

### Концепция совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи на базе ФГБУ «Поликлиника № 3»

Е.И. Шарапова, Н.И. Русакова, С.Г. Бурков, Е.С. Минина, А.В. Колесникова, О.К. Максименко, Н.И. Пикалова, Н.В. Полуянова, Д.В. Быков, М.И. Савельева  
ФГБУ «Поликлиника № 3» УД Президента РФ

Один из четырех приоритетных национальных проектов в нашей стране ориентирован на реформирование отечественного здравоохранения, а его главное направление связано с модернизацией амбулаторно-поликлинической службы. Но модернизация амбулаторно-поликлинической службы невозможна без учета изменившейся демографической ситуации в нашей стране, связанной с ростом числа лиц старших возрастных групп. Это совпадает с мировыми тенденциями развития здравоохранения на современном этапе. В статье, посвященной актуальной проблеме оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в РФ, предлагается концепция совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи на базе ФГБУ «Поликлиника № 3» с учетом изменившейся демографической ситуации.

Необходимость реализации комплексного медико-социального подхода к сохранению здоровья, увеличению продолжительности жизни и улучшению качества жизни у лиц старше 60 лет обусловлена статистическими данными, касающимися возрастных особенностей, структурой заболеваемости и смертности обслуживаемого бюджетного контингента, а также ранее накопленным опытом работы с лицами пожилого и старческого возраста. Определены цели и задачи концепции, в рамках которых разработаны принципы ее реализации, характеризующиеся профилактической и реабилитационной направленностью. Показаны существующие на сегодняшний день в ФГБУ «Поликлиника № 3» возможности для реализации данной концепции.

**Ключевые слова:** амбулаторно-поликлиническая помощь, демография.

One of our four priority national projects is orientated for reforming our national public health system, and its main direction lies in modernization of out-patient-polyclinal service. No modernization of out-patient-polyclinal service is possible without considering changes in the demographic situation in our country characterized with an increasing number of people in senior age groups. Such tendency in our public health sector coincides with modern world tendencies. The present article devoted to the actual problems of medical aid to people of elderly and old age in Russia proposes a concept for perfecting polyclinical and out-patient service considering the changed demographic situation. The authors present their experience in realizing the proposed concept in Polyclinic Unit No 3.

Statistical findings, age peculiarities, morbidity and mortality rates among old patients whose medical service is paid from the budget as well as authors' experience in treating such category of patients indicate a necessity to implement a complex medico-social approach to protecting health, increasing life-span and improving quality of life in people older than 60. Purposes and tasks of the concept have been defined. They have a prophylactic and rehabilitative tendency. Current possibilities of Polyclinic Unit No 3 for implementing the discussed concept are shown.

**Key words:** out-patient-polyclinal service, demography.

Ведущим звеном отечественного здравоохранения является амбулаторно-поликлиническая помощь. Это самый массовый вид медицинской помощи, обеспечивающий высококвалифицированное медицинское обслуживание населения. В стране постоянно растет сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, и в них ежегодно получают лечение до 80% всех больных. Амбулаторно-поликлинические учреждения являются главным звеном в диспансеризации населения, всех профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и улучшение здоровья граждан. Уровень работы этих учреждений, качество поликлинической помощи во многом зависят от правильной, научно обоснованной и рациональной организации их деятельности. В настоящее время наблюдается возрастание значимости на глобальном уровне первичной медико-санитарной помощи, представляющей совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на оздоровление, профилактику

неинфекционных и инфекционных заболеваний, лечение и реабилитацию населения. Один из четырех приоритетных национальных проектов в нашей стране ориентирован на реформирование отечественного здравоохранения, а его главное направление связано с модернизацией амбулаторно-поликлинической службы. Но модернизация амбулаторно-поликлинической службы невозможна без учета изменившейся демографической ситуации в нашей стране, связанной с ростом числа лиц старших возрастных групп. Это совпадает с мировыми тенденциями развития здравоохранения на современном этапе.

В настоящее время в Москве и России в целом существует проблема эффективной медицинской помощи лицам пенсионного возраста [1, 4]. Данная проблема является одной из важных составляющих неблагоприятной демографической ситуации в нашей стране, в которой можно выделить следующие неблагоприятные факторы [2, 3]:

- превалирование смертности над рождаемостью;

- постарение населения в связи с низкой рождаемостью;
- увеличение числа инвалидов;
- низкая средняя продолжительность жизни.

Как известно [4], самым активным защитником старческого возраста был римский политический деятель и философ Марк Тулий Цицерон (106-43 г. до н. э.), написавший в 44 г. до н.э. диалог “Катон старший, или о старости”, где он мастерски защищает и восхваляет пожилой возраст как наиболее ценный для человека и для общества в целом. Согласно Цицерону, для мудрого человека старший возраст – самый драгоценный период жизни, так как страсти успокаиваются и более не затуманивают рассудок. Кроме того, человек в старости владеет таким сокровищем, как накопленный опыт. Больших высот можно достигнуть путем размышления благодаря силе характера и здравому смыслу; во всем этом старые люди превосходят молодых.

В 1991 г. ООН заявила о разработке принципов с руководящими указаниями по вопросам независимости, участия, ухода, реализации творческого потенциала и достоинства личности в отношении пожилых людей [3].

С учетом всего вышеизложенного особую важность для нашей страны приобретает качественная медицинская помощь лицам преклонного возраста. Сотрудниками ФГБУ «Поликлиника №3» предлагается новая концепция совершенствования геронтологической помощи, а сама поликлиника – в качестве клинической базы для апробирования данной концепции.

#### Статистические предпосылки концепции по улучшению медицинской помощи пациентам старше 60 лет

В РФ в настоящее время 21,6% населения имеет пенсионный возраст, из них доля лиц старше 70 лет составляет 55,5%. Число инвалидов 12,8 млн на 142,9 млн населения свидетельствует о том, что в ближайшие годы каждый десятый человек может стать инвалидом [5].

В нашей поликлинике всегда уделялось большое внимание пациентам старших возрастных групп, постоянно совершенствовалась структура организации медицинской помощи – от создания геронтологических отделений (что оказалось нецелесообразным) до выделения геронтологических участков в составе терапевтических отделений.

В настоящее время в ФГБУ «Поликлиника № 3» функционируют 4 терапевтических отделения, в каждом из которых по 4 общетерапевтических и 5 геронтологических участков. На геронтологических участках обслуживаются пациенты старше 65 лет. В среднем на одном общетерапевтическом участке наблюдаются 498 пациентов, на геронтологическом – 273 пациента. За последние 3 года отмечается сдвиг возрастного состава бюджетного контингента в сторону старшей возрастной группы. При практически стабильной численности бюджетного контингента (+111 человек) за период с 2009 г. количество лиц старше 60 лет увеличилось на 884 пациента, из них старше 70 лет – на 568 человек.

Анализ возрастного состава общетерапевтических участков на 14.03.12 г. показал, что число лиц старше 65 лет: в 1-м терапевтическом отделении составляет 630 человек (из них старше 70 лет 319 человек), во 2-м – 463 человек (из них старше 70 лет 164 человек), в 3-м – 351

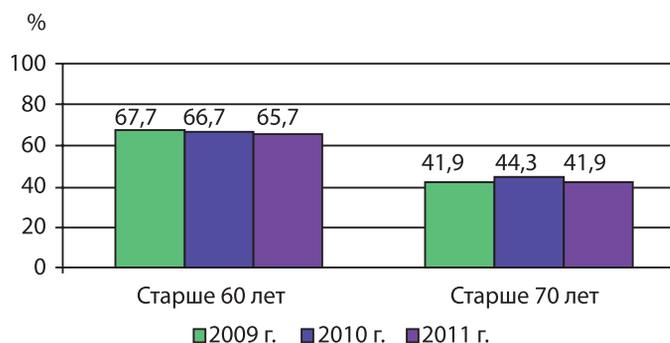


Рис. 1. Динамика бюджетного контингента в ФГБУ «Поликлиника №3» за 2009, 2010 и 2011 гг., %.

человек (из них старше 70 лет 107 человек), в 4-м – 641 человек (из них старше 70 лет 291 человек).

Динамика бюджетного контингента в ФГБУ «Поликлиника №3» за 2009, 2010 и 2011 гг. представлена на рис. 1.

Из вышеизложенного следует, что в каждом отделении имеется необходимое и достаточное количество пациентов для формирования еще одного геронтологического участка, что позволит повысить качество обслуживания работающего контингента, в том числе госслужащих. Другой путь решения данной проблемы – увеличение количества геронтологических пациентов на 1 участке до 300 с учетом того, что 1017 пациентов не посещают поликлинику, а наблюдаются на дому всеми врачами отделения.

Бюджетный контингент в ФГБУ «Поликлиника №3» в 2011 г. насчитывал 13 410 человек разного возраста (табл. 1).

Таким образом, 65,8% пациентов от всего бюджетного контингента составили лица старше 60 лет, из них 45,8% – старше 70 лет, причем работающих лиц в 2011 г. выявлено 582 человека, что составляет 4,34%.

На дому наблюдаются терапевтами 1017 пациентов, которые не могут посещать поликлинику в связи с преклонным возрастом и состоянием здоровья, частота осмотров на дому составляет 1 раз в 4 мес.

В структуре общей заболеваемости бюджетного контингента заболеваемость пациентов старше 60 лет составила 84,4 %, а впервые выявленные заболевания за-

Таблица 1  
Возрастная структура бюджетного контингента ФГБУ «Поликлиника №3» в 2011 г.

Возраст, годы	Количество пациентов	
	абс.	%
60-64	1231	9,2
65-69	1450	10,8
70-74	2761	20,6
75-79	1463	10,9
80-84	1132	8,4
85 и старше	792	5,9
Итого старше 60 лет	8829	65,8
Из них старше 70 лет	6148	45,8
Всего ...	13 410	100,0

Таблица 2

Сводные данные о заболеваемости бюджетного контингента в 2011 г.

Общее число	Общая заболеваемость	На 1000	Впервые выявленная заболеваемость	На 1000
Бюджетный контингент	167 810	12 513,8	6877	512,8
Лица старше 60 лет	141 573	16 035,0	4092	463,5

регистрованы в этой возрастной группе в 60% случаев (табл. 2).

Всего за 2011 г. зарегистрировано 89 случаев острого инфаркта миокарда, из них 81 случай (91%) у пациентов старше 60 лет, 106 случаев острого нарушения мозгового кровообращения, из них 100 случаев (94,3%) у пациентов старше 60 лет.

Всего в 2011 г. выявлено 259 случаев онкологических заболеваний, из них 237 (91,2%) у лиц старше 60 лет. В запущенной стадии (4-я клиническая группа) заболевание диагностировано у 26 пациентов, из них у 25 пациентов старше 60 лет, в том числе у 21 пациента старше 70 лет.

Столь высокая заболеваемость контингента данной возрастной группы влечет за собой ежегодный рост нагрузки на скорую помощь, помощь на дому, потребности в госпитализации. Число вызовов по помощи на дому на 1 пациента составило 0,5, а на пациента старше 60 лет – 0,7. Всего осмотрено на дому 5733 пациента старшей возрастной группы, что от общего количества вызовов ( $n=5944$ ) за 2011 г. составило 97%. Количество вызовов скорой помощи на 1 пациента поликлиники в 2011 г. составило 0,8 для пациентов старше 60 лет, а на весь бюджетный контингент – 0,6; госпитализировано экстренно 39,4% пациентов старше 60 лет, всего процент экстренной госпитализации бюджетного контингента составил 38,3.

Из госпитализированных в 2011 г. в плановом порядке лица старше 60 лет составили 85,3% (3741 человек из 4384), госпитализация по линии СМП составила 82% (1364 человек из 1642) пациентов данной возрастной группы. Всего за 2011 г. умерли 269 пациентов, из них 260 (96,6%) старше 60 лет. В структуре причин смерти первое место занимает сердечно-сосудистая патология, второе – онкологические заболевания. Динамика смертности бюджетного контингента в различных возрастных группах представлена в табл. 3. Среди контингента поликлиники средняя продолжительность жизни мужчин составляет  $76,6 \pm 5,8$  года, женщин –  $79,2 \pm 4,9$  года.

В ФГБУ «Поликлиника №3» большое внимание уделяется поддержанию здоровья пожилого контингента, выделены группы врачей-терапевтов, специализирующихся по геронтологии. Специализированные службы неврологии, офтальмологии, кардиологии, ревматологии, ЛОР, пульмонологии, кардиологии, гинекологии, урологии, аудиологическая лаборатория и т.д. с современным оборудованием осуществляют всестороннюю диагностическую, лечебную и профилактическую поддержку лиц пенсионного возраста.

Таблица 3

Динамика смертности бюджетного контингента в различных возрастных группах за 2009, 2010 и 2011 гг.

Возраст, годы	Число умерших среди бюджетного контингента			На 1000 контингента данного возраста		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
60 – 64	10	11	7	6,5	7,8	5,7
65 – 69	25	14	15	13,2	8,7	10,3
70 – 74	42	56	44	16,4	20,4	15,9
75 – 79	47	35	39	35,9	26,0	26,7
80 – 84	47	74	71	43,9	64,9	62,7
85 и старше	108	91	80	170,3	123,6	101,0
Лица трудоспособного возраста	5	5	7	1,4	1,2	1,8
Всего ...	284	287	263	21,4	21,3	19,6

**Концепция** – создание комплексного медико-социального подхода к сохранению здоровья, увеличению продолжительности жизни и улучшению качества жизни у лиц старше 60 лет.

Цели концепции:

- сохранение и улучшение здоровья пожилых людей;
- сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения;
- обеспечение максимально возможной продолжительности жизни;
- повышение качества жизни пожилого человека;
- удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи.

Основные задачи концепции:

- увеличение объемов мероприятий по профилактике заболеваний;
- сокращение сроков восстановления утраченного здоровья;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Принципы реализации концепции:

- создание амбулаторной патронажно-реабилитационной медицинской службы (рис. 2);
- расширение стационарзамещающих методик/технологий;
- создание узкопрофильных, специализированных кабинетов, которые учитывают особенности течения, диагностики, лечения и реабилитации распространенных заболеваний у пожилых людей;
- создание системы непрерывного повышения квалификации медицинских работников по специальности «Герiatrics»;
- внедрение IT-технологий в обслуживание пожилого контингента (введение записи к врачам через интернет, sms-оповещения о записи на прием, электронного рецепта).

Оказание хирургических лечебных услуг проводится в специализированных подразделениях, также



Рис. 2. Схема амбулаторной патронажно-реабилитационной медицинской службы на базе ФГБУ «Поликлиника №3».

оснащенных на самом современном уровне. Лапароскопические и эндоскопические операции при лечении хирургической, урологической, гинекологической, дерматокосметологической, офтальмологической, онкологической патологии с использованием лазера и электрокоагуляции осуществляются в стационаре одного дня. Принципы работы поликлиники по внедрению стационарзамещающих технологий представлены в виде схемы на рис. 3.

Общеизвестен факт, что с возрастом для поддержания функционирования органов и систем многие врачи вынуждены назначать комплекс химиопрепаратов, что вызывает различные побочные эффекты и осложнения.

Об этом же свидетельствуют данные ВОЗ, согласно которым назначение химиопрепаратов – краеугольного камня современной западной европейской и американской медицины – на 50% оказывает лечебное действие, а на 50% – побочное.

Проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте были суммированы в работе Л.И. Дворецкого в 2001 г. [6]:

- Необходимость назначения *более одного лекарственного препарата* в связи с наличием нескольких заболеваний.
- Необходимость *длительного применения* медикаментов в связи с хроническим течением многих заболеваний.

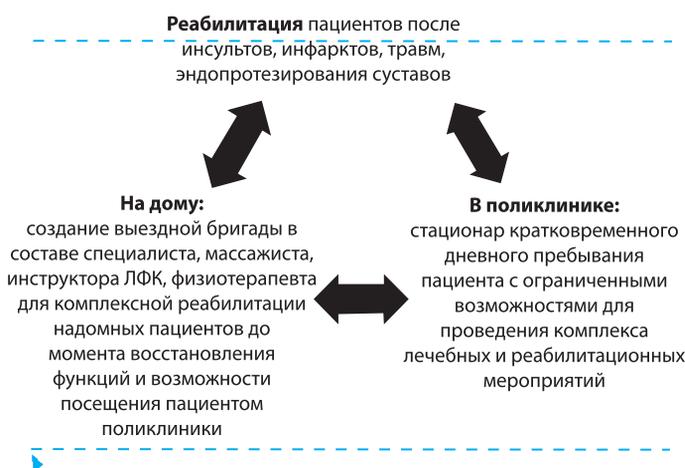


Рис. 3. Схема работы поликлиники по внедрению стационарзамещающих технологий.

- Нарушение *фармакодинамики и фармакокинетики медикаментов* на фоне возрастных изменений органов и систем, а также имеющейся патологии.
- Нарушение *комплаенса* — недостаточное или неправильное выполнение предписанного режима медикаментозной терапии.

У лиц пожилого и старческого возраста существуют выраженные особенности всасывания лекарственных средств (ЛС), а именно [6]:

- Снижение кислотности желудочного сока приводит к снижению абсорбции ЛС.
- Замедление моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) обуславливает снижение общего количества усвоившегося вещества.
- Снижение гастринтестинального кровотока вызывает уменьшение абсорбции микронутриентов.
- Снижение функций ферментообразования, функций поджелудочной железы, печени, изменения белкового обмена ухудшают транспорт и фиксирование в организме ЛС.
- Ограничение потребления жиров неблагоприятно сказывается на поступлении жирорастворимых ЛС.
- Нарушения образования мицелл, отсутствие щелочной среды в просвете кишечника, нарушение метаболизма в энтероцитах и лимфооттока, недостаточная секреция желчи приводят к нарушению всасывания жирорастворимых ЛС.
- Заболевания желудка и кишечника (гастриты, энтерит, пониженная кислотность желудочного сока), профузные поносы затрудняют всасывание и водорастворимых ЛС.
- После оперативных вмешательств на ЖКТ развивается хронический гастрит, атрофия желудочного эпителия, что приводит к снижению выработки внутреннего фактора и снижению абсорбции ЛС.

В связи с тем что организм пожилого человека имеет особенности в виде снижения всасывания ЛС, уменьшения скорости метаболизма ЛС и снижения выделения лекарств из организма, дозы и количество одновременно принимаемых пациентом лекарств должны быть меньше среднетерапевтических и применяемых в более молодых возрастных группах [6].

Таким образом, борьба с полипрагмазией у пациентов пожилого и старческого возраста – это профилактика побочных реакций ЛС и уменьшение экономического бремени на бюджет.

Достижения современной медицины позволяют увеличить продолжительность активной интеллектуальной и физической жизни благодаря наличию таких факторов, как:

- лекарственные препараты с хорошей доказательной базой;
- высокотехнологичная медицинская помощь (аортокоронарное шунтирование, стентирование);
- хорошо разработанные методики физической, психологической и социальной реабилитации.

Ввиду опасности полипрагмазии при назначении медикаментов все большее внимание нами уделяется немедикаментозной реабилитации.

В подразделениях *реабилитологической* направленности постоянно осуществляется разработка реабилитационных программ комплексного воздействия с опти-

мальным сочетанием немедикаментозных и медикаментозных методов:

- использование прикладных методик акупунктуры: электро-, магнито-, лазеропунктуры в борьбе с острой и хронической болью;
- применение медикаментозных блокад с глюкокортикоидными, фармакопунктуры хондропротекторами при вертеброгенной и суставной патологии;
- использование гирудотерпии в лечении вертеброгенных радикулопатий;
- освоение и внедрение аппаратной кинезитерапии, тракционных методик;
- применение электростимуляции с полипрограммируемыми возможностями;
- применение ауотракционных аутомобилизационных техник на основе восточных систем.

Наличие современного диагностического и лечебно-го оборудования в сочетании с высокопрофессиональными кадрами позволило накопить уникальный опыт диагностики, лечения и реабилитации ряда нозологических форм.

**Кинезитерапия** - дифференцированная и дозированная разработка суставов и мышц конечностей. Имеет большие преимущества при ведении пациентов с артрологической и посттравматической патологией, применяется в 2 вариантах: активная и пассивная. При активной кинезитерапии используются аппараты «Ормед» для разработки суставов и мышц конечностей. При пассивной кинезитерапии используются роботизированные аппараты «Артромот» для разработки тазобедренного, коленного и плечевого суставов. Тракционная компьютеризированная система «Чаттануга Тритон ДТС» позволяет осуществлять тонкодифференцированную и дозированную тракцию шейного, поясничного отделов позвоночника и суставов верхней конечности.

**Детензоротерапия** – метод щадящего вытяжения позвоночника, исключительно комфортен для пациентов, действует мягко, постепенно и надежно.

**Аппаратный пневмомассаж** на физиокомбайне «Интеллект Адвансед Калор Комбо» востребован при широком спектре проблем костно-мышечной системы, а также используется у пациентов с повышенной массой тела и целлюлитом. С помощью данного аппарата можно проводить лазеропунктуру, электропунктуру и ультразвуковую терапию.

**Электростимуляция** аппаратами «Цефар Митта-600» и «Цефар рехаб Х2» позволяет эффективно восстанавливать пожилых пациентов с периферическими и центральными парезами, контрактурами, миопатиями посттравматического, постоперационного генеза, опущением мышц тазового дна и др.

**Ауотракционные аутомобилизационные техники** на основе отдельных восточных упражнений, заимствованных из систем цигун, йоги и пилатес трансформированных через призму оптимальной биомеханики для дифференцированного воздействия при болезнях костно-мышечной системы, для общей релаксации при психосоматической патологии.

**Гирудотерапия** – метод лечения при помощи пиявок. В течение 15 лет применения данного метода при дискогенных радикулопатиях было пролечено 229 лиц пенсионного возраста от 55 лет и старше на фоне МРТ-

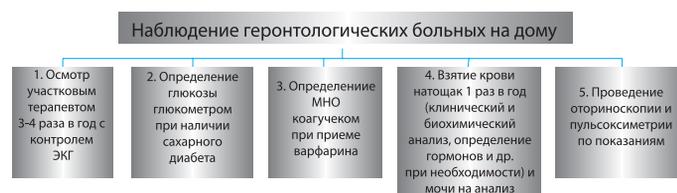


Рис. 4. Структура работы по проведению мониторинга геронтологических больных на дому.

мониторинга, которым проведено от 2 до 15 сеансов гирудотерапии в течение курса. Общее улучшение, выразившееся в купировании болевого синдрома и регрессе клинической симптоматики, достигнуто у 95 %, не отмечено у 4%, ухудшение наступило у 1% пациентов, 3-летняя ремиссия наблюдалась в 82,5% случаев. Улучшение в виде положительной динамики на МРТ с регрессом грыжи межпозвоночного диска наблюдалось у 65% пациентов. Контрольная группа той же возрастной категории составила 163 человека, у них использовали другие методы реабилитации, за исключением гирудотерапии. Общее улучшение, выразившееся в купировании болевого синдрома и регрессе клинической симптоматики, достигнуто в 77%, не отмечено в 20%, ухудшение наступило в 3%, 3-летняя ремиссия имела в 49% случаев. Улучшение в виде положительной динамики на МРТ с регрессом грыжи межпозвоночного диска наблюдалось у 14 % пациентов.

Таким образом, уже сегодня в ФГБУ «Поликлиника № 3» осуществляется реализация концепции оказания геронтологической помощи пациентам:

- проводится **диспансеризация** пациентов старше 60 лет;
- осуществляется **динамическое наблюдение** геронтологических пациентов (кратность наблюдения зависит от нозологической формы заболевания);
- реализуются **стационарзамещающие технологии** в амбулаторно-поликлинических условиях (проводятся курсы сосудистой и метаболической терапии в процедурном кабинете и стационаре одного дня, внутривенная лазеро- и УФО-терапия, озонотерапия);
- осуществляется **плановая и экстренная госпитализация** при острых заболеваниях и обострении хронических;
- разработан и активно проводится мониторинг геронтологических пациентов на дому (рис. 4).

Реализация геронтологической концепции развития ФГБУ «Поликлиника №3» осуществляется на основе принципов преемственности оказания медицинской помощи, медицинского обслуживания и работы в «команде», которые были разработаны еще в годы существования Советского Союза (рис. 5). Коллектив поликлиники не только не растерял данный уникальный опыт, но и приумножил его на основе современных технологий и инноваций. Использование принципа преемственности дает реальную возможность повышения пенсионного возраста, продолжительности и качества активной жизни и как следствие уменьшения нагрузки на пенсионную систему.

Таким образом, ФГБУ «Поликлиника №3» имеет все необходимые возможности для создания и внедрения комплексного медико-социального подхода к сохранению здоровья, увеличению продолжительности жизни

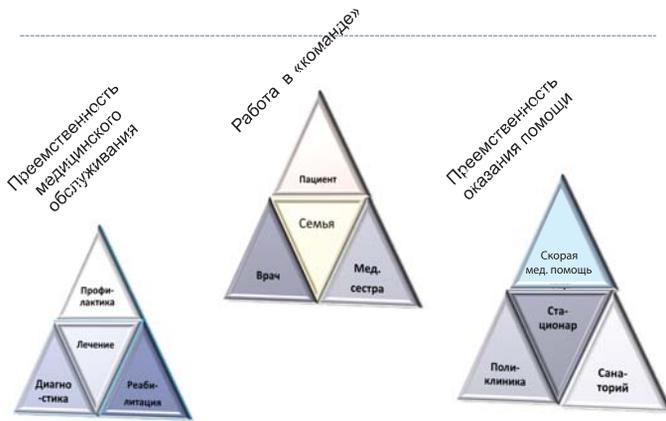


Рис. 5. Схема преемственности советской системы здравоохранения.

ни и улучшению качества жизни у лиц старше 60 лет, а именно: высокие профессиональные знания и навыки персонала, оснащенность поликлиники современной диагностической и лечебной техникой, высокое качество оказания медицинской помощи в полном соответ-

ствии «Стандартам оказания медицинской помощи», этические принципы «Кремлевской медицины», ответственная кадровая политика, гибкость в пересмотре стереотипов и тесная работа в «команде»; ориентация на креативность и новаторство сотрудников, а также высокий кредит доверия пациентов, нарабатанный за 30 лет существования поликлиники.

#### Литература

1. Альперович В. Социальная геронтология. Серия «Учебник и учебные пособия». Ростов н/Д.: Феникс, 1997. 576 с.
2. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М.: Владос, 1999. 213 с.
3. Теория социальной работы: Учебное пособие. М.: Владос, 2001. 132 с.
4. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 2003. 143 с.
5. Официальный сайт ГМЦ Росстата <http://www.gmcgks.ru/>
6. Дворецкий Л.И. Пожилой больной. М.: Русский врач, 2001. 144 с.

## Стандартизация амбулаторно-поликлинической практики на основе разработки междисциплинарных планов ведения больных

И.А. Егорова<sup>1</sup>, Е.Л. Никонов<sup>2</sup>, Е.И. Полубенцева<sup>2</sup>, В.П. Куличенко<sup>1</sup>, И.А. Соловьева<sup>2</sup>, Н.Н. Кравцова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Главное медицинское управление УД Президента РФ, <sup>2</sup>ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

В статье представлена методика планирования клинических процессов на основе разработки планов ведения больных с установленным диагнозом в лечебном учреждении (критических путей). Зарубежный и отечественный опыт показывает, что разработка и применение планов ведения больных позволяют улучшить результаты медицинской помощи, повысить медицинскую безопасность пациентов и оптимизировать расходы.

**Ключевые слова:** планы ведения, критические (клинические) пути, управление технологическими процессами.

The article presents a technique for planning clinical processes (critical ways) based on the authors' experience for treating patients with an established medical diagnosis. Experience of our doctors as well as foreign ones has shown that treatment planning improves results, increases patient's safety and optimize financial expenses.

**Key words:** treatment plans, critical (clinical) ways, technological process management.

Одним из важнейших направлений реформ в области здравоохранения является дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая в основном выполняется в амбулаторно-поликлинических условиях.

Однако доступность этого важнейшего и во многом определяющего показатели здоровья населения вида медицинской помощи неуклонно снижается. Это явление обусловлено прежде всего постоянно возрастающей нагрузкой на амбулаторно-поликлиническое звено в связи с увеличением продолжительности жизни населения и соответствующим ростом числа больных хроническими неинфекционными заболеваниями, смертельные осложнения которых (инфаркт миокарда и мозговой инсульт) могут быть достоверно предотвращены путем эффективной профилактики и лечения.

Кроме того, внедрение новых медицинских технологий, медикаментозной терапии ведет к росту стоимости медицинской помощи и новым требованиям к квалифи-

кации кадров и организации их взаимодействия. На смену традиционной ПМСП приходит персонифицированная медицина — «первичная помощь, ориентированная на пациента», которая предусматривает значительные временные затраты «семейных» врачей на куриацию пациентов [1, 3].

В 2008 г. в докладе ВОЗ, посвященном проблемам ПМСП, «Сегодня актуальнее, чем когда либо» особое беспокойство экспертов вызывает растущая «фрагментированность» медицинской помощи, когда «чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов ... препятствует внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных людей и семей и не учитывает необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи» [1].

В настоящее время амбулаторно-поликлинические учреждения работают в новых условиях, характеризующихся одновременной реализацией множества сложных