АЛГОРИТМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ 65 ЛЕТ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ С ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Проект в номинации

Системные решения в здравоохранении

Организация

ООО "ММЦ Медикал Он Груп - Одинцово"

Участники проекта

Волков Павел Сергеевич
Главный врач
Одинцово
ООО "ММЦ Медикал Он Груп - Одинцово"

Внедрение алгоритма в клиническую практику способствовало повышению доступности первичной медико-санитарной специализированной и стационарной рентгенэндоваскулярной помощи для пациентов старших возрастных групп, которая составила 100%.

Описание проекта

Клинико-организационный анализ амбулаторно-поликлинической помощи пациентам старших возрастных групп при сердечно-сосудистых заболеваниях свидетельствует о низкой доступности первичной медико-санитарной специализированной помощи, обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью при хирургических заболеваниях сердца и сосудов пациентов ≥65 лет в структуре возрастов в 29% случаев, о полиморбидности заболеваний сердца и сосудов у пациентов ≥65 лет, низкой приверженности пациентов ≥65 лет хирургической помощи и преимущественном выборе сердечно-сосудистыми хирургами консервативной стратегии лечения при облитерирующих заболеваниях артерий у пациентов ≥65 лет (плановая хирургическая помощь при заболеваниях сердца и сосудов оказана 5,66% пациентов с ССЗ).

Приверженность пациентов ≥65 лет хирургическому лечению при ССЗ при условии выбора сердечно-сосудистым хирургом рентгенэндоваскулярного

способа оперативного лечения, как альтернативы «традиционной» хирургической операции, установлена высокой и составила 99,5%.

Алгоритм амбулаторно-поликлинической помощи пациентам ≥65 лет при ССЗ разработан в аспекте принятия персонифицированного клинико-организационного решения на этапе первичной медико-санитарной специализированной помощи с целью совершенствования медико-социальной и клинико-экономической эффективности сердечно-сосудистой помощи.

Алгоритм включает главные технологические процессы: выполнение амбулаторно-поликлинической помощи сердечно-сосудистыми хирургами, владеющими хирургической (техникой сосудистого шва, сосудистого шунтирования и протезирования) и рентгенэндоваскулярной технологиями лечения заболеваний сердца и сосудов с целью объективного персонифицированного выбора эффективного и безопасного способа лечения пациентов; пациент-ориентированный подход; оценку рисков, преимуществ, сложностей и прогноза лечения и заболевания; экспертную оценку сердечно-сосудистыми хирургами клинической реализации различных стратегий лечения; оценку предпочтений пациента; мультидисциплинарный консилиум оценки рисков и прогноза. Управление реализацией всех последовательных процессов алгоритма осуществляет сердечно-сосудистый хирург.

Разработка и внедрение алгоритма в клиническую практику в аспекте преемственности амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи способствовали повышению доступности хирургической рентгенэндоваскулярной технологии для пациентов старших возрастных групп на стационарном этапе (100%), повышению структурной и общей хирургической активности отделения сосудистой хирургии с 5,99% до 98,5% (p=0,0015) и с 7% до 98,9% (p=0,0015), соответственно; сокращению длительности среднего и послеоперационного койко-дня стационарного лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при оказании преимущественно хирургической стационарной помощи с 9,5 до 6,8 суток и с 7,2 до 4,12 суток соответственно (p<0,05), уменьшению частоты повторных госпитализаций пациентов в стационар в течение текущего года по поводу прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваниях по сравнению с консервативным лечением с 3,1±0,2 до 1,6±0,4 раз в год соответственно (p<0,05). Прямые затраты на оказание консервативной и хирургической помощи с применением рентгенэндоваскулярной технологии в течение года достоверно не отличались - 287,68 и 302,4 тыс. рублей (p>0,05).

Непосредственная ангиографическая и клиническая эффективность при хирургическом рентгенэндоваскулярном лечении хронических сердечно-

сосудистых заболеваний в период 1-30 суток после операции составила 100%.

Отдаленная клиническая эффективность хирургического лечения (2-24 месяца) составила 88,15%. Частота рецидива хронической ишемии нижних конечностей составила 11,8%, включая критическую ишемию нижних конечностей (0,47%). Двухлетняя выживаемость пациентов составила 100%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ и клинико-диагностических центров и поликлиник при организации первичной медико-санитарной специализированной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях пациентам старших возрастных групп с показаниями к хирургическому лечению внедрить алгоритм амбулаторно-поликлинической помощи в аспекте повышения приверженности хирургической помощи.

2. Врачам сердечно-сосудистым хирургам и кардиологам клинико-диагностических центров и поликлиник при оказании первичной медико-санитарной специализированной помощи пациентам пожилого возраста учитывать полиморбидность заболеваний сердца и сосудов и использовать в практике алгоритм амбулаторно-поликлинической помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях в аспекте повышения приверженности хирургической помощи.

3. Врачам сердечно-сосудистым хирургам совершенствовать свои компетенции и квалификацию путем овладения навыками рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения и организации здравоохранения и общественного здоровья.