen// *Am Heart J.* - 2000. - Vol. 81 (4). - P.339-346.
213. Priory, S.G. Task Force on sudden cardiac death of the European Society of cardiology / S.G. Priory, E. Aliot, C. Blomstorm-Lundqvist et al. // *Eur Heart J.*- 2001. - Vol. 22. - P. 1374-1450.
214. Pudil, R. The effect of trimetazidine on C-reactive protein, cytokines and adhesion molecules in the course of acute myocardial infarction / R. Pudil, V. Pidman., Krejsek // *J. Acta Medica (Hradec Kralove).* - 2001. -Vol.44 (4).- P. 135-140.
215. Radovic, V.V. Studies of the outcome of the treatment with beta-blockers in secondary prevention of the ischemic heart disease. / V.V. Radovic // *Med Pregl.* - 2009. - 62(9-10). - P. 450-455.
216. Remme, W.J. Carvedilol protects better against vascular events than metoprolol in heart failure: results from COMET / W.J. Remme, C. Torp-Pedersen, J.G. Cleland et al. // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2007. - Vol.4 (9). - P. 963-971.
217. Rewiuk K. Epidemiology and management of coexisting heart failure and atrial fibrillation in an outpatient setting / K. Rewiuk, B. Wizner, M. Fedyk-Łukasik [et al.] // *Arch Gerontol Geriatr.*- 2012.-№55 (1).-P.91–95.
218. Rich, M.W. Heart failure in the elderly: strategies to optimize outpatient control and reduce hospitalizations/ M.W. Rich // *Am. J. Geriatr. Cardiol.* - 2003. - № 12(1).- P. 19-27.

219. Rinfret, S. A population-based analysis of the class effect of beta-blockers after myocardial infarction / S. Rinfret, M. Abrahamowicz, J. Tu et al. // *Am Heart J.* - 2007.- 153(2).- P. 224-230.
220. Roland, M. Clinical Practice Guidelines for Older Patients With Comorbid Diseases // *JAMA*/ M. Roland // 2006. - Vol. 295 (1). - P. 33-34.
221. Rossini, R. Prevention of left ventricular remodeling after acute myocardial infarction: an update / R. Rossini, M. Senni, G. Musumeci et al. // *Recent Pat Cardiovasc. Drug Discov.* - 2010. Vol. 1(3). - P.196-207.
222. Ruta, J. Effect of low doses of metoprolol, bisoprolol and carvedilol on mortality in patients with left ventricular dysfunction after acute myocardial infarction / J. Ruta, P. Ptaszynski, M. Maciejewski et al. // *Wiad Lek.* - 2006.- 59 (9-10).—P. 649-653.
223. Sander, G.E. High blood pressure in the geriatric population: treatment consideration/ G.E. Sander // *Am. J. Geriatr. Cardiol.* - 2002. - № 11 (3). - P. 223 - 232.
224. Schoenenberger, A.W. Prediction of arrhythmic events after myocardial infarction based on signal-averaged electrocardiogram and ejection fraction / A.W. Schoenenberger, P. Erne, S. Ammann et al. // *Pacing Clin Electrophysiol.* - 2008.- 31(2).- P. 221-228.
225. Shepperd, S. et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care.II: cost minimization analysis // *BMJ*/ S.Shepperd et al. //.-1998.-Vol. 316.-P.1791-1796.
226. Slany, J. Is SHORT hospital Treatment safe for patients with-acute myocardial infarction / J. Slany // *Eur. Heart J.* - 2000. - Vol. 21. - P. - 964-966.
227. Stessman, J.. Decreased Hospital Utilization By Older Adults Attributable to a Home Hospitalization Program // *Jour, of the Amer.Geriatr. Soc.* / J.Stessman, G.Ginsberg et a // - 1996. - Vol. 44. - № 5.- P.591.
228. Stromberg, A. Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights into an old problem // *Eur.Heart J* /A.Stromberg // 2006. - Vol. 27 (4). - P. 379-381.

229. Takemura, G. Role of apoptosis in remodeling after myocardial infarction / G. Takemura, H. Fujiwara // *Pharmacol Ther.* - 2004. - Vol.104. - P. 1-16.
230. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // *JAMA* -2003. - № 289. - P. 2560-2572.
231. Zhong, J. Angiotensin Converting enzyme 2 suppresses pathological hypertrophy, myocardial fibrosis, and cardiac dysfunction / J. Zhong, R. Basu, D. Guo et al. // *Circulation*. 2010. - Vol: 122(7). -P.717-728.