

КАЙЛИ
АЛЕКСАНДРА ЕВГЕНЬЕВНА

Организация амбулаторной помощи больным
с поражениями сердечно-сосудистой системы
на до- и постгоспитальном этапах лечения
(на уровне мегаполиса)

14.01.26. – сердечно-сосудистая хирургия

14.02.03. – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва

2013 год

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА В ФЕДЕРАЛЬНОМ ГОССУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ
ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА» РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ:

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, АКАДЕМИК РАМН и РАН

БОКЕРИЯ ЛЕО АНТОНОВИЧ

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР

СТУПАКОВ ИГОРЬ НИКОЛАЕВИЧ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

ЧУПИН АНДРЕЙ ВАЛЕРЬЕВИЧ

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, РУКОВОДИТЕЛЬ ЦЕНТРА
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 83 ФЕДЕРАЛЬНОГО
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНСТВА

АРАКЕЛЯН ВАЛЕРИЙ СЕРГЕЕВИЧ

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛЕНИЯ
ХИРУРГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА» РАМН

ДУБЫНИНА ЕЛЕНА ИВАНОВНА

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР КАФЕДРЫ УПРАВЛЕНИЯ ЭКОНОМИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РОССИЙСКОГО
НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ.
Н.И. ПИРОГОВА»

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ:

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОССУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РОССИЙСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМ. АКАДЕМИКА Б.В. ПЕТРОВСКОГО» РОССИЙСКОЙ
АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ЗАЩИТА ДИССЕРТАЦИИ СОСТОИТСЯ « 19 » АПРЕЛЯ 2013г.

В 14.00 ЧАСОВ НА ЗАСЕДАНИИ ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА Д. 001.15.01

ПРИ ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н.
БАКУЛЕВА» РАМН

С ДИССЕРТАЦИЕЙ МОЖНО ОЗНАКОМИТЬСЯ В НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОЙ
БИБЛИОТЕКЕ

ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. БАКУЛЕВА»
РАМН

АВТОРЕФЕРАТ РАЗОСЛАН «14 » марта 2013г.

УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ

ДИССЕРТАЦИОННОГО СОВЕТА

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Д.Ш. ГАЗИЗОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

В последние годы отмечается резкое увеличение числа пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) (Mackenbach JP et al., 2000; Dorner T.). Причиной этому становятся как влияние неблагоприятных факторов окружающей среды, так и сами пациенты со склонностью к сидячему образу жизни и вредным привычкам. К этому добавляются многочисленные стрессовые ситуации, характерные для жителей мегаполиса (Tubiana M, 2001).

Среди всех ССЗ наиболее часто встречается атеросклеротическое поражение сосудов, что в большинстве случаев становится первой ступенькой в развитии таких серьезных состояний, как инфаркт миокарда, инсульт или гангрена нижних конечностей (Badimon JJ et al., 2009). По данным различных авторов, в настоящее время от 12 до 30% взрослого населения имеют данное заболевание. В группе людей старше 70 лет атеросклерозом болеет почти каждый третий (Gale CR et al., 2001). Кроме того, отмечается «омоложение» данного заболевания.

К сожалению, в нашей стране еще не разработана четкая система по раннему выявлению и точной диагностике заболеваний у пациентов с проблемами сердечно-сосудистой системы, а так же своевременному направлению их в стационары для хирургического или консервативного лечения (Леменев В.Л. et al., 2005), но совсем плохо обстоят дела с реабилитацией таких пациентов.

Все это в конечном итоге приводит к стойкой инвалидизации зачастую еще трудоспособных людей (Graff-Iversen S, 2009).

В этих условиях становится актуальной разработка исследования, направленного на изучение качества оказания

медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах лечения людей с сердечно-сосудистой патологией (ССП) и обоснования целесообразности внедрения в структуру медицинских учреждений такой новой единицы, как окружные (районные) центры консервативного лечения и реабилитации этих пациентов.

Цель исследования

Научно обосновать целесообразность создания окружных (районных) центров консервативной терапии и реабилитации пациентов с ССЗ для оптимизации оказания медицинской помощи больным с данной патологией на до- и после госпитальном этапах лечения.

Задачи исследования

1. Провести оценку знаний по диагностике и лечению ССП у хирургов и терапевтов поликлинического уровня.
2. Оценить степень компетентности врачей поликлиник самостоятельно повышающих свои профессиональные знания.
3. Провести сравнение различных методов повышения квалификации врачей по ССП.
4. Определить возможности диагностики, лечения и проведения полноценной реабилитации после операции пациентов с ССЗ в условиях городской поликлиники.
5. Выявить целесообразность использования интернет-технологий для помощи врачам первичного звена в диагностике и лечении пациентов с ССЗ, а также при проведении курсов повышения квалификации врачей.
6. Оценить значимость получения медицинской информации через интернет сайты не специалистами.
7. Обосновать необходимость создания единой электронной базы
- 8.
- 9.

данных пациентов с ССП.

Обосновать необходимость создания сети окружных (районных) центров консервативной терапии и реабилитации пациентов с ССЗ.

Научная новизна

Проведено изучение уровня знаний врачей поликлинического уровня по сердечно-сосудистой патологии.

Выявлено ухудшение профессиональных знаний по ССП у хирургов и терапевтов городских поликлиник по мере увеличения стажа работы и отсутствие мотиваций для их пополнения.

Выявлена целесообразность необходимости проведения реформ в системе последипломного образования врачей и системы оплаты их труда.

Проведена сравнительная оценка методов повышения квалификации врачей при обучении без отрыва от производства и обучении с выездом в крупные медицинские учреждения.

Выявлена необходимость законодательных реформ и создания «цензурного» органа для контроля информации, получаемой пациентами по средствам интернет-технологий.

Обоснована возможность использования интернет-технологий для помощи врачам поликлиник в диагностике и лечении пациентов с ССЗ, а также при проведении курсов повышения квалификации.

Выявлен низкий уровень оказания помощи на до- и после госпитальных этапах пациентам с ССЗ в условиях городских поликлиник.

Установлена необходимость создания единой электронной базы данных пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Практически доказана эффективность постоянного наблюдения за пациентами с ССП даже в условиях городской поликлиники.

Показана необходимость создания сети окружных (районных) центров консервативной терапии и реабилитации пациентов с ССЗ.

Практическая значимость работы

В результате проведенного исследования, для увеличения уровня знаний врачей поликлинического уровня, обоснована целесообразность проведения реформ в системе последипломного образования врачей и системы оплаты их труда.

Установлена практическая и экономическая целесообразность проведения циклов повышения квалификации без отрыва от производства с приглашением проведения курса специалистами из крупных медицинских учреждений и использованием интернет-технологий.

Предложено рассмотреть проведение законодательных реформ и создания «цензурного» органа для контроля информации, получаемой пациентами по средствам интернет-технологий.

Для повышения клинической и экономической эффективности работы медицинских учреждений, а также их взаимосвязи, предложено создание единой электронной базы данных с передачей информации при помощи электронной медицинской карты.

Для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и оптимизации распределения, выделяемых правительством РФ для этой цели, средств, предложено создания сети окружных (районных) сосудистых центров консервативной терапии и реабилитации.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Оценка знаний по диагностике и лечению ССП у хирургов и терапевтов поликлинического уровня и степени их компетентности.
2. Проведение сравнения различных методов повышения

квалификации врачей по сердечно-сосудистой патологии.

3.Определение возможности диагностики, лечения и проведения полноценной реабилитации после операции пациентов с ССЗ в условиях городской поликлиники.

4.Обоснование необходимости создания единой электронной базы данных пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

5.Разработка структуры центра консервативной терапии и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обоснование необходимости создания сети окружных (районных) центров консервативной терапии и реабилитации пациентов с ССЗ.

Апробация работы

Результаты работы доложены на заседании совместной научно-практической конференции научно-организационного отдела, отделения хирургии корня аорты, отделения хирургии артериальной патологии, отделения хирургии венозной патологии, отдела подготовки специалистов и непрерывного образования; XII ежегодной сессии научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва 2009г.), 15 Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва 2009г.), 17 Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (Москва 2011г.).

Реализация результатов работы

Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации Кайли А.Е., внедрены в практику работы научно-организационного отдела ФГБУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, ГУ ДЗ г. Москвы ГП №176 УЗ ЮЗАО г. Москвы, ГУ ДЗ г. Москвы ГП №134 УЗ ЮЗАО г. Москвы, ГУ ДЗ г. Москвы ГП №195 УЗ ЗАО г. Москвы, ГУ ДЗ г. Москвы ДЦ №3 УЗ ЮВАО г.

Москвы, ГУ ДЗ г. Москвы ГП №23 УЗ ЮВАО г. Москвы, ГБУЗ г. Москвы МСЧ № 51 ДЗ г. Москвы.

Личный вклад автора

Автор самостоятельно составила анкеты и тесты для опроса и проверки уровня знаний врачей амбулаторного звена, а так же и кардиологов и сердечно-сосудистых хирургов проходящих повышение квалификации на курсах последипломного образования врачей в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; провела курс лекций по патологии ССС и организации амбулаторной помощи пациентам с ССЗ, тестирование и анкетирование терапевтов и хирургов в исследуемых поликлиниках г. Москвы; провела исследования различных медицинских интернет-сайтов; сравнила результаты проводимого на базе МСЧ № 51 лечения пациентов с ССП. Результаты собственного исследования автор сопоставила с данными других авторов в ходе обработки отечественной и зарубежной литературы.

На основании этого автор сделала обобщающие выводы и дала практические рекомендации по улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ на до- и постгоспитальном этапах, усилению мотивации руководства ЛПУ к последипломному повышению квалификации сотрудников, а врачей первичного амбулаторного звена к постоянному самообразованию.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 15 статей и 19 тезисов в ведущих рецензируемых журналах, определенных ВАК.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 255 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов,

практических рекомендаций, 5 приложений в виде анкет и тестов. Библиографический указатель включает 348 названий работ, из которых 174 отечественных и 174 иностранных. В диссертации имеется 6 схем и 30 таблиц.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

Работа выполнена в соответствии с поставленными задачами в течении 2006-2012 годов. Базами исследования были выбраны следующие медицинские учреждения:

- ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева» РАМН.
- ГУ ДЗ г. Москвы ГП №23 УЗ ЮВАО г. Москвы. Количество прикрепленного населения 33800 человек.
- ГУ ДЗ г. Москвы ГП №176 УЗ ЮЗАО г. Москвы. Количество прикрепленного населения 70000 человек.
- ГУ ДЗ г. Москвы ГП №134 УЗ ЮЗАО г. Москвы. Количество прикрепленного населения 44465 человек.
- ГУ ДЗ г. Москвы ГП №195 УЗ ЗАО г. Москвы. Количество прикрепленного населения 85000 человек.
- ГУ ДЗ г. Москвы ДЦ №3 УЗ ЮВАО г. Москвы. Количество прикрепленного населения 50600 человек.
- ГБУЗ г. Москвы «Медико-санитарная часть № 51 ДЗ г. Москвы»

Для проведения данного исследования в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН были разработаны анкеты и тесты (приложения 1-6). Анкетирование и тестирование врачей проводилось анонимно.

Исследование осуществлялось поэтапно. Для каждого этапа определялось время проведения исследования, источники

получения первичной информации, объем исследования и используемые методы исследования.

На первом этапе исследования проведен анализ литературы на основе данных отечественной и зарубежной литературы. В процессе анализа проведен системный поиск информации в базах данных Medline, Medscape, Cochrane Library, в отечественных и англоязычных медицинских журналах и материалах конференций; диссертационных работах на звание кандидата и доктора медицинских наук.

Ключевые слова, используемые при поиске: сердечно-сосудистые центры, последипломное образование врачей, заболевания ССС, интернет-технологии, диагностика и лечение атеросклероза.

Метод формирования информационного массива: найденные по ключевым словам названия статей просматривали, при соответствии названия статьи выбранной тематике, анализировали абстракты. При соответствии абстракта, искали и анализировали полнотекстовую статью.

По ключевым словам выявлено около 4 тысяч названий статей. Критериям отбора удовлетворяло более 400. После изучения содержания абстрактов для анализа выбрано 380.

На втором этапе проведено исследование 52 англо- и русскоязычных медицинских сайтов, предоставляющих информацию для медицинских работников и других пользователей.

На третьем этапе проведено исследование штата медицинских работников и оснащенности медицинской аппаратурой, используемой для диагностики и лечения ССП в выбранных поликлиниках. По полученным данным заполнялись формы. Выбор

поликлиник для исследования проводился методом случайного подбора.

При четвертом этапе исследования проводилось анкетирование всех терапевтов и хирургов, числящихся, на момент исследования (2008г), в штате поликлиник. Общее количество анкетизируемых 152 человека. 25 хирургов и 127 терапевтов.

Исследование проводилось в следующих поликлиниках:

- ГП №23 ЮВАО г. Москвы: 4 хирурга и 18 терапевтов;
- ГП № 195 ЗАО г. Москвы: 6 хирургов и 42 терапевта;
- ГП № 134 ЮЗАО г. Москвы: 5 хирурга и 19 терапевтов;
- ДЦ № 3 ЮВАО г. Москвы: 5 хирурга и 21 терапевтов;
- ГП № 176 ЮЗАО г. Москвы: 5 хирургов и 27 терапевтов.

Пятый этап включал в себя отбор группы пациентов с заболеваниями периферической сосудистой системы с ежегодно проводимого профосмотра, работающего населения на базе ГБУ ДЗ г. Москвы «Медико-санитарной части № 51 ДЗ г. Москвы». Постановкой половины из них на диспансерный учет для сравнения результатов прогрессирования заболеваний в группе наблюдаемых и не наблюдаемых пациентов.

Шестым этапом проводилось тестирование до начала обучения, проведение курса лекций и повторное тестирование врачей поликлиник. Врачам - терапевтам было предложено ответить на вопросы по кардиологии (50 вопросов) и ССП (50 вопросов). Хирурги отвечали на вопросы по ССП (50 вопросов).

После тестирования врачам читался курс лекций по хронической венозной недостаточности, атеросклеротическому поражению брюшной аорты и артерий нижних конечностей, избранные разделы кардиологии (для терапевтов). Обучение

проводилось без отрыва от производства, на базе поликлиник.

По окончании курса лекций повторно проводилось тестирование врачей, сопоставление результатов тестов, предложенных врачам до и после обучения, оценка эффективности проводимого обучения.

На седьмом этапе проходило тестирование сердечно-сосудистых хирургов и кардиологов, проходивших курсы повышения квалификации на базе НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН в 2007-2009гг. Общее количество обучаемых 128 человек. 46 сердечно-сосудистых хирургов и 82 кардиологов. Лекции читались на циклах:

- «Современная тенденция диагностики и лечения в кардиологии» (2007г.). Количество слушателей – 44 человека.
- «Сердечно-сосудистая хирургия» (2008г.). Количество слушателей – 26 человек.
- «Хирургия восходящего, грудного и брюшного отделов аорты. Критическая ишемия нижних конечностей» (2008г.). Количество слушателей – 14 человек.
- «Современная тенденция диагностики и лечения в кардиологии» (2008г.). Количество слушателей – 38 человек.
- «Хирургия восходящего, грудного и брюшного отделов аорты. Поражения коронарных и брахиоцефальных сосудов. Критическая ишемия нижних конечностей» (2009г.). Количество слушателей – 6 человек.

По окончании курсов также как и при обучении врачей поликлиник, повторно проводилось тестирование врачей, сопоставление результатов тестов, предложенных врачам до и после обучения, оценка эффективности проводимого обучения.

Восьмой этап исследования заключался в сравнении оценки эффективности обучения терапевтов и хирургов, проходивших обучение на местах без отрыва от производства (группа А) и врачей обучавшихся с отрывом от производства (группа Б) на базе Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева РАМН. Достоверность различий оценивалась с использованием парного критерия Стьюдента (t).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2008 году было проведено анкетирование 152 врачей 5 поликлиник г. Москвы Юго-Западного, Западного и Юго-Восточного округов с общим количеством прикрепленного населения на момент исследования 283865 человек. Из них 25 хирургов (16,4%) общей практики и 127 терапевтов (83,6%), различающихся по возрасту и стажу работы (таблица № 1).

Таблица №1. Структура анкетлируемых врачей.

Стаж Работы	Количество врачей	% от общего количества
1-5 лет	9	5,9
6-10 лет	13	8,6
11-20 лет	35	23
21-30 лет	56	36,8
31 и более	39	25,7
Всего	152	
Терапевты		
1-5 лет	7	5,5
6-10 лет	11	8,7
11-20 лет	31	24,4
21-30 лет	48	37,8
31 и более	30	23,6
Всего	127	
Хирурги		
1-5 лет	2	8

6-10 лет	2	8
11-20 лет	4	16
21-30 лет	8	32
31 и более	9	36
Всего	25	

Как видно из таблицы № 1, % молодых специалистов составляет менее 6%. Большинство работающих специалистов это люди предпенсионного и пенсионного возрастов.

Кроме проблемы «старения» персонала амбулаторного звена медицины, существует проблема отсутствия заинтересованности в постоянном пополнении своих знаний после окончания ВУЗов.

По данным исследования закончили ординатуру 64 человека – 42,1% (от общего количества врачей). Из них терапевтов 53 человека - 41,7% от общего количества терапевтов, хирургов - 11 человек - 44% от общего количества хирургов (таблица № 2).

Таблица №2. Количество специалистов закончивших ординатуру.

Стаж Работы	Кол-во Человек	% от общего кол-ва терапевтов или хирургов	% от числа терапевтов или хирургов, обучавшихся в ординатуре	% от числа терапевтов или хирургов с данным стажем
Терапевты				
1-5 лет	4	3,1	7,6	57,1
6-10 лет	2	1,6	3,8	18,2
11-20 лет	20	15,7	37,7	64,5
21-30 лет	27	21,3	50,9	56,2
31 и более	0	0	0	0
Всего	53	41,7		
Хирурги				
1-5 лет	2	8	18,2	100
6-10 лет	0	0	0	0
11-20 лет	3	12	27,3	75

21-30 лет	6	24	54,5	75
31 и более	0	0	0	0
Всего	11	44		

Интернатуру закончили 88 человек - 57,9% от общего количества врачей. Из них терапевтов 74 человека - 58,3% от общего количества терапевтов, хирургов 14 человек - 56% от общего количества хирургов (таблица № 3).

Таблица №3. Количество специалистов, закончивших интернатуру.

Стаж Работы	Кол-во человек	% от общего кол-ва терапевтов или хирургов	% от числа терапевтов или хирургов, обучавшихся в интернатуре	% от числа терапевтов или хирургов с данным стажем
Терапевты				
1-5 лет	3	2,4	4,1	42,9
6-10 лет	9	7,1	12,1	81,8
11-20 лет	11	8,7	14,9	35,5
21-30 лет	21	16,5	28,4	43,8
31 и более	30	0	40,5	100
Всего	74	58,3		
Хирурги				
1-5 лет	0	0	0	0
6-10 лет	2	8	14,3	100
11-20 лет	1	4	7,1	25
21-30 лет	2	8	14,3	25
31 и более	9	36	64,3	100
Всего	14	56		

Научную степень кандидата медицинских наук имеют 2 терапевта (1,3% от общего числа врачей). Докторов медицинских наук не было ни в одной из поликлиник.

За последние 10 лет посещали какие-либо курсы 38 человек – 25%. Из них хирургов 2 человека – 8% от общего числа хирургов. Курсы по сердечно-сосудистой хирургии не посещались ни одним

из них. Терапевтов, посещавших курсы, было 36 человек – 28,4% от общего числа терапевтов. Из них курсы по кардиологии посетили 24 человека – 18,9% от общего числа терапевтов - 66,7% от количества терапевтов, посещавших курсы (таблица № 4).

Таблица № 4. Количество специалистов посещавших курсы повышения квалификации.

Стаж работы	Кол-во человек	% от общего кол-ва терапевтов или хирургов	% от числа терапевтов или хирургов с данным стажем, прошедших курсы
Хирурги			
1-5 лет	2	8	100
6-10 лет	-	-	-
11-20 лет	-	-	-
21-30 лет	-	-	-
31 и более	-	-	-
Всего	2	8	
Терапевты			
1-5 лет	2	1,6	28,6
6-10 лет	6	4,7	54,5
11-20 лет	15	11,8	48,4
21-30 лет	11	8,7	22,9
31 и более	2	1,6	6,7
Всего	36	28,4	

Переподготовку за все время своего трудового стажа прошли 10 человек – 6,6%. Из них хирургов 2 человека – 8% (от общего числа хирургов). Терапевтов 8 человек – 6,3% (от общего числа терапевтов). Циклы переподготовки по сердечно-сосудистой хирургии не посещались. Переподготовку по кардиологии прошли 6 терапевтов – 4,7% от всех терапевтов – 75% от кол-ва терапевтов, прошедших переподготовку (таблица № 5).

Таблица № 5. Количество врачей, прошедших курсы переподготовки.

Стаж работы	Кол-во Человек	% от общего кол-ва терапевтов или хирургов, прошедших переподготовку	% от числа терапевтов или хирургов данной возрастной группы
Хирурги			
1-5 лет	-	-	-
6-10 лет	1	50	50
11-20 лет	1	50	25
21-30 лет	-	-	-
31 и более	-	-	-
Терапевты			
1-5 лет	2	25	28,6
6-10 лет	3	37,5	27,3
11-20 лет	2	25	6,5
21-30 лет	1	12,5	2,1
31 и более	-	-	-

Общее количество врачей, повышавших свою квалификацию на каких-либо курсах (сертификационные циклы, курсы переподготовки, тематического усовершенствования) за последние 10 лет - 43 человека – 28,3% от общего количества врачей. Из них терапевтов 40 человек – 31,5% от общего числа терапевтов, хирургов 3 человека – 12% от общего числа хирургов (таблица № 6). Таблица № 6. Количество врачей, посещавших свою квалификацию за последние 10 лет.

Стаж работы	Кол-во человек	% от общего кол-ва терапевтов или хирургов, прошедших обучение	% от числа терапевтов или хирургов с данным стажем
Хирурги			
1-5 лет	-	-	-
6-10 лет	2	66,7	100
11-20 лет	2	33,3	25
21-30 лет	-	-	-
31 и более	-	-	-

Всего	4		
Терапевты			
1-5 лет	3	7,5	42,9
6-10 лет	8	20	72,7
11-20 лет	16	40	51,6
21-30 лет	11	27,5	22,9
31 и более	2	5	6,7
Всего	40		

Однако, и этот незначительный % - 28,3, мог быть еще меньше, т.к. прошли обучение по собственной инициативе всего 11 человек – 7,2% от общего числа врачей – 25,6% от числа врачей, прошедших обучение. Хирургов – 2 человека – 8% от общего числа хирургов – 66,7% от числа хирургов, прошедших обучение. Терапевтов 9 человек – 7,1% от общего числа терапевтов – 22,5% от числа терапевтов, прошедших обучение.

Помимо вышеуказанных требований целесообразно рассмотреть другие формы повышения компетентности врачей, в частности участие врачей в конференциях. Относительно больший процент врачей, участвующих в конференциях 1-2 раза в год за последние 5 лет наблюдался в группах врачей с меньшим стажем (таблица № 7).

Таблица № 7. Участие врачей в конференциях.

Частота посещений	Кол-во врачей	% от общего числа врачей
А. Нет	39	25,6
Б. 1-2 раза за 5 лет	89	58,6
В. 1-2 раза за год	24	15,8
Г. Регулярно	0	0

За последние 5 лет посетили конференции 113 врачей - 74,3%. 93 терапевта - 73,2% (от общего числа терапевтов) и 20 хирургов - 80% (от общего числа хирургов). Чаще всего конференции посещают врачи со стажем в 21-30 лет. Реже всего доктора со стажем более 30 лет. Таблица № 8.

Таблица № 8. Структура врачей, участвующих в конференциях.

Частота посещений	Кол-во врачей	% от общего числа врачей
<i>Терапевты/ Хирурги</i>		
А. Нет	34/ 5	26,8/ 20
Б. 1-2 раза за 5 лет	76/ 13	59,8/ 52
В. 1-2 раза за год	17/ 7	13,4/ 28
Г. Регулярно	0/ 0	0/ 0

Среди причин не посещения конференций наиболее часто врачи указывали отсутствие информации по месту и времени проведения конференции, не выделение средств на посещение конференций в других городах руководством, отсутствие желания у руководства отпускать сотрудников в рабочее время, отсутствие на конференциях полезной и интересной информации.

В результате по собственному желанию конференции посещали только 32 человека (21,1%). Хирургов 5 человек – 20% от общего числа хирургов – 25% от числа хирургов, посещавших конференции. Терапевтов 27 человек – 21,3% от общего числа терапевтов – 29% от числа терапевтов, посещавших конференции.

Т.е. причины непосещения конференций вытекают из общих проблем отечественного здравоохранения. Очевидно и то, что негативный настрой к конференциям максимально выражен у врачей с более высоким стажем работы.

Та же тенденция характерна и для вопроса с медицинской периодикой. Самостоятельно медицинские журналы не выписывает ни один из опрошенных врачей. А % врачей, читающих медицинские журналы, выписываемые медицинскими учреждениями, также резко снижается с возрастом (таблица № 9).

Таблица № 9. Использование медицинской периодики врачами.

Выбранный ответ	Количество врачей	% от общего числа врачей
А. Нет	54	35,5
Б. Очень редко	72	47,4

В. 1-2 раза в месяц	26	17,1
Г. Регулярно	0	0

Распределение хирургов и терапевтов, по ответам на данный вопрос выглядит следующим образом (таблица № 10):

Таблица № 10. Использование медицинской периодики различными специалистами.

Выбранный ответ	Количество врачей	% от общего числа терапевтов или хирургов
Терапевты/ Хирурги		
А. Нет	41/ 13	32,3/ 52
Б. Очень редко	64/ 8	50,4/ 32
В. 1-2 раза в месяц	22/ 4	17,3/ 16
Г. Регулярно	0/ 0	0/ 0

Наиболее часто медицинской периодикой пользуются врачи со стажем работы в 21-30 лет. Меньше всех знакомятся с медицинской литературой доктора со стажем более 30 лет. Что касается посещения врачами медицинских библиотек, никто из опрошенных поликлинических врачей не ответил утвердительно на вопрос «Пользуетесь ли Вы медицинской библиотекой?».

Интернет для повышения своих знаний по медицине используют 14 врачей (9,2%). Из них терапевтов 9 человек - 7,1% от всех терапевтов, хирургов 5 - 20% от всех хирургов (таблица № 11).

Таблица № 11. Использование интернета врачами.

Стаж (годы)	Кол-во врачей	% от терапевтов, пользующихся интернетом	% от терапевтов данного стажа
Терапевты			
1-5	2	22,3	28,6
6-10	3	33,3	27,3
11-20	3	33,3	9,7
21-30	1	11,1	2,1

31 и более	0	0	0
Хирурги			
1-5	1	20	50
6-10	2	40	100
11-20	1	20	25
21-30	1	20	12,5
31 и более	0	0	0

В связи с выявленным в ходе исследования недостаточным систематическим обучением врачей поликлинического звена, решено было исследовать уровень знаний хирургов и терапевтов.

Т.к. в штате всех исследованных поликлиник отсутствуют специалисты по ССЗ, лечением пациентов с данной патологией занимаются терапевты и хирурги общей практики.

Терапевтам были предложены вопросы тестов по кардиологии и периферическим заболеваниям сосудистой системы. Хирургам только по сосудистой патологии (таблица № 12).

Таблица № 12. Ответы врачей на тесты в зависимости от стажа работы.

Стаж работы	% правильных ответов	
	сосудистая патология	Кардиология
	Хирурги	
1-5	93,2±19,0	-
6-10	70,4±32,4	-
11-20	58,3±24,7	-
21-30	44,1±17,5	-
31 и более	32,3±15,5	-
	Терапевты	
1-5	74,3±16,8	92,3±10,1
6-10	67,8±14,1	87,4±10,0
11-20	51,7±9,2	72,2±8,0

21-30	26,8±6,4	63,9±6,9
31 и более	13,2±6,5	45,3±9,1

Средний % правильных ответов среди хирургов 59,6%, у терапевтов по кардиологии -72,2%, по периферическим заболеваниям ССС – 46,8%. Как у терапевтов, так и у хирургов наиболее низкий уровень знаний отмечался при ответах на вопросы связанные с заболеваниями артерий. По венозной патологии результаты были незначительно лучше.

При опросе врачей поликлиник было выявлено, что свои знания по ССП считают необходимым пополнить все 100%, опрошенных врачей. Из них 119 врачей (78,3%) предпочли бы проведение семинаров и лекций в условиях их поликлиник. Такое пожелание высказали 108 терапевтов (85% от всех терапевтов) и 11 хирургов (44% от всех хирургов). Обучение с отрывом от производства предпочли 33 врача (21,7%). 19 терапевтов (15%), 14 хирургов (56%).

Для исследования возможностей проведения курсов лекций ведущими специалистами в области кардиологии и сосудистой хирургии мы провели исследование в двух группах врачей. Группе поликлинических врачей (хирургам и терапевтам) лекции читались на местах (группа А), врачи из второй группы (сердечно-сосудистые хирурги и кардиологи) проходили курс обучения с отрывом от производства, выезжая на лекции в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии РАМН (группа Б). В обеих группах вслед за тестированием по вопросам кардиологии и сосудистой хирургии проводился курс лекций, после чего осуществилось повторное тестирование. Вопросы тестирования составлялись индивидуально для обеих групп. Достоверность различий оценивалась с использованием парного критерия Стьюдента (t).

Уровень правильных ответов до проведения курса лекций не отличался статистически значимо в двух группах ни по вопросам хирургии, ни по кардиологии (таблица № 13).

Таблица № 13. Уровень ответов врачей в разных группах.

Врачи	Группы	Кол-во врачей	ССХ* до лекций	ССХ после лекций	Разница до и после	Кард. до лекций	Кард.* после лекций	Разница до и после
Хирурги	А	25	59,6	79,9	20,3	-	-	-
	Б	44	70,2	89,8	19,6	-	-	-
Терапевты	А	64	-	-	-	72,2	90,3	18,1
	Б	82	-	-	-	75,1	94,4	19,3

* ССХ - сердечно-сосудистая хирургия

*Кард. – кардиология

В среднем в группе А после проведения курса лекций уровень правильных ответов повысился на 19,2%, в группе Б - на 19,6%, статистически значимых отличий между результатами, полученными в двух группах, не обнаружено.

При опросе большинство хирургов высказали желание обучаться в крупных медицинских центрах, что обусловлено их желанием находится непосредственно в операционной. Решить эту проблему помогут интернет-технологии, позволяющие наблюдать за ходом оперативного вмешательства даже в on-line режиме.

Однако самостоятельно, из исследованной группы врачей поликлиник, интернет для повышения своих знаний по медицине используют 14 докторов (9,2%). Из них терапевтов 9 человек - 7,1% от всех терапевтов, хирургов 5 - 20% от всех хирургов.

При этом, на вопрос: «Хотели бы Вы иметь возможность получить ответ на медицинский вопрос или проконсультироваться

пациента у другого специалиста через интернет в системе on-line?»
положительный ответ дали все опрошенные врачи.

В связи с большой распространенностью данного вида технологий решено было изучить различные англо- и русскоязычные сайты, предоставляющие медицинскую информацию для врачей и неспециалистов. Были выявлены положительные и отрицательные стороны использования интернета (таблица № 14).

Таблица № 14. Плюсы и минусы медицинских интернет-сайтов.

Положительные стороны:	Отрицательные стороны:
Дешевый способ получения информации	Отсутствие крупных интернет библиотек (в РФ)
Повсеместная доступность	Возможность размещения на сайтах ложной информации
Способность доставлять информацию на большие расстояния	Дезорганизованность информации
Возможность проведения телеконференций для специалистов	Избыток информации (болезнь медицинской информации)
Существование медицинских сайтов для специалистов и пациентов с возможностью получения интересующей информации через них	Непонятность широкому потребителю из-за наличия большого количества медицинских терминов
Анонимность и возможность получения бесплатной информации у специалиста	
Существование On-line групп поддержки	
Повышение информированности населения, приводящее к улучшению исходов заболевания и снижения затрат	

на здравоохранение	
--------------------	--

Для улучшения качества получаемой медицинской информации населением через интернет необходимо создание «цензурного органа», состоящего из медицинских работников и юристов, следящего за всей расположенной в медицинских сайтах информацией.

Кроме выявления уровня знаний и степени компетентности докторов амбулаторного звена, задачами исследования было выявление качества и объема оказания медицинской помощи пациентам с ССЗ и, в частности, пациентам с атеросклеротическим поражением артерий. По каждому из 5 исследуемых медицинских учреждений была заполнена анкетная форма.

В штат исследованных поликлиник входили следующие специалисты (таблица № 15):

Таблица № 15. Оснащенность поликлиник специалистами.

Специальности врачей	Кол-во поликлиник, где имеются требуемые специалисты	% от общего количества исследуемых поликлиник
Кардиолог	3	60
врач функциональной диагностики, владеющий методиками УЗАС и УЗДГ	3	60
врач функциональной диагностики, владеющий методикой эхокардиографии	3	60
Физиотерапевт	5	100
Невролог	5	100
Эндокринолог	5	100
Психолог	2	40
сосудистый хирург	0	0
Диетолог	0	0

Нарколог	0	0
----------	---	---

Изучение оснащенности поликлиник дало следующие результаты (таблица № 16):

Таблица № 16. Оснащенность поликлиник оборудованием и кабинетами.

Кабинеты или аппаратура	Количество поликлиник	% от всех исследуемых поликлиник
физиотерапевтический кабинет	5	100
процедурный кабинет	3	60
Стационар одного дня	4	80
аппаратура для РВГ	1	20
УЗ аппаратура, позволяющая исследовать сосудистую систему	3	60
аппаратура для ЭКГ	5	100
аппаратура для эхокардиографии	3	60

Проведенное обследование выявило, что ограниченность площадей, плохое бюджетное обеспечение, отсутствие необходимых законодательных актов не позволяет содержать в штате поликлиник всех необходимых для лечения пациентов с ССЗ специалистов, проводить полноценное обследование и адекватную до- и послеоперационную терапию.

Все это приводит к тому, что для постановки диагнозов и стадии заболевания врачи вынуждены направлять пациентов в КДЦ, где из-за большой загруженности учреждения, необходимого исследования требуется ждать месяцами.

В случае подозрения на острую патологию, при отсутствии возможности проведения УЗИ, доктора поликлиник вынуждены госпитализировать всех больных. Это приводит к колоссальным затратам. И зачастую они оказываются необоснованны, т.к. после проведения УЗИ поставленные диагнозы снимаются и пациенты отпускаются домой или возникает необходимость перевозки их в

больницы другого профиля. При этом идет потеря времени, приводящая к увеличению % инвалидизации и смертности. По данным МЗ РФ 80% финансовых средств выделяемых на здравоохранение расходуется на госпитализированных пациентов. В тоже время, результаты специальных исследований свидетельствуют, что от 20 до 50% лиц, получающих лечение в стационаре, направлены на госпитализацию не обоснованно и могли бы получать более эффективную и менее дорогостоящую медицинскую помощь в условиях дневных стационаров поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому (приказ МЗ РФ от 09.12.99 « Об организации деятельности дневных стационаров в ЛПУ»).

Вследствие отсутствия всех необходимых для составления полноценной программы лечения узких специалистов, терапию для больных атеросклерозом пациентов назначают терапевты или хирурги общей практики. Хирургов общего профиля в штате исследованных поликлиник насчитывается от 2 до 5 (в среднем $3,8 \pm 1,3$). В среднем на одного хирурга прикреплено 15074 ± 1879 человек. Количество терапевтов составляет от 15 до 42 ($24,4 \pm 10,8$). В среднем на одного терапевта прикреплено 2374 ± 234 человека. За час хирурги принимают $9,5 \pm 5,3$ пациента. У терапевтов количество пациентов за час составляет $6,4 \pm 2,3$. Таким образом, выходит, что в среднем хирург тратит 6-7 минут на одного пациента. Такого времени, разумеется, катастрофически мало, и врач не имеет возможности полностью разобраться в анамнезе заболевания. В результате на вопрос: «Сталкивались ли Вы с тем, что пациентам назначаются лекарства или процедуры, вредящие или противопоказанные при сопутствующей патологии, из-за неполного

опроса или осмотра?» ответили «Да» 91 специалист (59,9%).

Многие пациенты избегают поликлиник, из-за того, что, просидев несколько часов в очереди, они так и не получают должного внимания со стороны врача. Такие больные часто обращаются за медицинской помощью уже на конечных стадиях заболевания, когда сохранить им пораженную конечность и даже жизнь становится чрезвычайно сложно и дорого.

Сократить время приема пациента, без ущерба для него, поможет введение в практику электронной истории болезни (ЭИБ). Это медицинский документ, отражающий течение болезни пациента, его лечение в медицинском учреждении и результаты лечения.

Одной из важнейших задач стандарта является создание основ для формирования единого информационного пространства здравоохранения, обеспечивающего лечащих врачей и службы скорой помощи всеми данными о пациенте вне зависимости от того, в какой медицинской организации они получены.

Опрошенные врачи на вопрос: «Считаете ли Вы нужным, пациенту иметь вместо нескольких медицинских карт в каждом учреждении, куда он обращался, единую ЭИБ, где будут указаны полностью все диагнозы, медицинские назначения и проводимые когда-либо исследования?» все ответили «Да».

Отсутствие ЭИБ у пациентов часто приводит к тому, что пациентам повторно назначаются одни и те же исследования, зачастую дорогостоящие и небезопасные для здоровья человека. Это подтверждают и полученные по опросам врачей данные.

На вопрос: «Всегда ли пациент предоставляет Вам всю полную информацию о своем заболевании (выписки из историй

болезни о проводимых операциях, прошлые анализы крови, заключения УЗИ и т.д.)?» 61,8% (94 врача) ответили, что пациенты предоставляют всю имеющуюся у них на руках документацию по заболеванию примерно в 50% случаев, 58 врачей (38,2%) считают, что такая ситуация бывает только в 25% случаев.

При вопросе: «Приходилось ли Вам направлять пациента на исследования, несмотря на то, что больной их уже недавно проходил, т.к. он не может предоставить Вам заключение?» Все врачи выбрали ответ «Да». 71 врач (46,7%) назвали примерный % пациентов, направляемых на повторные исследования равный 50%, остальные 53,3% (81 человек) считают, что таких пациентов примерно 25%.

Еще одна проблема отсутствия единой медицинской карты и быстрого опроса пациентов назначение одних и тех же препаратов под разными коммерческими названиями. На вопрос: «Сталкивались ли Вы с тем, что пациентам назначаются различными врачами одни и те же препараты под разными названиями или препараты одной группы и пациент их принимает одновременно?» Ответ «Да» выбрали 131 врач (86,2%). 122 врача (80,3%) считают, что встречались с этим в 30-40% случаев. 30 специалистов (19,7%) назвали цифру 10-20%.

По неофициальным данным Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, использование программного обеспечения на 30-50% снижает количество врачебных ошибок, таких как назначение несовместимых препаратов и решает проблему ошибочных назначений, сделанных из-за неразборчивых почерков.

При опросе врачей выяснилось, что почти каждый третий

пациент поликлиник нуждается в консультации сосудистого хирурга (142 врача - 93,4% указали примерный % равный 30-40%, 10 врачей - 6,6% считают эту цифру равной 50-60%). Однако в настоящий момент не существует нормативных документов, позволяющих иметь такую ставку в штате поликлиник.

Проконсультировать пациентов у специалистов в других учреждениях для врачей поликлиник тоже достаточно затруднительно. Это отметили 124 (81,6%) респондента. Наиболее частые из приводимых докторами причины следующие:

- А. Отсутствует информация, в какие медицинские учреждения, с какой патологией можно направлять пациентов.
- Б. Больницы не хотят госпитализировать к себе пациентов без острой патологии, не требующей экстренной операции.
- В. Крайне ограниченное количество учреждений, где можно получить консультацию специалиста без госпитализации пациента.

В результате названных причин 124 врача (81,6%) - 25 хирургов (100% от всех хирургов) и 99 терапевтов (78% от всех терапевтов) ответили, что предпочитают направлению пациентов в специализированные сосудистые центры, самостоятельное их лечение.

Кроме того 64,5% врачей (98 человек) отметили, что примерно 25-30% пациентов отказываются даже от экстренной госпитализации из-за:

- А. отсутствия нормального ухода в больницах
- Б. необходимости собирать большое количество анализов и консультаций специалистов для госпитализации
- В. страха потерять работу из-за длительного больничного листа.

Но даже если человек попадает на разовую консультацию к

сосудистому хирургу, написанные им рекомендации практически никогда не выполняются. 65,1% (99) врачей считают, что в 75% случаев пациенты принимают не в полном объеме препараты, назначаемые сосудистым хирургом, 22,4% (33 врача), что в 50% и 13,2% (20 врачей), что в 25%. Причины:

А. Очень дорогие препараты.

Б. Одновременно различными специалистами назначаются несколько препаратов, и пациенты принимают их в большом количестве.

В. Пожилые пациенты путаются в назначениях, сделанных докторами.

Однако, по уже названным выше причинам, у врачей поликлиник нет времени на длительные беседы с пациентами. Для упрощения процесса они прописывают 1-2 препарата пожизненно и на этом заканчивают лечение.

102 врача (67,1%) ответили, что в основном выписывают только препараты, входящие в список льготных лекарств. 21,1% врачей (32 человека) выполняют рекомендации сосудистого хирурга в 50% случаев.

Среди названных причин:

А. Очень много, одновременно выписанных, препаратов.

Б. Смена препаратов на более дешевые аналоги, или препараты, входящие в список льготных лекарств.

Только 18 врачей (11,8%) ответили, что всегда выполняют назначения сосудистого хирурга.

При анкетировании докторов было выявлена еще одна проблема. Оказалось, что не все врачи понимают важность реабилитационных мероприятий у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выяснилось, что психологи числились в штате 60% поликлиник, но ни один врач не направлял к ним больных с ССЗ, а 89 человек (58,6%) подчеркнули, что вообще не видят смысла в этом. Только 33 врача (21,7%) регулярно направляют своих пациентов на лечение к эндокринологу. Из них нет ни одного хирурга. К физиотерапевтам своих пациентов направляют на лечение только 15,1% (23 человека) из опрошенных врачей.

Для сравнения результатов лечения пациентов, постоянно наблюдающихся у врачей и эпизодически посещающих медицинские учреждения, в феврале 2008 года при проведении ежегодного профессионального медицинского осмотра работающего населения, на базе МСЧ № 51, было отобрано 128 человек с заболеваниями периферической сосудистой системы. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице № 17.

Таблица № 17. Распределение пациентов по возрасту.

Возраст	Кол-во человек	% (от общего кол-ва пациентов)
30-40	14	10,9
41-50	25	19,6
51-60	52	40,6
61-70	37	28,9

У всех, отобранных пациентов, с патологией венозной и артериальной систем были начальные стадии заболеваний, не требующие оперативного лечения на момент осмотра (таблица № 18).

Таблица № 18. Выявленная патология периферической сосудистой системы.

Заболевание и стадия	Кол-во человек	% (от общего кол-ва пациентов)

ВБНК ХВН I ст	21	16,4
ВБНК ХВН II ст	37	28,9
ПТФБ	22	17,2
Атеросклероз н/к I ст	19	14,8
Атеросклероз н/к II ст	29	22,7

Все отобранные пациенты были разделены на 2 равные группы. Пациенты первой группы были поставлены на диспансерный учет («Д» учет), подразумевающий под собой осмотр хирургом поликлиники 2 раза в год, назначение и коррекцию проводимого лечения, сдачу анализов крови на гемостаз, общего анализа крови, биохимического анализа крови и УЗАС сосудистой системы. При необходимости, пациенты получали консультации у эндокринолога и невролога. Пациенты второй группы не были взяты под наблюдение (таблица № 19).

Таблица № 19. Распределение пациентов на группы.

Заболевание и стадия	Пациенты, состоящие на «Д» учете	Пациенты, не состоящие на учете
	% от пациентов с данным заболеванием и стадией	
ВБНК ХВН I ст	10 (47,6%)	11 (52,4%)
ВБНК ХВН II ст	19 (51,4%)	18 (48,6%)
ПТФБ	11 (50%)	11 (50%)
Атеросклероз н/к I ст	9 (47,4%)	10 (52,6%)
Атеросклероз н/к II ст	15 (51,7%)	14 (48,3%)

Ниже приведены схемы лечения пациентов (схема 1-5) с различными стадиями и формами заболеваний, взятых на «Д» учет, но стоит отметить, что к каждому пациенту применялся индивидуальный подход.

Схема № 1. Лечение пациентов с ВБНК I стадии.

I. Общие рекомендации

II. Эластическая компрессия 1 класса (18-21 мм рт.ст.)

III. Лекарственная терапия

1.Венотоники (детралекс, троксевазин, венорус по 1т 2 раза в день 1-2 месяца 2 раза в год, флебодиа 600 1 т 1 раз в день 1 месяц 3 раза в год)

2.Витамины А,Е,С.

Схема № 2. Лечение пациентов с ВБНК, ПТФБ ХВН II стадии.

I. Общие рекомендации

II. Эластическая компрессия 2 класса (23-32 мм рт.ст.)

III. Физиотерапия

IV.Лекарственная терапия

Пункт 1-2 см схему № 1.

3.Вобэнзим 3-5 таблеток 3 раза в день 1 месяц 2 раза в год при выраженном лимфостазе, чередуя с приемом венотоников

4.Антиагреганты (трентал 400 мг, курантил 75 мг, ксантинола никотинат 300 мг 3 раза в день 3 месяца 2 раза в год)

5.Актовегин, витамин Ф 99 полужирный крем 1 раз в день при гиперпигментации, индурации, дерматите кожных покровов на нижних конечностях

6.Актовегин 2,0 в/м 1 раз в день № 20 при гиперпигментации, индурации, дерматите кожных покровов на нижних конечностях

Схема № 3. Лечение пациентов с ВБНК, ПТФБ ХВН III стадии.

I. Общие рекомендации

II. Эластическая компрессия 2 класса (23-32 мм рт.ст.)

III. Физиотерапия

IV.Лекарственная терапия

Пункт 1-2 см схему № 1.

3.ТромбоАсс 100 мг, Кардиомагнил 75 мг 1 раз в день постоянно

4.Трентал 10,0 Реополиглюкин 200,0 в/в кап 1 раз в день № 10 2
раза в год

5.Актовегин 5,0 в/в кап 1 раз в день № 10

6.Антиагреганты после курса в/в инъекций

7.Актовегин 4,0 в/м 1 раз в день №10 после курса в/в инъекций

8.Р-р куриозина, эплана, бетадина на язвы 1 раз в день

9.Актовегин, локоид, вит. Ф 99 полужирный крем, 1 р/д вокруг язв

Схема № 4. Лечение пациентов с атеросклерозом н/к ХАН I стадии.

I. Общие рекомендации

II. Лекарственная терапия

1.Контроль глюкозы в крови при СД под контролем эндокринолога

2.Контроль холестерина под контролем терапевта

3.Витамины А,Е,С.

4.ТромбоАсс 100 мг, Кардиомагнил 75 мг 1 раз в день постоянно

5.Антиагреганты

Схема № 5. Лечение пациентов с атеросклерозом н/к ХАН IIa – IIб
стадии.

I. Общие рекомендации

II. Лекарственная терапия

Пункты 1-4. См в схеме № 4.

5.Трентал 10,0 Реополиглюкин 200,0 в/в кап 1 р/д № 10 2 раза в год

6.Ксантинола никотинат 2,0 в/м 1 раз в день № 20 (после курса в/в
инъекций

7.Актовегин 5,0 в/в кап 1 раз в день № 10

8.Актовегин 4,0 в/м 1 раз в день №10 после курса в/в инъекций

9.Антиагреганты в таблетках после курса в/м инъекций

10.Сулодексид 2,0 Физ р-р 200,0 в/в 1 раз в день №15

11.Сулодексид 1к 3 раза в день 40 дней после курса в/в инъекций

Пациенты обеих групп были повторно осмотрены в 2010 году. За 3 года 36 пациентов (28,1% от общего количества пациентов) отметили у себя ухудшение состояния (таблица № 20), 17 (13,3%) пациентам было проведено оперативное лечение, в связи с прогрессированием заболевания (таблица № 21).

Таблица № 20. Пациенты, отметившие ухудшение состояния за период наблюдения.

Заболевание и стадия	Пациенты, состоящие на «Д» учете	Пациенты, не состоящие на учете
ВБНК ХВН I ст	1 (10%)	2 (18,2%)
ВБНК ХВН II ст	4 (21,1%)	8 (44,4%)
ПТФБ	2 (18,2%)	5 (45,5%)
Атеросклероз н/к I ст	2 (22,2%)	3 (30%)
Атеросклероз н/к II ст	3 (20%)	7 (50%)
Всего	12 (18,8% от данной группы)	25 (39,1% от данной группы)

Таблица № 21. Пациенты, перенесшие оперативное лечение.

Заболевание и стадия	Пациенты, состоящие на «Д» учете	Пациенты, не состоящие на учете
ВБНК ХВН II ст	3 (10,3%)	7 (24,1%)
Атеросклероз н/к II ст	2 (8,3%)	5 (20,8%)
Всего	5 (7,8% от данной группы)	12 (18,8% от данной группы)

21 (16,4%) пациент после проведения очередного профосмотра был отстранен от профессиональной деятельности в связи с выраженными стадиями заболеваний ССС (приказ № 90 МЗ РФ от 14.03.1996 года «О порядке проведения предварительных и

периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии») (таблица № 22).

Таблица № 22. Пациенты, отстраненные от своей профессиональной трудовой деятельности.

Заболевание и стадия	Пациенты, состоящие на «Д» учете	Пациенты, не состоящие на учете
ВБНК ХВН II ст	4 (13,8%)	8 (27,6)
Атеросклероз н/к IIa ст	3 (12,5%)	7 (29,2%)
Всего	7 (10,9% от данной группы)	15 (23,4% от данной группы)

Проведенное нами анкетирование врачей московских поликлиник и 3-х летнее наблюдение за пациентами с ССП доказывает необходимость постоянного пожизненного контроля за такими больными. Однако осуществление такого контроля в условиях поликлиник не представляется возможным. Выходом из данной ситуации может служить организация районных (окружных) центров ССП.

82,9% врачей поликлиник, участвующих в анкетировании поддерживают идею создания таких центров. При ответе на вопрос: «Считаете ли Вы необходимым организацию сердечно-сосудистых центров в каждом районе или округе для контроля, лечения и п/о реабилитации больных с ССЗ (А) или считаете необходимым их лечить в условиях обычной поликлиники сосудистым хирургом (В), которого необходимо держать в штате сотрудников?

Ответ «А» и «Б» выбрали 92 врача (60,5%). А – 34 (22,4%), Б – 26 (17,1%).

Однако опрос специалистов выявил у врачей низкую осведомленность о необходимости комплексного подхода к лечению и реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями. Ниже представлены специальности, которые, по мнению врачей поликлиник, должны входить в штат сотрудников районных центров сердечно-сосудистой патологии (таблица № 23).

Таблица № 23. Специальности, входящие, по мнению врачей поликлиник, в штатное расписание сотрудников районных центров ССП.

Выбранные врачами специальности	Количество врачей, выбравших данную специальность	% врачей, выбравших данную специальность
Сосудистый хирург	152	100
Кардиолог	97	63,8
Врач функциональной диагностики	81	53,3
Физиотерапевт	53	34,9
Эндокринолог	19	12,5
Диетолог	12	7,9
Нарколог	0	0
Психолог	0	0

На самом же деле, для оказания качественной медицинской помощи больным с ССЗ, в структуру таких центров должны входить отделения и специалисты, представленные в схеме №6.

В задачи центров будут входить:

Раннее выявление заболеваний

Консервативная терапия в догоспитальном периоде

Своевременное направление на госпитализацию

Реабилитация в постгоспитальном периоде.

Схема № 6. Структура районного центра сердечно-сосудистой патологии.



Постоянное наблюдение за больными на протяжении всей их жизни позволит: затормозить процессы прогрессирования заболеваний, уменьшить количество пациентов требующих оперативного лечения, проводить ежегодные курсы инъекционной терапии без госпитализации, сократить сроки пребывания пациентов в стационарах, облегчить и оптимизировать процесс реабилитации, синхронизированный с лечением.

Все эти меры приведут к снижению затрат на госпитализацию (основная статья расходов в оказании помощи населению), выплат по листкам нетрудоспособности, разгрузят стационары и поликлиники, снизят количество инвалидов пенсионного и, что более важно, трудоспособного возраста.

ВЫВОДЫ

1. При проведении профессиональной оценки знаний у хирургов и терапевтов поликлинического звена медицины выявлен низкий уровень компетентности по заболеваниям ССС. Кроме этого, была отмечена четкая картина снижения имеющихся у врачей знаний с увеличением стажа работы специалистов.

2. Выявлен низкий процент посещаемости учебных мероприятий, направленных на повышение знаний врачей по их специальностям в связи с отсутствием заинтересованности докторов и руководства медицинских учреждений в повышении квалификации сотрудников поликлиник.

3. Проведено сравнение различных методов повышения квалификации врачей по ССП. На рабочих местах без отрыва от производства и с отрывом от производства на базе крупных научных медицинских центров. Обучение по обоим перечисленным методам дало повышение знаний обучающихся примерно на 20%. В

связи с отсутствием статистически значимых отличий между результатами, экономически более выгодным для руководителей ЛПУ и специалистов является метод повышения квалификации врачей без отрыва от производства с приглашением преподавателей из ведущих медицинских учреждений.

4. Выявлено, что отсутствие в поликлиниках ставки сосудистого хирурга, соответствующего оборудования и всех требуемых специалистов не позволяет проводить в полной мере диагностику, лечение и полноценную реабилитацию пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях городской поликлиники.

5. Показано, что использование интернет-технологий в медицинской практике позволит получать экспресс консультации от ведущих медицинских центров, что существенно поможет врачам первичного звена в диагностике и лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и снизит экономические затраты, связанные с проведением курсов повышения квалификации врачей.

6. Проведена оценка значимости получения медицинской информации пациентами через интернет сайты. Изучены положительные и отрицательные стороны получения такого вида информации. Предложены меры по устранению недостатков и улучшению качества подачи информации через интернет населению РФ.

7. Доказана необходимость создания единой электронной базы данных и ведение ЭИБ пациентов с ССП.

8. Доказано, что консервативное лечение сосудистых заболеваний нижних конечностей, проводимое в результате активного диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях, значительно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений, улучшает общее

состояние больных и позволяет в 2 раза снизить количество пациентов, нуждающихся в оперативном вмешательстве.

9.Создание сети окружных (районных) центров лечения и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, включающих в свой штат всех необходимых специалистов для проведения полноценной диагностики и лечения в до- и после операционном периодах позволит сократить количество необоснованных госпитализаций, пребывание пациентов в стационаре и окажет помощь врачам амбулаторного звена в диагностике и лечении пациентов с данной патологией.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1.Для увеличения заинтересованности руководства ЛПУ в повышении квалификации своих сотрудников, руководителям ДЗ рекомендовано проводить распределение ежегодно выделяемых денежных квот с учетом среднего уровня знаний и умений медицинского персонала учреждения и введения в практику системы выдачи лицензии на различные виды деятельности не медицинским учреждениям, а непосредственно специалистам под определенный вид деятельности на ограниченный срок. С последующим продлением или изъятием лицензии после экзаменационного подтверждения уровня знаний врача.

2.Руководителям ЛПУ рекомендовано создание системы оплаты труда врачей на основе регулярного ежегодного тестирования (по типу единого государственного экзамена), в соответствии с чем, на заработную плату специалистов будет влиять профессиональный уровень врачей, количество врачебных ошибок, а не их стаж, звания и регалии, что будет способствовать заинтересованности врачей в самообразовании.

3.Руководителям ЛПУ заключить соглашения с ведущими клиниками МЗ и РАМН о проведение ежегодных курсов повышения квалификации врачей на рабочих местах с приглашением лекторов из крупных медицинских центров и использованием интернет-технологий в целях повышения уровня знаний специалистов медицинских учреждений амбулаторного звена, что приведет к значительной экономии денежных средств, как медицинских учреждений, так и самих специалистов.

4.Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов рекомендовано создание сайта для получения специалистами интересующей их квалифицированной информации в режиме on-line. Для этого к работе со специализированными интернет-сайтами следует привлекать высококвалифицированных специалистов из различных областей с целью создания службы «интернет-дежурств» медицинских специалистов.

5.Государственной Думе РФ рекомендовано изменение в законодательстве РФ, дающее возможность введения юридической и уголовной ответственности за размещение ложной информации в общедоступных медицинских сайтах. Для контроля этих сайтов необходимо создание такого органа, как «интернет-полиция». Входящие в него специалисты должны иметь высшее медицинское образование.

6.МЗ РФ для обеспечения обмена полноценной информацией между медицинскими учреждениями, сокращения времени приема пациентов, проведения экспертной оценки, клинического аудита, анализа результатов, статистического учета и т.д., рекомендовано введение в медицинскую практику электронной истории болезни.

7.Руководителям ЛПУ контролировать постановку пациентов с ССП «Д» учет врачами поликлиник и проводить разъяснительные работы с медицинским персоналом о необходимости комплексного подхода в лечении и постоянного наблюдения за пациентами с данной патологией.

8.МЗ РФ для раннего выявления ССП у населения, консервативной терапии заболеваний в догоспитальном периоде, своевременного направления на госпитализацию и реабилитации в постгоспитальном периоде рекомендовано создание сети районных или окружных центров «консервативного лечения и реабилитации пациентов с ССП».

Список работ, опубликованных по теме диссертации

- 1.Кайли А.Е. Организация амбулаторной помощи больным с атеросклеротическими заболеваниями периферических сосудов./Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 56-60.
- 2.Кайли А.Е. Мотивация к работе у врачей первичного звена, оказывающих помощь больным с сосудистыми заболеваниями./ Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 1. – С. 7-11.
- 3.Ступаков И.Н. Пути оптимизации последипломного образования врачей./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 1. – С. 19-21.
- 4.Кайли А.Е. Создание сети сосудистых центров с позиции врачей первичного звена./ Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 4. – С. 79-82.
- 5.Кайли А.Е. Роль ангиологов в оказании помощи больным с сосудистыми заболеваниями./ Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им.

А.Н. Бакулева РАМН. – 2010. – Т. 11, № 5. – С. 69-73.

6.Бокерия Л.А. Организация реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е. // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2009. – Т. 10, № 3. – С. 79-83.

7.Бокерия Л.А. Интернет в помощь больным с периферическими сосудистыми заболеваниями./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.//Клиническая физиология кровообращения. – 2008. - № 4. – С. 19-22.

8.Бокерия Л.А. Интернет-технологии в непрерывном образовании врачей./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2011. – Т.12, № 2. – С. 81-85.

9.Кайли А.Е. Информационная проблема на амбулаторном этапе оказания сердечно-сосудистой помощи населению./ Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2011. – Т. 12, № 5. – С. 84-88.

10.Ступаков И.Н. Последипломное образование врачей, оказывающих помощь больным с сосудистыми заболеваниями./Ступаков И.Н., Кайли А.Е.// Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.– 2011. – Т. 12, № 2. – С. 86-90.

11.Ступаков И.Н. Автоматизированная история болезни в сердечно-сосудистой хирургии./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е., Лужецкий А.С.// Уральский медицинский журнал.– 2012. – № 5. - С. 110-113.

12.Кайли А.Е. Сосудистый центр: модель мультидисциплинарной помощи больным с патологией периферических сосудов./ Кайли А.Е.// Хирург.– 2012. – № 2 – С. 54-57.

13.Кайли А.Е. Диспансерный учет пациентов с заболеваниями периферических сосудов в условиях поликлиники./ Кайли А.Е.//

Анналы хирургии.– 2011. № 5. – С. 62-64.

14.Кайли А.Е. Диагностика и лечение заболеваний периферических сосудов. Возможности городских поликлиник./ Кайли А.Е.// Хирург. – 2012. - № 3 – С. 62-70.

15.Кайли А.Е. Проблемы в области оказания помощи пациентам с болезнями периферических сосудов на амбулаторном этапе./ Кайли А.Е.// Уральский медицинский журнал. - № 5. – С. 102-105.

16.Кайли А.Е. Положительные стороны постановки пациентов на «Д» учет./ Кайли А.Е.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 282.

17.Бокерия Л.А. Организация реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.// XII ежегодная сессия научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва – 2009. – С. 75.

18.Ступаков И.Н. Последипломное образование врачей поликлиник./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 330.

19.Ступаков И.Н. Тестирование, как метод проверки и закрепления знаний в последипломной подготовке врачей./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е.// XII ежегодная сессия научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва – 2009. – С. 89.

20.Бокерия Л.А. Интернет в помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 322.

21.Бокерия Л.А. Интернет для врачей./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.//

- 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 325.
22. Кайли А.Е. Информационная проблема в медицине./ Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 328.
23. Ступаков И.Н. Сердечно-сосудистые центры консервативного лечения - оптимизация оказания медицинской помощи населению./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 282.
24. Кайли А.Е. Тестирование поликлинических врачей, оказывающих помощь больным с сосудистыми заболеваниями./ Кайли А.Е.// XII ежегодная сессия научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва – 2009. – С. 80.
25. Кайли А.Е. Районные центры консервативного лечения сердечно-сосудистой патологии – мнение врачей поликлиник./ Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 329.
26. Ступаков И.Н. Последипломное образование поликлинических врачей, оказывающих помощь больным с сосудистыми заболеваниями./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е. // XII ежегодная сессия научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва – 2009. – С. 89.
27. Ступаков И.Н. Электронная история болезни – решение проблем поликлинических врачей./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е., Лужецкий А.С.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 276.

- 28.Кайли А.Е. Ангиология в поликлиниках./ Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 328.
- 29.Кайли А.Е. Проблемы оснащённости поликлиник./ Кайли А.Е.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 282.
- 30.Кайли А.Е. Мотивация к работе врачей поликлиник./ Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 328.
- 31.Ступаков И.Н. Электронная история болезни – правовые вопросы./ Ступаков И.Н., Кайли А.Е., Лужецкий А.С.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 283.
- 32.Кайли А.Е. Оснащённость поликлиник специалистами для лечения пациентов с атеросклеротическими заболеваниями периферических сосудов./ Кайли А.Е.// XII ежегодная сессия научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с всероссийской конференцией молодых ученых. – Москва – 2009. – С. 80.
- 33.Бокерия Л.А. Проблемы использования медицинской информации из интернета не специалистами./ Бокерия Л.А., Кайли А.Е.// 15 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва. – 2009. – С. 325.
- 34.Кайли А.Е. Качество оказываемой помощи сердечно-сосудистым пациентам в условиях городских поликлиник./ Кайли А.Е.// 17 Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов. – Москва – 2011. – С. 282.