

*Никонорова М.В.*

### **Управление качеством оздоровительного лечения в условиях современного курорта (на примере работы отделения аллергологии и клинической иммунологии, ЛПУП «Санаторий Родник» г. Пятигорск)**

При решении современным проблем здоровья граждан России необходимо обратить внимание на такой метод управления общественным здоровьем как санаторно-курортное лечение и реабилитация. Следует вспомнить, что система санаторно-курортного лечения, созданная в СССР, по сути своей, отличалась от подобных аналогов помощи, которые были в других странах. Важнейшим отличием было, пожалуй, слово «лечение», как комплексная медицинская помощь, главным образом восстановительного характера, которая рекомендовалась гражданам, прежде всего, по медицинским показаниям, обусловленным или перенесенными заболеваниями, или общим состоянием здоровья, наличием хронических заболеваний, или условиями проживания и работы в сложных регионах страны.

Санаторий – лечебно профилактическое учреждение, в котором для лечения используются множественные факторы, начиная от природных условий (климат, минеральные воды, грязи и т.д.) и заканчивая режимом питания, лечения и отдыха. Направление в санаторий осуществлялось после медицинского отбора, который проводился врачами поликлиник, медсанчастей, диспансеров и других лечебных учреждений в соответствии с правилами, установленными Министерством здравоохранения СССР и согласованными с Центральным Советом по управлению курортами профсоюзов. При наличии показаний больному выдавалась справка с указанием типа рекомендуемого вида лечения, курорта, наиболее приятного для этого времени года. Такая справка была основанием для получения путевки в фабрично-заводском или местном комитете по месту работы. Врач заполнял санаторно-курортную карту установленного образца и с этой картой отдыхающий прибывал в санаторий. По завершению лечения в санатории также выдавался документ, в котором врачи санатория фиксировали результаты лечения и наблюдения за отдыхающим. Именно в силу своего предназначения путевки в санаторий для большинства граждан, имеющих показания для восстановления здоровья в условиях курорта предоставлялись в основном бесплатно или со значительной скидкой. Путевки в детские санатории были полностью бесплатны.

Особое значение приобретал санаторий в условиях, когда он находился в местностях, которые обладали природными лечебными свойствами. Один только

простой перечень курортов, доступных гражданам СССР, включал в себя не менее 175 наименований. И речь идет только об основных курортах, названия которых хорошо известны. По характеру природных качеств курорты делились на три группы: бальнеологические, грязевые и климатические. Особенность региона, о котором идет речь в данной статье состоит в том, что курорты Кавказских Минеральных Вод располагают всеми этими факторами, что делает их исключительными в деле восстановления здоровья граждан нашей страны. Например, Пятигорск – бальнеогрязевой низкогорный курорт в степной зоне на высоте 510-630 метров над уровнем моря.

Гарантирован ли сегодня гражданам России доступ к санаторно-курортным учреждениям страны в соответствии с их потребностями? Начиная с 1 января 2010 г. были введены новые правила оздоровления и медицинской реабилитации граждан, которые осуществляется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи. На 2010 г. финансовое обеспечение медицинских и других услуг, оказываемых в санаториях (включая детские, а так же санатории для родителей с детьми), не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет соответствующих бюджетов. При условии включения санаториев в территориальную программу обязательного медицинского страхования финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в них, осуществляется за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. В 2010 г., по данным мониторинга Минздравсоцразвития, для реализации программы государственных гарантий регионами, предусматривалось 9,5 млрд. руб. в бюджете регионов, из них в рамках ОМС – 300 млн. рублей.

В перспективе предполагается, что лечебно профилактические учреждения, в том числе специализированные и оказывающие высокотехнологичную помощь, а так же субъекты РФ, будут обладать правом выдачи электронных путевок в санаторно-курортные учреждения, находящихся в ведении Минздравсоцразвития РФ.

Звучит все это заманчиво, особенно если вспомнить, что до настоящего времени государство гарантировало лечение в санаториях только детям и больным с профессиональными заболеваниями. Но проблема в том, что непосредственно Министерству здравоохранения и социального развития принадлежит только 47 санаториев с общей коечной мощностью 11393. За 2009 г. в этих учреждениях

смогли пролечить только 112644 человека, из них по бюджету 53,6% или 60 344 человека.

Таким образом, решить задачу в том виде, как она поставлена сегодня, не представляется возможным. Окончательная путаница в управленческую схему внесена с попыткой «скрестить» страховую медицину с государственным администрированием. Базовая программа ОМС фактически поглощается Программой государственных гарантий, а страховая инфраструктура встраивается в государственную систему управления. Они, по сути, должны будут исполнять роль посредников исполнительных органов власти во всей системе здравоохранения, включая и санаторно-курортное лечение и медицинскую реабилитацию. Эффективность работы такой, с позволения сказать, «саморегулируемой» системы восстановительного лечения совершенно очевидно, предполагается достичь за счет опять же граждан России.

В последние годы четко просматриваются негативные тенденции в профессиональной заболеваемости. Так, за последнее десятилетие зарегистрировано свыше 120 тыс. больных с впервые установленным диагнозом профессионального заболевания. При этом 97% этих болезней приходится на хронические недуги, влекущие за собой ограничение трудоспособности. Отмечается утяжеление течения заболеваний и рост числа неблагоприятных исходов. В промышленности, в строительстве, транспорте и связи более 3,6 млн. человек занято на работах в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны, 2,5 млн. на работах с повышенным уровнем шума, ультра и инфразвука, около полумиллиона находятся под воздействием повышенного уровня вибрации. Наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости наблюдаются в угольной, энергетической промышленности, машиностроении, металлургии, в химической промышленности и судостроении.

Наша страна располагает уникальными природными лечебными факторами, и было признано их благотворное воздействие на организм человека, особенно после перенесенных болезней или ранений. Еще со времен Петра I, когда впервые узнали, что грязь и вода имеют лечебные свойства и их можно применять для лечения различных заболеваний, стали изучать и разведывать природные лечебные факторы, возникли первые русские курорты. В 1803 г. император Александр I направил Главнокомандующему на Кавказе специальное послание, Рескрипт, в котором сообщал о решении признать местность в 30 верстах от Константиногорской крепости, как имеющую государственное значение и поручил приступить к устройению на нужных

при источниках заведений, «кои для удобства врачевания и выгод больных признаются нужными»<sup>1</sup>.

В настоящее время, несмотря на трудный период, санаторно-курортная отрасль России продолжает оставаться крупнейшей в мире и представляет собой высокоразвитую сеть санаторно-курортных организаций, в системе которых реализуются задачи по профилактике, оздоровлению и реабилитации граждан при различных распространенных заболеваниях. Многие зарубежные страны развивают и активно используют опыт санаторно-курортного лечения, накопленного Россией еще в советский период. Наша страна располагает огромным потенциалом природных лечебных ресурсов, расположенных на большой территории лечебно-оздоровительных местностей и курортов, и их дальнейшее эффективное использование и развитие может рассматриваться как дополнительное инвестирование в здоровье человека.

На территории России расположены более двух тысяч санаторно-курортных организаций, различных форм собственности. Наибольшее количество расположено в Краснодарском (250 организаций) и Ставропольском (106 организаций) краях и в Московской области (116 организаций).

Обращает на себя внимание то, что в целом число санаторно-курортных организаций ежегодно сокращается, главным образом, за счет уменьшения числа санаториев-профилакториев и детских санаториев. Вместе с тем количество людей получивших санаторно-курортное лечение, ежегодно незначительно увеличивается. Так по данным Росстата, в 2006 г. санаторно-курортное лечение было предоставлено 6,3 млн. человек, а в 2009 г. – 6,5 млн. человек. Эти показатели «увеличения» связаны с тенденцией предоставления более коротких, по сравнению с традиционными сроками, курсов лечения. Если ранее, самыми распространенными сроками пребывания в санатории были 24 дня, то сейчас большинство отдыхающих, выбирают срок до 14 дней. Очень часто мы сталкиваемся с ситуацией, когда путевка, предоставленная для одного члена семьи, делится на две части, или с ребенком отдыхают по очереди разные члены семьи. Мы понимаем всю подоплеку таких вынужденных схем – многие оплачивают свое пребывание в санатории самостоятельно (полностью или частично). Однако это ставит перед курортными организациями новые задачи: не только повысить качество предоставляемых медицинских услуг за счет обеспечения эффективного

---

<sup>1</sup> Приведено из Рескрипта Александра I, направленного 24 апреля 1803 г. Инспектору Кавказской линии Астраханскому военному губернатору и главнокомандующему в Грузии князю П.Д. Цицианову. С тех пор 1803г. считается датой основания Кавказских Минеральных Вод (КМВ).

управления потоками отдыхающих, но и выйти на новый более высокий уровень за счет внедрения инновационных медицинских технологий.

В Пятигорском многопрофильном санатории «Родник» пошли по пути создания специализированных отделений, в которых высокотехнологичная медицинская помощь сочеталась с применением различных лечебных программ с применением курортных и преформированных курортных факторов. В санатории открыто четыре специализированных отделения; неврологическое, репродуктивное и отделение аллергологии и клинической иммунологии, клинико-иммунологическая лаборатория.

Пятилетние итоги работы аллергологического отделения показали, что из 6785 больных бронхиальной астмой 37% обратились и проходили лечение повторно (есть результат!). У 67% этих пациентов (4545 человек) это заболевание выявлено впервые. Не диагностирована была в основном легкая бронхиальная астма (3022 человек), которая, как известно, при позднем диагностировании, может переходить в более тяжелые формы. В легкой же форме она очень хорошо поддается санаторно-курортному лечению. Только 27% пациентов обращались к аллергологу по месту жительства, у 46% астматиков проводили исследование функции внешнего дыхания и, наконец, только 16% наших больных проводилось специфическое аллергологическое обследование. Как следствие – 23% больных бронхиальной астмой имеют в результате нашего вмешательства контролируемое течение.

Кажется, можно гордиться такими результатами. Однако, как уже было сказано, 67% отдыхающих, из числа обратившихся в отделение и прошедших обследование даже не предполагали, что они больны и нуждаются в лечении. Хотя первичные признаки заболевания у многих из них были на лицо. Причин несколько: во-первых, (и это чаще всего) больные с минимальной симптоматикой просто не ходят к врачу, руководствуясь принципом – само пойдет; во-вторых, (и это уже серьезнее) – недоступность специализированной помощи. В результате, при отсутствии врача-аллерголога в лечебном учреждении по месту жительства, врач-терапевт не может провести соответствующее обследование и дать необходимые рекомендации. Даже при направлении в специализированное лечебное учреждение, многие не могут этим воспользоваться из-за отдаленности от места проживания или платности услуги. Здесь уместно упомянуть еще об одной важной причине – дорогих расходных материалах. Из-за них врач, вынужденно экономя на диагностике, не может назначить и полноценного лечения. И тогда остается сомнительная перспектива – получить со

временем тяжелого больного, на лечение которого потребуются значительные силы и средства, как самого больного, так и государства.

Бронхиальная астма является одним из самых распространенных заболеваний в мире. В 1998 г. число больных астмой во всем мире равнялось приблизительно 155 млн. человек, а в настоящее время эта цифра достигла 300 млн., то есть за последние 10 лет произошло удвоение числа заболевших. По данным некоторых прогностических аналитических исследований, подсчитано, что к 2025 г. бронхиальная астма дополнительно разовьется еще у 100–150 млн. человек. Все эти мало оптимистические данные находятся в явном конфликте с очевидным прогрессом, достигнутым в лечении бронхиальной астмы за последние годы. Последнее переиздание Глобальной Инициативы по лечению и профилактике бронхиальной астмы (GINA), опубликованное в 2010 г. включает обновленную научную информацию с описанием подходов к лечению больных на основе контроля над течением заболевания. Согласно этому документу главным критерием эффективности терапии бронхиальной астмы является достижение и поддержание контроля заболевания. Однако опять, как и в предыдущих изданиях (1995, 2003, 2007, 2009), в этом международном согласительном документе не уделяется должного внимания вопросам реабилитации больных бронхиальной астмой курортными методами лечения.

С этой целью мы провели пятилетнее специализированное обследование 300 больных, поступивших на лечение в отделение аллергологии и клинической иммунологии СПУП «Санаторий Родник». Цель исследования – изучение уровня контроля больных легкой интермитирующей и персистирующей атопической бронхиальной астмы (АБА), а так же оценка эффективности суховоздушных радоновых ванн (СВРВ) в плане достижения и поддержания контроля заболевания. На начальном этапе исследования всем пациентам проведено общеклиническое и аллерген-специфическое обследование, функциональное исследование легких с пробой на бронхиальную обратимость и бронхопровокационный тест (БПТ) с метахолином на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР) и предельно допустимой дозы метахолина снижающей  $ОФВ_1$  на 20% ( $ПД_{20}$ ). Для оценки контроля астмы использовали АСТ-тест

На втором этапе исследований проводили исследования клинической эффективности сухо-воздушных радоновых ванн с концентрацией радона 40 нКи\л (СВРВ), исследования индуцированной мокроты,  $NO$  в выдыхаемом воздухе и  $ПД_{20}$

метахолина до и после радонотерапии. У всех пациентов получено информированное согласие на проведение исследований.

В зависимости от результатов первого этапа обследования больные были разделены на три группы:

Группа 1. – пациенты с хорошо контролируемой АБА и получавших процессе курортного лечения СВРВ (127 человек).

Группа 2. – пациенты с неконтролируемой АБА они тоже подверглись радонотерапии СВРВ(87 человек).

Группа 3. – пациенты в стадии стойкой ремиссии АБА (86 человек). Симптомы болезни у них отсутствовали на протяжении более 3 лет (в среднем  $3,7 \pm 2,01$ ). Эта группа рассматривалась как контрольная и получала в санатории только общекурортное лечение.

Всем больным в процессе курортного лечения было разрешено пользоваться быстродействующими  $\beta_2$ -агонистами. Однако только 2% больных пользовались фармакологическими препаратами (характеристика обследованных больных представлена в таблице 1).

**Таблица 1. Характеристика больных АБА, получавших в процессе курортного лечения СВРВ**

Форма БА	Количество больных N=300	Мужчины\ женщины	Возраст М (s)	Тяжесть БА легкая	Фаза БА ремиссия	Фаза БА Нестойкая ремиссия	Фаза БА Обострение
АБА 1	127	29\98	37,8(15,9)	127	127		
АБА 2	87	41\46	48,7(16,5)	87		47	40
АБА3	86	40\46	47,1(14,2)	86	86		

Как видно из таблицы все 300 пациентов имели АБА легкой степени тяжести, группы больных равноценны по половому и возрастному составу, 213 больных находились в фазе стойкой ремиссии заболевания, 47 в фазе нестойкой ремиссии и 40 в фазе обострения.

Методика проведения БПТ с метахолином проводилось согласно рекомендациям Американского Торакального Общества (American Thoracic Society) . Нормой считалась состояние когда концентрация метахолина была больше  $8 \text{ мкг/мл}$  и не вызывала уменьшение  $\text{ОФВ}_1$  на 20%.

Индукцированную мокроту получали в соответствии с общепринятой методикой проведения данной процедуры у больных БА. Процедуры безопасности включали: измерение ФВД перед и в течении индукции мокроты, предварительная премедикация агонистом  $\beta_2^-$  адренорецепторов короткого действия (сальбутамол в дозе 200 мкг).

Через 20 минут после премедикации проводилась ингаляция 0,9% раствора NaCl. В ходе индукции использовались концентрации, начиная с 3% с последовательным увеличением до 4 и 5% раствора NaCl. Ингаляция проводилась с помощью ультразвукового небулайзера, продолжительностью не менее 7 минут. Ингаляция заканчивалась тогда, когда пациент чувствовал, что он готов к получению образца мокроты. Образцы мокроты собирались в стерильные контейнеры. Полученный материал гомогенизировался с помощью дитиотреитола (ДТТ). Полученную смесь взбалтывали, добавляли фосфатно-солевой буфер, фильтровали, центрифугировали, затем приготавливали мазки для изучения клеточного состава мокроты. NO определяли с помощью портативного прибора NO NIOXMINO (Швеция). В качестве контрольной группы было обследовано 39 практически здоровых человек из числа сотрудников санатория без никотинового и аллергологического анамнеза. Уровень NO в выдыхаемом воздухе у них составил  $7,8 \pm 1,9$  ppb.

Статистическая обработка проводилась при помощи программ Statistica 6.0. В исследовании проводили анализ вариационных рядов методами описательной статистики. Качественные переменные описывали абсолютными и относительными частотами, для количественных переменных определяли среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (s), медиану (Me) и интерквартильный интервал (IQR, 25%±75%). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот в двух независимых выборках использовался критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Доверительные интервалы (ДИ) строились для доверительной вероятности 95%. Анализ распределение количественных данных проводился с использованием критерия Шапиро-Уилка. Сравнение групп по количественным признакам было выполнено с использованием t-критерия Стьюдента.

Для определения влияния СВРВ на показатели контроля астмы (АСТ-тест, ОФВ1, степень БГР), а также фазой и получаемой терапией, рассматриваемые как качественные порядковые признаки, использовался непараметрический корреляционный анализ (корреляция Спирмана). Фаза заболевания ранжировалась в диапазоне: 1-ремиссия, 2- нестойкая ремиссия, 3- обострение. Терапия ранжировалась: 1- отсутствие терапии, 2- кромоны, 3- ИГКС+ДД $\beta$ <sub>2</sub>A (таблица 2).



**Таблица 2. Влияние СВРВ на показатели контроля АБА у больных трех групп**

Группы		Статистический показатель	NO <sub>ex</sub>	Фаза БА	Терапия	АСТ-тест	ОФВ <sub>1</sub> (% от должного)	БГР (ПК <sub>20</sub> метахолина)
1-ая группа	До лечения	Me(25–75%)	67(24–120)	1(1–1)	2(1–2)	15	73,4(61–100)	1(1–8)
	После лечения	Me(25–75%)	45(27–78)	1(1–1)	1(1–2)	25	81,5(71–100)	4(2–8)
2-ая группа	До лечения	Me (25–75%)	73(35–124)	2(2–3)	2(1–2)	15	72,4(65,1–98,5)	2(1–10)
	После лечения	Me (25–75%)	38(24–78)	1(1–2)	1(1–2)	25	83,5(72,3–91,0)	1(2–4)
3-я группа	До лечения	Me (25–75%)	35(18–71)	1(1–2)-	1(1–2)	24	78,3(68,0–92,3)	4(8–12)
	После лечения	Me (25–75%)	39(19–66)	1	1	23	74,2(82,3–89,1)	4(8–12)

В результате проведенного анализа было установлено существование статистически значимых достоверных изменений уровня NO<sub>ex</sub> ОФВ<sub>1</sub> БГР (ПД<sub>20</sub> метахолина) у больных АБА после проведения курса радонотерапии СВ РВ 40. Уровень выдыхаемого оксида азота достоверно уменьшился во всех опытных группах и не изменился в контрольной. Напротив, увеличилась доза метахолина способного на 20% уменьшить ОФВ<sub>1</sub> так же как и увеличились сами значения последнего показателя.

Всем пациентам с неконтролируемой БА была скорректирована (увеличена на 1 ступень) базисная противоастматическая фармакотерапия. 58 пациентам была назначена (или увеличена) суточная доза комбинированных ИГКС+ДДВ2А. Через 3 месяца пациентам было предложено повторить комплексное исследование уровня контроля БА.

Оказалось, что при достоверно возросшем уровне контроля БА (по данным АСТ), дозы назначенных фармакопрепаратов меняются недостоверно в группах больных получавших СВ РВ. Таким образом можно говорить не только о быстром, но и длительном протективном эффекте радонотерапии.

Особо впечатляющие результаты по мониторингу эффективности СВРВ были получены в группе с контролируемой БА. В этой группе уровень выдыхаемого азота снизился на 26%, доза метахолина ПД<sub>20</sub> возрасла на 35%, ОФВ<sub>1</sub> вырос на 56%. Это свидетельствует о том, эффективная фармакотерапия не исключает а повышает эффективность курортного лечения БА.

Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют, что сухо-воздушные радоновые ванны с концентрацией радона 40 нКи/л являются эффективным, специфичным методом курортного лечения атопической формы бронхиальной астмы. Впервые примененные в курортной медицине методы

клинической аллергологии позволили провести объективный мониторинг эффективности реабилитации БА.

Многие из пациентов санатория признавались, что они впервые прошли такую диагностику и разобрались, что с ними происходит. И это не удивительно. В России помощь врача-аллерголога пока нельзя назвать общедоступной. По мнению профессора кафедры клинической аллергологии РМАПО Н. Ненашевой, «дефицит аллергологов ощущается во всех регионах страны, даже в Москве сложно попасть на прием к такому специалисту». И больные часто наблюдаются не у аллерголога, а у пульмонолога, дерматолога, отоларинголога и т.д., иными словами, кто из врачей есть в штатном расписании, тот и ведет больного. Одна из причин нехватки кадров, – по словам заместителя директора и главного врача ГНЦ Института иммунологии ФМБА России, доктора медицинских наук Н. Ильиной, – «распространенность аллергических заболеваний, которая нарастает с каждым годом». Парадокс в том, что в официальных данных этот рост не виден. В отчетах Минздравсоцразвития можно увидеть очень низкие показатели – есть регионы, где зафиксировано менее 1% заболеваемости. В то же время по данным популяционных эпидемиологических исследований (и зарубежная статистика это тоже подтверждает) соответствующие показатели колеблются от 15 до 20%. Есть и более проблемные регионы, где заболеваемость достигает 30% (5). К ним относится и юг России, в том числе и регион КМВ. Поэтому в нашей санатории мы ведем прием и больных-жителей г. Пятигорска, городов КМВ, республик Северного Кавказа и даже других регионов юга страны. Но это не выход из ситуации. Ставки аллергологов должны быть предусмотрены во всех поликлиниках, в детских в том числе. И смею заверить – работы у этих специалистов будет, к сожалению, очень много<sup>2</sup>. Тем более что эта болезнь чаще всего настигает детей, подростков и вообще лиц молодых возрастов. Это те группы населения, у которых в силу возраста (и, конечно, других причин – есть разные гипотезы) иммунная система более склонна к формированию аллергических реакций.

Ситуация в санаторно-курортной отрасли России сложна и противоречива. Времени, чтобы понять задачи, затем сконструировать новый механизм улучшения деятельности, а тем более осуществить задуманное, практически не остается. И не всегда, казалось бы, эффективные на первый взгляд экономические расчеты дают нам

---

<sup>2</sup> *Аллергология* – сравнительно молодая дисциплина, которая как самостоятельное направление исследований сформировалась в 60-х гг. XX века. В России аллергологическая служба начала также развиваться в конце 60-начале 70-х гг. В современных условиях порядок оказания медицинской помощи гражданам страны в области аллергологии и иммунологии был утвержден только в 2009 г. А стандарты по аллергологическим заболеваниям только разрабатываются и принимаются.

на выходе социально ожидаемые результаты. Наверное, в здравоохранении – то, что справедливо в плане обеспечения граждан помощью по потребности, то и эффективно, в конечном счете.

**Список литературы:**

1. Голикова Т.А. Организация и развитие медицинской помощи в Российской Федерации /КУРОРТНЫЕ ВЕДОМОСТИ Научно-информационный журнал. № 6 (63) 2010. С. 2–6.
2. Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008.
3. Григорьева Е. Аллергологам безработица не грозит // Медицинский вестник. № 4 (545). 11 февраля, 2011 г.
4. Никонорова М.В. Организация специализированной аллергологической службы на Пятигорском курорте: современные возможности и перспективы // Управление здравоохранением. 2009. № 2(24). С. 54–61.
5. Никонорова М.В., Яневская Л.Г. Эффективность санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации в Российской Федерации // Управление здравоохранением, 2011. № 1 (29).
6. Пятигорск самый лучший город на земле! Путеводитель по Пятигорью. Посвящается 228-летию города Пятигорска. Пятигорск, 2008.