

**Профилактика инфаркта миокарда в  
реальной клинической практике,  
возможности ее управления и  
повышения эффективности на основе  
электронных баз данных больных ИБС**

Из 429 349 пациентов старше 20 лет 34 168 больных (8%) в течение года обратились за медицинской помощью по поводу стенокардии.

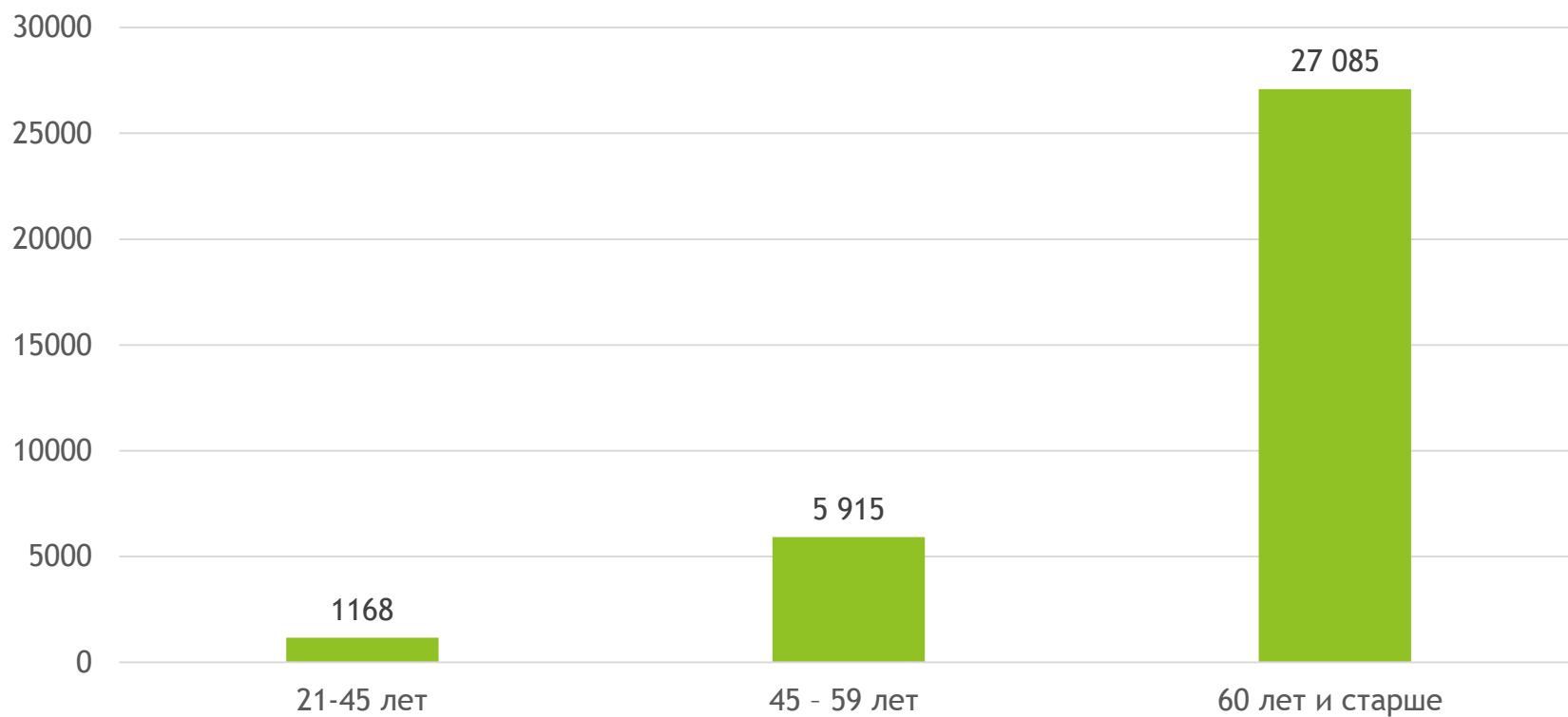
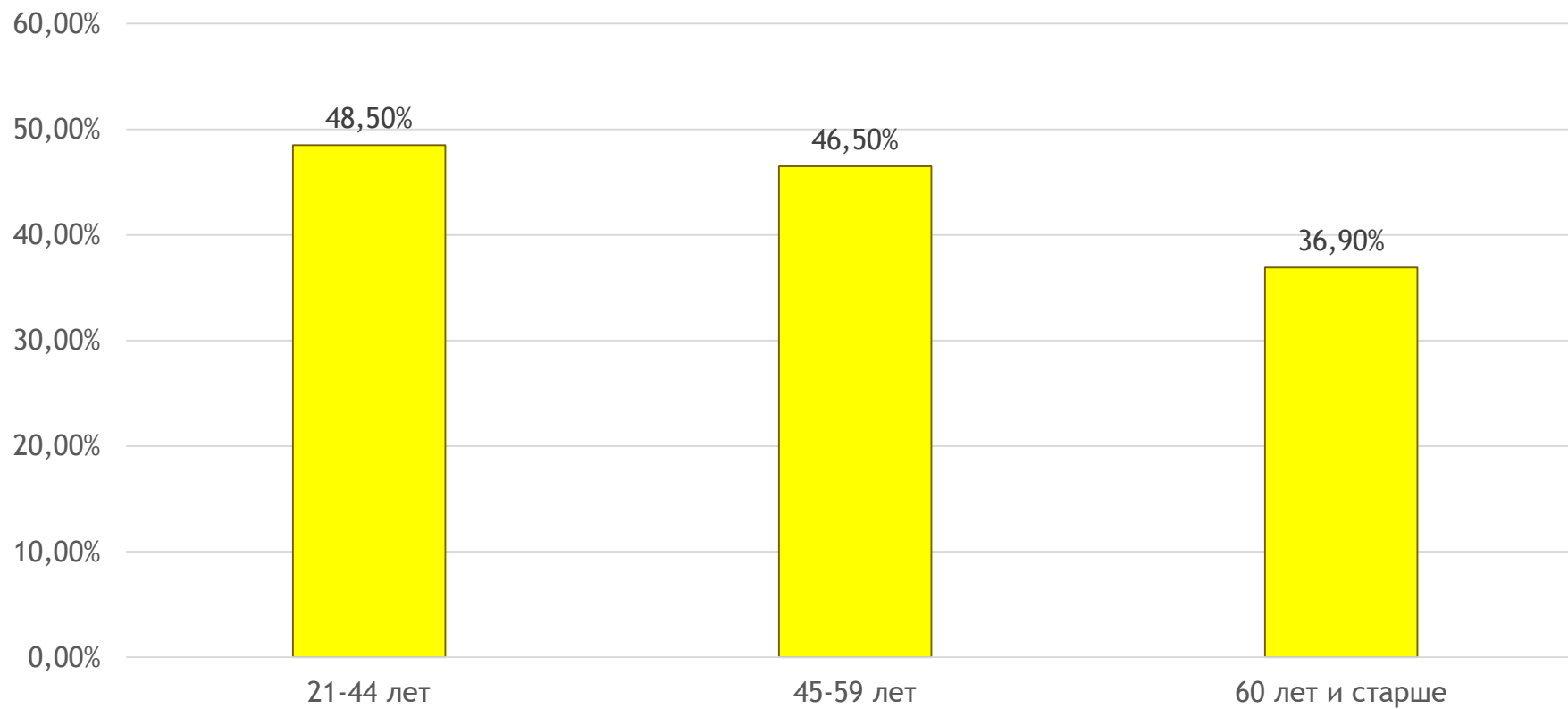


Рис.1. Распределение больных стенокардией, обращающихся за медицинской помощью по возрастным группам



**Рис.2. Количество больных (%), не обращающихся в течение года с диспансерной и лечебно-диагностической целью в поликлинику**

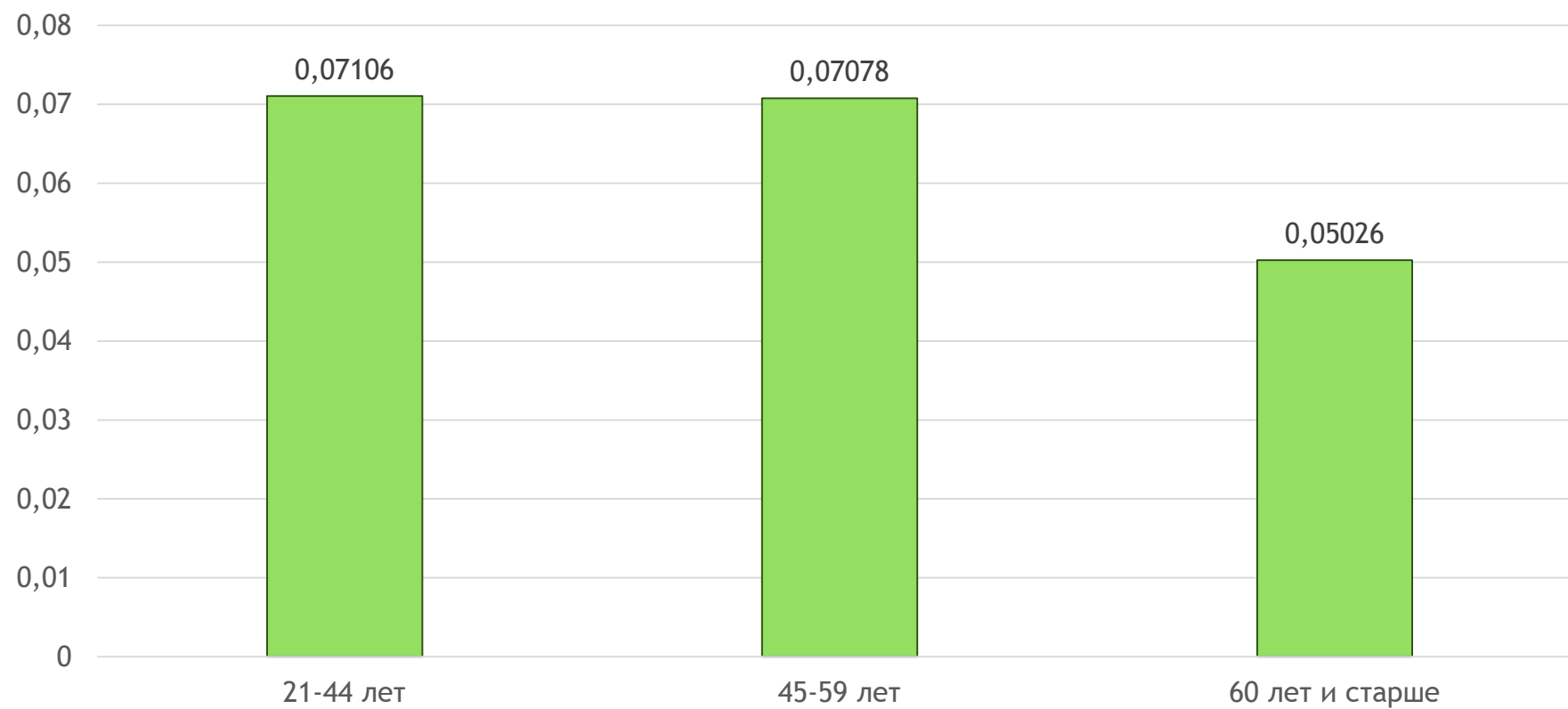


Рис.3. Риск ИМ у больных стенокардией в зависимости от возраста



Рис.4. Сравнительный анализ рисков ИМ у больных стенокардией в зависимости от наличия (контрольная группа) и отсутствия диспансерного наблюдения (опытная группа) (Относительный риск (RR) 2.255)

# Сравнительный анализ рисков ИМ и финансовых затрат у больных стенокардией в зависимости от диспансерного наблюдения в поликлинике, вызовов СМП и госпитализаций в стационар

Показатель	обращались в поликлинику	не обращались в поликлинику	Госпитализовались в стационар	не госпитализовались в стационар ( 2 )	вызывали СМП	не вызывали СМП
количество больных.	13310	4 068	3 490	13 888	4 950	12 428
количество ИМ	624	430	341	713	745	309
Риск развития ИМ	0,0469	0,1057*	0,0977	0,0513*	0,1505	0,0249*
финансовые затраты на лечение (M±m), рубли	6542,2±85,57	13676,5±923,21*	37190,1±1802,33	930,3±34,12*	14641,9±856,42	5651,4±77,45*



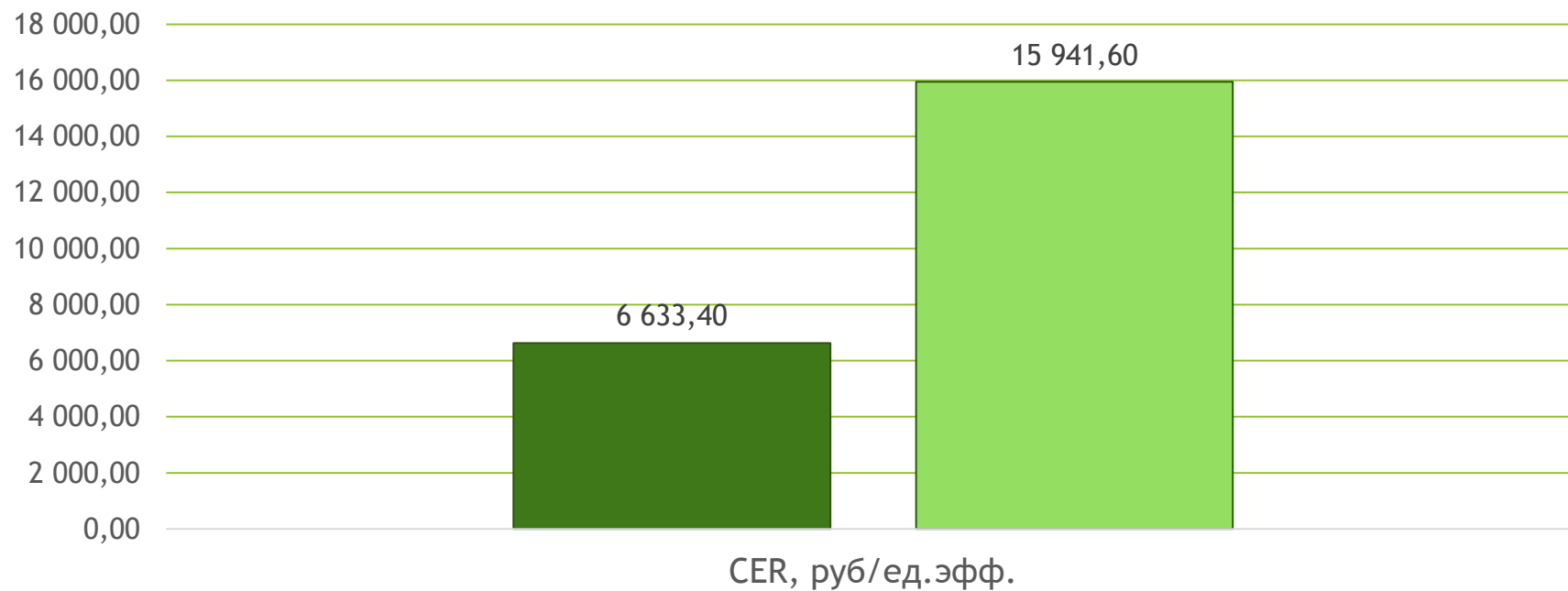
Рис.5. Сравнительный анализ рисков смерти у больных стенокардией, не охваченных диспансерным наблюдением (основная группа) и находящихся на диспансерном наблюдении и амбулаторном лечении (контрольная группа) при расчете относительного риска с 95% доверительным интервалом (Относительный риск (RR) 2.289)



Рис.6. Сравнительный анализ рисков смерти у больных инфарктом миокарда, лечение которых проводилось без реперфузионной терапии (основная группа) и с реперфузионной терапией (контрольная группа) при расчете относительного риска с 95% доверительным интервалом (Относительный риск (RR) 2.900 )



Таким образом, фактор риска смерти - отсутствие диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения у больных стенокардией сопоставим с фактором риска смерти - отсутствие реперфузионной терапии у больных ИМ по своему влиянию на исход - смерть от ИМ ( RR, соответственно, 2,3 и 2,9).



**Рис.7. Сравнительный анализ клинико-экономических показателей у больных стенокардией в зависимости от наличия (контрольная группа) и отсутствия диспансерного наблюдения (опытная группа)**

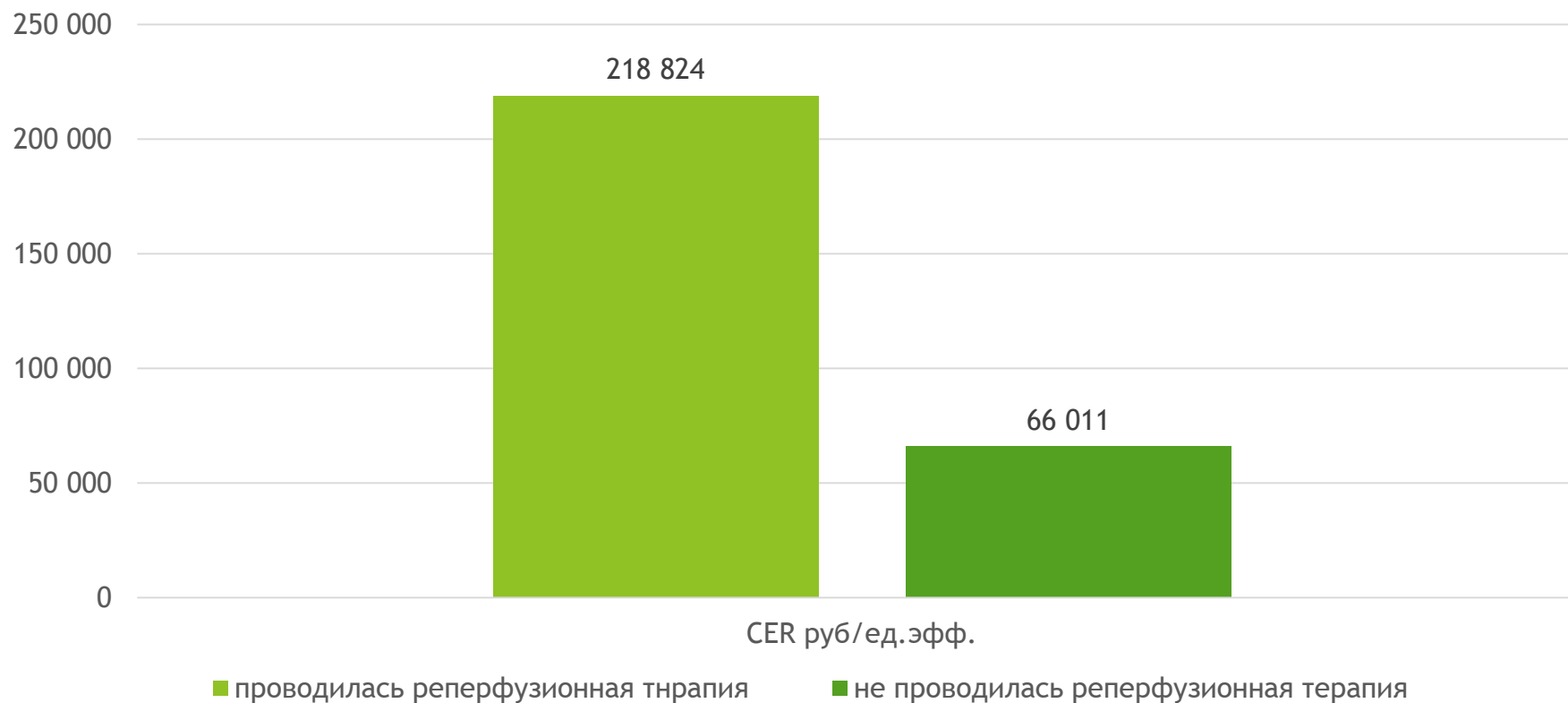


Рис.8. Сравнительный анализ клинико-экономических показателей у больных ИМ в зависимости от наличия (контрольная группа) и отсутствия реперфузионной терапии (опытная группа)

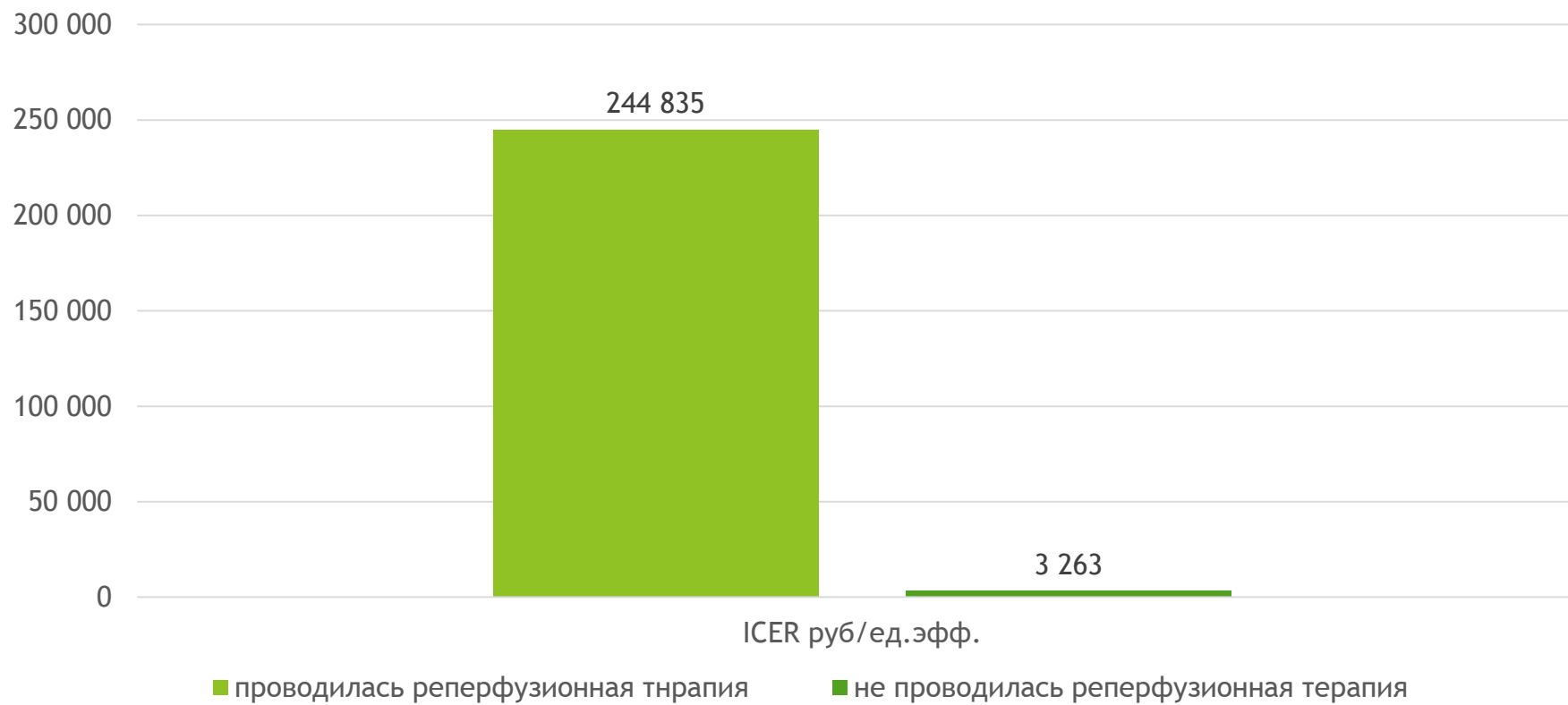


Рис.9. Сравнительный анализ рентабельности амбулаторного лечения и реперфузионной терапии по инкрементальному показателю ICER

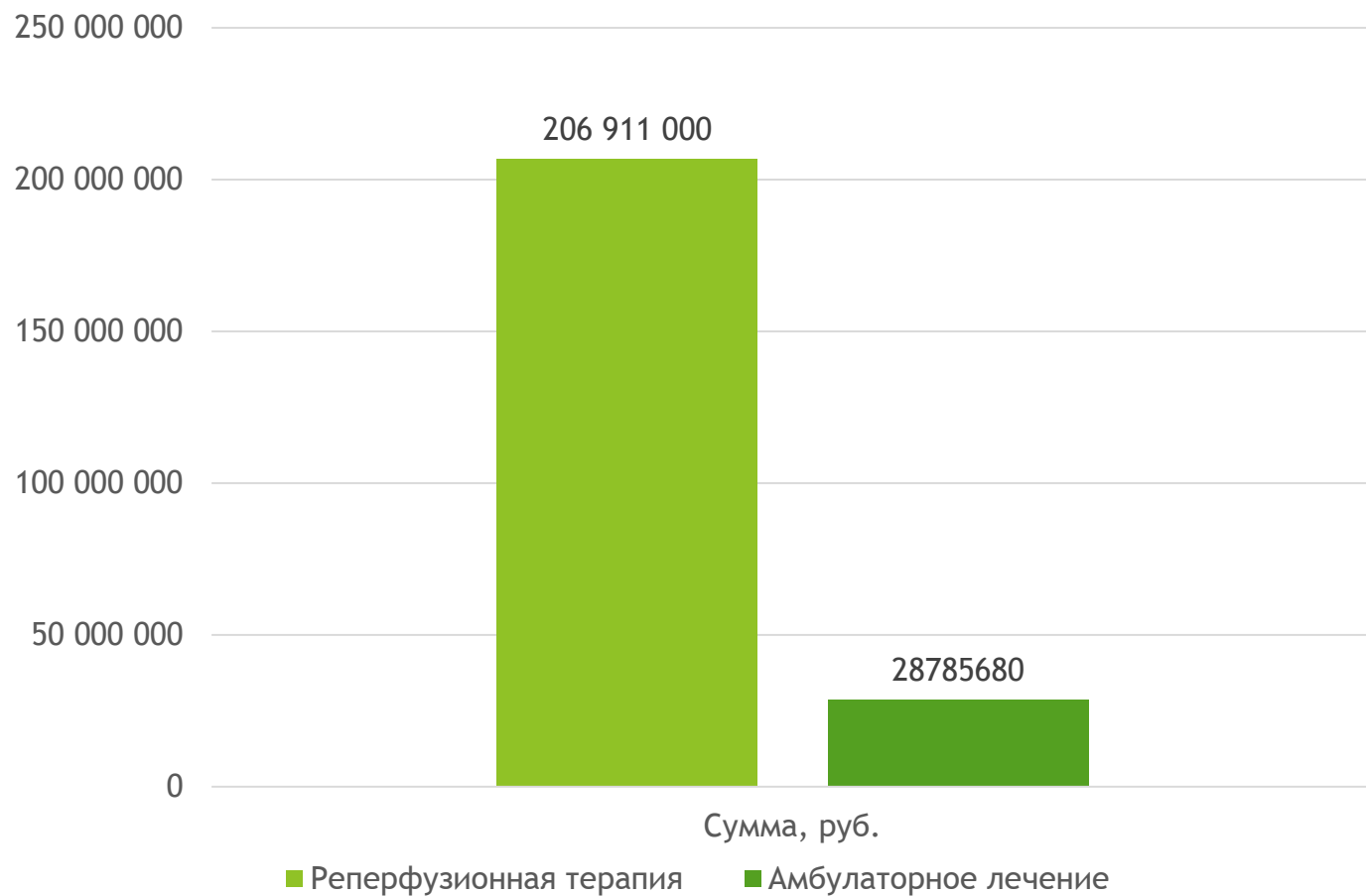


Рис.10. Сравнительный анализ финансовых затрат на амбулаторное лечение у больных стенокардией и реперфузионную терапию у больных ИМ при условии одинаковых экономических потерь от преждевременной смерти

Совместная работа Минздрава области, МИАЦ, территориального фонда ОМС, МСК и МО по совершенствованию организации и повышению эффективности медицинской помощи на этапе профилактики ИМ со следующим порядком действий:

1.ежемесячно проводится мониторинг силами МИАЦ, территориального фонда ОМС и МСК обращений (законченных случаев) больных стенокардией в поликлиники, СМП и стационары, используя электронные базы данных персонифицированных счетов-реестров, что позволяет:

- ▶ а)выявлять за прошедшие полгода всех больных стенокардией с вызовами СМП и случаями лечения в стационаре по поводу стенокардии (I20.0 - I20.9), разделив их на две группы, не обращавшихся и обращавшихся с данным диагнозом в поликлинику с диспансерной и лечебно-диагностической целью
- ▶ б) ежемесячно регистрировать больных стенокардией, не охваченных диспансерным наблюдением из числа пациентов, выявленных за прошедшие полгода
- ▶ в) силами МИАЦ ежемесячно распределять по поликлиникам, исходя из участкового принципа, всех зарегистрированных при мониторинге больных стенокардией, не охваченных диспансерным наблюдением, с последующей передачей информации об этих больных в поликлиники по защищенным электронным сетям
- ▶ г) силами МИАЦ ежемесячно распределять по поликлиникам, исходя из участкового принципа, всех зарегистрированных при мониторинге больных стенокардией, вызывавших СМП и прошедших лечения в стационаре по поводу стенокардии и охваченных в то же время диспансерным наблюдением

2.каждые полгода анализируются и оцениваются результаты первичной профилактики ИМ силами МИАЦ с учетом рассчитанных в настоящей работе значений рисков ИМ по следующей форме:

- ▶ а) подсчет количества больных стенокардией, взятых на диспансерное наблюдение из числа больных, выявленных в предшествующие полгода как не охваченных диспансерным наблюдением
- ▶ б) определение в % количества больных стенокардией, взятых на диспансерный учет в текущем полугодии к количеству больных стенокардией, не охваченных диспансерным наблюдением в предшествующие полгода
- ▶ в) проведение оценки результатов перевода больных из группы, не охваченных диспансерным наблюдением в группу с диспансерным наблюдением, исходя из того, что у каждого переведенного больного финансовые затраты на лечение стенокардии снижаются в 2,1 раза, риск развития ИМ уменьшается в 2,3 раза
- ▶ г) информирование Минздрава региона о результатах проводимой первичной профилактики ИМ по данным динамики охвата диспансерным наблюдением больных стенокардией

3.каждые полгода, воздействуя на риск возникновения ИМ через большой охват диспансерным наблюдением и амбулаторным лечением больных стенокардией, минимизируем данный риск за счет:

- ▶ а) действий медицинской службы поликлиник, которая, располагая информацией о больных стенокардией, не охваченных диспансерным наблюдением, ставит данных больных на диспансерный учет путем активных посещений на дому, вызовов в поликлинику и т.д. Кроме того, акцентирует внимание на амбулаторное лечение группы больных, находящихся на диспансерном наблюдении, но вызывающих СМП и прошедших лечение в стационаре



- ▶ б) действий МСК, выполняющих под контролем фонда ОМС, тематические экспертизы по объему, срокам, качеству проводимого диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения больных стенокардией из числа обращающихся в СМП и госпитализируемых в стационар с последующими предложениями, рекомендациями и представлением данных по результатам экспертизы в Министерство здравоохранения региона и фонд ОМС. Это в полном согласовании с приказом Федерального фонда ОМС от 27.11.2015 г. № 239, который предусматривает развитие института представителей страховых медицинских организаций (СМО) - их участие в организации диспансеризации (мониторинг прохождения, обобщение и анализ результатов, представление результатов органам управления здравоохранения для принятия управленческих решений).
- ▶ в) действий Министерства здравоохранения региона, которое принимает управленческие решения на основании данных компьютерного контроля диспансерного наблюдения больных стенокардией, представляемых МИАЦ в Минздрав области, и результатов экспертного контроля МСК.