

цию сердечного ритма и стимулирующих гуморально-метаболические влияния на функциональное состояние организма.

#### Заключение:

1. Анализ variability ритма сердца подтвердил неоднородность группы осужденных подростков с разной степенью адаптации. С помощью анализа variability ритма сердца определяется группа подростков с парасуицидальным поведением, требующая повышенного внимания со стороны социальной и психологической службы воспитательной колонии.

2. Сравнение функционального состояния осужденных подростков и подростков-правонарушителей, не подвергшихся наказанию за правонарушения, к которым применены альтернативные методы воздействия за правонарушения, свидетельствует о целесообразности включения в их досуг разнообразных вариантов физической нагрузки. Показательный пример – пребывание в оборонно-спортивном лагере «Призывник», где воспитательная работа сопровождается различными видами силовой и физической нагрузки.

3. В связи с выраженными отклонениями в показателях variability ритма сердца осужденных подростков необходимо внедрять в реабилитационную работу с ними различные виды физической нагрузки, соответствующие их функциональному состоянию, среди которых предпочтение должно отдаваться циклическим и соревновательным видам спорта.

4. Исследование указывает на необходимость гуманизации наказания в отношении подростков и применения к ним альтернативных методов воздействия (развитие института пробации) за совершенные правонарушения, так как карательная форма

наказания не способствует адекватной ассимиляции в общество, затрудняет реабилитацию, провоцирует необратимые физиологические изменения.

**Конфликт интересов.** Сотрудничество с УФСИН России по Удмуртской Республике закреплено договором от 30.09.2005 г. № 317.

#### Библиографический список

- Орел В.И., Середа В.М. Медико-социальные проблемы здоровья уличных детей // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5, № 2. С. 74-77.
- Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. URL: <http://www.zdravo2020.ru/concept>.
- Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Пограничные расстройства // Актуальные проблемы подростковой медицины. М., 2002. С. 59-112.
- Давыдова Н.В., Жолус Б.И. Некоторые показатели здоровья несовершеннолетних осужденных // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2007. № 4 (20). С. 20-21.
- Башкатов И.П. Психология групп несовершеннолетних правонарушителей (социально-психологические особенности). М.: Прометей, 1993. 251 с.
- Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В. Клиническая и судебно-психиатрическая оценка агрессивного поведения у подростков: принципы реабилитации: методические рекомендации. М., 2000. С.
- Мокрецов А.И., Новиков В.В. Личность осужденного: социальная и психологическая работа с различными категориями лиц, отбывающих наказание: учеб.-метод. пособие. Изд. 2-е, испр. М., 2006.
- Эмоционально-личностные особенности подростков с противоправным поведением (особенности психологической диагностики) / В.Я. Семке, А.И. Мандель, Н.А. Бохан [и др.]; под ред. В.Я. Семке и А.С. Кононца. Томск, 2005.
- Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте / С.Б. Пономарев, А.А. Половникова, С.И. Тоцкий, А.Л. Чубаров. Екатеринбург: УрО РАН. 2008. 148 с.
- Адаптационный синдром у лиц молодого возраста в условиях социальной изоляции / А.А. Половникова, А.Л. Чубаров, С.Б. Пономарев, С.И. Тоцкий // Вестн. Урал. мед. академической науки. 2006. № 3 (2). С. 64-66.

УДК 614.2

Оригинальная статья

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КЛИНИЧЕСКОГО ПУТИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**С.Л. Вардосанидзе** – ГОУ ВПО Ставропольская ГМА Росздрава, заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук; **А.Ш. Галстян** – ГОУ ВПО Ставропольская ГМА Росздрава, соискатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

### CLINICAL WAY METHOD IN TREATMENT OF OUT-PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AFTER CARDIOSURGERY

**S.L. Vardosanidze** – Stavropol State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Science; **A.S. Galstyan** – Stavropol State Medical Academy, Department of Public Health, Post-graduate.

Дата поступления – 30.09.2010 г.

Дата принятия в печать – 14.12.2010 г.

**Вардосанидзе С.Л., Галстян А.Ш.** Использование метода клинического пути при ведении больных ИБС после кардиохирургических вмешательств на амбулаторном этапе // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 4. С. 824-828.

Обследовано 158 больных с ишемической болезнью сердца с последующим наблюдением в течение 12 месяцев в условиях поликлиники. По окончании первичного исследования все больные основной группы (118 пациентов) получали лечение в рамках клинического пути. Больные группы сравнения (40 пациентов) после проведенного лечения направлялись под наблюдение терапевта (кардиолога) по месту жительства, где дальнейшее их лечение проходило по обычной методике. Полученные данные свидетельствуют, что лечение кардиохирургических больных на амбулаторном этапе в рамках клинического пути позволяет повысить приверженность больных к лечению, тем самым способствуя улучшению их самочувствия, нормализации показателей артериального давления, что позволяет расценивать предложенный метод клинического пути ведения больных рациональным и эффективным.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, клинический путь, аортокоронарное шунтирование, стентирование.

**Vardosanidze S.L., Galstyan A.S.** Clinical way method in treatment of out-patients with ischemic heart disease after cardiosurgery // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2010. Vol. 6, № 4. P. 824-828.

158 patients with ischemic heart disease (IHD) have been under study during the period of 12 months in out-patient conditions. After completion of the primary examination all the patients of basic group (118 patients) received clinical

way method of treatment. Patients of the comparison group (40 patients) after provided treatment were cared by their local therapeutists (cardiologists). The findings proved the fact that treatment of patients after cardiosternotomy by clinical way method in out-patient conditions enabled to raise patient motivation to treatment, thereby assisting them to feel better, promoting normalization of arterial pressure data. The research results stated that clinical way method of treatment may be considered as rational and effective.

**Key words:** ischemic heart disease, clinical way, coronary artery bypass grafting, stenting.

**Введение.** Индустриальная модель непрерывного повышения качества, как свидетельствует опыт не только в промышленном производстве, но и в здравоохранении, не требует при ее внедрении серьезных финансовых инвестиций. Это является наиболее привлекательным при ее использовании в период недостаточного финансирования, реформирования и совершенствования, особенно в условиях экономического кризиса. Использование модели непрерывного повышения качества в лечебно-диагностическом процессе привело к снижению стоимости лечения и повышению клинической результативности [1]. Ведение больных в стационаре методом клинических путей выгодно отличается от других методов обязательным алгоритмом действий медицинского персонала в течение определенного календарного графика с включением в последний только тех работ, которые в значительной степени влияют на исход заболевания и конечный результат лечения. К сожалению, в доступной литературе мало работ, посвященных внедрению индустриальных методов управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене отечественного здравоохранения. Заимствовать опыт зарубежных коллег также не представляется возможным ввиду значительных отличий в организации деятельности поликлинической службы.

Совершенствование лечебно-диагностического процесса и улучшение качества медицинской помощи зависит не только от адекватного и эффективного управления, но и от внедрения в лечебный процесс последних достижений медицинской науки в практике лечения пациентов с известной патологией. Благодаря развитию мировой и отечественной сердечно-сосудистой хирургии в последние годы лечение больных с ишемической болезнью сердца претерпело ряд позитивных изменений [2]. Если всего несколько десятилетий таким больным предлагались только консервативные методы лечения, не приводившие к выздоровлению, и пациенты становились стойкими инвалидами, то в настоящее время благодаря достижениям сердечно-сосудистой хирургии их качество жизни после оперативного лечения (открытой хирургической операции или эндоваскулярных методик) улучшается на годы, а иногда и десятилетия [3]. При этом активно развивается направление стационарзамещающих видов медицинской помощи, возрастает роль амбулаторно-поликлинического звена. Поэтому становится актуальной разработка мероприятий по совершенствованию системы управления не только в многопрофильных ЛПУ, но и в амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждениях [4].

Цель исследования: повышение клинической результативности лечения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после кардиохирургических операций на основе разработки и внедрения метода построения клинического пути в амбулаторных условиях.

**Ответственный автор** – Галстян Ашхен Шагеновна.  
Адрес: 355020, г. Ставрополь, ул. Северокавказская, 11.  
Тел.: 8-918-756-49-03, 8-9624-598-654, 8(8652) 29-06-84.  
E-mail: Achulya@rambler.ru

**Методы.** Проведено параллельное исследование по принципу многоэтапности. В работу были включены пациенты, прошедшие обследование и лечение в ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (СККЦ СВПМ) в период с 2003 по 2009 г. **Критерии включения в исследование:** наличие ишемической болезни сердца, отсутствие противопоказаний для проведения коронарографии. **Критерии исключения из исследования:** большие, отказавшиеся принимать участие в исследовании, тяжелая сопутствующая патология, которая явилась противопоказанием к оперативному лечению. В работе использовались следующие социально-гигиенические методы: математико-статистический, аналитический, штатного нормирования, анкетирования, интервьюирования, выкопировки данных из медицинской и отчетной документации организационного эксперимента. После хирургического лечения (аортокоронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий) все больные основной группы (ОГ) (118 пациентов) направлялись под наблюдение кардиолога ГУЗ «Кардиологический диспансер», где в рамках клинического пути обучались в «школе ИБС» (рис. 1). Больные группы сравнения (ГС) (40 пациентов) после проведенного лечения направлялись под наблюдение терапевта (кардиолога) по месту жительства, где дальнейшее их лечение проходило по обычной методике.

Особенностью данного клинического пути ведения пациентов является наличие промежуточных индикаторов качества для мониторинга лечебного процесса в контрольных точках. Это позволяет корректировать и прогнозировать исходы лечения.

Клинический путь предусматривал структурное, сетевое и календарное планирование проводимых работ, в него включались следующие основные характеристики (табл. 1): вход системы (пациент с ИБС после консервативной терапии или АКШ или стентирования); планируемое время постгоспитального лечения; необходимый минимум обследования; необходимый набор инструментальных и лабораторных исследований для оценки исходного состояния больного в послеоперационном периоде и мониторинг его функций в процессе лечения; необходимые консультации специалистов; физическая активность пациента; медикаментозное лечение; диета; выход из системы - характеристика запланированного исхода на основе клинических, лабораторных и инструментальных данных; прогнозируемые отклонения от планируемого проекта (например, летальность, виды осложнений, общая частота осложнений и др.).

Примечания к протоколу клинического пути «Больные ИБС на амбулаторном этапе лечения»:

1. Сокращения: ИБС – ишемическая болезнь сердца.

2. Критерии законченного случая: отсутствие ишемических явлений на ЭКГ, нормализация показателей гемостазиограммы и липидограммы, высокий уровень знаний по факторам сердечно-сосудистого риска, приверженность к лечению, отсутствие раневых осложнений.



Рис. 1. Интегрированный комплекс «поликлиника – стационар – поликлиника» в рамках вторичной профилактики ССЗ

3. Последующее лечение и реабилитация: антиагрегантная, гиполипидемическая терапия – пожизненно; исключение курения – пожизненно; гиполипидемическая диета – пожизненно; дозированная ходьба – пожизненно; санаторно-курортное лечение – 1 раз в год; наблюдение терапевта (кардиолога) каждые 3 месяца; контроль липидограммы и гемостазиограммы каждые 3 месяца.

4. Возможные осложнения: острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоз шунта (стента).

5. Мониторинг в контрольных точках (критерии адекватности, эффективности и отсутствия осложнений лечения):

**А.** 1 месяц: отсутствие на ЭКГ ишемических изменений, отсутствие на ЭхоКГ новых участков гипокинеза, АД в пределах 110/80 до 150/100 мм рт. ст., отсутствие болей в области сердца, одышки, цианоза, высокая толерантность к физической нагрузке, отсутствие признаков поздней инфекции, общий анализ крови: гемоглобин 130-160 г/л у мужчин, 120-140 г/л у женщин, лейкоциты  $4,0 \times 10^9$ - $8,8 \times 10^9$ ,

Таблица 1

Клинический путь «Больные ИБС на амбулаторном этапе лечения»

Данные обследований на момент выписки	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	9 месяцев	12 месяцев
ЭКГ	ЭКГ	Глюкоза крови (у больных с сахарным диабетом)	ЭКГ	ЭКГ	ЭКГ
Эхо-КГ	Общий анализ крови	Гемостазиограмма	Эхо-КГ + стресс Эхо	Общий анализ крови	Эхо-КГ
Общий анализ крови	Липидограмма, глюкоза крови	Холтеровское мониторирование	Общий анализ крови	Липидограмма, глюкоза крови	Общий анализ крови
Общий анализ мочи	Контроль АД, консультация кардиолога	Осмотр кардиолога	Липидограмма, глюкоза крови	Контроль АД	Липидограмма, глюкоза крови
Липидограмма, глюкоза крови	Гемостазиограмма	ИМТ	Контроль АД	Консультация кардиолога	Контроль АД
Контроль АД	АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК	Контроль АД+	Консультация кардиолога	Гемостазиограмма	Консультация невролога
Консультация кардиолога	ИМТ	Обучение в «школе ИБС»	Гемостазиограмма	АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК	Консультация кардиолога
Консультация невролога	Консультация хирурга+		АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК	Холтеровское мониторирование	Гемостазиограмма
Гемостазиограмма	Обучение в «школе ИБС»		ИМТ	ИМТ	АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК
АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК			Консультация хирурга		ИМТ +
ИМТ+			Дуплексное сканирование сонных артерий+		Оценка результатов обучения в «школе ИБС»
Обучение в «школе ИБС»			Оценка результатов обучения в «школе ИБС»		

СОЭ 1-10 мм/ч у мужчин, 2-15 мм/ч в женщин, тромбоциты – 180-320×10<sup>9</sup>/л; глюкоза крови в пределах от 3,89 до 6,38 ммоль/л, липидограмма: общий холестерин <4,5 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП >1 ммоль/л у мужчин; ЛПВП >1,2 ммоль/л у женщин (согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов); ПТИ – 80-90%, фибриноген – 2-4 г/л, АЛТ – до 30 МЕ (оптический тест), АСТ – до 40 МЕ (оптический тест), ЛДГ – до 460 МЕ (оптический тест), КФК – 24-170 ЕД/л, ИМТ – от 19 до 24 для женщин, от 20 до 25 для мужчин.

**Б.** 3 месяца: отсутствие при мониторинговании ЭКГ эпизодов ишемических изменений, АД в пределах 110/80 до 150/100 мм рт. ст., отсутствие более в области сердца, одышки, цианоза, высокая толерантность к физической нагрузке, глюкоза крови в пределах от 3,89 до 6,38 ммоль/л, ПТИ – 80-90%, фибриноген 2-4 г/л, ИМТ от 19 до 24 для женщин, от 20 до 25 для мужчин.

**В.** 6 месяцев: отсутствие на ЭКГ ишемических изменений, отсутствие на ЭхоКГ новых участков гипокинеза, отрицательный стресс-Эхо-КГ-тест, АД в пределах 110/80 до 150/100 мм рт. ст., отсутствие более в области сердца, одышки, цианоза, высокая толерантность к физической нагрузке, отсутствие признаков поздней инфекции, отсутствие гемодинамически значимых стенозов сонных артерий, глюкоза крови в пределах от 3,89 до 6,38 ммоль/л; липидограмма: общий холестерин <4,5 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП >1 ммоль/л у мужчин; ЛПВП >1,2 ммоль/л у женщин; общий анализ крови: гемоглобин 130-160 г/л у мужчин, 120-140 г/л у женщин, лейкоциты 4,0×10<sup>9</sup>-8,8×10<sup>9</sup>, СОЭ 1-10 мм/ч у мужчин, 2-15 мм/ч в женщин, тромбоциты – 180-320×10<sup>9</sup>/л; ПТИ – 80-90%, фибриноген 2-4 г/л, АЛТ до 30 МЕ (оптический тест), АСТ до 40 МЕ (оптический тест), ЛДГ до 460 МЕ (оптический тест), КФК 24-170 ЕД/л, ИМТ от 19 до 24 для женщин, от 20 до 25 для мужчин. Высокие показатели информированности о факторах кардиоваскулярного риска, активная приверженность к лечению.

**Г.** 9 месяцев: отсутствие при мониторинговании ЭКГ эпизодов ишемических изменений, АД в пределах от 110/80 до 150/100 мм рт. ст., отсутствие более в области сердца, одышки, цианоза, высокая толерантность к физической нагрузке, глюкоза крови в пределах от 3,89 до 6,38 ммоль/л, липидограмма: общий холестерин <4,5 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП >1 ммоль/л у мужчин; ЛПВП >1,2 ммоль/л у женщин; общий анализ крови: гемоглобин – 130-160 г/л у мужчин, 120-140 г/л у женщин, лейкоциты – 4,0×10<sup>9</sup>-8,8×10<sup>9</sup>, СОЭ – 1-10 мм/ч у мужчин,

2-15 мм/ч в женщин, тромбоциты – 180-320 × 10<sup>9</sup>/л; ПТИ – 80-90%, фибриноген – 2-4 г/л, АЛТ – до 30 МЕ (оптический тест), АСТ – до 40 МЕ (оптический тест), ЛДГ – до 460 МЕ (оптический тест), КФК – 24-170 ЕД/л, ИМТ – от 19 до 24 для женщин, от 20 до 25 для мужчин.

**Д.** 12 месяцев: отсутствие на ЭКГ ишемических изменений, отсутствие на ЭхоКГ новых участков гипокинеза, АД в пределах от 110/80 до 150/100 мм рт. ст., отсутствие более в области сердца, одышки, цианоза, высокая толерантность к физической нагрузке, отсутствие признаков поздней инфекции, отсутствие неврологического дефицита, глюкоза крови в пределах от 3,89 до 6,38 ммоль/л, липидограмма: общий холестерин <4,5 ммоль/л; ЛПНП <2,6 ммоль/л; ЛПВП >1 ммоль/л у мужчин; ЛПВП >1,2 ммоль/л у женщин; общий анализ крови: гемоглобин – 130-160 г/л у мужчин, 120-140 г/л у женщин, лейкоциты – 4,0×10<sup>9</sup>-8,8 × 10<sup>9</sup>, СОЭ – 1-10 мм/ч у мужчин, 2-15 мм/ч в женщин, тромбоциты – 180-320×10<sup>9</sup>/л; ПТИ – 80-90%, фибриноген – 2-4 г/л, АЛТ – до 30 МЕ (оптический тест), АСТ – до 40 МЕ (оптический тест), ЛДГ – до 460 МЕ (оптический тест), КФК – 24-170 ЕД/л, ИМТ – от 19 до 24 для женщин, от 20 до 25 для мужчин. Высокие показатели информированности о факторах кардиоваскулярного риска, активная приверженность к лечению.

Экспертиза нетрудоспособности: больничный лист на амбулаторном лечении до 6-8 недель через КЭК или, при благополучном исходе, до восстановления трудоспособности. При наличии признаков стойкой утраты трудоспособности и явном неблагоприятном прогнозе – освидетельствование на МСЭК через 2-4 месяца.

**Результаты.** Для анализа медико-социальной эффективности «клинического пути», учитывали данные о количестве посещений поликлиники, вызовах скорой помощи (СП), госпитализациях, о новых случаях временной и стойкой утраты трудоспособности за предшествующий год до включения в исследование и в течение 12 месяцев наблюдения. Для получения такой информации проводили опрос пациентов, анализировали амбулаторные карты и выписки из историй болезни.

После обучения пациентов в «школах ИБС» заметно уменьшается количество амбулаторных посещений, средняя частота вызовов СП в ОГ снижается почти вдвое, достоверно сокращается длительность пребывания в стационаре и количество госпитализаций (табл. 2).

Таблица 2

Динамика медико-социальных показателей за период наблюдения

Показатель	Основная группа, n=118		Группа сравнения, n=40		p – межгруп. различия
	12 мес. до исследования	период наблюдения	12 мес. до исследования	период наблюдения	
Среднее количество обращений в пол-ку	16,9±1,2	10,3±0,9*	16,4±1,2	14,8±1,1*	p<0,05
Средняя частота вызовов «СП» в год	1,2±0,2	0,5±0,1	1,2±0,2	1,2±1,2	p<0,01
Количество госпитализаций	28	22	27	26	
Среднее число дней стационар. лечения	27,9±1,5	20,9±1,3	25,7±1,3	26,4± ,3	p<0,05

Примечание: \* – Δ=-1,68±1,14 в ОГ, Δ=1,24±0,62 в ГС; данные для «количественных» показателей представлены в виде среднего значения и ошибки среднего (М±m); для «качественных» и для «порядковых» показателей указывается частота выявления показателя в абсолютных числах и в процентах.

Таблица 3

Динамика АД и ЧСС в группах исследования (M±m)

	Основная группа (n=118)			Группа сравнения (n=40)		
	исходно	6 мес.	12 мес.	исходно	6 мес.	12 мес.
САД, мм рт. ст.	150,3±2,4	130,0±1,8*†	136,4±2,5*†	150,68±2,1	143,1±2,3**	147,5±2,2
ДАД, мм рт. ст.	88,4±1,7	82,5±1,7*	83,2±1,7*†	89,6±1,2	88,3±1,5**	89,9±1,7
ЧСС, уд. в мин	70,3±1,2	67,7±1,2**	68,2±1,3†	70,8±1,3	70,3±1,5	73,3±1,4**

Примечание: \* –  $p < 0,00$ ; \*\* –  $p < 0,01$ , по сравнению с исходными данными; † –  $p < 0,01$  для межгрупповых различий.

Проведенное исследование показало, что исходно только 48% больных точно знают, как правильно купировать боль в груди и 23,5% – когда необходимо вызывать СП. После участия в обучающих семинарах 112 пациентов (95%) в ОГ получили навыки купирования боли и готовы вовремя обратиться за медицинской помощью ( $p < 0,05$  – по сравнению с исходным уровнем).

В результате обучения пациентов по программе «Школа ИБС» уровень информированности достоверно повышается с  $35,9 \pm 1,3$  до  $47,2 \pm 0,8$  балла (на 31,5%).

Применение обучающей методики при амбулаторном ведении больных ИБС приводит к достоверному улучшению клинических показателей, положительно влияющих на прогноз заболевания. В ходе исследования уменьшилась средняя частота приступов стенокардии: с трех до одного приступа в месяц ( $p < 0,05$ ). Положительная динамика связана с влиянием обучения на приверженность к лечению. За период наблюдения выявлено достоверное снижение АД, как в ОГ, так и в ГС. Но различия в динамике показателей АД между группами были высокодостоверными ( $p < 0,001$ ). Количество больных, достигших целевого значения АД за период наблюдения, больше в ОГ ( $p < 0,001$ ), что отражено в табл. 3.

**Обсуждение.** После обучения достоверно увеличилось количество больных с целевым уровнем АД ( $< 140/90$  мм рт. ст. и  $< 130/80$  мм рт. ст. для больных СД): через 6 месяцев – 62% ( $n=73$ ), через 12 месяцев – 44% ( $n=52$ ) ( $p < 0,001$ ). В ГС через 6 месяцев наблюдения доля больных, достигших целевого уровня АД, также увеличилась до 25% ( $n=10$ ) ( $p < 0,01$ ), но через 12 месяцев только у 7,5% ( $n=3$ ) сохранились целевые показатели АД.

Обучение пациентов благоприятно повлияло на динамику липидограммы. Доля пациентов ГО, до-

стигших целевых значений ЛП за период наблюдения, увеличилась с 5 до 41%. Нельзя сказать, что эта цифра слишком оптимистична, но в ГС только у 6% больных в конце наблюдения показатели ОХС и липидов плазмы были на уровне целевых значений.

**Закключение.** Таким образом, у больных ОГ показатели липидограммы, артериального давления, индекс массы тела были достоверно ниже, чем у пациентов ГС. Одновременно с этим затраты на лечение больных по стандартному классическому пути ведения (ГС) были выше в связи с частым необоснованным назначением анализов, необоснованными госпитализациями и посещениями участкового терапевта.

Создание клинического пути ведения больных сердечно-сосудистой хирургической патологией на амбулаторном этапе в аспекте вторичной профилактики показало свою экономическую эффективность и клиническую результативность.

#### Библиографический список

1. Вардосанидзе С.Л. Мотивация медицинского персонала при антикризисном управлении лечебно-профилактическим учреждением // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 4. С. 49-54.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Оценка эффективности методов реваскуляризации миокарда в рандомизированных исследованиях // Бюллетень НЦССХ. Сер.: Сердечно-сосудистые заболевания. Общие вопросы сердечно-сосудистой хирургии. 2001. Т. 2, № 5. С. 16-50.
3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., Стрижакова Л.Л. Перспективы развития сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2007. № 1. С. 4-9.
4. Борисов К.Н., Гурак С.В. Вопросы организации амбулаторной помощи больным, перенесшим инсульт // Клиническая геронтология. 2006. № 11. С. 31-34.