

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ им. А.АЛИЕВА**

На правах рукописи

АБИЛЬ РЗАКУЛУ оглы АГАСИЕВ

**Медико-экономическое обоснование стратегии развития
санитарно-курортной помощи путем стандартизации
лечебно-диагностических процессов**

3212.01 – Здравоохранение и его организация

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских
наук**

БАКУ – 2017

Работа выполнена в Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей им. А. Алиева.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор

О.Х. Герзмава

Доктор медицинских наук

Н.М. Рустамова

Доктор медицинских наук

Р.Г. Эйвазов

Ведущее учреждение – Дагестанский Государственный Медицинский Университет, кафедра Общественного здоровья и организация здравоохранения

Защита состоится “_____” _____ 2017 года в _____ часов на заседании Диссертационного Совета ВД 03.041 при Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей имени А.Алиева Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики

Адрес: AZ 1012, г. Баку. Тбилисский пр. 3165

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей им. А.Алиева.

Автореферат разослан «_____» «_____» 20 ____ года.

**Ученый секретарь
Диссертационного совета
ВД 03.041, д.ф.м.**

С.А. Акбербекова

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Санаторно-курортная служба выполняет важнейшую медико-социальную функцию, направленную на удовлетворение потребностей в поддержании и восстановлении здоровья [Ямалетдинова З. Т., 2010; Агасиев А.Р., 2011; Шведунова Л.Н., Кайсинова А.С., Пачин С.А., Парамонова Е.М., Ходова Т.В., 2011; Гильмутдинов Б.Р., 2013]. Успешное выполнение этой социально-важной задачи требует создания оптимального условия для реализации маркетинговых и экономических интересов поставщиков санаторно-курортных услуг, социальных заказов общества и для удовлетворения потребностей рекреантов [Ветитнев А.М., 2005; Курнявкин В.Н., 2008; Прилипко Н.С., Бантьева М.Н., 2013; Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А., Бетуганова Л.В., 2014].

Современная санаторно-курортная служба имеет прочную научную основу, которая постоянно развивается и обогащается. Проведена большая работа по санаторно-курортному менеджменту, создана нормативная база для развития и управления деятельностью санаторно-курортных учреждений [Ветитнев А.М., 2004; Бантьева М.Н., Прилипко Н.С., 2013; Прилипко Н.С., Бантьева М.Н., 2014], сформирована система эффективной реабилитации с использованием рекреационных возможностей регионов, разработана методология комплексного применения физиотерапевтических, бальнеологических, климатических и прочих факторов [Wiles C.M., Newcombe R.G., Fuller K.J., et al., 2001; Giacino J.T., Ashwal .S, Childs N.et al., 2002; Ditunno J.F., Little J.W., Tessler A., Burns A.S., 2004; Yamamoto T., Katayama Y., 2005; Baner P., Krewer C., Golaszeweski S. et. al, 2008].

Азербайджанская Республика имеет богатейшие ресурсы для климатотерапии и бальнеотерапии, которые давно используются для восстановления здоровья. В стране функционируют санаторно-курортные учреждения в системе Министерства Здравоохранения Республики, республиканской конфедерации профессиональных союзов, частного и отраслевого сектора народного хозяйства.

Принимая во внимание огромный потенциал Азербайджана по развитию санаторно-курортной службы и медицинского туризма в 2007 году Президент Республики издал указ о государственной программе «Курорты Азербайджана». Исполнением этой программы занимаются все службы, предназначенные для медико-социальной защиты населения. С целью обоснования путей оптимизации выполнения требований государственной программы «Курорты Азербай-

джана» нами было проведено научное исследование по изучению медицинской эффективности существующих рекреационных учреждений и установлению факторов, определяющих её уровень [Агасиев А.Р., 2010; 2011]. В настоящее время назрела необходимость медико-экономического обоснования стратегии развития санаторно-курортной помощи на основе стандартизации лечебно-диагностического процесса, которая имеет правовое закрепления в Законе Азербайджанской Республики об охране здоровья населения. Поэтому, тема планируемой и выполненной научной работы является актуальной.

Цель исследования. Медико-экономическое обоснование стратегии развития санаторно-курортной помощи на основе внедрения методологии стандартизации лечебно-диагностических процессов в системе рекреационных учреждений.

Задачи исследования:

- Теоретическое обоснование и практическое осуществление программы подготовки санаторно-курортных учреждений для внедрения стандартов санаторно-курортной помощи;
- Разработка методологии оценки медицинской эффективности внедрения стандартов санаторно-курортной помощи при наиболее социально важных патологиях, требующих реабилитационную помощь;
- Определение уровня и факторов формирования потребности рекреантов в лечебных методах воздействия;
- Обоснования необходимого объема потребности рекреантов в дополнительных лечебно-диагностических услугах при внедрении стандартов санаторно-курортных услуг при различных социально важных патологиях;
- Обоснование стратегии стандартизации санаторно-курортного лечения с учетом феномена полиморбидности у пациентов с разными поводами для рекреационной помощи;
- Научное медико-экономическое обоснование стандартизации лечебно-диагностического процесса как нового направления стратегического планирования развития санитарно-курортных служб.

Научная новизна результатов исследования:

- впервые обоснованы теоретические предпосылки для подготовки концепции стандартизации лечебно-диагностического процесса как нового, эффективного направления стратегиче-

- ского развития системы рекреационных служб в региональных условиях;
- обоснована необходимость системного подхода к процессу подготовки рекреационных служб к процессу внедрения концепции стандартизации санаторно-курортной помощи;
 - определены условия и методы подготовки санаторно-курортных учреждений для внедрения стандартизации лечебно-диагностического процесса;
 - разработана методология изучения медицинской эффективности внедрения стандартов санаторно-курортной помощи и оценки специфичности, чувствительности, прогностической ценности лечебных методов воздействия;
 - обоснован оптимальный объем методов лечебного воздействия и уровень медицинской эффективности в санаторно-курортных учреждениях по основным нозологическим формам – поводам для санаторно-курортной помощи;
 - обоснована необходимость комплексного подхода к внедрению стандартов санаторно-курортной помощи на основе системного изучения базового состояния здоровья рекреантов и их потребностей в восстановительном лечении;
 - оценена роль полиморбидности состояния здоровья рекреанта как ведущего фактора формирования потребности в лечебных методах воздействия;
 - обоснована медицинская и экономическая целесообразность внедрения стандартизации лечебно-диагностических процессов как рыночного механизма стратегического планирования развития рекреационных служб.

Практическая ценность результатов исследования:

- концепция стандартизации лечебно-диагностического процесса в системе рекреационных услуг предполагает стандартный подход к подготовке рекреантов для направления на санаторное лечение, к приему и обследованию рекреанта в санатории, определению программы лечебных методов воздействия и системе мониторинга пациентов, что определяет задачи лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений;
- использования стандартов лечебно-диагностического процесса в санаторно-курортной системе для формирования цен

- санаторно-курортного лечения;
- использование стандартов лечебно-диагностических услуг для планирования ресурсов и обоснование штатов рекреационных учреждений;
 - использование стандартов санаторно-курортной помощи, критериев их эффективности, прогностические ценности использованных методов лечебного воздействия для составления договоров между рекреантами и учреждениями санаторно-курортных услуг, предусмотренных условиями коммерческой деятельности.

Внедрение результатов исследования.

Исследования проведено на базе санаторно-курортных учреждений Акционерного общества «Курорт» в ходе, которых внедрены все мероприятия по подготовке их к работе в условиях использования стандартов.

Составлена программа стандартизации лечебных методов воздействия, утверждена на Курорт совете и представлена санаторно-курортным учреждениям.

Концепция стандартизации лечебно-диагностического процесса как нового направления стратегии развития служб санаторно-курортных учреждений включена в программу последипломного дополнительного образования руководителей в системе здравоохранения.

Апробация работы. Основные итоги и положения работы доложены на международных конгрессах по реабилитации в медицине (г.Дубай, ОАЭ, 2013; Оксфорд, Англия, 2015), XLII – XLIII международной конференции (Новосибирск, 2015) и XXXIX – XLI международной научно-практической конференции (Москва, 2015).

Первичное обсуждение диссертационной работы осуществлено на специальном семинаре по месту выполнения работы – в Азербайджанском Государственном Институте Усовершенствования Врачей им. А.Алиева (прот.№2, 26 апреля 2016). Апробация работы была проведена на Апробационном Семинаре Диссертационного Совета ВД 03.041 (20 апреля 2017г., пр.№1) Азербайджанского Государственного Института Усовершенствования Врачей им. А.Алиева

Публикации. По теме диссертации опубликованы 29 научных работ (20 журнальных статей, включенных в перечень ВАК, 2 статьи в Сократском Альманахе – в Oxford – е). Три статьи опубликованы в

журналах, включенных в перечень Web of Science и 2 статьи в журналах включенных в перечень Scopus).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы (глава I), описания материалов и методов исследования (глава II), из 5 глав собственных материалов (глава III с 8-ми, глава IV с 13-и, глава V с 13-и, глава VI с 6-и под главами и VII), выводов, практических предложений и библиографии. Работа изложена на 386 страницах, набрана на персональном компьютере, включает 65 таблиц, 15 рисунков. В указателе использованной литературе 379 источников, из них 237 на русском, 142 на английском языках.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи требует выполнения их комплекса мероприятий, включающих структурное и функциональное адаптирование системы к новым условиям, изменения кадрового потенциала и материально технической базы учреждения;
- Стандарты санаторно-курортной помощи не пригодны для определения индивидуальной программы лечения рекреантов, они имеют существенное значение для планирования ресурсного обеспечения санаторно-курортных учреждений, регулирования взаимоотношений между потребителями и поставщиками рекреационных услуг;
- Эффективность санаторно-курортной помощи зависит от комплекса условий функционирования рекреационных служб больше, чем от структуры и частоты представления лечебных методов воздействия;
- Состояние здоровья, диагноз основного и сопутствующих патологий, демографические характеристики рекреантов, их информированность оказывают существенное влияние на объем и структуры медицинских услуг;
- Стандартизацию санаторно-курортной помощи как новое направление в санаторном маркетинге и менеджменте следует использовать как для стратегического, так и для текущего планирования, для организации работы и оптимизации лечебного процесса.
- В условиях внедрения стандартов санаторно-курортной помощи возрастает необходимость развития узкой специализации рекреационных служб с учетом наиболее распространенных заболеваний (ИБС, сахарный диабет, артериальная гипертензия, последствие ЦВБ и прочие).

- Санаторный этап лечения дает возможность не только для укрепления здоровья и реабилитации нарушенных функций организма, но позволяет обеспечить мониторинг функционального состояние организма.

Материалы и методы исследования

Материалы для исследования и методы их анализа были определены в соответствии с целью и задачами научной работы. Поэтому в первую очередь необходимо было определение перечня нозологической формы, для лечения которой предполагалась подготовка стандартов санаторно-курортной помощи. При этом руководствовались следующими принципами:

- Выбор социально-значимых патологий, которые занимают существенное место среди заболеваний рекреантов санаторно-курортных учреждений Азербайджана;
- Возможность сочетания местных бальнеоклиматических факторов с физиотерапевтическими методами лечебного воздействия;
- Наличие адекватного кадрового, материально-технического и профессионального потенциала для внедрения стандартов.

Используя санаторно-курортные карты рекреантов за 2007-2011 годы были отобраны и установлены частоты встречаемости для следующих социально-значимых заболеваний, требующих санаторно-курортное лечение: ишемическая болезнь сердца; артериальная гипертензия; расстройства вегетативной нервной системы; болезни нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии; болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии, артрозы, дорсопатии, спондилопатии, остеоартропатии, хондропатии); цереброваскулярные болезни; ожирения; сахарный диабет; болезни щитовидной железы; мочекаменная болезнь; гломерулярная болезнь).

Анкета с вопросами была представлена всем рекреантам, которые два и более раза получали санаторно-курортную помощь в системе АО «Курорт». Первичные больные не были опрошены, так как у них не имеются опыта лечения в санаторно-курортных учреждениях. Количество опрошенных составляло: 342 с ишемической болезнью сердца, 95 с последствиями цереброваскулярных болезней, 142 с поражениями нервов, нервных сплетений и корешков, полиневропатии, 150 с

расстройствами вегетативной нервной системы, 100 с артропатиями (всего 829).

С учетом требований стандартов санаторно-курортной помощи по конкретным нозологическим формам было упорядочено штатное расписание санаторий, приобретено новое оборудование для дополнительных исследований и назначений.

Поэтому было изучено мнение рекреантов об использовании стандартов санаторно-курортной помощи. С этой целью был подготовлен простой, доступный опросник.

Анкета с вопросами была представлена всем рекреантам, которые два и более раза получали санаторно-курортную помощь в системе АО «Курорт».

Для экономического обоснования целесообразности внедрения стандартов санаторно-курортной помощи была определена себестоимость лечения в расчете на один койко-день с дифференцировкой затрат по статьям сметы. При этом руководствовались положением утвержденного Кабинетом Министров Азербайджанской Республики № 111 от 16 августа 1996 года.

Медицинская эффективность была оценена по результатам внедрения стандартов санаторно-курортной помощи.

Определялась фактическая частота назначения лечебных воздействий и проводилось сравнение со стандартной частотой этих методов лечения. Для выявления связи исхода лечения со структурой и частотой назначения методом «копи-пара» (случай контроль – case control) были выделены группы больных с позитивным и негативным исходом лечения. Используя данные этих групп была составлена четырехпольная таблица.

Чувствительность применения метода (Se) – вероятность применения метода лечебного воздействия при позитивном исходе лечения $[a:(a+c)]$; Специфичность применения метода (Sp) – вероятность не применения метода лечебного воздействия при негативном исходе лечения $[d:(b+ d)]$; Прогностическая ценность применения метода лечебного воздействия (PV+) для предвидения позитивного исхода лечения $[a:(a+b)]$ – вероятность позитивного исхода в случаях применения метода лечения; Прогностическая ценность не применения метода лечебного воздействия (PV –) для предвидения негативного исхода лечения $[d:(c+d)]$ – вероятность негативного исхода в случаях не применения метода лечения; Отношение правдоподобия применения лечебного воздействия (LR+) для оценки риска позитивного исхода $[Se –$

(1-Sp)]; Отношение правдоподобия не применения лечебного воздействия (LR-) для оценки риска негативного исхода [(1-Se):Sp].

Определялась фактическая частота назначения и частота назначения по стандарту диагностических тестов.

Определялась доля пациентов, у которых при лабораторно-диагностических исследованиях было выявлено отклонение от нормы в группах с позитивным и негативным исходом лечения.

Сопутствующие патологии, особенно наличие нескольких заболеваний (полиморбидность) у рекреантов могут изменять потребность их в лечебных услугах, клинико-диагностических тестах и оказывать негативное влияние на результат лечения. Поэтому в нашей работе была поставлена задача связанная с отмеченными аспектами санаторно-курортной помощи. Была определена распространенность стоматологических заболеваний у рекреантов.

Изучался уровень и структура гинекологических заболеваний у женщин. Вся собранная информация была обработана при помощи персонального компьютера с использованием пакета «анализ данных» программа Excel-2010. Основной методологией статистического анализа была методология анализа качественных признаков.

Организационные и экономические вопросы подготовки санаторно-курортных учреждений для внедрения стандартов санаторно-курортной помощи

На основе 5-летнего наблюдения (2007-2011 годов) были установлены 95% доверительные интервалы удельного веса наиболее частых причин санаторно-курортного лечения в системе АО «Курорт»: сахарный диабет – 1,4-2,0%; болезни щитовидной железы и ожирения – 1,8-2,2%; расстройства вегетативной нервной системы – 16,4-16,8%; болезни периферических нервов – 0,2-0,6%; артериальная гипертензия – 11,2-11,6%; ишемическая болезнь сердца -30,2-30,4%; цереброваскулярные болезни – 3,8-4,2%; болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 5,6-5,8%; болезни печени, желчных путей, желчного пузыря и поджелудочной железы – 4,2-4,6%; мочекаменная болезнь – 1,7-1,9%; гломерулярная болезнь – 1,2-1,4%; болезни костно-мышечной системы – 20,4-20,6%; прочие – 0,01-0,02%.

Принимая во внимание показатели нозологической структуры причин санаторно-курортного лечения была определена перечень клинико-лабораторных и функционально-диагностических методов обследования рекреантов в соответствии с базовой программой стан-

дартов санаторно-курортной помощи, которая включала: анализ крови общий, анализ мочи общий, анализ кала на скрытую кровь; определение глюкозы, холестерина, билирубина, триглицеридов, фосфолипидов, липопротеидов, креатинкиназы, лактатдегидрогеназы, ревматоидных факторов, С реактивного белка, мочевой кислоты, мочевины, протромбинового времени в крови; определение глюкозы в моче. Для выполнения требований стандарта санаторно-курортной помощи были созданы условия для проведения электрокардиограммы, электроэнцефалограммы, эзофагоскопии, хольтеровского мониторирования, ультразвукового исследования, ультразвуковой доплерографии, реэнцефалографии, электростимуляции мочеточников, определения скорости проведения электрического импульса по нерву.

Для успешного выполнения основных требований стандартов санаторно-курортной помощи, которая является обязательным условием взаимоотношений между потребителями и поставщиками услуг при рыночной экономике и коммерческой деятельности, необходимо адаптировать штаты рекреационных учреждений с учетом новой ситуации.

Адаптация структуры штатных расписаний требованиям стандартов санаторно-курортной помощи возможно в пределах фонда оплаты труда без изменений себестоимости услуг.

Один из признаков конкурентоспособности и привлекательности санаторно-курортных учреждений является частота повторных санаторно-курортных лечений.

Имеется вероятность изменения объема лечебных услуг в санаториях в зависимости от первичности и повторности лечения пациента. Поэтому в начальном этапе внедрения стандартов санаторно-курортной помощи в системе АО «Курорт» была поставлена задача: определить роль первичности и повторности санаторно-курортного лечения в формировании индивидуальной потребности рекреантов в тех или иных лечебных методах воздействия.

Повторным рекреантом по сравнению с первичными рекреантами часто ($P < 0,05$) были назначены суховоздушные ванны ($46,8 \pm 1,1$ и $35,8 \pm 1,3\%$), местные ванны ($30,0 \pm 1,0$ и $25,6 \pm 1,2\%$), газовые ванны ($11,2 \pm 0,7$ и $8,1 \pm 0,7\%$), минеральные ванны ($10,9 \pm 0,7$ и $6,9 \pm 0,7\%$), радоновые ($11,6 \pm 0,7$ и $8,4 \pm 0,8\%$), ароматические ($10,8 \pm 0,7$ и $8,1 \pm 0,7\%$) и контрастные ($10,8 \pm 0,7$ и $8,0 \pm 0,7\%$) ванны, лечебный душ ($11,3 \pm 0,7$ и $8,8 \pm 0,8\%$), подводный душ массаж ($10,8 \pm 0,7$ и $8,6 \pm 0,8\%$), а также синусоидальный модулированный ток ($11,7 \pm 0,7$ и $8,9 \pm 0,8\%$). Позитив-

ный исход лечения (существенное улучшение или улучшение) было документировано у $76,8 \pm 1,14\%$ первичных и у $90,1 \pm 0,66$ повторных рекреантов ($P < 0,01$) с ИБС.

Подгруппы первичных и повторных пациентов с полиневропатией друг от друга статистически значимо ($P < 0,05$) отличались по частоте назначения минеральных ($28,8 \pm 1,7$ и $41,1 \pm 1,6\%$), радоновых ($21,6 \pm 1,6$ и $30,2 \pm 1,5\%$), суховоздушных ($28,8 \pm 1,7$ и $40,1 \pm 1,6\%$), лекарственных ($19,3 \pm 1,5$ и $29,4 \pm 1,5\%$) ванн, синусоидальных модулированных токов ($35,8 \pm 1,8$ и $42,2 \pm 1,0\%$), низкоинтенсивных лазерных излучений ($37,4 \pm 1,8$ и $42,2 \pm 1,0\%$), электрофореза лекарств ($20,1 \pm 1,5$ и $29,4 \pm 1,5\%$).

В санаториях Акционерного общества «Курорт» среди рекреантов с ИБС и полиневропатией преобладают лица, повторно прибывшие на лечение, что свидетельствует о росте их привлекательности и конкурентоспособности.

Изменение соотношения первичных и повторных рекреантов в санаторно-курортных учреждениях следует использовать в качестве индикатора эффективности санаторно-курортного лечения.

Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи зависит от полноценности информации о рекреанте. Источником этой информации является санаторно-курортная карта.

Документальное оформление медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение не отвечает современным требованиям. Наиболее распространенной погрешностью при оформлении санаторно-курортных карт является отсутствие записи об осмотрах врачей специалистов и о дате проведения клинических анализов, электрокардиограммы и флюорографии.

С целью использования мнений рекреантов для расширения лечебных методов воздействия под наблюдением находились рекреанты, которые повторно получают санаторно-курортную помощь.

Социологический опрос рекреантов раскрывает мотивационные аспекты внедрения стандартов санаторно-курортной помощи, позволяет использовать их для планирования программы лечения с учетом личностных характеристик (пол, возраст, образование, место жительства) рекреантов. Преобладающее большинство рекреантов удовлетворены внедрением стандартов санаторно-курортной помощи, но в зависимости от личностных характеристик от $6,9 \pm 1,2$ до $26,2 \pm 2,3$ респондента желает получить дополнительные процедуры.

Модернизация санаторно-курортных учреждений, внедрение новых организационных и медицинских программ по совершенствованию лечения пациентов могут существенно повышать объемы расходов и, следовательно, изменять себестоимость санаторных услуг.

Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи ассоциируется повышением частоты назначения лечебных методов воздействия и сокращением интервала между максимальными и минимальными индивидуальными количествами потребляемых услуг. Различия по себестоимости койко-дня, расходом на приобретение медикаментов и по структуре затрат между санаториями разных профилей в системе Акционерного общества «Курорт» сохраняются. В условиях внедрения стандартов санаторно-курортной помощи уменьшается темп ежегодного роста себестоимости санаторных услуг.

Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи требовало расширения перечни и увеличения частоты назначения лечебных методов воздействия.

Суммарный объем роста лечебных услуг в расчете на 100 рекреанта составлял 6048,5 УЕ в желудочно-кишечном, 1842,6 УЕ в кардиологическом, 5875,7 УЕ в неврологическом, 2556,3 УЕ в урологическом и 1562,9 УЕ в артериальном санаториях. По остальным видам лечебных услуг объем не изменился после внедрения стандартов санаторно-курортной помощи.

Существующие стандарты дают возможность обеспечить хороший мониторинг основных жизненно важных показателей организма путем использования более 20-и адекватных лабораторно-диагностических тестов, что гарантирует обосновать выбора методов лечебного воздействия и рекомендаций по поводу дальнейшего наблюдения пациента после выписки из санатория.

Таким образом, функционирование санаторий в условиях внедрения стандартов лечебно-диагностической помощи требует реструктуризацию санаторно-курортных учреждений, которые становятся реабилитационными центрами. Современные санатории являются достаточно оснащенными лечебно-профилактическими учреждениями.

Медицинская эффективность внедрения стандартов санаторно-курортной помощи и потребность рекреантов в лечебных методах воздействия

Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи не имеет регламентирующее (обязательное) значение, а является направляющим процессом, создающим мотивацию как у рекреантов, так и у лечащего врача.

Медицинская эффективность, как интегральный критерий удовлетворенности пациента, от санаторно-курортной помощи и достижение положительных перемен в показателях состояния организации рекреанта, высокая, в зависимости от основного заболевания изменяется и составляет: $88,2 \pm 1,6\%$ при сахарном диабете, $90,1 \pm 1,7\%$ при болезнях щитовидной железы, $91,1 \pm 1,4\%$ - $95,0 \pm 0,7\%$ при расстройствах вегетативной нервной системы, $89,1 \pm 0,8\%$ при пораженных отдельных нервов. Нервных корешков и сплетений, полиневропатии, $87,7 \pm 1,5\%$ при последствиях цереброваскулярных болезней, $84,8 \pm 0,6\%$ при ишемической болезни сердца, $93,0 \pm 0,8\%$ при повышении артериального давления, $87,0 \pm 2,0\%$ при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки, $86,5 \pm 2,8\%$ при болезнях печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, $87,5 \pm 1,7\%$ при мочекаменной и $88,0 \pm 2,1\%$ при гломерулярной болезнях, $80,0 \pm 1,3\%$ при болезнях костно-мышечной системы и $75,0 \pm 1,9\%$ при ожирении.

В среднем одному рекреанту во время лечения в санаторно-курортных учреждениях назначаются 5-8 лечебных методов воздействия, относительно больше лечебные услуги получают пациенты с патологиями костно-мышечной системы (7,8), с поражениями нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатией (7,8) и последствиями цереброваскулярных болезней (7,6).

В зависимости от нозологической причины санаторно-курортной помощи пациентам назначаются $0-19,8 \pm 1,0\%$ лекарственные ванны, $0-45,6 \pm 3,2\%$ минеральные ванны, $0-39,6 \pm 2,5\%$ радоновые ванны, $10,0 \pm 1,0-48,0 \pm 0,9\%$ суховоздушные ванны, $1,9 \pm 0,6-42,5 \pm 1,2\%$ синусоидально-модулированные токи, $1,9 \pm 0,5-39,6 \pm 1,2\%$ низкоинтенсивное лазерное излучение, $0-58,0 \pm 1,6\%$ электросон, $0-44,0 \pm 2,5\%$ ультразвук, $0-32,0 \pm 1,2\%$ магнитное поле, $0-19,2 \pm 1,0\%$ оксигеновоздействие, $1,2 \pm 0,2-50,4 \pm 2,3\%$ рефлексотерапия, $0-22,0 \pm 2,1\%$ парафинотерапия, $0-88,5 \pm 1,0$ массаж, $0-83,5 \pm 1,7\%$ психотерапия, $24 \pm 1,5$ 100,0% лечебная физкультура, $0-82,8 \pm 1,1\%$ терренкур.

Частота назначения отдельных лечебных методов воздействия в группе больных с позитивным и негативным исходом лечения в большинстве случаев друг от друга достоверно не отличаются, хотя по частоте некоторых методов лечебного воздействия (прием мине-

ральной воды, лечебная физкультура и суховоздушные ванны и психотерапия при сахарном диабете, грязелечение, минеральные и суховоздушные ванны, электросон, рефлексотерапия, териовоздействие и прочие при расстройствах вегетативной нервной системы и прочие) сравниваемые группы друг от друга существенно отличаются.

Разность частоты назначения отдельных лечебных методов в группах в зависимости от исхода лечения не дает основания считать ее причиной не одинакового исхода лечения. Поэтому прогностическая ценность использования лечебного метода воздействия для предвидения позитивного исхода лечения близка к прогностической ценности не использования лечебного метода для предвидения негативного исхода лечения.

Потребность рекреантов в дополнительных лечебно-диагностических услугах и оценка их прогностической значимости

Санаторно-курортное лечение больных подразумевает постоянное слежение за жизненно-важными функциями организма, что требует обязательного выполнения определенных клинико-лабораторных и функционально диагностических исследований. Кроме того, в санаторных условиях у пациентов часто возникает потребность в лечебной и консультативной помощи специалистов. Адекватное удовлетворение потребностей рекреантов в подобных дополнительных лечебно-диагностических услугах является важнейшим условием санаторного маркетинга и влияет на эффективность санаторно-курортного лечения.

Необходимость для назначения дополнительных клинико-диагностических анализов была обусловлена сопутствующими патологиями у рекреантов с сахарным диабетом. У $20,3 \pm 3,5\%$ мужчин и $18,0 \pm 2,3\%$ женщин была отмечена сопутствующая артериальная гипертензия, и у $16,5 \pm 3,1\%$ мужчин и $24,9 \pm 2,5\%$ женщин ишемическая болезнь сердца.

Отклонение от нормы были выявлены при общем анализе крови в 26%, общем анализе мочи в 19%, анализе глюкозы в крови в 45%, триглицеридов в крови в 9%, билирубина в крови в 3%, холестерина в крови в 17%, липопротеидов в крови в 10%, липопротеидов низкой плотности в крови в 15%, фосфолипидов в 21%, анализе глюкозы в моче в 14%, кетоновых тел в моче в 13%, анализе лактодегидрогеназы в крови в 4%, кератинкиназы в 5%, протробминового времени в 7% случаях.

Частота ряда лабораторных анализов с отклонением от нормы в группах больных с сахарным диабетом, у которых санаторное лечение завершилось с позитивным исходом и без перемен или негативным исходом друг от друга достоверно отличалась ($\chi^2 \geq 3,8$) и соответственно составляла: 20 и 32% для общего анализа крови, 22 и 68% для анализа глюкозы в крови, 6 и 12% для анализа триглицеридов в крови, 4 и 16% для уровня липопротеидов в крови, 10 и 20% липопротеидов низкой плотности в крови, 4 и 24% для уровня глюкозы в моче, 8 и 18% для уровня кетоновых тел в моче, 2 и 8% для уровня кератинкиназы в крови. По остальным анализам (билирубин в крови, фосфолипиды в крови, лактодегидрогеназы в крови, протромбинового времени) частота случаев отклонения от нормы не зависела от исхода санаторно-курортного лечения для рекреантов с сахарным диабетом.

С учетом наших данных можно выделить следующие клинико-статистические группы больных сахарным диабетом при лечении в санаторно-курортных условиях: сахарный диабет с гипергликемией (PV+75,5%; PV -60%); сахарный диабет с гипертриглицеридемией (PV+66,7%; PV -51,6%); сахарный диабет с гиперлипопротеидемией (PV+80%; PV -53,3%); сахарный диабет с гиперлипопротеидемией низкой плотности (PV+ 66,7%; PV -52,9%); сахарный диабет с глюкозурией (PV+85,7%; PV -55,8%); сахарный диабет с высоким уровнем кетоновых тел в моче (PV+69,3%; PV -52,8%).

Частота дополнительных методов исследования, результаты которых имели отклонения от нормы в группах пациентов ИБС с негативным и позитивным исходом санаторного лечения составляла: общий анализ крови (28 и 24%; $\chi^2=1,4$; $P>0,05$); общий анализ мочи (14 и 8%; $\chi^2=2,7$; $P>0,05$); исследование глюкозы в крови (14 и 4%; $\chi^2=1,4$; $P<0,05$); исследование триглицеридов в крови (16 и 4%; $\chi^2=4,2$; $P<0,05$); исследование билирубина в крови (2 и 1%; $\chi^2=0,6$; $P>0,05$); исследование холестерина в крови (28 и 24%; $\chi^2=0,5$; $P>0,05$); исследование липопротеидов в крови (36 и 24%; $\chi^2=2,7$; $P>0,05$); исследование липопротеидов низкой плотности в крови (60 и 39%; $\chi^2=11,3$; $P<0,01$); исследование фосфолипидов в крови (48 и 31%; $\chi^2=3,8$; $P<0,05$); исследование глюкозы в моче (2 и 1%; $\chi^2=0,6$; $P>0,05$); исследование лактодегидрогеназы (19 и 9%; $\chi^2=3,8$; $P<0,05$); исследование креатинкиназы в крови (22 и 10%; $\chi^2=4,7$; $P<0,05$); исследование протромбинового времени в крови (29 и 12%; $\chi^2=7,0$; $P<0,05$).

Очевидно, что частота отклонения от нормы целого ряда пока-

зателей клинико-лабораторных данных статистически значимо выше в группе больных с негативным исходом санаторно-курортного лечения. Это оправдывает назначения дополнительных методов исследования и показывает возможность исследования, результатов анализа в качестве предиктора эффективности санаторно-курортного лечения.

Клинико-статистическая классификация ИБС при санаторно-курортном лечении: ИБС с гипергликемией (PV+77,8%; PV-52,7%); ИБС с гипертриглицеридемией (PV+80%; PV-53,3%); ИБС с гиперлипопротеидемией низкой плотности (PV+ 46,5%; PV-60,4%); ИБС с гиперфосфолипидемией (PV+60,8%; PV-57,0%); ИБС с повышенным уровнем лактатдегидрогеназы в крови (PV+ 67,9%; PV-52,9%); ИБС с повышенным уровнем креатининкиназы в крови (PV+ 63,0%; PV-52,0%); ИБС с высоким уровнем протромбинового времени (PV+ 70,7%; PV-55,3%).

Для прослеживания связи исхода санаторно-курортного лечения у больных с ЦВБ с наличием отклонений от нормы клинико-лабораторных анализов были сформированы группы: основная – с позитивным исходом и контрольная – с негативным исходом лечения. Отклонение от нормы уровня глюкозы в крови было выявлено у 35% больных ($48 \pm 7,1\%$ в контрольной группе, $22 \pm 5,9\%$ в основной группе; $P < 0,01$).

Вероятность отклонений уровня глюкозы от нормы в группе с негативным исходом лечения (чувствительность отклонения) была меньше (48%), чем вероятность нормального уровня глюкозы в группе с позитивным исходом (специфичность отклонения – 78%).

Вероятность нормального содержания триглицеридов в крови в группе с позитивным исходом лечения (специфичность отклонения) заметно превышала (88%) вероятность отклонения от нормы уровня триглицеридов в крови у больных с негативным исходом (чувствительность отклонения) лечения (36%).

Отклонения уровня билирубина в крови отмечалось у 16% больных с ЦВБ ($24 \pm 6,0\%$ в контрольной группе, $8 \pm 3,8\%$ в основной группе; $P < 0,05$).

Прогностическая ценность нормального уровня билирубина в крови (PV-) была заметно меньше – 54,8% (вероятность позитивного исхода лечения при нормальном содержании билирубина в крови).

Отклонение от нормы уровня холестерина было отмечено у 30% пациентов ($36 \pm 6,8\%$ в контрольной и $24 \pm 6,0\%$ в основной группе) и достоверное различие по его вероятности в основной и контрольной

группе не было выявлено ($P>0,05$). У 27% больных с ЦВБ отмечалось отклонение от нормы по содержанию в крови липопротеидов ($38 \pm 6,9\%$ в контрольной группе и $16 \pm 5,2\%$ в основной группе; $P<0,01$).

Липопротеиды низкой плотности в крови выше нормы были у 28% больных ЦВБ ($40 \pm 6,9\%$ в контрольной, $16 \pm 5,2\%$ в основной группе; $P<0,05$) и соответственно составляли: 40 и 84%. Прогностическое значение отклонения от нормы уровня липопротеидов низкой плотности (вероятность негативного исхода лечения на фоне наличия отклонений) составляло 71,4% и была существенно выше чем вероятность позитивного исхода лечения на фоне нормального уровня этих липопротеидов (58,3%).

Положительный тест глюкозы в моче обнаружен у 12% больных ЦВБ ($20 \pm 5,7\%$ в контрольной группе и $4 \pm 2,7\%$ в основной группе; $\chi^2=5,3$; $P<0,01$).

Отклонение от нормы по содержанию кетоновых тел в моче имело место у 6% больных ЦВБ (10% в контрольной и 2% в основной группе; $\chi^2=2,4$; $P>0,05$).

Повышенная концентрация лактатдегидрогеназы в крови наблюдалась у 16% больных с ЦВБ (24% в контрольной и 8% в основной группе; $\chi^2=4,2$; $P<0,05$).

Отклонение от нормы по уровню креатинкиназы в крови было выявлено у 16% больных ЦВБ (28% в контрольной и 4% в основной группе). Вероятность отклонения от нормы по этому тесту в группе с негативным исходом лечения (чувствительность – 28%) заметно была меньше вероятности нормального уровня креатинкиназы в крови в группе с позитивным исходом лечения (специфичность – 84%).

Отклонение от нормы по уровню протромбинового времени было выявлено у 38% пациентов с ЦВБ ($52 \pm 7,1\%$ в контрольной группе, $24 \pm 6,0\%$ в основной группе; $P<0,01$).

Клинико-лабораторные анализы, использованные для мониторинга больных с ЦВБ во время лечения их в санаторно-курортных условиях могут быть отнесены к надежным предикторам исхода лечения. Могут быть дифференцированы следующие клинико-статистические группы больных с последствиями ЦВБ при санаторно-курортном лечении: ЦВБ с гипергликемией ($PV+61,5\%$; $PV-60\%$); ЦВБ с гипертриглицеридемией ($PV+75\%$; $PV-58\%$); ЦВБ с гипербилирубинемией ($PV+75\%$; $PV-54,8\%$); ЦВБ с гиперлиппротеидемией ($PV+70,4\%$; $PV-57,5\%$); ЦВБ с гиперлиппротеидемией низкой плотности ($PV+71,4\%$; $PV-58,3\%$); ЦВБ с гиперфосфолипидемией ($PV+73,3\%$;

PV–60%); ЦВБ с глюкозурией (PV+83,3%; PV–54,5%); ЦВБ с высоким уровнем лактатдегидрогеназы в крови (PV+ 75,0%; PV–54,8%); ЦВБ с высоким уровнем кератинкиназы в крови (PV+87,5%; PV– 57,1%); ЦВБ с повышенным уровнем протромбинового времени (PV+68,4%; PV –61,3%).

В группах пациентов артериальной гипертензией с негативным и позитивным исходом лечения на каждого 100 пациента отклонения от нормы в клинико-лабораторных анализах было отмечено соответственно у $38\pm 3,4$ и $22\pm 2,9$ в общем анализе крови ($P<0,05$), у $15\pm 2,5$ и $7\pm 1,8$ в общем анализе мочи ($P<0,05$), у $14\pm 2,5$ и $4\pm 1,4$ по уровню глюкозы в крови ($P<0,05$), у $18\pm 2,7$ и $6\pm 1,7$ по уровню триглицеридов в крови ($P<0,05$), у $4\pm 1,4$ и $2\pm 1,0$ по уровню билирубина в крови ($P>0,05$), у $48\pm 3,5$ и $46\pm 3,5$ по уровню холестерина в крови ($P>0,05$), у $38\pm 3,4$ и $22\pm 2,9$ по уровню липопротеидов в крови ($P<0,05$), у $30\pm 3,4$ и $18\pm 2,7$ по уровню липопротеидов низкой плотности в крови ($P<0,05$), у $42\pm 3,5$ и $22\pm 2,9$ по уровню фосфолипидов в крови ($P<0,05$), у $10\pm 2,1$ и $2\pm 1,0$ по уровню глюкозы в моче ($P<0,05$), у $4\pm 1,4$ и $2\pm 1,0$ по уровню кетоновых тел в моче ($P>0,05$), у $18\pm 2,7$ и $8\pm 1,9$ по уровню лактатдегидрогеназы в крови ($P<0,05$), у $20\pm 2,8$ и $10\pm 2,1$ по уровню креатинкиназы в крови ($P<0,05$) и у $28\pm 3,2$ и $18\pm 2,7$ по уровню протромбинового времени ($P<0,05$). Достоверность различия между сравниваемыми группами дает основание считать выявленные отклонения от нормы предикторами эффективности санаторно-курортного лечения.

При лечении больных артериальной гипертензией в условиях санаторно-курортных учреждений необходимо дифференцировать следующие клинико-статистические группы: артериальная гипертензия на фоне изменений анализа крови (PV+ 63,3%; PV– 55,7%); артериальная гипертензия на фоне изменений анализа мочи (PV+ 68,2%; PV– 52,2%); артериальная гипертензия на фоне гипергликемии (PV+ 77,8%; PV– 52,7%); артериальная гипертензия на фоне гиперлипидемии (PV+ 75%; PV– 50%); артериальная гипертензия на фоне гиперлипидемии (PV+ 63,3%; PV– 55,7%); артериальная гипертензия на фоне гиперлипидемии низкой плотности (PV+ 66,7%; PV– 53,4%); артериальная гипертензия на фоне гиперфосфолипидемии (PV+ 63,6%; PV– 58,2%); артериальная гипертензия на фоне глюкозурии (PV+ 83,3%; PV– 52,1%); артериальная гипертензия на фоне повышения уровня лактатдегидрогеназы в крови (PV+ 69,2%; PV– 52,8%); артериальная гипертензия на фоне повышения уровня креатинкиназы в крови (PV+ 66,7%; PV– 52,9%); артериальная гипертензия на фоне

повышения уровня протромбинового времени (PV+ 60,9%; PV– 53,2%).

Стандарт санаторно-курортной помощи больным с гломерулярными патологиями предусматривает проведение 2-х кратного общего анализа мочи всем пациентам, анализа крови 50% пациентам и анализа мочевины в крови 30% пациентам. Кроме того, рекомендуется ультразвуковое исследование почек (70%) и регистрации электрокардиограммы всем рекреантам. По нашим данным, несмотря на относительно молодой состав рекреантов (21,6% в возрасте 20-29 лет, 44,8% в возрасте 30-39 лет; 25,6% в возрасте 40-49 лет) среди них у 120 (48%) лиц была артериальная гипертензия, у 28 (11,2%) ишемическая болезнь сердца, у 23 (9,2%) хронические заболевания нижних дыхательных путей. Кроме того, среди рекреантов преобладали женщины, которые часто (18%) имели сопутствующие хронические патологии женских половых органов.

Достоверно высокая частота отклонений от нормы у больных с позитивным и негативным исходом (контрольная группа) имеет место по следующим анализам: с реактивный белок (10 в контрольной и 2 в опытной группе, $\chi^2=5,8$; $P<0,05$) в крови; фибриноген в крови (8 в контрольной и 2 в опытной группе, $\chi^2=4,2$; $P<0,05$); общий белок в крови (9 в контрольной и 2 в опытной группе, $\chi^2=4,4$; $P<0,05$); альбумина в крови (10 в контрольной и 3 в опытной группе, $\chi^2=4,8$; $P<0,05$); глобулины в крови (9 в контрольной и 2 в опытной группе, $\chi^2=5,5$; $P<0,05$); белок в моче (8 в контрольной и 2 в опытной группе, $\chi^2=4,2$; $P<0,05$); креатинин в крови (6 в контрольной и 1 в опытной группе, $\chi^2=3,9$; $P<0,05$).

Принимая во внимание отмеченные особенности взаимосвязи между отклонениями от нормы клинико-лабораторных данных и исходом лечения больных гломерулярной болезнью в условиях санатория, рекомендуются следующие варианты клинико-статистической группировки пациентов: гломерулярная болезнь с отклонениями от нормы СРБ в крови (PV+ 83,3%; PV– 6%); гломерулярная болезнь с отклонениями от нормы уровня фибриногена в крови (PV+ 80%; PV– 6%); гломерулярная болезнь с отклонениями от нормы содержания общего белка в крови (PV+ 81,8%; PV– 57,1%); гломерулярная болезнь с отклонениями от нормы уровня альбуминов в крови (PV+ 76,9%; PV– 57,5%); гломерулярная болезнь с отклонением от нормы уровня глобулинов в крови (PV+ 93,3%; PV– 57,1%); гломерулярная болезнь с отклонением от нормы уровня креатинина в крови (PV+ 96,7%; PV–

54,7%); гломерулярная болезнь с признаками альбуминурии (PV+ 80%; PV– 56%).

По данным клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, у больных мочекаменной болезнью отклонения от нормы были выявлены в 33,0±2,4% случаях по общему анализу крови, в 41±2,5% случаях по общему анализу мочи, в 45,0±2,5% случаях по ЭКГ, в 100% случаях по УЗИ почек, в 18,8±2,0% случаях по УЗИ мочевого пузыря, в 20,0±5,7% случаях по анализу осадка мочи и в 28,5% случаях по протеинурии.

Отклонение от нормы общего анализа мочи имело место у 60±6,9% больных с негативным и у 22±5,9% больных с позитивным исходом лечения (P<0,05). Вероятность отклонения от нормы анализа мочи в группе больных с негативным исходом лечения (чувствительность – 60%) была меньше вероятности нормального анализа мочи в группе больных с позитивным исходом лечения (специфичность – 78%).

Патологические электрокардиографические признаки были у 62±6,9% больных с негативным, 28±6,3% больных с позитивным исходом санаторного лечения. Эти группы пациентов друг от друга существенно отличались по чувствительности (вероятность ЭКГ-отклонения при негативном исходе – 62%) и специфичности (вероятность нормальной ЭКГ при позитивном исходе лечения – 72%) отклонений ЭКГ.

Патологические изменения в осадке мочи были отмечены у 32±6,6% больных в группе с негативным исходом лечения и у 8±3,8% больных в группе с позитивным исходом лечения.

Протеинурия была выявлена у 44±7,0% больных в группе с негативным и у 16±5,2% больных с позитивным исходом лечения (P<0,05).

Таким образом, клинико-лабораторное и функционально-диагностическое обследование больных с мочекаменной болезнью позволяет выявить предикторы исхода лечения в санатории и по полученным характеристикам можно выделить следующие клинико-статистические группы: мочекаменная болезнь на фоне выраженных отклонений в общем анализе крови (PV+ 72,7%; PV– 61,2%); мочекаменная болезнь с выраженными признаками патологических изменений в общем анализе мочи (PV+ 73,2%; PV– 66,1%); мочекаменная болезнь у больных с патологическими изменениями ЭКГ (PV+ 72%; PV– 68,9%);

мочекаменная болезнь с патологическими изменениями осадка мочи (PV+ 80,0%; PV- 57,5%); мочекаменная болезнь с протеинурией (PV+ 73,3%; PV- 60%).

У рекреантов расстройствами вегетативной нервной системы отклонения от нормы были выявлены: 34% случаях по анализу крови, в 28% случаев по анализу мочи, в 14% случаев по уровню глюкозы в крови, в 44% случаев по уровню липидов в крови, в 40% случаев по ЭКГ, в 24% случаев по уровню триглицеридов в крови, в 26% случаев по уровню липопротеидов в крови, в 20% случаев по уровню липопротеидов низкой плотности в крови, в 26% случаев по уровню протромбинового времени в крови и в 8% случаев по уровню глюкозы в моче.

Доля анализов крови с отклонением от нормы составили $44 \pm 7,0\%$ в группе с негативным и $24 \pm 6,0\%$ в группе с позитивным исходом лечения. Различие между показателями статистически значимо ($P < 0,05$).

Доля анализов мочи с отклонениями от нормы в группах пациентов с негативным и позитивным исходом лечения (соответственно $38 \pm 6,9\%$ и $20 \pm 5,7\%$; $P < 0,05$) друг от друга достоверно отличалась ($P < 0,05$).

Повышенное содержание глюкозы в крови было выявлено у $24 \pm 3,5\%$ больных с негативным, у $4 \pm 2,8\%$ больных с позитивным исходом лечения ($P < 0,01$).

Высокое содержание липидов в крови было обнаружено у $48 \pm 7,1\%$ больных в группе с негативным и у $40 \pm 6,9\%$ больных в группе с позитивным исходом лечения. Отсутствие значимых различий по этому критерию не дает возможность использовать его в качестве предиктора исхода лечения. Доля больных с отклонениями в ЭКГ также сравниваемые группы друг от друга достоверно не отличалась ($48 \pm 7,1\%$ в группе с негативным исходом, $32 \pm 6,6\%$ в группе с позитивным исходом лечения; $P > 0,05$).

Гиперлиппротеидемия встречалась в $40 \pm 6,9\%$ случаях в группе больных с негативным, $12 \pm 4,6\%$ в группе больных с позитивным исходом лечения ($P < 0,05$).

Гиперлиппротеидемия низкой плотности была выявлена у $32 \pm 6,6\%$ больных с негативным, у $8 \pm 3,9\%$ больных с позитивным исходом санаторного лечения ($P < 0,05$).

Протромбиновое время выше нормы было у $44 \pm 7,0\%$ больных с негативным, $8 \pm 3,9\%$ - с позитивным исходом лечения ($P < 0,01$).

Принимая во внимание роль клинико-лабораторных анализов предикторов исхода лечения больных с расстройствами вегетативной нервной системы (РВНС) в условиях санаторных учреждений рекомендуется дифференцировать следующие клинико-статистические группы этих пациентов: РВНС у пациентов с отклонениями от нормы показателей общего анализа крови (РВ+64,7%; РВ-57,6%); РВНС у пациентов с отклонениями от нормы показателей общего анализа мочи (РВ+65,5%; РВ-56,3%); РВНС у пациентов с гипергликемией (РВ+85,7%; РВ-55,8%); РВНС у пациентов с гипертриглицеридемией (РВ+75%; РВ-57,9%); РВНС у пациентов с гиперлиппротеидемией (РВ+76,9%; РВ-59,5%); РВНС у пациентов с гиперлиппротеидемией низкой плотности (РВ+80%; РВ-57,5%); РВНС у пациентов с высоким уровнем протромбинового времени (РВ+84,6%; РВ-62,2%).

У этих пациентов с болезнями печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей кроме основного заболевания (повод для лечения) были сопутствующие патологии: хронические заболевания кишечника – 34; сахарный диабет – 1,5%; хронический гастрит – 18,5%; артериальная гипертензия – 5,5%; ишемическая болезнь сердца – 4,0%; хронические заболевания органов дыхания – 6,5%; хронические заболевания мочеполовой системы – 3,8%; болезни костно-мышечной и нервной системы – 8,0%.

По результатам проведенных анализов и обследований, отклонения были выявлены у 40±2,3% по общему анализу крови, 22±1,9% по общему анализу мочи, 18±1,8% по содержанию глюкозы в крови, 14±1,6% по уровню билирубина в крови, 24±2,0% по уровню триглицеридов, липопротеидов в крови, 28±2,1% по предикторам воспаления (СРБ и фибриноген в крови), 16±1,2% по активности щелочной фосфатазы и аланинаминотрансферазы, 15±1,6% по уровню альбуминов в крови.

По выраженности этих показателей рекомендуется выделить следующие клинико-статистические группы пациентов: БПЖПЖППЖ с отклонениями общего анализа крови от нормы (РВ+63,2%; РВ-58,1%); БПЖПЖППЖ с отклонениями общего анализа мочи от нормы (РВ+66,7%; РВ-57,1%); БПЖПЖППЖ с гипергликемией (РВ+75%; РВ-54,8%); БПЖПЖППЖ гипербилирубинемией (РВ+83,3%; РВ-54,5%); БПЖПЖППЖ с гипертриглицедемией (РВ+83,3%; РВ-60,5%); БПЖПЖППЖ с гиперлиппротеидемией (РВ+81,5%; РВ-61,6%); БПЖПЖППЖ с повышенным уровнем (>нормы) СРБ в крови (РВ+73,6%; РВ-55,6%); БПЖПЖППЖ с гиперфибриногенемией

(PV+80%; PV-57,5%); БПЖПЖППЖ с повышенным уровнем (> нормы) щелочной фосфотазы в крови (PV+81,8%; PV-59,0%); БПЖПЖППЖ с повышенным уровнем АЛТ в крови (PV+86,4%; PV-60,2%); БПЖПЖППЖ с гипоальбуминемией (PV+80%; PV-57,5%).

В группе рекреантов с болезнями желудка и двенадцатиперстной кишки доля пациентов с отклонениями от нормы в группе с негативным и позитивным исходом лечения соответственно $38,7 \pm 8,7$ и $12,9 \pm 6,0\%$ ($P < 0,05$) по анализу крови, $51,6 \pm 9,0$ и $6,5 \pm 4,4\%$ по анализу мочи ($P < 0,01$), $19,4 \pm 7,1$ и $3,2 \pm 3,1\%$ ($P < 0,05$) по анализу глюкозы в крови, $25,8 \pm 7,9$ и $6,5 \pm 4,4\%$ по анализу билирубина в крови ($P < 0,05$), $32,3 \pm 8,4$ и $9,7 \pm 5,3\%$ ($P < 0,05$) по анализу холестерина в крови, $22,6 \pm 7,5$ и $3,2 \pm 3,1\%$ по ЭКГ ($P < 0,05$), $12,9 \pm 6,0$ и $3,2 \pm 3,1\%$ по эзофагогастроуденоскопии, $25,8 \pm 7,9$ и $3,2 \pm 3,1\%$ по анализу щелочной фосфотазы ($P < 0,05$), $32,3 \pm 8,4$ и $6,5 \pm 4,4$ по анализу аланинаминотрансферасы ($P < 0,05$) в крови.

Учитывая эти данные, рекомендуется выделить следующие клиничко-статистические группы больных с патологиями желудка и двенадцатиперстной кишки (БПЖДК): БПЖДК с отклонением от нормы в анализах крови (PV+75%; PV-58,7%); БПЖДК с отклонением от нормы в анализе мочи (PV+88,9%; PV-65,9%); БПЖДК с гипергликемией (PV+85,7%; PV-54,6%); БПЖДК с гипербилирубинемией (PV+80%; PV-55,8%); БПЖДК с гиперхолестеринемией (PV+76,9%; PV-57,1%); БПЖДК с электрокардиографическими изменениями (PV+87,5%; PV-55,6%); БПЖДК с повышенной активностью щелочной фосфотазы (PV+88,9%; PV-56,6%); БПЖДК с повышенной активностью АЛТ (PV+83,3%; PV-58%).

Стандарт санаторно-курортной помощи больным с патологиями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другими поражениями нервной системы предусматривает ограниченный объем клиничко-лабораторных и функционально-диагностических методов для наблюдения за состоянием пациентов: общий анализ крови в 50%, общий анализ мочи в 20%, регистрация ЭКГ в 100% и измерение скорости проведения электрического импульса по нерву в 20% случаях.

Частота отклонений от нормы по этим анализам в группах больных с негативным и позитивным исходом лечения друг от друга отличалась и соответственно составляла: по анализу крови $40 \pm 6,9$ и $10 \pm 4,2\%$ ($P < 0,05$); по анализу мочи $24 \pm 6,04$ и $81 \pm 3,8\%$ ($P < 0,05$); по ЭКГ $32 \pm 6,6$ и $12 \pm 4,6\%$ ($P < 0,05$); по скорости проведения электриче-

ских импульсов $24 \pm 6,0$ и $8 \pm 3,8\%$ ($P < 0,05$); по уровню фибриногена в крови $22 \pm 5,6\%$ и $6 \pm 3,4\%$ ($P < 0,05$); по уровню СРБ в крови $26 \pm 6,2$ и $8 \pm 3,8\%$ ($P < 0,05$); по уровню глюкозы в крови $16 \pm 5,2$ и $4 \pm 2,8\%$ ($P < 0,05$); по уровню проромбинового времени $20 \pm 5,7$ и $6 \pm 3,4\%$ ($P < 0,05$).

Клинико-лабораторные и функционально-диагностические тесты являются надежными предикторами исхода лечения больных с патологиями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатией и другими поражениями нервной системы (ПОННКСП ДПНС). Рекомендуются следующие клинико-статистические группы этих патологий: ПОННКСПДПНС на фоне отклонений от нормы анализа крови ($PV+80\%$; $PV-60\%$); ПОННКСПДПНС на фоне отклонений от нормы анализа мочи ($PV+75\%$; $PV-54,8\%$); ПОННКСПДПНС на фоне электрокардиографических изменений ($PV+72,7\%$; $PV-56,4\%$); ПОННКСПДПНС на фоне отклонений от нормы скорости проведения электрических импульсов по нерву ($PV+75\%$; $PV-54,8\%$); ПОННКСПДПНС на фоне гиперфибриногенемии ($PV+78,6\%$; $PV-54,6\%$); ПОННКСПДПНС на фоне повышения концентрации СРБ в крови ($PV+76,5\%$; $PV-55,4\%$); ПОННКСПДПНС на фоне гипергликемии ($PV+80\%$; $PV-53,3\%$); ПОННКСПДПНС на фоне отклонения от нормы протромбинового времени ($PV+76,9\%$; $PV-54,0\%$).

Среди рекреантов преобладают больные с патологиями суставов (артропатии, артрозы) и различными формами дорсопатий, спондилопатий, кондиопатий. Стандарт санаторно-курортной помощи этим пациентам предусматривает исследование крови (50%), мочи (100%), уровня СРБ в крови (50%), ревматоидных факторов (1%), уровня мочевой кислоты (2%), регистрация ЭКГ (50%). Фактическая потребность значительно больше.

Доля больных с отклонением от нормы анализа крови составляла $76 \pm 6,0\%$ в группе с негативным, $30 \pm 6,5\%$ в группе с позитивным исходом лечения ($P < 0,01$).

Отклонение от нормы по уровню СРБ в крови было отмечено у $84 \pm 5,2\%$ больных с негативным и у $40 \pm 6,9\%$ больных с позитивным исходом лечения ($P < 0,01$).

Уровень мочевой кислоты в крови у $16 \pm 5,2\%$ больных с негативным и у $2 \pm 2\%$ больных с позитивным исходом лечения превышал норму ($P < 0,05$).

Электрокардиографические изменения были выявлены у большинства пациентов как в группе с негативным ($84\pm 5,2\%$), так и в группе с позитивным ($52\pm 7,1\%$) исходом лечения.

Доля лиц с отклонением от нормы протромбинового времени среди пациентов с негативным и позитивным исходом лечения друг от друга существенно ($48\pm 7,1$ и $24\pm 6,0\%$; $P<0,05$) отличалась.

Гипергликемия отличалась у $32\pm 6,6\%$ больных в группе с негативным и $12\pm 4,6\%$ в группе с позитивным исходом лечения ($P<0,05$).

В группе больных с негативным и позитивным исходом лечения соответственно в $30\pm 6,5$ и $8\pm 3,8\%$ случаях была выявлена гипертриглицеридемия ($P<0,05$).

Гиперлиппротеидемия была выявлена у $32\pm 6,6\%$ больных с негативным и $8\pm 3,8\%$ больных с позитивным исходом лечения.

Отклонения от нормы, выявленные путем клинико-лабораторного и функционально-диагностического мониторинга, с определенной вероятности позволяет прогнозировать исход лечения. С учетом значимости этих предикторов рекомендуется выделить следующие клинико-статистические группы больных с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМСиСТ): БКМСиСТ на фоне отклонений от нормы анализа крови ($PV+71,7\%$; $PV-74,5\%$); БКМСиСТ на фон БКМСиСТе отклонений от нормы анализа мочи ($PV+76,7\%$; $PV-66,7\%$); БКМСиСТ на фоне высокого уровня СРБ в крови ($PV+67,7\%$; $PV-62,5\%$); БКМСиСТ на фоне повышенного уровня мочевой кислоты в крови ($PV+88,9\%$; $PV-53,8\%$); БКМСиСТ на фоне электрокардиографических изменений ($PV+61,8\%$; $PV-75\%$); БКМСиСТ на фоне высокого уровня протромбинового времени ($PV+66,7\%$; $PV-59,4\%$); БКМСиСТ на фоне гипергликемии ($PV+72,7\%$; $PV-56,4\%$); БКМСиСТ на фоне гиперфибриногенемии ($PV+64\%$; $PV-64\%$); БКМСиСТ на фоне гипертриглицеридемии ($PV+79\%$; $PV-50,7\%$); БКМСиСТ на фоне гиперлиппротеидемии ($PV+80\%$; $PV-57,5\%$).

В соответствии со стандартом санаторно-курортной помощи при лечении больных с заболеваниями щитовидной железы необходимо проводить анализы крови (100%) и мочи (5%), определение протромбинового времени (70%), регистрация ЭКГ (100%), ультразвуковое исследование (10%). Фактически эти услуги представлены всем пациентам (100%) однократно. Кроме того, дополнительно назначены определение уровня триглицеридов, липопротеидов и глюкозы в крови в 42% случаях. Доля пациентов с отклонениями от нормы

показателей клинико-лабораторных и функционально-диагностических тестов в группах с негативным и позитивным исходом лечения друг от друга отличалась и соответственно составляла: по анализу крови $33,3 \pm 8,6$ и $10 \pm 5,5\%$ ($P < 0,05$); по уровню протромбинового времени $26,7 \pm 8,0$ и $3,3 \pm 3,3\%$ ($P < 0,05$); по анализу мочи $36,7 \pm 8,8$ и $6,7 \pm 4,6\%$ ($P < 0,05$); по ЭКГ $46,7 \pm 9,1$ и $13,3 \pm 6,1\%$ ($P < 0,05$); по ультразвуковому исследованию $80 \pm 7,3$ и $40 \pm 8,9\%$ ($P < 0,05$); по уровню триглицеридов $53,3 \pm 9,1$ и $13,3 \pm 6,1\%$ ($P < 0,05$); по уровню липопротеидов $60 \pm 8,9$ и $16,7 \pm 6,9\%$ ($P < 0,05$); по уровню глюкозы в крови $40 \pm 8,9$ и $10 \pm 5,5$ ($P < 0,05$).

Рекомендуются следующие варианты болезней щитовидной железы (клинико-статистические группы) при лечении в условиях санаторно-курортных учреждениях: болезни щитовидной железы с отклонением анализа в крови от нормы (PV+76,9; PV-57,5%); болезни щитовидной железы с отклонением анализа мочи от нормы (PV+84,6; PV-59,6%); болезни щитовидной железы с отклонением от нормы протромбинового времени крови (PV+88,9; PV-56,9%); болезни щитовидной железы с ЭКГ изменений (PV+77,8; PV-61,9%); болезни щитовидной железы на фоне гипертриглицеридемии (PV+80; PV-65%); болезни щитовидной железы на фоне гиперлиппротеидемии (PV+78,3; PV-67,6%); болезни щитовидной железы на фоне гипергликемии (PV+80; PV-60%).

Влияние сопутствующих патологий на исход лечения и объем лечебных методов воздействия в санаторно-курортных учреждениях

Во время лечения в санаторных учреждениях у пациентов возникают поводы для обращения за стоматологической помощью. частота обращаемости колеблется в широком интервале (от $447,7 \pm 4,16\%$ до $711,3 \pm 3,16$) в зависимости от профиля санатория. Минимальная величина была отмечена в неврологическом, а максимальная в кардиологическом санаториях.

Основным поводом обращения является острая зубная боль. Доля этого повода для обращения наибольшая в гастроэнтерологическом санатории ($61,7 \pm 0,85\%$), а наименьшая в урологическом санатории ($50,5 \pm 1,38\%$). В условиях санатория также у рекреантов возникает потребность в удалении зуба или ремонта протеза. Доля таких поводов для обращения не высока и соответственно колеблется в интервале от $10,0 \pm 0,38$ до $13,7 \pm 0,28\%$ и $3,6 \pm 0,23$ до $6,5 \pm 0,20\%$. Прочие поводы

(консультации, лечение, плановая санация) для обращения занимают второе место в структуре поводов обращения к врачам стоматологам. Доля таких обращений колеблется в интервале от $21,7 \pm 0,72$ до $32,4 \pm 1,29\%$. Таким образом, частота и структура поводов обращения к врачам стоматологам изменчива и зависит от профиля санатория.

Доля пациентов с одонтогенными очагами инфекции у рекреантов с сахарным диабетом составляла $76 \pm 6,4\%$ в группе с негативным, $36 \pm 6,8\%$ в группе с позитивным исходом лечения.

В группах пациентов с болезнями щитовидной железы, у которых санаторное лечение завершилось позитивным исходом, в $40 \pm 8,9\%$ случаях были выявлены очаги одонтогенной инфекции. Величина этого показателя в группе больных, у которых лечение завершилось без перемен в состоянии здоровья или с признаками ухудшения самочувствия, была существенно выше ($73,3 \pm 8,1\%$). При этом чувствительность одонтогенных инфекций, как предиктора исхода лечения оказалась выше, чем специфичность (соответственно $73,3$ и 60%).

Доля лиц с очагами одонтогенной инфекции до 3-х раз была больше в группе с негативным исходом лечения больных с патологиями вегетативной системы по сравнению с группой, исход лечения которой был позитивный (соответственно $78 \pm 5,6$ и $28 \pm 6,4\%$; $P < 0,01$).

У рекреантов с последствиями ЦВБ в $62 \pm 6,9\%$ случаях в группе с негативным, в $24 \pm 6,0\%$ случаях в группе с позитивным исходом лечения были выявлены очаги одонтогенной инфекции.

В группах больных с ИБС, у которых санаторное лечение завершилось негативным и позитивным исходом, соответственно в $68 \pm 6,6\%$ и $24 \pm 6,0\%$ случаев отмечалось наличие очагов одонтогенной инфекции ($P < 0,01$).

Очаги одонтогенной инфекции встречались в $58 \pm 7,0\%$ случаев в группе с негативным и $26 \pm 6,2\%$ случаев в группе с позитивным исходом лечения больных с артериальной гипертензией в условиях санатория. Достоверность различия подтверждается ($P < 0,01$).

В группах с негативным и позитивным исходом лечения больных с патологиями желудка и двенадцатиперстной кишки в санаториях доля пациентов с очагами одонтогенной инфекции друг от друга существенно отличалась (соответственно $77,4 \pm 7,5$ и $35,5 \pm 8,7\%$; $P < 0,01$).

Очаги одонтогенной инфекции были выявлены у больных с патологиями печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, под-

желудочной железы с негативным и позитивным исходом санаторного лечения соответственно $64 \pm 6,8$ и $28 \pm 6,4\%$ случаях ($P < 0,05$).

У больных с мочекаменной болезнью санаторное лечение у которых завершилось негативным и позитивным исходом лечения, очаги одонтогенной инфекции отличались соответственно в $54 \pm 7,1$ и $32 \pm 9,2\%$ случаях ($P < 0,01$).

В группах больных с негативным и позитивным исходом лечения гломерулярной болезни в условиях санаторий очаги одонтогенной инфекции отмечались в $63,3 \pm 8,8$ и $23,3 \pm 7,7\%$ случаях ($P < 0,01$). Вероятность наличия очагов инфекции при негативном исходе лечения (чувствительность – $63,3\%$) была меньше вероятности отсутствия очагов инфекции при позитивном исходе лечения (специфичность – $76,7\%$).

Доля больных с очагами одонтогенной инфекции в группах пациентов с негативным и позитивным исходом лечения болезней костно-мышечной системы в условиях санатория друг от друга отличались существенно ($58 \pm 7,0$ и $24 \pm 6,0\%$; $P < 0,01$).

Наличие очагов одонтогенной инфекции является предиктором негативного исхода лечения. Поэтому, необходимо учитывать этот факт при формировании клинико-статистических групп. Рекомендуются следующие варианты группировки: сахарный диабет на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 67,9\%$; $PV- = 72,7\%$); болезни щитовидной железы на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 64,7\%$; $PV- = 69,2\%$); расстройства вегетативной нервной системы на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 73,6\%$; $PV- = 76,7\%$); болезни нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 71,8\%$; $PV- = 63,9\%$); последствия ЦВБ на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 72,1\%$; $PV- = 66,7\%$); ИБС на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 73,9\%$; $PV- = 70,4\%$); артериальная гипертензия на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 69,0\%$; $PV- = 63,8\%$); болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 68,6\%$; $PV- = 74,1\%$); болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы с наличием или отсутствием очагов одонтогенной инфекции ($PV+ = 69,6\%$; $PV- = 74,1\%$); мочекаменная болезнь на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфек-

ции ($PV+=62,8\%$; $PV- =59,6\%$); гломерулярная болезнь на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+=73,1\%$; $PV- =67,6\%$); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+=70,7\%$; $PV- =64,4\%$); ожирение на фоне наличия или отсутствия очагов одонтогенной инфекции ($PV+=74,3\%$; $PV- =63,1\%$).

Среди рекреантов высока доля женщин, у которых имеется вероятность наличия сопутствующих гинекологических заболеваний. Учитывая отмеченное, в штате отдельных санаторно-курортных учреждений (Нафталан, Бильгях, Абшерон и др.) предусмотрены должности врачей акушер-гинекологов.

В группах женщин с негативным и позитивным исходом санаторного лечения больных с сахарным диабетом соответственно в $46,2\pm 9,8$ и $15,4\pm 7,1\%$ случаях отмечалось наличие гинекологических болезней. Вероятность негативного исхода лечения сахарного диабета на фоне сопутствующей гинекологической патологии ($PV+$) высокая ($75,0\%$), а вероятность позитивного исхода лечения сахарного диабета на фоне отсутствия этих патологий ($PV-$) относительно низкая ($61,1\%$).

Доля лиц с гинекологической патологией в группах больных с болезнями щитовидной железы, у которых санаторное лечение завершилось негативным и позитивным исходом, составила соответственно $61,1\pm 11,5$ и $16,7\pm 8,8\%$ и друг от друга существенно отличалась ($P<0,01$).

У рекреантов с расстройствами вегетативной нервной системы при негативном и позитивном исходе санаторного лечения доля лиц с гинекологической патологией друг от друга достоверно отличалась и соответственно составляла: $36\pm 9,6$ и $8\pm 5,4\%$ ($P<0,05$). При негативном и позитивном исходе лечения болезней нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии в условиях санаторий соответственно у $55\pm 11,1\%$ и $15\pm 8,0\%$ пациентов было отмечено наличие сопутствующих гинекологических заболеваний.

В группах больных с позитивным и негативным исходом лечения ИБС в санаторно-курортных учреждениях соответственно в $4,7$ и $39,1\%$ случаев были выявлены патологии женских половых органов. Различие между этими группами существенное.

Негативный и позитивный исход лечения женщин с артериальной гипертензией в условиях санаторно-курортных учреждений соот-

ветственно в $50 \pm 9,8$ и $19,2 \pm 7,7\%$ случаев ассоциировался наличием сопутствующих заболеваний половой сферы.

В группах больных с негативным и позитивным исходом санаторного лечения болезней желудка и двенадцатиперстной кишки в 66,7 и 16,7% случаев отмечалось наличие сопутствующих гинекологических заболеваний ($\chi^2=6,2$; $v=1,0$; $P<0,05$).

Негативный и позитивный исход санаторной помощи при патологиях печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы соответственно в 36,4 и 9,1% случаях ассоциировался наличием у пациентов гинекологических заболеваний ($\chi^2=4,6$; $v=1,0$; $P<0,05$).

В группах больных с негативным и позитивным исходом санаторно-курортной помощи при гломерулярной болезни соответственно в 69,2 и 23,1% случаев были отмечены наличия сопутствующих патологий органов половой сферы. Уровни чувствительности и специфичности сопутствующих патологий, как предиктора исхода лечения были близки (69,2 и 76,9%).

Доля женщин с гинекологическими заболеваниями в группах с негативным и позитивным исходом санаторного лечения болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани друг от друга отличалась существенно (43,8 и 12,5%; $\chi^2=11,2$; $v=1,0$; $P<0,01$).

Негативный и позитивный исход санаторной помощи при ожирении соответственно в 4,3 и 16,7% случаев ассоциировался наличием сопутствующих гинекологических заболеваний ($\chi^2=5,1$; $v=1,0$; $P<0,05$). Вероятность наличия гинекологической патологии в группе с негативным исходом санаторного лечения ожирения (чувствительность 43,3%) была до 2-х раз меньше вероятности отсутствия этих патологий в группе с позитивным исходом лечения (специфичность – 83,3%).

Сопутствующие гинекологические патологии оказывают существенное влияние на исход лечения основного заболевания – повода для санаторно-курортной помощи. С учетом отмеченного, рекомендуется использовать следующие клинико-статистические группы рекреантов: сахарный диабет у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+75,0%; PV–61,1%); болезни щитовидной железы у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+78,6%; PV–68,2%); расстройства вегетативной нервной системы у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+81,8%; PV–59,0%); болезни нервов, нервных корешков и

сплетений, полиневропатии у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+78,6%; PV-65,4%); ишемическая болезнь сердца у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+90,0%; PV-61,1%); артериальная гипертензия у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+72,2%; PV-61,8%); болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+80%; PV-71,4%); болезни печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+80,0%; PV-58,8%); мочекаменная болезнь у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+87,5%; PV-80%); гломерулярная болезнь у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+75,0%; PV-71,4%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+77,8%; PV-60,9%); ожирение у женщин с наличием и отсутствием гинекологической патологии (PV+72,2%; PV-59,5%).

Выводы

1. Стандартизация санаторно-курортной помощи, как стратегическое направление развития охраны здоровья населения требует проведения разнонаправленных подготовительных работ (изучение структуры патологий рекреантов, выбор приоритетов, адаптивное известное стандартов к условиям конкретных санаторий с учетом климато-бальнеологических условий, обеспечение стандартного объема рекреационных лечебных, диагностических услуг, врачебной помощи по профилям, выявление факторов изменения спроса на санаторные услуги, мониторинг мнений рекреантов, себестоимости лечения, объема лечебных услуг).
2. Существующая практика стандартизации курортной помощи, основанная на определенных вероятности назначения отдельных элементов услуг, не пригодна для выбора индивидуальной программы лечебно-диагностических мер, она может быть использована при санаторном маркетинге и менеджменте.
3. Внедрение стандартов санаторно-курортной помощи создает позитивную мотивацию, как у лечащего врача, так и у пациента, которая приводит к увеличению количества лечебных методов воздействия (5-8 на одного пациента), которое зависит от основного

(повода для санаторно-курортного лечения) и сопутствующих заболеваний.

4. В зависимости от состояния здоровья рекреанта частота назначения отдельных лечебных методов воздействия колеблется в широких пределах, наиболее часто назначаемыми процедурами являются климато и больнеотерапия (100%), лечебная физкультура (24-100%), терренкур (до 82,8%), массаж (до 88,5%), психотерапия (до 83,5%), рефлексотерапия (до 50%), минеральные (до 45,6%), радоновые (до 39,6%), суховоздушные (до 48%) ванны, синусоидально-модулированные токи (до 42,5%), электросон (до 58%).
5. Разность частоты назначения отдельных лечебных методов воздействия у рекреантов с позитивным и негативным исходом лечения не является определяющим для формирования исхода лечения. Поэтому, прогностическая ценность использования этих методов лечения для предвидения позитивного исхода лечения (PV+) близка к прогностической ценности не использования для предвидения негативного исхода лечения (PV-).
6. Рекреанты, не зависимо от основного заболевания, нуждаются в дополнительных (не предусмотренных) лечебно-диагностических услугах, обусловленное как объективными (недостаточность обследования до пребывания в санаторий, появление новых обстоятельств в санаториях), так и субъективными (желанием пациента максимально рационально использовать время в санатории для оценки своего состояния) причинами.
7. Отклонение показателей клинико-лабораторных и функционально-диагностических исследований, оказывают на объем и структуры программ, имеют связь с исходом лечения, что позволяет дифференцировать рекреантов по клинико-статистическим группам. Выделены при сахарном диабете 6, при ИБС – 7, при последствиях ЦВБ – 11, при артериальной гипертензии – 11, при гломерулярной болезни – 7, при мочекаменной болезни – 5, при расстройствах вегетативной нервной системы – 7, при патологиях печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 11, при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки – 8, при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии – 8, при болезнях костно-мышечной системы (артропатиях) – 10, при патологиях щитовидно железы – 7, при ожирении – 7 клинико-статистические группы.

8. Сопутствующие патологии, в том числе стоматологические, гинекологические заболевания, полиморбидность пациента существенно изменяют потребность рекреантов в клинико-лабораторных и функционально-диагностических исследованиях и в лечебных методах воздействия и оказывают влияние на исход санаторно-курортного лечения.
9. Стратегия стандартизации объема и структуры санаторно-курортной помощи позволяет оптимизировать исход лечения, активизировать санаторный маркетинг и менеджмент и повышать рентабельность.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для постоянного совершенствования стратегии развития санаторно-курортной помощи на основе ее стандартизации
 - создать систему мониторинга за научными достижениями в области реабилитации и санаторного туризма;
 - информировать врачебный персонал лечебно-профилактических учреждений страны о стандартах санаторно-курортной помощи;
 - отбор для санаторно-курортного лечения и направление на профильные санатории осуществлять с учетом требований стандартов санаторно-курортной помощи;
 - во всех санаториях использовать опросники для изучения удовлетворенности рекреантов лечебными и диагностическими услугами, отношением персонала.
2. Стандартизацию объема и структуры санаторно-курортной помощи необходимо использовать преимущественно для планирования развития инфраструктуры санаторно-курортных учреждений, для улучшения нормативной базы санаторного маркетинга;
3. Принимая во внимание широкое распространение хронических патологий среди населения, необходимо расширение программы обследования каждого рекреанта индивидуально, на основе консенсуса между врачом и пациентом;
4. При определении адекватности объема и структуры лечебно-диагностических услуг в санаториях, при оценке медицинской и социальной эффективности санаторно-курортной помощи учитывать классификацию рекреантов по клинико-статистическим группам;

5. Анализ деятельности санаторно-курортных учреждений необходимо проводить по каждой нозологической форме отдельно с учетом существующих стандартов санаторно-курортной помощи по этой нозологии;
6. Санаторный этап лечения необходимо полноценно использовать для комплексной оценки состояния пациента, для проведения профилактической санации;
7. Плановое задание для санаторно-курортных учреждений необходимо установить с учетом стратегии стандартизации санаторно-курортной помощи.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Агасиев А.Р. Степень сочетания медицинских лечебных услуг в санаториях / Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin 115 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, Bakı, 2012, s. 199-202
2. Агасиев А.Р. О стандарте санаторно-курортной помощи больным с ишемической болезнью сердца // Общественное здоровье и здравоохранение, Казань 2014, № 1, с. 68
3. Агасиев А.Р. Роль стандартизации санаторно-курортной помощи больным в неврологическом санатории // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры, Москва, 2014, №3, с. 18
4. Агасиев А.Р. Оценка эффективности внедрения стандарта санаторно-курортной помощи больным с сахарным диабетом // Проблемы стандартизации в здравоохранении, Москва, 2014, №5-6, с. 65
5. Агасиев А.Р. Санаторно-курортная помощь при расстройствах вегетативной нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, Москва, 2014, №7, с. 49
6. Агасиев А.Р. About sensitivity and specificity of the medical methods of influence included in the standard sanatorium help (О чувствительности и специфичности лечебных методов воздействия, включенных в стандарт санаторно-курортной помощи) // Socrates Almanac , Oxford, London, 2014 - 2015, с. 288
7. Агасиев А.Р., Агаева К.Ф., Мамедбейли А.К. Об эффективности санаторно-курортной помощи больным с последствиями цереброваскулярных болезней // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, Москва, 2015, №1, с. 35
8. Агасиев А.Р. Оценка качества оформления санаторно-курортных карт // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı, 2015, №2 с. 84

9. Агасиев А.Р. Сравнительная оценка частоты применения лечебных методов воздействия при первичной и повторной санаторно-курортной помощи // *Sağlamlıq, Bakı*, 2015, , № 2 s.133
10. Агасиев А.Р. Сравнительная оценка стандарта и его эффективности санаторно-курортной помощи больным с мочекаменной и гломерулярной болезням // *Azərbaycan tibb jurnalı, Bakı*, 2015, №3, с. 98
11. Агасиев А.Р. Об эффективности использования стандарта санаторно-курортной помощи рекреантам с ожирением // *Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı*, 2015, №3 с. 64
12. Агасиев А.Р., Наджафов Н.А. Оценка соответствия программы лабораторных анализов при санаторно-курортном лечении стандарту // *Общественное здоровье и здравоохранение, Казань* 2015, № 3, с. 69
13. Агасиев А.Р. Роль социологического опроса рекреантов для планирования санаторно-курортной помощи // *Sağlamlıq, Bakı*, 2015, №4 s.154
14. Агасиев А.Р. Чувствительность и специфичность методов лечебного воздействия, включенных в стандарты санаторно-курортной помощи // *Казанский медицинский журнал, Казань*,2015, №4, с. 593
15. Агасиев А.Р. Влияние сопутствующих заболеваний на объём лечебной помощи при санаторно-курортном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца // *Казанский медицинский журнал, Казань*,2015, №5, с. 744
16. Агасиев А.Р. Анализ эффективности стандарта санаторно-курортной помощи больным артериальной гипертензией // *Кардиология, Москва*, 2015, №6, стр 68
17. Агасиев А.Р. Sanatorium rehabilitation of patients with arthropathies // *Socrates Almanac, Oxford, London*, 2015, s. 290
18. Агасиев А.Р. Сравнительная оценка фактического и стандартного объема врачебной помощи рекреантам // *Биомедицина, Bakı*, 2015, №2, s. 36
19. Агасиев А.Р. Эффективность внедрения стандарта санаторно-курортной помощи больным с болезнями желудка и двенадцатиперстной кишки // *Azərbaycan tibb jurnalı, Bakı*, 2015, № 4, s. 91
20. Агасиев А.Р. Потребность рекреантов в стоматологической помощи // *Tibb və Elm, Bakı*, 2015, № 1(1), с. 73

21. Агасиев А.Р. Эффективность внедрения стандарта санаторно-курортной помощи больным с артропатиями // Медицинский вестник северного Кавказа, Ставрополь, 2015, том 10, № 3, с. 302
22. Агасиев А.Р. Об эффективности стандарта санаторно-курортной помощи больным с патологией печени желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı, 2015, № 4, s.52
23. Агасиев А.Р. Зависимость объема методов лечебного воздействия от нозологических форм основного заболевания при санаторно-курортной помощи // Биомедицина, Баку, 2015, № 3 с. 29
24. Агасиев А.Р. Потребность больных с сахарным диабетом в дополнительных лечебно-диагностических услугах при санаторно-курортном лечении / Современная медицина: актуальные вопросы Сб.статей, Новосибирск, 2015, №4-5, с. 93
25. Агасиев А.Р. Эффективность стандарта санаторно-курортной помощи больным с патологиями щитовидной железы / Вопросы медицины, Сб. статей Интернаука, Москва, 2015, № 7-9, с. 96
26. Агасиев А.Р. Сравнительная оценка стандарта и его эффективности санаторно-курортной помощи больным патологиями почек / Вопросы медицины, Сб.статей Интернаука, Москва, 2015, № 7-9, с. 100
27. Агасиев А.Р. Использование клинико-лабораторных анализов для прогнозирования санаторно-курортной помощи пациентам с ишемической болезнью сердца / Вопросы медицины, Сб. статей Интернаука, Москва, 2015, № 7-9, с. 106
28. Агасиев А.Р. Клинико-лабораторный и функционально-диагностический мониторинг пациентов с расстройствами вегетативной нервной системы в санаториях / Вопросы медицины, Сб. статей Интернаука, Москва, 2015, № 7-9, с. 112
29. Агасиев А.Р. Себестоимость лечения при внедрении стандартов санаторно-курортной помощи // Sağlamlıq, Bakı, 2016, №1, s.165

Xülasə **Əbil Rzaqulu oğlu Ağasıyev**

Müalicə-diaqnostika proseslərinin standartlaşdırılması yolu ilə sanator-kurort yardımının inkişaf strategiyasının tibbi-iqtisadi əsaslandırılması

Tədqiqatın məqsədi rekreasiya müəssisələri sistemində müalicə-diaqnostika proseslərinin standartlaşdırma metodologiyasının tətbiqi əsasında sanator-kurort yardımının inkişaf strategiyasının tibbi-iqtisadi əsaslandırılmasıdır.

Bu məqsədin həlli üçün aşağıdakı məsələlər yerinə yetirilmişdir: Sanator-kurort yardımının standartlarının tətbiqi üçün sanator-kurort müəssisələrinin hazırlıq proqramının nəzəri cəhətdən əsaslandırılması və praktiki olaraq həyata keçirilməsi; Reabilitasiya yardımı tələb edən sosial baxımdan daha vacib patologiyalarda sanator-kurort yardımının standartlarının tətbiqinin tibbi effektivliyinin qiymətləndirilməsi metodologiyasının hazırlanması; Rekreantların müalicəvi təsir metodlarına olan tələbatının formalaşması faktorlarının və səviyyəsinin müəyyənləşdirilməsi;

Sosial baxımdan vacib olan müxtəlif patologiyalarda sanator-kurort xidmətlərinin standartlarının tətbiqi zamanı rekreantların əlavə müalicə-diaqnostika xidmətlərinə olan zəruri həcmdə tələbatının əsaslandırılması; Rekreasiya yardımı üçün müxtəlif səbəbləri olan pasiyentlərdə polimorbid fenomeni nəzərə alınmaqla sanator-kurort müalicəsinin standartlaşdırmasının strategiyasının əsaslandırılması; Müalicə-diaqnostika prosesinin standartlaşdırılmasının sanator-kurort xidmətlərinin inkişafının strateji planlaşdırılmasının yeni istiqamətləri kimi, elmi tibbi-iqtisadi əsaslandırılması.

Rekreantların 2007-2011-ci illər ərzində sanator-kurort kartlarından istifadə edərək aşağıdakı sosial-əhəmiyyətli, sanator-kurort müalicə tələb edən xəstəliklər üçün rastgəlmə tezliyi seçilmiş və təyin edilmişdir: ürəyin işemik xəstəliyi; arterial hipertenziya; vegetativ sınırsız sisteminin pozulması; sinirlərin, sinir köklərinin və kəməflərinin xəstəlikləri; mədə və onikibarmaq bağırsağ xəstəlikləri; qaraciyər, öd kisəsi, öd yolları və mədəaltı vəzi xəstəlikləri; sümük-əzələ sistemi və birləşdirici toxuma

xəstəlikləri (artropatiyalar, artrozlar, dorsopatiyalar, spoddilopatiyalar, osteopatiyalar, xondropatiyalar); serebrovaskulyar xəstəliklər; piylənmə; şəkərli diabet; qalxanabənzər vəzi xəstəliyi; sidik daşı xəstəliyi; qlome-rulyar xəstəlik.

Sanator-kurort yardımının standartlarının tələblərini nəzərə almaqla, konkret nozoloji formalar üzrə sanatoriya-ların ştat cədvəlləri tərtib edilmiş, əlavə tədqiqatlar və təyinatlar üçün yeni avadanlıqlar əldə olunmuşdur.

Tibbi effektivlik sanator-kurort yardımını standartlarının tətbiqinin nəticələrinə əsasən qiymətləndirilmişdir.

Göstərilir ki, sanator-kurort yardımının standartlaşdırılması, əhalinin sağlamlığının strateji inkişaf istiqaməti kimi, müxtəlif istiqamətli hazırlıq işlərinin aparılmasını tələb edir. (rekreantların patologiyalarının struk-turunun öyrənilməsi, prioritetlərin seçilməsi, klimato-balneoloji şərtlər nəzərə alınmaqla məlum standartların konkret sanatoriya-ların şəraitinə adaptasiyası, müalicəvi və diaqnostik rekreasiya xidmətinin, profillər üzrə həkim yardımının standart həcmi- nin təmin edilməsi, sanatoriya xidmət-lərinə olan tələbin dəyişmə faktorlarının aşkar edilməsi, rekreantların rəylərinin, müalicənin maya dəyərinin, müalicə xidmətlərinin həcmi- nin monitorinqi).

Kurort yardımının standartlaşdırılmasının, xidmətin ayrı-ayrı elementlərinin təyin olunmasının müəyyən ehtimalına əsaslanan, mövcud praktikası fərdi müalicə-diaqnostika tədbirləri proqramının seçilməsi üçün yararlı deyildir, ondan sanatoriya marketinqi və menecmentində istifadə oluna bilər.

Sanator-kurort yardımını standartlarının tətbiqi həm müalicə edən həkimdə, həm də pasiyentdə müsbət motivasiya yaradır ki, bu da əsas (sanator-kurort müalicəsi üçün səbəb) və müşayiətəedicilərdən asılı olaraq, müalicəvi təsir metodlarının miqdarının artmasına gətirib çıxardır (bir pasiyentə 5-8).

Rekreantın sağlamlıq durumundan asılı olaraq ayrı-ayrı müalicəvi təsir metodlarının təyin olunması geniş intervalda tərəddüd edir, daha çox təyin olunan prosedurlar bunlardır: klimato və balneoterapiya (100%), müalicəvi bədən tərbiyəsi (24-100%), terrenkur (82,8%-ə qədər), massaj (88,5%-ə qədər), psixoterapiya (83,5%-ə qədər), refleksoterapiya (50%-ə qədər), mineral (45,6%-ə qədər), radon (39,6%-ə qədər), quru-hava (48%-ə qədər) vannaları, sinusoidal modullaşdırılmış cərəyan (42,5%-ə qədər), elektroson (8%-ə qədər).

Summary
Abil Agasiyev Rzakulu

Medical and economic justification of strategy of improvement of sanatorium-and-spa care by means of standardization of treatment and diagnostic processes

The purpose of the work is medical and economic justification of strategy of improvement of sanatorium-and-spa care by means implementation of methodologies for standardization of treatment and diagnostic processes in the system of recreational facilities.

For achievement of the given purpose the following problems have been solved: theoretical justification and practical implementation of program of preparation of sanatorium establishments for introduction of standards of sanatorium-and-spa services; Development of a methodology for assessing medical effectiveness of implementation of standards of sanatorium-and-spa services for the most socially significant pathologies, demanding rehabilitation services; Assessment of the level and factors of formation of the need for re-entertainments for treatment methods; Justification of Necessary amount of the needs of the recreants in additional treatment and diagnostic services at different socially important pathologies; Justification of strategy of standardization of sanatorium-and-spa treatment, taking into account the phenomenon of poly-morbidity at patients with different reasons for recreational treatment; Scientific, medical feasibility study of standardization of treatment and diagnostic process as a new direction of strategic planning of improvement of sanatorium-and-spa services.

Using the sanatorium-and-spa cards of recreants during 2007-2011 years there were determined frequency for the following socially significant diseases, demanding sanatorium-and-spa care: cardiac ischemia; arterial hypertension; disorders of the autonomic nervous system; diseases of nerves, nerve roots and plexuses, polyneuropathy; diseases of the stomach and duodenum; diseases of the liver, gall bladder, bile duct and pancreas; diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (arthropathy, arthrosis, dorsopathy, spodylopathy, osteoporosis, chondropathy); cere-

brovascular diseases; obesity; diabetes; thyroid diseases; urolithiasis diseases; glomerular disease).

Taking into accounts the requirements of standards of sanatorium-and-spa care per separate nosological forms, the staff list of sanatoriums have been ordered, new equipment for additional researches and treatment methods have been purchased.

Medical efficiency has been assessed according to results of implementation of standards of the sanatorium-and-spa care.

It was noticed that, standardization of sanatorium-and-spa aid, as a strategic direction of improvement of health protection of population demands implementation of multidirectional preparatory works (study of the structure of pathologies of recreants, selection of priorities, adaptation of well-known standards to conditions of different sanatoriums taking into consideration climatic and balneological conditions, provision of standard volume of recreational treatment, diagnostic services, medical aid per profiles, identification of factors of change in demand for sanatorium services, monitoring of the opinions of recreants, the cost of treatment, the volume of medical services).

The current practice of standardizing of spa care based on certain probability of assigning of individual elements of services is not suitable for choosing an individual program of medical and diagnostic measures; it can be used for sanatorium marketing and management.

Implementation of standards of sanatorium-and-spa care creates positive motivation both in the attending physician and in the patient, what leads to an increase of quantity of treatment methods (5-8 per a patients), which depends on the main (an occasion for sanatorium-and-spa treatment) and concomitant diseases.

Depending on health condition of the recreant the frequency of prescribing individual treatment methods changes within wide frames, the most frequently prescribed procedures are climatic and balneal therapy (100%), therapeutic sport (24-100%), terrenkur (up to 82,8%), massage (up to 88.5%), psychotherapy (up to 83,5%), reflex therapy (up to 50%), mineral (up to 45,6%), radon (up to 39,6%), dry-air (up to 48%) baths, sinusoidal-modulated currents 42.5%), electro sleep (up to 58%).

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ
TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU

Əlyazması hüququnda

ƏBİL RİZA QULU oğlu AĞASIYEV

**Müalicə-diaqnostika proseslərinin standartlaşdırılması yolu ilə
sanator-kurort yardımının inkişaf strategiyasının tibbi-iqtisadi
əsaslandırılması**

3212.01 – Səhiyyə və onun təşkili

**Tibb üzrə elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın**

AVTOREFERATI

Bakı -2017