

С.А. Белякин¹, В.Е. Юдин², О.Ф. Шкарупа²

Проблемы повышения качества медицинской реабилитации военнослужащих, больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования, на позднем госпитальном этапе

¹3-й центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого МО РФ, Красногорск²Филиал № 2 3-го центрального военного клинического госпиталя им. А.А. Вишневого МО РФ, Москва

Резюме. Представлены результаты медицинской реабилитации 120 военнослужащих, больных ишемической болезнью сердца, после коронарного шунтирования в условиях реабилитационного центра. Показано, что нестабильное клиничко-функциональное и психофизиологическое состояние, сопутствующие заболевания и послеоперационные осложнения больных ишемической болезнью сердца, поступающих после стационарного коронарного шунтирования на поздний госпитальный этап реабилитации, влияют на сроки и эффективность восстановительного лечения. 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.

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и занимает первое место среди причин смерти и инвалидности, что в целом сопровождается значительным экономическим ущербом. Прогресс в лечении ИБС, несомненно, связан с развитием кардиохирургии и, в частности, с применением коронарного шунтирования (КШ).

В свете нового Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» создание оптимальных стандартов объема и качества обследования и лечения является одним из важнейших направлений в реабилитации больных, в том числе и больных ИБС. [4, 9, 10, 12]. В концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года поставлены перспективные задачи в области совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, внедрения системы управления качеством на основе разработанных стандартов в соответствии с индикаторами качества и технологических отклонений. Их реализация невозможна без внедрения современных технологий управления лечебно-диагностическим, в том числе реабилитационным процессом, гарантирующих высокое качество медицинской помощи и безопасность пациентов. Оказание медицинской помощи в современных условиях является сложным организационным процессом,

слаженность и четкость которого во многом определяет исход заболевания.

Анализ публикаций, в которых рассматриваются проблемы качества восстановительного лечения больных ИБС после КШ, свидетельствуют о необходимости совершенствования организационной системы управления качеством данного вида помощи. Под качеством процесса оказания медицинской помощи, исходя из рекомендаций международного стандарта интернациональной организации стандартизации, предлагается понимать способность основных звеньев медицинского процесса отвечать требованиям всех участников этого процесса [5, 7]. На качество медицинской помощи на этапе восстановительного лечения оказывает влияние множество факторов, важнейшими среди которых являются: качество целей медицинских вмешательств, качество средств и условий достижения целей восстановительного лечения и медицинской реабилитации, качество конечного результата медицинской услуги [1].

В многопрофильном реабилитационном центре (РЦ) 3-го центрального военного клинического госпиталя (ЦВКГ) им. А.А. Вишневого Минобороны Российской Федерации (МО РФ) восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию ежегодно получают около 7 тысяч пациентов, более 30% из которых – больные кардиологического профиля. Постоянно внедряются современные медицинские

технологии для повышения качества оказываемых медицинских услуг. Достижение целей восстановительного лечения и медицинской реабилитации в РЦ определяется медицинскими стандартами и требованиями потребителей медицинских услуг.

В условиях модернизации системы здравоохранения отношение к пациентам как объектам оказания медицинской помощи не в полном объеме удовлетворяет современным социально-экономическим условиям и в целом требует пересмотра основных организационно-методических аспектов медицинской реабилитации [13]. Ведение больного также является одним из видов технологического процесса. По мнению авторитетных международных врачебных организаций [2, 11], реформирование клинической медицины, направленное на повышение качества ведения больных и снижение риска для пациентов, должно идти по пути организации работы по управлению медицинскими технологическими процессами.

Недостаточная преемственность и координация в системе «стационар – реабилитационный центр», глубокая специализация даже в рамках одной клинической дисциплины, усложнившиеся междисциплинарные взаимодействия обуславливают 85–90% проблем качества оказываемой медицинской помощи больным ИБС после КШ.

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

Материалы и методы. Медицинская реабилитация 120 военнослужащих больных ИБС мужчин в возрасте $51,7 \pm 5,2$ лет, поступавших в РЦ на 8–28 сутки (в среднем $16,7 \pm 5,8$) после стационарного КШ осуществлялась в филиале № 2 3-го ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ на базе кардиологического центра в составе трех кардиологических и двух терапевтических отделений, центра восстановительной медицины и реабилитации в составе физиотерапевтического отделения, отделения лечебной физкультуры, отделения традиционной медицины, включающего кабинеты мануальной терапии, иглорефлексотерапии, гирудотерапии, фитотерапии, гомеопатии, терморелаксации, использующие в основном немедикаментозные методы воздействия и кабинетов нейропсихологических и нейрофизиологических исследований.

Для оптимального восстановления функционального состояния организма этих больных использовался широкий арсенал современных медицинских технологий медицинской реабилитации: терапия с использованием естественных (климато- и бальнеотерапия) и преформированных лечебных факторов (электро-, магнито-, свето-, лазеротерапия); фармакотерапия, фитотерапия; гипербарическая оксигенация; внутривенная гелий-неоновая лазеротерапия, суховоздушная озонотерапия; диетотерапия, кинезотерапия (гимнастика, тренировки на циклических тренажерах, дозированная ходьба); традиционная медицина (рефлексотерапия, различные виды массажа); психотерапия (индивидуальная и групповая, биоакустическая психокоррекция); восстановление профессионально важных качеств (внимание, память, мышление, интеллектуальный потенциал, сенсомоторные реакции) с применением аппаратно-программных комплексов с биологической обратной связью, трудотерапия.

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

Основой для составления технологического 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 [6, 8, 14, 15].

Технологический протокол включал доступные для реабилитационного центра методы диагностики и восстановительного лечения; был кратким и легко включался в материалы истории болезни и позволил спланировать действия всех участников лечебно-диагностического процесса, определить место, время, объём и последовательность мероприятий.

Должное качество медицинской помощи больным ИБС после КШ обеспечивается при условии преемственности ее оказания на всех этапах. Несмотря на хороший клинический эффект коронарное шунтирование не устраняет основных причин заболевания. Основная работа по закреплению результатов оперативного лечения, восстановлению конкретных функциональных нарушений органов и систем и психофизиологических дезадаптаций, устранению факторов риска развития ишемической болезни сердца у больных ведется на позднем госпитальном этапе.

Несвоевременно начатая и недостаточно организованная медицинская реабилитация больных ИБС после КШ может ухудшить ближайшие и отдаленные результаты операции, повлиять на исход заболевания.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных ИБС после КШ определяется нестабильное клиничко-функциональное и психофизиологическое состояние. Так, у 86% больных выявлено критическое многососудистое поражение коронарного русла. У 30,8% больных имеются от одного до четырех послеоперационных осложнений, у 50,5% больных – от

2 до 6 сопутствующих заболеваний, включая тяжелые. У 91,6% больных наиболее часто диагностированы 3 и 2 функциональные классы (согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA), включающей в себя 4 функциональных класса).

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 (три 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 (22,1%), 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%).

Военнослужащие, больные ИБС, после стационарного КШ поступали на поздний госпитальный этап реабилитации с жалобами: на одышку при обычной физической нагрузке – 46 (38,3%) больных, общую слабость – 73 (60,8%) больных, боль по ходу послеоперационного рубца грудины – 64 (53,4%) больных, нарушение сна – 77 (64,1%) больных, учащенное сердцебиение – 44 (36,6%) больных.

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, в 10,2% случаев развивались осложнения (пароксизмальные нарушения сердечного ритма, гипертонический криз, острые респираторные заболевания, пневмония, артериальная гипотензия).

Среди больных ИБС после КШ, поступающих на ПГЭ, преобладали больные второго функционального класса – 51 (42,5%) человек и третьего – 59 (49,1%) человек; критическое многососудистое поражение коронарного русла в 86,0% и, как следствие, в 82,5% случаев – многошунтовый характер перенесенной

операции, наличие у значительного количества больных поздних послеоперационных осложнений (30,8%) и психопатологических изменений (82%).

Разработка организационной системы управления качеством медицинской реабилитации в РЦ подразумевала решение трех основных задач: обеспечение качества, управление качеством и улучшение качества. Для решения этих задач были использованы ряд принципов.

1. Стандартизация процесса оказания медицинских (реабилитационных) услуг.

2. Процессный подход к управлению качеством оказания медицинской помощи больным ИБС после КШ.

3. Разработка последовательных этапов медицинской реабилитации (скрининг-верификация, лечебные мероприятия, реабилитационная программа, контрольные точки для измерения процесса и проверки ожидаемых результатов).

4. Четкая организация взаимодействия в системе «стационар – реабилитационный центр».

5. Определение целевых (конечных и промежуточных) показателей деятельности (медицинских, социальных, экономических).

6. Совершенствование работы с медицинским персоналом путем непрерывного процесса повышения профессиональных качеств медицинских работников.

7. Создание системы мотивации пациента путем сотрудничества с врачом.

8. Оценка качества медицинских услуг с применением разработанного протокола экспертизы качества медицинской помощи.

9. Анализ реальных результатов.

Полученные данные позволили изменить подход к организации управления качеством медицинской реабилитации больных ИБС после КШ.

Во-первых, была создана нештатная междисциплинарная команда специалистов, в которую вошли врачи смежных специальностей, участвующие 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). К работе в команде привлекали врачей и других специальностей – неврологов, трансфузиологов, рефлексотерапевтов, психотерапевтов, психологов и др. Персонал команд имел высокий уровень профессиональной подготовки и четкую установку на достижение положительного результата работы. Должный уровень квалификации медицинского персонала команды достигался системой непрерывного образования врачей, включая повышение квалификации на курсах последипломного обучения, участия в научно-практических конференциях, проведения в филиале и госпитале клиниче-

ских разборов, постоянного тренинга персонала с моделированием различных клинических ситуаций (на основе реальных случаев). Рабочие места врачей были оснащены компьютерами.

Перед командой была поставлена задача активного взаимодействия со специалистами кардиохирургического и кардиологических отделений 3-го ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ по согласованию реабилитационных программ и сроков поступления больных военнослужащих ИБС после КШ в реабилитационный центр, что позволило обеспечить оптимально ранние сроки (8–15 сутки) перевода у 50% прооперированных больных с раннего на поздний госпитальный этап реабилитации.

Во-вторых, сортировка входящего потока данной категории больных проводилась по четырем направлениям, в зависимости от толерантности к физической нагрузке, фракции выброса и интегрального показателя, характеризующего клиническое состояние пациентов [3]. Программа медицинской реабилитации обследуемых пациентов (основная группа – ОГ) проводилась на основе разработанного технологического 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.

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 осложнений (пароксизмы мерцательной аритмии, перикардиты) – контрольная группа (КГ). Их реабилитация по оптимизированным программам позволила при минимальных затратах достичь максимального эффекта, сократив у 20% прооперированных больных сроки пребывания на ПГЭ в 1,7 раз.

В-третьих, 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-четвертых, с целью непрерывного повышения качества медицинской помощи в филиале разработан протокол экспертизы качества медицинской реабилитации для измерения, оценки технологических процессов ведения больных ИБС после КШ и своевременного выявления отклонений от стандартов

ведения пациентов, причин этих отклонений и выработки мер по их предотвращению. Обязательным разделом работы администрации филиала в системе управления качеством медицинской реабилитации стал периодический анализ мнения больных о достигнутых результатах лечения и об общем уровне реабилитационного центра по разработанным анкетам по изучению мнений пациентов.

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 был в 2 раза выше, чем у больных КГ, что свидетельствует о более высоком уровне удовлетворенности больных ОГ своим физическим и психическим состоянием.

Применение протокола экспертизы качества медицинской реабилитации достоверно увеличило своевременность, полноту проведения диагностических исследований и правильность их интерпретации (с $65,7 \pm 5,55$ до $82,9 \pm 5,35\%$; $p < 0,01$), выполнение объема запланированных лечебных мероприятий (с $69,3 \pm 5,27$ до $89,5 \pm 3,94\%$; $p < 0,01$).

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.

В целом, 91,3% пациентов отметили высокую удовлетворенность работой реабилитационного центра.

Заключение. Предложенные оптимизированные комплексные программы и организационная система управления качеством медицинской реабилитации больных ИБС после КШ в условиях РЦ позволяет безопасно для пациентов сократить длительность реабилитационного периода на ПГЭ, достоверно повысить качество медицинской реабилитации больных при одновременном повышении эффективности реабилитации и высоком уровне удовлетворенности пациентов результатами лечения.

Литература

1. Агеев, Ф.Т. Социологический опрос как метод оценки организационной деятельности ЛПУ / Ф.Т. Агеев, Н.В. Лопатин // Бюллетень ГУННИИ общест. здоровья РАМН. – М., 2007. – Вып. 3. – С. 87–89.
2. Бахитов, В.В. Управление качеством восстановительного лечения на санаторном этапе больных ишемической болезнью сердца, перенесших аортокоронарное шунтирование: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Бахитов. – М.: ГИУВ МО РФ, 2010. – 12 с.
3. Белякин, С.А. Современные подходы к реабилитации военнослужащих, перенесших аортокоронарное шунтирование / С.А. Белякин, А.А. Будко. – М., 2003. – 137с.
4. 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.

5. Блохин, А.Б. Здравоохранение России: проблемы и перспективы / А.Б. Блохин, Е.В. Ползик, Д. Никола // Лекции по организации здравоохранения – Екатеринбург-Манчестер. – 2000. – С. 7–14.
6. Бокерия, Л.А. Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики / Л.А. Бокерия [и др.] //Здравоохранение. – 2005. № 5. – С. 13–23.
7. Брескина, Т.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / Т.Н. Брескина. – М.: Науч.-исслед. ин-т общест. здоровья РАМН, 2008. – 48 с.
8. Косов, В.А., Качество жизни больных после аортокоронарного шунтирования / В.А. Косов [и др.] // Клин. мед. – 1997. – № 12. – С. 33–35.
9. Медицинская реабилитация в Вооруженных силах Российской Федерации // Метод. пособ. для врачей. – Ч. 1. – М.: Воениздат. – 2004. – 192 с.
10. Медицинская реабилитация при травматической болезни // Методические рекомендации. – М.: ГВМУ МО РФ, 2000. – 38 с.
11. Назаренко, Г.И. Управление качеством медицинской помощи / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
12. 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.
13. Юдин, В.Е. Совершенствование медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования за счёт усиления мотивационных компонентов / В.Е. Юдин [и др.] // Тез. междунар. конф. «Активное долголетие и качество жизни». – АСВОМЕД, 2011. – С. 90–91.
14. Campbell, S.M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care / S.M. Campbell [et al.] // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 816–819.
15. Carrie, D. Five-year outcome after coronary angioplasty versus bypass surgery in multivessel coronary artery disease: result from the French Monocentric Study / D. Carrie [et al.] // Circulation 96. – Suppl. I1.– 1997. – P. 16.

S.A. Belyakin, V.E. Yudin, O.F. Shkarupa

Late hospital stage medical rehabilitation of the military personnel patients with coronary artery disease problems of improving the quality

Abstract. The results of investigations 120 military personnel patients with coronary artery disease after coronary bypass surgery in a rehabilitation center. It is shown that the unstable clinical-functional and psychophysiological state, accompanying diseases and postoperative complications of coronary heart disease patients entering hospital after coronary bypass surgery at the hospital late stage of the rehabilitation affect the timing and effectiveness of rehabilitation treatment. 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.

Контактный телефон: 8 (495) 451-49-42; 8-903-266-35-50; e-mail: 3hospital@mail.ru