

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАК РЕАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОЗДНЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹Белякин С.А.: начальник, д.м.н., профессор;

²Юдин В.Е.: начальник, д.м.н., доцент;

³Щегольков А.М.: заведующий кафедрой восстановительного лечения, д.м.н., профессор;

²Шкарупа О.Ф.: начальник медицинской части филиала.

¹ФГКУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого» Минобороны России, г. Красногорск, Россия

²Филиал №2 ФКГК «3 центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Москва, Россия

³Медицинский институт усовершенствования врачей МУНКЦ им.П.В.Мандрыка Минобороны России, г. Москва, Россия

Введение

Одной из главных целей современного здравоохранения является улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, оказываемой населению. Для достижения её требуется разработка и внедрение в практику систем объективного контроля и программ адекватного обеспечения качества медицинской помощи. С результатами этих работ связывают перспективы эффективного развития и совершенствования медицинской помощи.

В условиях модернизации системы здравоохранения и после принятия нового Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» особую актуальность приобретает создание оптимальных стандартов объема и качества обследования и лечения больных, в том числе и больных ИБС [2, 3, 4, 8]. Стандартизация является одной из ключевых проблем в реализации принятой Правительством Российской Федерации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки до 2020 года. Стандарт – это заданный вектор для улучшения качества и документ, позволяющий установить требования к качеству и доступности медицинских услуг. Уровень качества и доступности медицинских услуг должен обеспечиваться благодаря установлению стандартов их оказания. Это механизм оптимизации деятельности учреждения. Смысл разработки стандартов медицинских услуг – это повышение их качества.

В тоже время медицинские стандарты являются одним из основных средств контроля качества медицинской помощи [6].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) оставаясь одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и занимая первое место среди причин смерти и инвалидности населения приводит к значительному экономическому ущербу. Прогресс в лечении ИБС в последние годы связан с развитием кардиохирургии и, в частности, с применением коронарного шунтирования (КШ) [2].

Рост числа операций КШ, большое количество пациентов с критическим многососудистым поражением коронарных артерий, с тяжелой сопутствующей патологией, осложненных форм ИБС и пожилых больных обуславливает необходимость научного обоснования внедрения стандартных программ реабилитации. Отсутствие стандарта обследования и лечения больных ИБС после КШ подчеркивает необходимость разра-

ботки концепции медицинской реабилитации этой категории больных.

Разработка организационных аспектов реабилитации больных ИБС после КШ на позднем госпитальном этапе, новых форм специализированной медицинской помощи, основанных на оценке её объёма, адекватного взаимодействия кардиохирургических и реабилитационных центров, адекватной организационно-штатной структуры, оптимизации материально-технического оснащения являются актуальными задачами управления реабилитационным центром в новых экономических условиях. Достижение целей восстановительного лечения в реабилитационном центре определяется медицинскими стандартами и требованиями потребителей медицинских услуг [1].

Цель исследования. Оценить эффективность организационной системы управления качеством медицинской реабилитации, основанной на стандартизации медицинской помощи и применении оптимизированных технологий ведения больных ИБС после КШ в ходе их реабилитации на позднем госпитальном этапе (ПГЭ).

Материалы и методы

В многопрофильном реабилитационном центре «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» МО РФ, рассчитанном на 400 коек, восстановительное лечение ежегодно получают около 7 тысяч пациентов, более 30% из которых – больные кардиологического профиля. Медицинская реабилитация больных ИБС, поступающих после стационарного коронарного шунтирования, осуществляется в филиале №2 «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» МО РФ на базе кардиологического центра в составе трех кардиологических и двух терапевтических отделений общей емкостью 175 коек, центра восстановительной медицины и реабилитации в составе физиотерапевтического отделения, отделения лечебной физкультуры, отделения традиционной медицины, включающего кабинеты мануальной терапии, игло-рефлексотерапии, гирудотерапии, фитотерапии, гомеопатии и кабинетов нейропсихологических и нейрофизиологических исследований.

С целью оптимального восстановления функционального состояния организма больных ИБС после КШ в филиале используется широкий арсенал современных медицинских технологий медицинской реабилитации: терапия с использованием естественных и преформированных лечебных факторов; фармако-

терапия, фитотерапия; гипербарическая оксигенация; внутривенная гелий-неоновая лазеротерапия, суховоздушная озонотерапия; диетотерапия, кинезотерапия; традиционная медицина; психотерапия; восстановление профессионально важных качеств с применением аппаратно-программных комплексов с биологической обратной связью, трудотерапия.

Процесс ведения пациента также является одним из видов технологического процесса. Стандартами технологии оказания медицинской помощи являются протоколы ведения больных – нормативные документы, определяющие требования к выполнению медицинской помощи больному при определённом заболевании, с определённым синдромом или при определённой клинической ситуации.

Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ обосновывает поэтапный переход на протокольную форму ведения пациентов, что соответствует мировой медицинской практике. Протоколы, учитывая медицинские, социальные, правовые и этические аспекты оказания помощи, должны основываться на системном подходе и ориентировать врача на то, что ему необходимо делать в конкретной ситуации.

В филиале для объективной оценки качества оказания медицинской помощи, обеспечения правовой защиты медицинского персонала и пациентов, их взаимоотношений в процессе оказания медицинской помощи разработан и внедрен для практического использования стандарт изготовления медицинской карты (правила ведения историй болезни) и клинический протокол ведения больных ИБС после стационарного КШ.

Основой для составления протокола послужили клинические рекомендации и руководства по диагностике, лечению и реабилитации пациентов, признанные медицинским сообществом, получившие широкое клиническое внедрение, соответствующие канонам медицинской науки и доказавшие свою жизненность и практическую состоятельность, а также мнения ведущих экспертов в этой области [2, 5, 7, 9].

Должное качество медицинской помощи больным ИБС после КШ обеспечивается при условии преемственности ее оказания на всех этапах. Основная работа по закреплению результатов оперативного лечения, восстановлению конкретных функциональных нарушений органов и систем и психофизиологических дизадаптаций, устранению факторов риска развития ишемической болезни сердца у больных ведется на позднем госпитальном этапе (ПГЭ).

В соответствии с поставленными целями проанализированы результаты медицинской реабилитации 120 больных ИБС мужчин в возрасте 51,7±5,2 лет, которые поступили в РЦ на 8–28 сутки (в среднем 16,7±5,8) после стационарного КШ.

Среди факторов риска преобладали: отягощённая наследственность по раннему развитию ИБС у 76 (63,3%), нарушения липидного обмена у 83 (69,2%); курение у 89 (74,2%), экстремальные факторы профессиональной деятельности у 97 (80,9%) обследованных.

Длительность анамнеза ИБС от 6 месяцев до 10 лет, в среднем менее 5 лет – у 26,3%, более 5 лет – у 73,7% больных. Инфаркт миокарда до операции перенесли 66,6% больных, в том числе повторный 21,7%.

По данным коронарографии 102 больных имели множественные (3 и более) атеросклеротические поражения коронарных артерий (КА). Наиболее частым было поражение трех КА 58,7% (71 чел.), вследствие

чего больным чаще выполнялись трехшунтовые операции (53,3%). Операции с наложением двух шунтов составили 15,8%. 21,6% больным выполнено оперативное вмешательство с наложением четырех шунтов и 7,5% – с наложением пяти шунтов.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у обследованных больных были: гипертоническая болезнь (51,7%), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (25,3%), ожирение разных степеней (32,1%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (15,8%), церебральный атеросклероз с различными стадиями дисциркуляторной энцефалопатии (14,5%), облитерирующий атеросклероз периферических артерий (12,2%), сахарный диабет второго типа (11,7%).

У больных ИБС после стационарного КШ при переводе на позднем госпитальном этапе были выявлены: ухудшение функционального состояния в виде снижения уровня физической работоспособности, достигнутой на раннем госпитальном этапе, неустойчивое психоэмоциональное состояние и повышенная тревожность на фоне соматической астении.

Основными клинико-физиологическими особенностями больных ИБС после КШ, поступающих на ПГЭ были: преобладание больных второго – 51 чел. (42,5%) и третьего 59 чел. (49,1%) функционального класса; критическое многососудистое поражение коронарного русла в 86,0% и как следствие в 82,5% случаев многшунтовый характер перенесенной операции, наличие у значительного количества больных поздних послеоперационных осложнений (30,8%) и психопатологических изменений (82%).

В соответствии с поставленными задачами для анализа результатов реабилитации все больные подразделены на основные (ОГ) и контрольные (КГ) группы.

Реабилитация больных КГ проводилась по базовой (обычно применяемой) программе. В отличие от программы реабилитации больных ОГ строилась согласно госпитального стандарта ведения больных с ранним выявлением ведущего послеоперационного синдрома и акцентом на «реперных точках» контроля состояния больных.

Консилиум, в составе: кардиолог – лечащий врач, врач функциональной диагностики, врач ЛФК, физиотерапевт, психотерапевт и хирург, проводили оценку функционального состояния и степени двигательной активности больного ИБС после КШ трехкратно, в установленные в зависимости от выраженности патологического процесса и функционального класса заболевания, сроки («реперные точки») с целью коррекции двигательной активности, объема и переносимости лечебных мероприятий, а также самоконтроля процесса реабилитации (соответствие технологий медицинских вмешательств проведенных пациенту госпитальному регламенту (стандарту) и её результата (оценка спланированного и достигнутого результата).

Кроме мероприятий базовой реабилитационной программы для больных с ведущим кардиореспираторным синдромом обязательными были занятия на циклических тренажерах, для больных с метаболическим синдромом – назначение воздушно-озоновых ванн, для больных имеющих психологические нарушения – курсы индивидуальной и групповой психотерапии.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных способствовал изменению подхода

к организации управления качеством медицинской реабилитации больных ИБС после КШ.

Работа нештатной междисциплинарной команды специалистов, участвующих в ведении больных ИБС после КШ (начальник медицинской части, начальник кардиологического центра, начальник центра восстановительной медицины и реабилитации, лечащий врач – кардиолог, заведующий отделением лечебной физкультуры, заведующий отделением функциональной диагностики, заведующий физиотерапевтическим отделением, заведующий лабораторным отделением), обеспечила активное взаимодействие со специалистами кардиохирургического отделения «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого» МО РФ. Это позволило осуществить в оптимально ранние сроки (8–15 суток) перевод 50% оперированных больных с раннего на поздний госпитальный этап реабилитации.

Программа медицинской реабилитации пациентов основной группы (ОГ) проводилась на основе разработанного клинического протокола ведения больных ИБС, поступающих на ПГЭ после стационарного КШ. Методическое новшество данного подхода заключается в стандартизации процесса ведения больного, выделении «реперных точек» контроля состояния, оптимизации сроков реабилитационного лечения на ПГЭ с учётом безопасности пациента и минимальным использованием ресурсов.

При этом значительное внимание уделялось пациентам не только из группы высокого риска, но и пациентам со стабильным течением ИБС, сохранённой систолической функцией левого желудочка, отсутствием выраженной сопутствующей патологии, без клинически значимой недостаточности кровообращения и кардиальных. Их реабилитация по оптимизированным программам позволила достичь максимального результата на вложенные ресурсы, сократив у 20% оперированных больных сроки пребывания на ПГЭ в 1,7 раз.

В рамках реабилитационных программ всем обследуемым осуществлялся контроль психофизиологического состояния организма в процессе реабилитации и по её завершении с целью оценки эффективности проведенного лечения и степени восстановления психофизиологических функций. Исследование психоэмоционального статуса пациентов обеих групп выявило наличие стрессовой реакции на оперативное вмешательство и последующий послеоперационный период в виде астении и нарушения сна у 69,3% ОГ и 66,7% КГ.

В завершение реабилитационных мероприятий пациентам обеих групп исследовались качество жизни, проводилась заключительная экспертиза качества медицинской помощи (по историям болезни) и ано-

нимное анкетирование для оценки удовлетворенности пациентов качеством реабилитации с целью выявления и коррекции системных отклонений, анализа их причин и выработки предложений по их недопущению и устранению.

Выполнение программ медицинской реабилитации способствовало улучшению общего состояния у пациентов обеих групп. У всех пациентов уменьшилось количество жалоб, отсутствовали проявления стенокардии, возросла работоспособность и толерантность к физическим нагрузкам, однако, суммарный показатель качества жизни больных ОГ в 2 раза превысил этот показатель у больных КГ, что свидетельствует о более высоком уровне удовлетворенности своим физическим и психическим состоянием больных основной группы.

Применяемая в филиале система оценки качества медицинской реабилитации достоверно увеличила своевременность, полноту проведения диагностических исследований и правильность их интерпретации (с 65,7+5,55% до 82,9+5,35%, $p < 0,01$), выполнение объема запланированных лечебных мероприятий (с 69,3+5,27% до 89,5+3,94%, $p < 0,01$).

Изучение мнений пациентов о качестве медицинской реабилитации с помощью специально разработанной анкеты показало, что 91,3% пациентов отметили высокую удовлетворенность работой реабилитационного центра.

Внедрение оптимизированных комплексных программ с применением «реперных точек» контроля состояния больных позволили уменьшить вероятность послеоперационных рецидивов в 1,5 раза, улучшить в 76,3% случаев результаты реабилитации в РЦ и качество ведения историй болезни.

Выводы

1. Предложенные оптимизированные комплексные программы и организационная система управления качеством медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования с применением госпитальных стандартов в условиях реабилитационного центра позволяют сократить длительность реабилитационного периода на позднем госпитальном этапе, повысить качество медицинской реабилитации больных при одновременном повышении эффективности реабилитации и высоком уровне удовлетворенности пациентов результатами лечения.
2. Разработанные в рамках внедрения системы обеспечения и контроля качества стандарты процесса ведения больных ИБС после КШ являются одним из действенных механизмов в процессах управления качеством реабилитационной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агеев, Ф.Т. Социологический опрос как метод оценки организационной деятельности ЛПУ /Ф.Т.Агеев, Н.В.Лопатин //Бюллетень ГУННИИ обществ. здоровья РАМН. – М., 2007. – Вып. 3. – С. 87–89.
2. Белякин С.А., Юдин В.Е., Шкарупа О.Ф. Проблемы повышения качества медицинской реабилитации военнослужащих, больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования, на позднем госпитальном этапе. //Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 3. – С. 97–101.
3. Белякин, С.А. Формирование современной системы медицинской реабилитации военнослужащих /С.А.Белякин, В.Е.Юдин, А.М. Щегольков // Вестн. восст. медицины. – 2011. – №1. – С. 2–5.
4. Белякин С.А., Шкарупа О.Ф. Совершенствование организационной системы лечения больных ишемической болезнью сердца. //Сборник докладов 14-ой науч.-технич. конф. «Медико-технические технологии на страже здоровья» («МЕДТЕХ-2012») – М.: Издательство: НИИ радиоэлектроники и лазерной техники НИИ РЛ МГТУ им.Н.Э.Баумана. – 2012. – С. 212–213.
5. Бокерия, Л.А. Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики /Л.А.Бокерия [и др.]. //Здравоохранение. – 2005. №5. – С. 13–23.
6. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. <http://www.zdravo2020.ru/concept.htm>.
7. Кунпан И.А. Индустриальные технологии управления качеством лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациентов хирургическом отделении многопрофильного стационара /И.А. Кунпан// Дис. докт. мед. наук. — Ставрополь, 2004. 249 с.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». «РГ» – Федеральный выпуск № 5639 23 ноября 2011 г.
9. Campbell, S.M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care /S.M. Campbell, J.Braspenning, A.Hutchinson, M.N.Marshall // BMJ. 2003. – Vol. 326. – P. 816–819.



Ассортимент включает тренажеры для Разгибания спины, Сгибания спины, Ротации, Боковых наклонов, Шейный тренажер.

proxomed®

Tergumed® 700

Комплекс Tergumed— интеллектуальная система с биологически–обратной связью, возможностью проведения тестирования и активной реабилитации заболеваний позвоночника, а также тренировок для укрепления мышц спины и живота в изометрическом и изотоническом режимах.

- Пять рабочих станций линии тренажеров для позвоночника Tergumed оснащены индивидуальными компьютерами, большими сенсорными дисплеями и объединены в единую сеть с рабочей станцией врача с центральной базой данных.
- Постоянный контроль качества и прогресса, этапные тестирования и коррекция программы тренировок.
- Детальные и достоверные отчеты о тренировочной сессии и общем прогрессе пациента, подаваемые в формах, пригодных для проведения научно–исследовательской работы и ведения медицинской документации.

Поставки медицинского оборудования • комплексное проектирование

Закажите каталог бесплатно на сайте www.beka.ru

Москва, Зеленоград, Сосновая аллея, д. 6а, стр. 1 • тел.: (495) 742–4430; 666–3323 • факс (495) 742–4435 info@beka.ru • www.beka.ru • бекa.рф

бека
реабилитация • уход • спа

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты медицинской реабилитации 120 мужчин больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в условиях реабилитационного центра. Установлено, что применение организационной системы управления качеством медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в условиях реабилитационного центра позволяет сократить длительность стационарного реабилитационного лечения, повысить качество и эффективность медицинской реабилитации. Оптимизация комплексных программ медицинской реабилитации этой категории больных позволяет улучшить их качество жизни и клинический прогноз, уменьшить вероятность послеоперационных рецидивов.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, поздний госпитальный этап, система медицинской реабилитации.

ABSTRACT

The results of investigations 120 patients with coronary artery disease after coronary bypass surgery in a rehabilitation center. It is established that the use of organizational quality management system of medical rehabilitation of patients with ischemic heart disease after coronary bypass surgery in a rehabilitation center can reduce the duration of hospital rehabilitation treatment, improve quality and efficiency of medical rehabilitation. Optimization of comprehensive programs of medical rehabilitation of these patients can improve their quality of life and clinical prognosis, reduce the likelihood of postoperative recurrence.

Key words: quality of medical care, coronary artery disease, coronary bypass surgery, the late hospital stage, system of medical rehabilitation.

Контакты:

Щегольков Александр Михайлович. Служебный телефон: 8(495) 455-99-64.