

ЛОГИКО-СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЯЕМОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

В. Н. Синюкова

Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Система оптимизации диагностического процесса должна соответствовать сложности изучаемого объекта, т. е. принципу необходимого разнообразия и дополнительности. К основным особенностям системы оптимизации диагностики артериальной гипертензии относятся: процессы управления клинической практикой, включающие совокупность отношений – государственную систему здравоохранения; систему страховой медицины; медицинские профессиональные ассоциации, обучающие и медицинские учреждения; искусство общения «врач – пациент», т. е. основы современного консультирования в условиях клинического диагностического центра [5].

Одной из основополагающих составляющих оптимизации диагностического процесса является принцип научной обоснованности, т. е. чтобы все врачебные действия опирались на научные методические и методологические подходы. Этот принцип предполагает обращение к медицине, основанной на доказательствах. В условиях жестко ограниченного финансирования российской клинической практики основным компонентом диагностического процесса является методология оптимизации системы диагностического процесса, использующая корректные и рациональные врачебные действия, современные аппаратные и информационные технологии. При этом необходимо учитывать особую значимость закона обратной связи, в соответствии с которым информация системы оптимизации диагностического процесса передается врачу-исследователю, который имеет возможность дифференцированно оценивать, корректировать и верифицировать разновидности патологии [1, 4].

Нами разработана структурно-функциональная организация оказания медицинской помощи пациентам при артериальной гипертензии (АГ) в условиях отделения «Семейной медицины» Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра (СКККДЦ).

Логико-структурная модель оптимизации управляемого клинического диагностического процесса при АГ в условиях отделения общей врачебной практики

В организационной структуре СКККДЦ с 16 июня 2003 года функционирует новое подразделение – отделение общей врачебной практики (семейной медицины).

Функциональные обязанности врачей отделения семейной медицины соответствуют существующим Европейским и Российским стандартам. В отличие от врачей первичного поликлинического звена врачи отделения общей практики имеют дополнительную под-

готовку по смежным врачебным специальностям и социально-правовым установкам. Оказание лечебно-профилактической помощи больным с артериальной гипертензией осуществлялось по разработанной авторами модели оптимизации диагностического процесса в комплексе подразделений СКККДЦ. Идеологией оптимизации диагностического и лечебного процесса явились Европейские и Российские стандарты, программы и приказы МЗ РФ по ведению больных с артериальной гипертензией [2, 3, 4].

Структурно-функциональная модель системы оптимизации диагностического процесса в условиях клинического диагностического центра должна соответствовать основным положениям общей системы управления. Объектом системы клинического управления является лечебно-диагностический процесс. Целью системы оптимизации диагностического процесса АГ в структуре клинического управления и программ государственных гарантий является необходимость адаптации клинической практики к изменившимся условиям финансирования практического здравоохранения, а также критериям эффективности диагностики, лечения, качества стандартов и программ клинической практики.

Система управления персоналом клинического диагностического центра определяет эффективность и высокое качество клинического диагностического процесса. В основе кадровой политики лежат законодательные принципы: профессиональное соответствие занимаемой должности, социального гуманизма, что в полной мере согласуется с целями и задачами центра. Сотрудники диагностического центра оцениваются не только как человеческие ресурсы, но и как капитал; затраты на повышение профессионализма, сохранение здоровья персонала и поощрения, должны рассматриваться не как издержки и убытки, а как долгосрочные инвестиции в стабилизацию кадровой политики. Управление персоналом центра является ведущим фактором консультативно-диагностического качества и становится стратегической функцией, нацеленной в большей степени на предупреждение проблем, а не на их решение.

Алгоритм оптимизации диагностики артериальной гипертензии в условиях клинического диагностического центра

Модель консультирования больных АГ семейным врачом

Цель диагностики

Оценка стабильности и степени повышения артериального давления (по данным анамнеза и объективного исследования – физического, лабораторного и инструментального).

Дифференцированная оценка симптоматической артериальной гипертензии.

Дифференциация поражения органов-мишеней, ассоциированных и сопутствующих состояний при артериальной гипертензии.

Структура управляемого клинического диагностического процесса. Психология общения «врач – больной»

Изучение и оценка анамнестических данных:

1. Причины обращения пациента и поставленные цели исследования, направившего учреждения или лечащего врача.
2. Индивидуальный стиль общения «врач – больной» с учетом возраста, пола, социального положения, основного заболевания, отношения пациента к своему здоровью, болезни, лечению.
3. Выяснить психологию отношения больного к врачу и аппаратному методу исследования, так как организация диагностического процесса «врач – аппарат – больной» формирует «зависимую» от аппарата психологию у врача и пациента.
4. Выбор консультирования: директивный или не директивный.
5. Основные принципы консультирования в условиях СККДЦ.
6. Алгоритмизация диагностического процесса для эффективного решения диагностической задачи с использованием комплекса методов и методологий и последующей системной клиничко-компьютерной оценкой и интерпретацией результатов исследования.
7. По результатам проведенного исследования даются рекомендации пациенту и лечащему врачу.

Обмен веществ в организме человека осуществляется за счет трех систем: нервной, эндокринной и сердечно-сосудистой. Нарушения обмена веществ имеют единый вектор направленности своего патогенетического развития:

- 1) дисрегуляция нейро-гормонально-метаболической системы (дисрегуляторная болезнь);
- 2) формирование нейро-эндокринно-метаболического синдрома (биохимическая стадия), следствием которого являются клинические состояния: АГ, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, ожирение и др.;
- 3) дегенеративные поражения жизненно важных органов, обусловленные метаболическим синдромом (МС) и клиническими состояниями сердца, головного мозга, почек, периферических артерий и аорты.

Факторы риска: а) некорректируемые – пол, возраст, наследственность; б) корректируемые – заболевания сердца и сосудов, почек, метаболический синдром, сахарный диабет и АГ у близких родственников, ожирение, курение; особенности пищевого и двигательного поведения.

При расспросе определить поражение органов-мишеней: сердца, головного мозга и глаз, почек, периферических артерий.

Проводилась ли антигипертензивная терапия: какими препаратами, постоянно или нерегулярно, эффективность лечения, влияние его на качество жизни больного.

Стратификация риска артериальной гипертензии

У каждого больного с АГ в первую очередь следует провести оценку общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Основные факторы, определяющие высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск: САД \geq 180, ДАД \geq 110 мм рт. ст.; САД $>$ 160, ДАД $<$ 70 мм рт. ст.; са-

харный диабет; метаболический синдром; \geq 3 факторов риска.

Один или больше субклинических признаков поражения органов-мишеней:

- ЭКГ или ЭхоКГ признаки гипертрофии левого желудочка;
- УЗИ признаки утолщения стенки сонной артерии или наличие бляшки;
- повышенная жесткость артерии;
- умеренное повышение уровня креатинина;
- снижение скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина;
- микроальбуминурия или протеинурия;
- доказанная сердечно-сосудистая или почечная патология.

При определении степени общего сердечно-сосудистого риска больной с АГ может быть отнесен в одну из категорий: низкого, умеренного, высокого и очень высокого риска.

В систему стратификации включено понятие «метаболический синдром».

Метаболический синдром – кластер трех из пяти возможных факторов: 1) абдоминальное ожирение; 2) повышенный уровень глюкозы натощак; 3) АД \geq 130/85 мм рт. ст.; 4) снижение ХС-ЛПВП; 5) повышение триглицеридов.

Основные диагностические критерии оценки поражения органов-мишеней:

- сердца (биохимические, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное ЭКГ мониторинг, Стресс Эхо и ЭКГ, реологические);
- аорты и периферических сосудов: оценка сосудистого эндотелия, сосудов глазного дна;
- СРПВ почек: диагностика гипертонического поражения почек основана на выявлении нарушения их функции или увеличения экскреции альбумина (микроальбуминурия) с мочой, измерении уровня сывороточного креатинина, а также скорости клубочковой фильтрации;
- головной мозг: «немые», лакунарные и микроинсульты, также изменения белого вещества у больных АГ, которые могут быть выявлены с помощью магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии.

Анализ объема и целесообразности исследования подвергается каждый блок обследований. Кроме того, результаты обследования также анализируются, что легло в основу расчетов чувствительности и информативности методов диагностики и разработки алгоритмов, дифференцированных от возраста пациентов и длительности течения АГ.

Заключение. Внедрение в работу диагностического центра описанной информационной технологии позволило провести так называемый компонентный системный анализ, выяснить качественный и количественный состав основного объекта оказания медицинской помощи – пациентов с АГ и изучить их клинико-функциональные особенности. Результаты анализа явились основой для создания нового уровня диагностического и лечебного процесса при артериальной гипертензии в условиях отделения общей врачебной практики в структуре клинического диагностического центра.

Почти десятилетний опыт работы отделения показал целесообразность и оправданность формирования в структуре клинических диагностических центров подразделений семейной медицины, так как они являются не только новой организационной формой, но и современной моделью оптимизации диагностического и лечебного процесса.

Литература

1. Беленков, Ю.Н. Амбулаторно-поликлиническое ведение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в свете нормативных документов / Ю.Н. Беленков, Ф.Т. Агеев, Т.В. Фафонова // *Здравоохранение*. – 2004. – № 10. – С. 15–25.
2. Денисов, И.Н. *Общая врачебная практика (семейная медицина) : практическое руководство / И.Н. Денисов, Б.Л. Мовшович*. – М. : ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 1000 с.
3. *Клинические рекомендации Европейского Общества Кардиологов – 2007*. – М., 2008. – 186 с.
4. *Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова*. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 399 с.
5. Стародубов, В.И. *Клиническое управление: теория и практика / В.И. Стародубов, Т.К. Луговкина*. – М. : Медицина, 2003. – 192 с.

ЛОГИКО-СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЯЕМОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
В. Н. СИНЮКОВА

MODEL OF LOGIC STRUCTURAL OPTIMIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION CONTROLLED DIAGNOSTICS IN A CLINICAL DIAGNOSTIC CENTER
SINYUKOVA V.N.

Разработана и внедрена в клиническую практику отделения семейной медицины СКККДЦ логико-структурная модель оптимизации управляемого диагностического процесса при артериальной гипертензии. Модель оптимизации диагностического процесса соответствует сложности изучаемого объекта, т.е. принципу необходимого разнообразия и дополнителности. К основным особенностям системной модели оптимизации диагностики артериальной гипертензии относятся: процессы управления клинической практикой, включающие совокупность отношений – государственную систему здравоохранения; систему страховой медицины; медицинские профессиональные ассоциации, обучающие и медицинские учреждения; искусство общения «врач – пациент», т. е. основы современного консультирования в условиях клинического диагностического центра.

Model of optimization of the diagnostic process in hypertension was developed and used in clinical practice of family medicine department of Stavropol clinical diagnostic center. Model of the diagnostic process corresponds to the complexity of the object, according to the principle of requisite variety and complementarity. The main feature of the presented model is the clinical practice management ordering relations between public health system, health insurance system, medical professional associations, educational and medical institutions and the art of communication «physician – patient», which are the background of modern clinical diagnostic centers functioning.

Key words: optimization model, clinical management, hypertension

Ключевые слова: модель оптимизации, клиническое управление, артериальная гипертензия

© В. В. Бруснева, Т. В. Клименко, 2012
УДК 614.2.057.875 (470.063)

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ ЖИЗНИ, ВЛИЯЮЩИЕ И ФОРМИРУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

В. В. Бруснева^{1, 2}, Т. В. Клименко^{1, 2}

¹Городская поликлиника № 1, Ставрополь

²Ставропольская государственная медицинская академия

Успешная подготовка высококвалифицированных кадров непосредственно связана с укреплением и охраной здоровья обучающихся. Подтверждая значимость и актуальность пробле-

мы охраны здоровья студентов, отмечается, что развитие конкуренции на рынке труда обуславливает необходимость выпуска не только профессионально подготовленных, но и здоровых специалистов [1, 4].

Бруснева Валерия Владимировна, главный врач городской поликлиники № 1 г. Ставрополя, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 8928315168, (8652)753256; e-mail: muzpoliklinika1.stv@yandex.ru.

По оценкам исследователей, в настоящее время до 70 % абитуриентов, поступающих в вузы, имеют те или иные отклонения здоровья [12, 18]. В то же время имеющиеся место в период обучения в вузе нерегулярное и несбалансированное питание, гиподинамия, пассивные формы отдыха, высокие учебные нагрузки и ряд других факторов риска оказывают негативное влияние на здоровье студентов и делают эту категорию еще более уязвимой в социальном и медицинском планах [7, 9, 20].

Клименко Тамара Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики/семейной медицины Ставропольской государственной медицинской академии; заместитель главного врача по профилактической работе городской поликлиники № 1 г. Ставрополя; тел.: 89624596203.

Установлено, что распространенность хронических заболеваний среди студенческой молодежи достаточ-