

Системная организация санаторного лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

С.А.Балакин, Ю.Д. Пестов, А.Я. Дмитриев, Т.А. Митрошкина, В.Ф.Казаков
ФГУ „Санаторий «Волжский утес»" Управления делами Президента РФ, Самарская обл.

Разработана система организации санаторно-курортного лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на основе процессного подхода с мониторингом факторов сердечно-сосудистого риска и показателей качества жизни. Определены цели процесса оказания санаторно-курортных медицинских услуг больным с данной патологией. Достижение персонифицированных целевых уровней оценок показателей результативности оказываемых услуг на основе процессного подхода и качества жизни обследованных больных артериальной гипертензией. Проанализированы результаты достижения целевых уровней оценок показателей результативности также завысимо результатов лечения от сроков лечения. Сделано заключение о том, что система организации санаторного лечения на основе процессного подхода позволяет персонифицированно устанавливать цели лечения для каждого больного с артериальной гипертензией в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и планировать наиболее эффективные лечебные мероприятия для их достижения и тем самым повышать удовлетворенность пациентов лечебно-профилактическими мероприятиями в санатории.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, заболевания опорно-двигательного аппарата

Санаторно-курортное лечение больных с артериальной гипертензией (АГ) и патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА) является важнейшим направлением в работе ФГУ „Санаторий «Волжский утес»". В количественном аспекте эти группы больных доминируют. Так, в 2007 году доля кардиологических больных в санатории составила 34,4%, а пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата — 38,6%. Известно, что кардиальная патология определяет прогноз жизни, патология опорно-двигательного аппарата — ее качество. Важность повышения эффективности лечения больных сочетанной патологией в санаторной практике определяется не только ее широкой распространенностью среди пациентов санатория, особенно старших возрастных групп, но и, в значительной степени, недостаточным организационно-методическим обеспечением управления лечением при сочетанной патологии [1].

Целью нашей работы явилась разработка системной организации санаторно-курортного лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на основе процессного подхода с мониторингом факторов сердечно-сосудистого риска и показателей качества жизни.

Системная организация лечения больных АГ в сочетании с заболеваниями ОДА предполагала использование стандартов Министерства здраво-

охранения и социального развития по санаторному лечению пациентов с данной патологией. При этом учитывались требования международных стандартов по системам менеджмента качества ISO 9001:2000 к процессному подходу [3]. Пример описания процесса оказания санаторно-курортных медицинских услуг больным с заболеваниями АГ в сочетании с ОДА представлен на рисунке 1.

На входе процесса — пациент, обратившийся за санаторно-курортными лечебными услугами, а на выходе — тот же пациент, но уже после оказания санаторно-курортных услуг. Для процесса определялся хозяин (лечащий врач) и устанавливались показатели результативности, измерение которых производили с установленной периодичностью.

Целями данного процесса являлись снижение и достижение целевых уровней факторов сердечно-сосудис-



Рис. 1. Описание процесса оказания услуги санаторно-курортного лечения больных АГ в сочетании с заболеваниями ОДА.

тых рисков и улучшение качества жизни конкретного пациента. Для оценки качества жизни использовались количество болезненных (припухлых) суставов (КБС), утренняя скованность (УС).

Были установлены следующие показатели результативности процесса (ПР):

ПР 1 = фактическое снижение САД / целевое снижение САД

ПР 2 = фактическое снижение ДАД / целевое снижение ДАД

ПР 3 = фактическое снижение веса / целевое снижение веса

ПР 4 = фактическое снижение холестерина / целевое снижение холестерина

ПР 5 = фактическое снижение КБС / целевое снижение КБС

ПР 6 = фактическое снижение УС / целевое снижение УС

ПР 7 = фактическое снижение СОЭ / целевое снижение СОЭ

Обследовано 82 больных I-III степени АГ трех возрастных групп — среднего, пожилого и старческого возраста. Мужчин было 52, женщин — 30. Критерии оценки сердечно-сосудистого риска соответствовали принятым стандартам. Основную часть больных при поступлении в санаторий составляли пациенты с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. С возрастом риск увеличивался. Очень высокий риск отмечен в группе больных старше 74 лет. Показатели качества жизни выступали как дополнительные критерии оценки результата лечения [2].

Плановые (целевые) значения изменения факторов риска устанавливались лечащим врачом индивидуально, с учетом среднестатистических данных, полученных в ходе специального исследования.

Выбор лечебных программ в процессе комплексного санаторного лечения был обусловлен целевыми значениями изменения факторов риска. В лечении больных использовались хлоридные натриевые бромные минеральные ванны, гидрокинезотерапия, радоновые ванны, грязелечение, ЛФК, криотерапия, синусоидальные модулированные токи и другие лечебные факторы.

Задачей лечения больных являлось достижение целевых уровней основных показателей результативности, оказывающих влияние на сердечно-сосудистый риск и качество жизни. Частота целевых уровней АД и холестерина до и после санаторного лечения в зависимости от возрастного состава больных АГ представлена на рисунках 2, 3.

В результате лечения на основе процессного подхода во всех возрастных группах получено увеличение по-

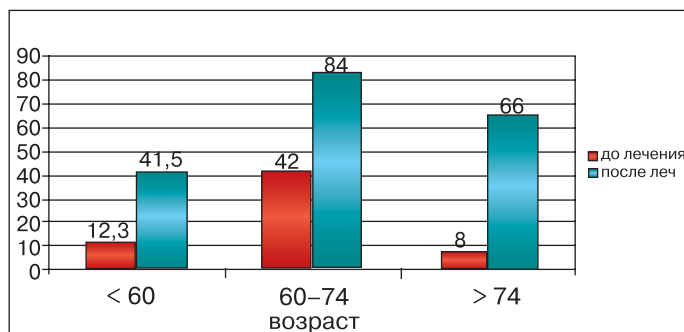


Рис. 2. Статистика достижения целевых АД у больных до и после санаторно-курортного лечения, в %.

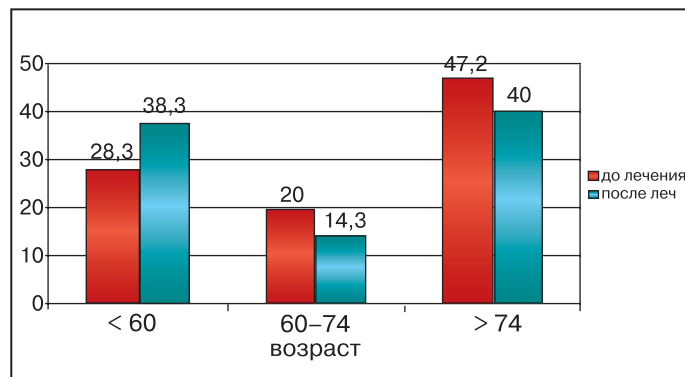


Рис. 3. Статистика достижения целевых уровней холестерина у больных до и после санаторно-курортного лечения, в %.

казателя достижения целевого уровня АД, в среднем на 44,7%. Наименьший процент целевых уровней АД отмечен в группе больных среднего возраста. Положительная динамика достижения целевых уровней холестерина получена только в группе больных АГ среднего возраста. В группах больных пожилого и старческого возраста процент целевых уровней холестерина уменьшился соответственно на 5,7% и 7,2%.

На рисунке 4 представлена зависимость результатов лечения от сроков лечения. Лучшие результаты лечения достигнуты у пациентов со сроком лечения более 17 дней.

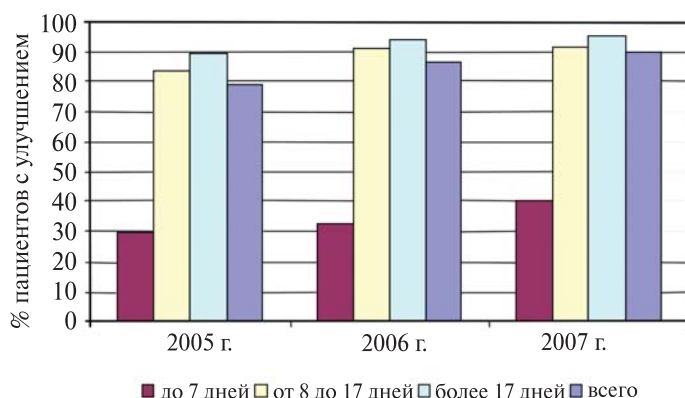


Рис. 4. Результативность лечения пациентов с заболеваниями АГ в сочетании с ОДА.

Таким образом, системная организация санаторного лечения на основе процессного подхода с мониторингом факторов сердечно-сосудистого риска и показателей качества жизни позволяет персонализированно устанавливать цели лечения для каждого больного АГ в сочетании с заболеваниями ОДА, планировать наиболее эффективные лечебные мероприятия для их достижения и тем самым повышать удовлетворенность пациентов лечебно-профилактическими мероприятиями в санатории.

Литература

1. Казаков В.Ф., Коровкин В.П., Пестов Ю.Д., Егорова И.А., Дмитриев А.Я. //Тезисы доклада. Международный Конгресс «Здравница 2005». Москва. — 2005. — с.110.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. //Исследование качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л. Шевченко. — М. ГЭОТАР-МЕД, 2004 г., 304 с.
3. IWA 1:2001 Quality Management Systems — Guidelines for process improvements in health service organizations.