

system. Yearbook, 2006-2013. – M.: Bakoulev Center for Cardiovascular Surgery, 2007-2014.

4. Vinogradov K.V. Congenital heart diseases in children: prevalence and state of the art. M. Gorky Donetsk National Medical University // Child Health. – 2007. – № 6. – P. 9. – Retrieved from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3625> (access date 03.27.2015).

5. Morbidity in Russian population in 2009. Statistical materials. – Moscow, 2007. – 172 p. – Demoscope.ru – № 321 – 322, 18.02 – 2.03.2008. – Retrieved from: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0321/biblio04.php> (access date 02.20.2015).

6. Morbidity in Russian population in 2004-2005. Statistical materials. – M., 2005-2006. – Mednet.ru – Retrieved from: <http://www.mednet.ru> (access date 02.20.2015).

7. Morbidity in Russian population in 2007-2013. Statistical materials. – M., 2008-2014 // Mednet.ru – Retrieved from: <http://www.mednet.ru> (access date 02.20.2015)

8. Kim A.I., Bokeria L.A., Podzolkov V.P., Ilyin V.N., Tumanyan M.R. Cardiovascular diseases in newborns:

cardiological and surgical problems // Bulletin of the Russian Academy of Sciences. – 2003. – № 12. – P. 77-80.

9. Kondratiev V.A. Congenital heart diseases before and after the operation // Tauride Medical and Biological Bulletin. – 2005. – Vol. 8, № 2. – P. 76-82.

10. Medvedev M.V., Altynnik N.A. Normal fetal anatomy ultrasound. – M., 2008. – 147 p.

11. Mutaftan O.A. Defects and small heart abnormalities in children and adolescents. – SPb.: Publishing House SPbMAPO, 2005. – 480 p.

12. Osokina G.G., Abdulatipova I.V., Korsun A.A. The structure of morbidity and mortality in children of first year of life // Physiology and pathology of the cardiovascular system in infants / Edited by Shkolnikova M.A., Kravtsov L.A. – M.: Publishing House «Medpraktika», 2002. – P. 146-160.

13. Rosano A., Botto L.D., Botting B. et al. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective // J. Epidemiology. Community Health. – 2000. – Vol. 54. – P. 660-666.

Координаты для связи с авторами: Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. 8-(4212)-78-06-31, e-mail: bogachevskayasa@gmail.com; Капитоненко Николай Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru; Богачевский Александр Николаевич – врач сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, e-mail: bogachevskiy@gmail.com.



УДК 614.39

С.А. Богачевская¹, И.В. Пчелина^{1,2}, С.А. Скопецкая¹, В.Ю. Бондарь^{1,2}, А.Н. Богачевский¹

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ СЛУЖБ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 2в;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: наука@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Российское здравоохранение отличается более высокими показателями обеспеченности населения врачами и больничными койками, при этом ресурсный потенциал системы здравоохранения используется с низкой эффективностью. Одной из причин низкой эффективности системы является удлинение сроков стационарного лечения за счет проблем взаимодействия амбулаторной и стационарной служб при подготовке пациентов на оперативное лечение. В статье представлены анализ дефектов направления пациентов на стационарное лечение в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Хабаровск по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

Ключевые слова: сердечно-сосудистая хирургия, высокотехнологичная медицинская помощь, дефекты подготовки пациентов.

PROBLEMS OF INPATIENT AND OUTPATIENT SERVICES INTERACTIONS IN THE PREPARATION OF PATIENTS FOR CARDIOVASCULAR SURGERY

¹Federal Centre of Cardiovascular Surgery;²Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The Russian Healthcare system is characterized by a high rate of providing patients with physicians and high bed per population index, whereas the resources' potential of the Russian healthcare is used with a low efficiency. The main reason of a low efficiency is prolongation of hospitalization, partly due to the problems of interaction of out-patient and in-patient clinics in preparing patients for surgery. The article presents data on the number and types of referral defects for cardiovascular surgery for 3 years at the example of the Federal Cardiovascular Surgery Centre, Khabarovsk.

Key words: cardiovascular surgery, height-tech medical care, defects of patients' preparation.

Основной тенденцией реализации программы государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью (МП) последних лет в свете Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. является сокращение объемов стационарной МП [4, 6, 7, 8] и рост объемов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) [7] за счет рационализации структуры и дифференциации потоков имеющихся ресурсов [1].

Лечение в отделениях кардиохирургического профиля является одним из самых финансовозатратных [5], поэтому стратегия государства направлена на снижение стоимости лечения в стационарах, оказывающих ВМП, за счет снижения объема рутинных обследований в стационаре и сокращение предоперационного койко/дня. Несмотря на усиление ресурсного оснащения амбулаторного звена, укомплектованность и уровень квалификации кадрового состава, только за счет повторных обследований в стационарах по причине недоверия к результатам в амбулаторно-поликлиническом секторе стоимость услуг возрастает до 25 % [3, 7].

Соблюдение стандарта предоперационного обследования на амбулаторном этапе позволит существенно повлиять на продолжительность лечения в стационаре, избежать целого ряда физических, психологических и финансовых последствий, как для самого пациента, так и для работающего с ним медицинского персонала.

При подготовке пациента к оперативному лечению врачу следует обращать внимание на общее состояние больного, давность и полноту обследования (как по основному, так и по сопутствующему заболеванию), наличие показаний и противопоказаний к оперативному лечению. Особого внимания требуют результаты лабораторного и инструментального обследования, а также заключения врачей-консультантов в объеме, достаточном для принятия соответствующего решения о возможности и объеме операции. Перечень обязательных обследований и консультаций специалистов перед госпитализацией с указанием срока их годности публикуется на сайте медицинской организации, а также направляется пациенту в зависимости от планируемого вида оперативного вмешательства не менее чем за 2 недели до предполагаемой даты госпитализации. Критерии значимости исследований для оценки готовности пациента к оперативному вмешательству на сердце и сосудах представлены в таблице 1.

Сокращение объема рекомендуемого обследования, отсутствие адекватной профессиональной интерпретации состояния пациента на основе клинических

и лабораторно-инструментальных данных на догоспитальном этапе является причиной отказа пациенту в госпитализации на плановое хирургическое лечение. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что направляющие медицинские учреждения зачастую снимают с себя ответственность за качество подготовки пациента к оперативному лечению (формализованный подход по принципу наличия того или иного исследования/заключения).

С целью обеспечения преемственности контроля догоспитального обследования возможна организация системы «обратной связи» между специалистами ФЦ ССХ и врачами амбулаторно-поликлинического звена посредством передачи сведений о пациенте в медицинское учреждение в электронном виде на твердых носителях (дискеты, flash-карты), либо по электронной почте.

Результаты мониторинга выполнения предоперационного стандарта обследования больных, госпитализированных в ФЦССХ, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Динамика выявленных дефектов обследования при госпитализации в стационар за период с 2012 по 2015 гг.

Год	Принято пациентов из регионов, чел.	Выявлено дефектов		Показатель наглядности, %
		абс.	на 1 000 чел.	
2012	4 534	849	187,3±5,8	100,0
2013	8 057	390	48,4±0,6	25,8
2014	9 647	496	51,4±0,5	27,4
2015 (6 мес.)	3 416	444	130,0±5,8	69,4
Итого	25 654	2 179	84,9±0,2	

Анализ мониторинга показал достоверно значимое снижение на 74,2 % (критерий t Стьюдента > 3) количества дефектов догоспитального обследования в 2013 г. в сравнении с 2012 г. Рост дефектов в первом полугодии 2015 г. обусловлен общероссийскими тенденциями снижения доступности амбулаторно-поликлинической помощи для населения вследствие большой очередности к врачам первичного звена, дефицита узких специалистов, ограниченной мощностью консультативно-диагностических служб поликлиник для проведения обследования в максимально короткие сроки. Кроме того, незаинтересованность врачей в отборе и направлении пациентов на ВМП негативно сказывается на формировании потока больных в Центры высоких медицинских технологий. Лист ожидания пациентов заполняется с «колес» в большинстве случаев по направлению самих Центров, а очередность на госпитализацию в разделе «сердечно-сосудистая хирургия» составляет не более 3 недель.

Перечень обследований при направлении пациентов на оказание ВМП

Исследование	Срок годности	Комментарии
БАК	10 дней	Особенности функционирования почек и печени учитываются при планировании анестезиологического обеспечения, коррекции возможных осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде
Коагулограмма	10 дней	Как повышение, так и снижение свертываемости крови требует особого подхода при проведении хирургических вмешательств
RW, HBs, HCV, ВИЧ	6 мес. (RW – 1 мес.)	Определяется уровень безопасности для пациента и персонала, тактика ведения и очередность поступления пациента в операционную
КАГ	до 1 года	«Золотой стандарт» оценки состояния коронарных артерий для диагностики и лечения ишемической болезни сердца [2]. Диск с записью процедуры для уточнения зоны и выраженности поражений, принятия окончательного решения о хирургической тактике, оценка сроков годности предоставляемых данных
ЭхоКГ	6 мес.	Подробное описание всех структур сердца в соответствии с принятыми современными рекомендациями
ЧП ЭхоКГ	48 час.	Проводится пациентам перед оперативным лечением фибрилляции и трепетания предсердий (изолированной и при пороках сердца). При наличии тромбоза полостей сердца меняется тактика ведения пациента, а при эндоваскулярном вмешательстве является противопоказанием к операции
ФГДС	1 мес.	Наличие эрозивных, язвенных поражений желудка, 12-перстной кишки является противопоказанием для оперативного лечения в связи с назначением в стационаре активной дезагрегантной и антикоагулянтной терапии (кроме операций по жизненным показаниям). После проведенного лечения обязателен контроль (повторная ФГДС)
УЗИ сосудов	6 мес.	Обследование экстракраниальных (прецеребральных) артерий, брюшной аорты, артерий нижних конечностей, по показаниям – вен нижних конечностей. Зачастую кардиальная патология сопровождается атеросклерозом других сосудистых бассейнов, формируя мультифокальность поражения, что ведет к изменению тактики и этапности лечения в зависимости от значимости поражений и оценки хирургических рисков
УЗИ органов брюшной полости и почек	6 мес.	Выявление и уточнение характера патологического процесса (если имеется). Наличие сопутствующей патологии ведет за собой изменение тактики ведения пациента или отмены хирургического лечения
ФВД	6 мес.	Определение тактики ведения пациента и выбор метода лечения при наличии хронических бронхолегочных заболеваний
КТ/МРТ головного мозга	6 мес.	Обязательное исследование перед оперативным лечением прецеребральных артерий. Наличие очаговых поражений головного мозга (острого нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговых травм в анамнезе и т. д.) влияет на выбор тактики оперативного лечения
Консультации узких специалистов	6 мес.	При наличии хронических заболеваний (эндокринных, легочных, урологических, неврологических, онкологических, желудочно-кишечного тракта, туберкулеза в анамнезе и др.) необходимо получить разрешение на операцию у соответствующего специалиста

Примечание. БАК – биохимический анализ крови; RW – реакция Вассермана (анализ крови на сифилис), HBs – маркеры к вирусу гепатита В, HCV – маркеры к вирусу гепатита С, ВИЧ – анализ крови на наличие вируса иммунодефицита человека; КАГ – коронароангиография; ЭхоКГ – эхокардиография; ФГДС – фиброгастродуоденоскопия; УЗИ – ультразвуковое исследование; ЧПЭхоКГ – чреспищеводная эхокардиография; КТ/МРТ – компьютерная томография/магнитно-резонансная томография; ФВД – функция внешнего дыхания.

В сложившихся условиях пациенты вынуждены обращаться в частные клиники и лаборатории, полностью или частично оплачивая обследование, предусмотренное территориальной программой государственных гарантий в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). С 2015 г. ФЦ ССХ был вынужден решать проблему догоспитального обследования, частично взяв на себя «бремя» амбулаторно-поликлинической и диагностической помощи в разделе ОМС за счет интенсификации труда медицинского персонала, обеспечивающего оказание МП в разделе ВМП.

Анализ региональных особенностей направления больных на ВМП (рисунок) выявил сохраняющуюся высокую частоту встречаемости дефектов догоспитального этапа в Магаданской области (312 на 1 000 направленных) и Чукотском автономном округе (333 на 1 000 направленных). Наилучшая динамика по снижению количества дефектов наблюдается в Сахалинской области (со 139 в 2012 г. до 22 на 1 000 направленных в первом полугодии 2015 г., более чем в 6 раз).

В структуре дефектов при госпитализации наибольшая доля приходится на результаты ФГДС (18 %) и отсутствие анализов крови на маркеры к ВИЧ (16 %). Дефекты ультразвукового исследования (УЗИ) сосудов

и отсутствие результатов крови на маркеры к вирусам гепатита составили по 10 %.

Вопрос приема перед госпитализацией препаратов, влияющих на гемостаз (антиагреганты (препараты ацетилсалициловой кислоты и группы клопидогрела) и антикоагулянты), нуждается в отдельном рассмотрении. При направлении на «открытую» операцию (коронарное шунтирование, протезирование/пластика клапана сердца) лечащий врач должен акцентировать внимание пациента на необходимость отмены антиагрегантов за 5 дней до госпитализации в связи с вероятностью высокого риска развития послеоперационного кровотечения. Кроме того, несоблюдение данного требования снижает пропускную способность стационара за счет удлинения предоперационного койко/дня и увеличения длительности пребывания пациента в стационаре. При направлении на оперативное лечение пациентов с имплантированными стентами (давностью менее 1 года) или искусственными клапанами сердца необходимо их информировать о важности продолжения приема назначенных антиагрегантов (антикоагулянтов) вследствие высокого риска развития тромбоза имплантированных устройств.

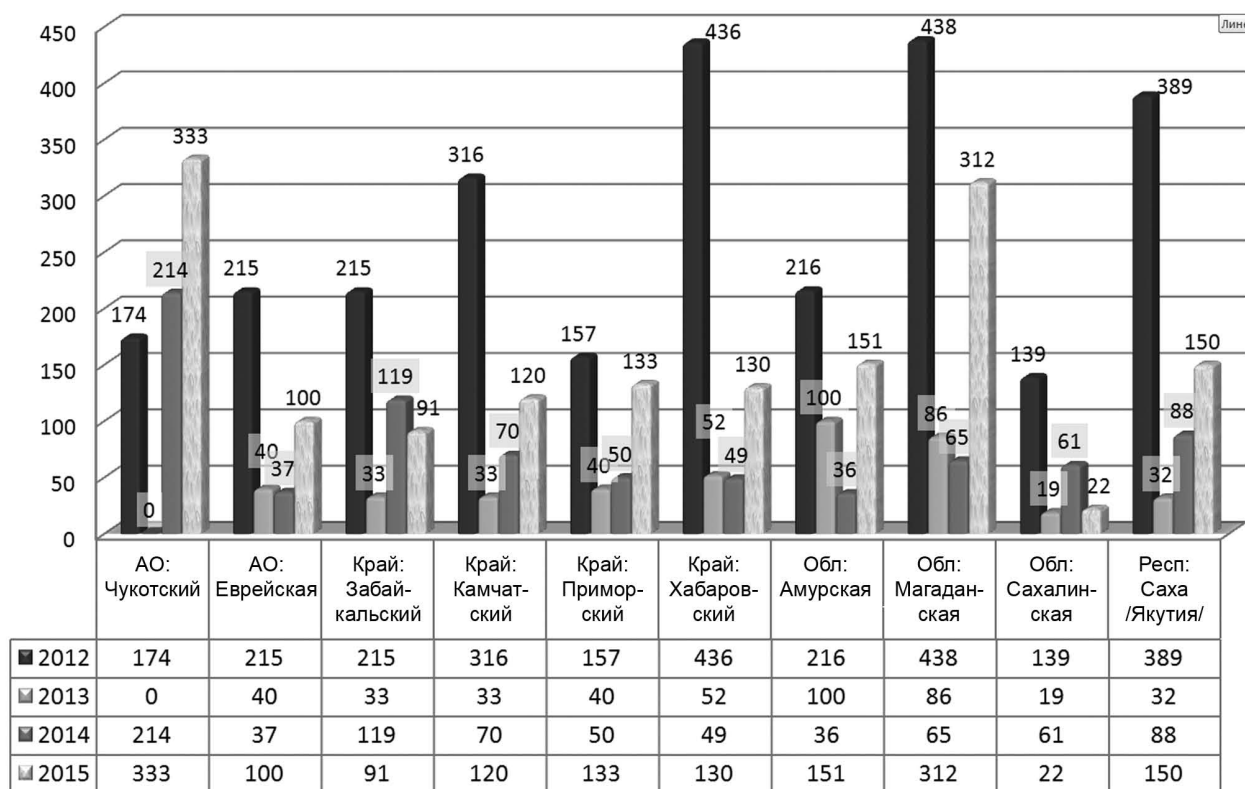


Рис. Динамика дефектов догоспитального обследования в разрезе регионов (на 1 000 направленных)

Таким образом, соблюдение стандарта догоспитальной подготовки, организации преемственного контроля между специалистами стационара и амбулаторно-поликлинического звена при направлении больных на кардиохирургическое лечение позволит обеспечить «безболезненное» движение пациента на всех этапах оказания ВМП, повысить рентабельность и эффективность работы стационаров. Общие тенденции снижения уровня дефектов догоспитального этапа в 2013 и 2014 гг. в сравнении с 2012 г. указывают на эффективность работы специалистов ФЦССХ по

созданию системы преемственности с амбулаторно-поликлиническими учреждениями при направлении пациентов на ВМП. Решение проблемы доступности, своевременности и качества обследования пациентов перед госпитализацией возможно при условии организации в рамках системы ОМС «маршрутных» потоков пациентов с талонами на ВМП через краевые (областные) и городские диагностические центры, имеющие высокую пропускную способность, современную клинико-диагностическую базу, многопрофильный спектр квалифицированных узких специалистов.

Литература

1. Богачевская С.А., Бондарь В.Ю., Богачевский А.Н., Лецкин А.Я. Потенциальные возможности реструктуризации сети лечебных учреждений при всеобщем переходе здравоохранения РФ в систему обязательного медицинского страхования // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6. – 25.02.2015 – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/622/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.08.2015).
2. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца / под ред. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Коломбо А., Бузиашивили Ю.И. – М., 2002. – 417 с.
3. Итоговый отчет по проведению обзора бюджетных расходов на здравоохранение от консорциума в составе закрытого акционерного общества «ЗАО «ЮНИКОН/МС консультационная группа» и Центра экономико-социальных исследований. – М.: ИЭПП. 2001, 580 с. // Nemchenko.ru – Режим доступа: <http://www.nemchenko.ru/data/200902/str401580.pdf> (дата обращения 10.08.2015).
4. Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Презентация // Myshared.ru. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/410946/> (дата обращения 10.08.2015).
5. Матвеев Э.Н., Леонов С.А., Сон И.М. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 1. – С. 34-38. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/lang?ru/> (дата обращения: 10.08.2015).
6. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: постановление от 28 ноября 2014 г. № 1273. – Москва. – 267 с. // government.ru. – Режим доступа: <http://government.ru/media/files/z4YWAmlKswA.pdf> (дата обращения: 10.08.2015).
7. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов: постановление Правительства Хабаровского края от 24.12.2013 г. № 452-пр. // Cardiokhv.tmweb.ru. – Режим доступа: <http://cardiokhv.tmweb.ru>

tmweb.ru/img/text/garant_HKV_government_2014-2016.pdf (дата обращения: 10.08.2015).

8. О реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году: доклад Министерства здравоохранения РФ // Rosminzdrav.ru. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoy-pomoschi-v-2013-godu> (дата обращения: 10.08.2015).

9. О реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2012 году: доклад Министерства здравоохранения и социального развития РФ // Rosminzdrav.ru. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2013/07/03/1603-ministerstvom-opublikovan-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-okazaniya-grazhdanam-rossiyskoy-federatsii-besplatnoy-meditsinskoy-pomoschi-v-2012-godu> (дата обращения: 10.08.2015).

Literature

1. Bogachevskaya S.A., Bondar V.Y., Bogachevskiy A.N., Letskin A.Y. Potential opportunities of reorganization of the Russian health-care system at the time of its transition within the compulsory health insurance system// Social aspects of nation health. – 2014. – № 6. – Vestnik.mednet.ru. – 2015 Feb 25. – Retrieved from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/622/30/lang,ru/> (access date 10.08.2015).

2. Interventional treatment of coronary heart disease / ed. by Bokeria L.A., Alekyan B.G., Colombo A., Buziashvili Y.I. – M., 2002. – P. 417.

3. The final report on the review of budget spending on health by a consortium of private company «ZAO YUNIKON/MS Consulting Group» Closed Joint Corporation and the Centre for Economic and Social Researches. – M.: IEPP. – 2001. – 580 p. // Nemchenko.ru. – 2015 Jan. 14. – Retrieved from: <http://www.nemchenko.ru/data/200902/str401580.pdf> (access date 20.04.2015).

4. Conception of the Ministry of Health of the Russian Federation to the year 2020: presentation // Myshared.ru. – Retrieved from: <http://www.myshared.ru/slide/410946/> (access date 20.04.2015).

5. Matveyev E.N., Leonov S.A., Son I.M. Backgrounds and ways of complex restructuring the network of health care institutions at a regional level // Social aspects of nation health. – 2008. – № 1. – P. 34-38. – Vestnik.mednet.ru. – Retrieved from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/309/30/lang,ru/> (access date 10.08.2015).

6. On the Program of government guarantees of free medical care to the citizens in Khabarovsk territory in

2015 and the planned period of 2016 and 2017: Resolution of 2014 November 28, № 1273. – Moscow. – 267 p. // Cardiokhv.tmweb.ru – 2014 Nov 28. – Retrieved from: <http://government.ru/media/files/z4YWAmlKswA.pdf> (access date 10.08.2015).

7. On the Program of government guarantees of free medical care to the citizens in Khabarovsk territory in 2014 and the planned period of 2015 and 2016: Resolution of the government of Khabarovsk territory of 2013 December 24, № 452-pr // Cardiokhv.tmweb.ru. – 2014 Sep 27. – Retrieved from: http://cardiokhv.tmweb.ru/img/text/garant_HKV_government_2014-2016.pdf (access date 10.08.2015).

8. About realization of the program of government guarantees of free medical care to citizens in 2013: report of the Ministry of Health of the Russian Federation // Rosminzdrav.ru. – Retrieved from: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoy-pomoschi-v-2013-godu> (access date 10.08.2015).

9. About realization of the program of government guarantees of free medical care to citizens in 2012: report of the Ministry of Health of the Russian Federation // Rosminzdrav.ru. – Retrieved from: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8122-doklad-o-realizatsii-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnogo-okazaniya-grazhdanam-meditsinskoy-pomoschi-v-2013-godu> (access date 10.08.2015).

Координаты для связи с авторами: Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. 8-(4212)-78-06-31, e-mail: bogachevskayasa@gmail.com; Пчелина Инна Владимировна – канд. мед. наук, зав. отделом контроля качества медицинской помощи Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-78-06-67, e-mail: i.pchelina@mail.cardiokhv.ru; Скопецкая Светлана Александровна – зав. приемным отделением Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. 8-(4212)-78-06-68; Бондарь Владимир Юрьевич – д-р мед. наук, проф. кафедры хирургии с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, и.о. главного врача Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии г. Хабаровска, тел. 8-(4212)-78-06-06, e-mail: vybondar@mail.ru; Богачевский Александр Николаевич – врач сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, e-mail: bogachevskiy@mail.ru.

