

### Список литературы

1. Мешалкин В.П., Белозерский А.Ю. Проблема управления устойчивостью предпринятия на рынке / В.П. Мешалкин, А.Ю. Белозерский // Российское предпринимательство. – 2006. – № 9 (81). – С. 92-95.

2. Дмитриев Н.Н. Проблемы и перспективы устойчивого развития ЦБП России в

условиях глобализации / Н.Н. Дмитриев // Целлюлоза, бумага и картон. – 2006. – № 7. – С. 57-62.

3. Экономика и экология: механизмы взаимодействия / [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://bibliofond.ru/view.aspx?id=489159>.

УДК 614.2

И.В. Стешкина\*

## К ВОПРОСУ О МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ВЫБОРА КЛИНИКО-ЭФФЕКТИВНОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Стешкина И.В.* К вопросу о медико-экономическом обосновании выбора клинико-эффективного метода оперативного лечения гастро-эзофагеальной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – Статья.

В статье рассматриваются медико-экономические аспекты выбора методики оперативного вмешательства при рефлюкс – эзофагеальной болезни и грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Данные вопросы являются актуальными в настоящее время в условиях ограниченного финансирования российского здравоохранения из бюджетов всех уровней и возможной недостаточности средств обязательного медицинского страхования в регионах для решения отдельных медицинских задач. Эта проблема ставит медиков в условия поиска возможности максимально рационального подхода к лечению пациентов, имеющих этот вид заболеваний, а также поиска путей разрешения экономических проблем. В статье представлены результаты экономических расчетов при трех вариантах оперативного вмешательства.

*Ключевые слова:* медико-экономический аспект, гастро-эзофагеальная болезнь, эндоскопический метод операции, симультанные операции, оценка стоимости лечения.

*Steshkina I.V.* On medical and economic grounds for choosing clinical effective method of surgical treatment of gastro-esophageal disease and hiatal hernia. – Article.

The article considers medical and economic aspects of choosing types of surgical treatment for reflux-esophageal disease and hiatal hernia. These issues are relevant in current conditions of limited financing of the Russian health care by all level budgets and lack of health insurance funds in the regions for solving different health problems. Due to this issue doctors try to find the most rational approach to treat the patients with this type of disease and solve economic problems. The article presents the results of economic calculations of three different types of surgical treatment.

*Keywords:* medical and economic aspect, gastro esophageal disease, endoscopic surgery method, simultaneous surgeries, evaluation of the cost of treatment.

\* **Стешкина Ирина Владимировна** – соискатель кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, Нижегородская медицинская академия. (Исследовательская группа под рук. д.м.н., профессора А.А. Баулина: д.м.н., профессор Т.В. Поздеева, к.м.н. В.А. Баулин, В.А. Стародубцев, к.м.н. Е.А. Баулина, А.А. Акжигитова, О.А. Баулина, Н.С. Сигаева). Старший лаборант, ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, г. Нижний Новгород, Россия.

**Штешкина І.В. Щодо медично-економічного обґрунтування вибору клініко-ефективного методу оперативного лікування гастроєзофагеальної хвороби та грижі стравохідного отвору діафрагми. – Стаття.**

У статті розглядаються медично-економічні аспекти вибору методики оперативного втручання при рефлюкс – езофагеальній хворобі та грижі стравохідного отвору діафрагми. Дані питання є актуальними в цей час в умовах обмеженого фінансування російської охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів і можливої недостатності коштів обов'язкового медичного страхування в регіонах для розв'язку окремих медичних завдань. Ця проблема ставить медиків в умови пошуку можливості максимально раціонального підходу до лікування пацієнтів, що мають цей вид захворювань, а також пошуку шляхів розв'язання економічних проблем. У статті представлені результати економічних розрахунків трьох варіантах оперативного втручання.

*Ключові слова:* медично-економічний аспект, гастроєзофагеальна хвороба, ендоскопічний метод операції, симультанні операції, оцінка вартості лікування.

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди взрослого населения составляет до 40 %. Прогноз у пациента, страдающего рефлюкс-эзофагитом, определяется, в основном, его осложнениями и степенью выраженности. При тяжелом течении заболевания возможно развитие стриктур пищевода у 7-23 % больных, язвенные поражения пищевода возникают у 5 % пациентов, кровотечения из эрозий и язв пищевода – у 2 % [1]. Значимым осложнением рефлюкс-эзофагита является пищевод Барретта, формирующийся у 8-20 % пациентов [2]. В связи с высокими показателями степени распространённости ГЭРБ изолированно или в сочетании с ГПОД, продолжается пересмотр показаний для оперативного лечения, поиск более эффективных и менее травматичных методик операций. В настоящее время хирургическое лечение больных с рефлюкс-эзофагитом признается единственным радикальным методом, предотвращающим серьезные осложнения, развивающиеся вследствие эрозивно-язвенных изменений в пищеводе, при этом еще и обращая внимание на экономический эффект.

Этот вопрос очень важен в настоящее время в условиях ограниченного финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и возможной недостаточности средств обязательного медицинского страхования в регионах для решения отдельных медицинских задач. Кроме того, современная консервативная терапия явля-

ется довольно дорогостоящей процедурой, непростой для государства и нередко неподъёмной для бюджета пациента. Поэтому «напрашивается» и имеет немаловажное значение показание, которое фактически формулируют сами пациенты – экономическая составляющая.

С появлением новых малоинвазивных хирургических технологий возникла необходимость более детального изучения различных видов оперативного лечения и их отдаленных результатов, в том числе и экономической составляющей по традиционно применяемым критериям и по таким показателям, как

- продолжительность операции;
- вид обезболивания и количество используемых при этом препаратов;
- необходимость сложной дополнительной дорогостоящей видеолапароскопической аппаратуры;
- возможность расширения предполагаемого объема операции;
- частота перехода к традиционному широкому доступу;
- эффективность и объем анальгезии в послеоперационном периоде;
- стоимость лечения;
- косметический эффект;
- длительность временной нетрудоспособности;
- длительность реабилитационного периода.

Таким образом, вопрос эффективности и качества медицинской помощи рас-

смаатривается с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности и научно-технического уровня.

Для уменьшения травматичности, улучшения фиксации желудка, восстановления угла Гиса и клапана Губарева на базе хирургической клиники ПИУВ используется оригинальный патентованный лапароскопический малотравматичный способ, который осуществляется путем фиксации пищеводно-желудочного перехода полипропиленовой лентой, которая, в свою очередь, крепится к передней брюшной стенке (метод профессора кафедры хирургии и эндоскопии ПИУВ А.А. Баулина – Патент № 2 431 448).

Нами были проведены: ретроспективный экономический расчёт стоимости хирургического лечения и проанализированы результаты лечения пациентов с данными заболеваниями (93 чел.) на базе хирургической клиники ПИУВ (ГБУЗ ГКБСМП им. Г.А. Захарьина г. Пензы) в 2010-2011 гг. Изучались непосредственные результаты лечения и медико-экономические показатели в трех группах пациентов, оперированных по поводу ГПОД и ГЭРБ:

1. Лапаротомный доступ – (9 чел.) – операция крурорафия с фундопликацией – первая группа.

2. Лапароскопический доступ и операция по оригинальной методике (74 чел.) – вторая группа.

3. Лапароскопические симультаные операции по поводу ГПОД и калькулезного холецистита, ЖКБ (12 чел.) – третья группа.

При оценке экономических затрат мы пользовались приказом Минздрава РФ № 163 от 27.08.02 об утверждении отраслевого стандарта «Клиничко-экономические исследования. Общие положения». Затраты на медикаменты, оборудование, инструменты, расходные материалы определяли на основании фактических затрат на их закупки. Нормы амортизационных отчисле-

ний рассчитывали на основании документа «Единые нормы амортизационных отчислений и полное восстановление основных фондов народного хозяйства СССР» от 20.10.90 № 1-72 с последующими дополнениями и изменениями. Данные о расходах на оплату труда персонала были получены из бухгалтерской отчетности данного ЛПУ. Оценку стоимости койко-дня проводили по тарифам ОМС и ДМС. В задачи настоящего исследования не входило определение прямых немедицинских и косвенных затрат, мы посчитали возможным ограничиться анализом только прямых медицинских затрат, которые достаточно полно характеризуют экономическую эффективность различных способов эзофагофундопликации.

Стоимость лечения пациента с ГЭРБ и ГПОД в стационаре определяется: стоимостью операции; стоимостью послеоперационной реабилитации; стоимостью пребывания в стационаре. В расчет стоимости операции мы включили: стоимость обезболивания; амортизацию оборудования; оплату труда персонала; оплату стоимости расходных материалов. Одним из основных аспектов экономического анализа при расчете стоимости операции является расчет средств, необходимых для обеспечения анестезиологического пособия. Средняя стоимость анестезиологического пособия при различных способах операции (в рублях) в группах составила: лапаротомный доступ –  $3720.09 \pm 146.36$ ; лапароскопический –  $2631.67 \pm 64.62$ ; лапароскопический симультанно –  $2981.26 \pm 56.73$ , т.е. видим, что стоимость анестезиологического пособия почти в 1,5 раза выше при классическом варианте. Причем в последние годы наблюдается снижение показателя в основных группах, что мы связываем с уменьшением затрат времени на выполнение операции, вследствие наработки практических навыков хирурга (рис. 1).

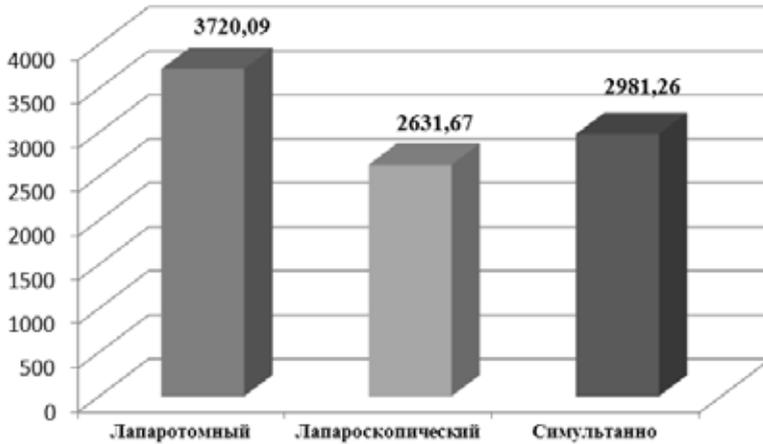
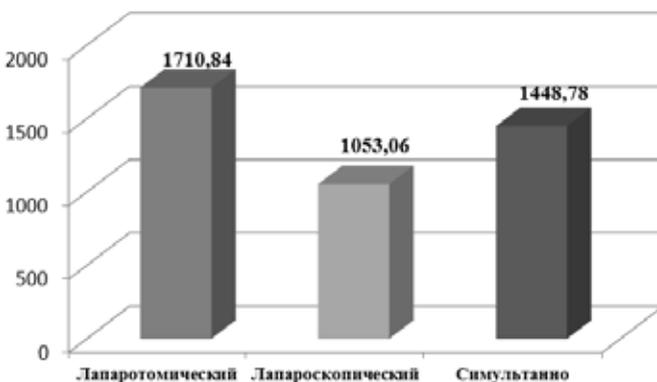


Рис. 1. Средняя стоимость анестезиологического пособия (руб.)

Кроме затрат на амортизацию инструментов и оборудования при проведении медико-экономического исследования, в себестоимость операции включали стоимость расходных материалов и затраты на оплату труда персонала. При расчете затрат на оплату труда персонала в анализе стоимости операции, были включены затраты на заработную плату из бухгалтерской отчетности нашего стационара. Оценка временных затрат персонала проводилась путем прямого наблюдения и хронометража.

Себестоимость выполнения операций составила: лапаротомный доступ –  $1710.84 \pm 198.67$ , лапароскопический –  $1053.06 \pm 53.56$ , лапароскопический симультанно –  $1448.78 \pm 47.15$ . Опять же стоимость операции лапароскопическим

способом ниже, даже при выполнении симультанных вмешательств. На выполнение операции лапароскопическим и лапароскопически симультанно способами затрачивается значительно меньше расходных материалов и времени, соответственно, ниже оценочная стоимость работы медперсонала. Выполнение традиционной операции из лапаротомного доступа не требует специального оборудования, что, по идее, должно делать этот способ операции наиболее дешевым, так как снижаются расходы на приобретение и ремонт дорогостоящих инструментов и аппаратов. Однако увеличиваются расходы на оплату труда персонала, перевязочный и шовный материалы, операционное оборудование и помещение задействуется на более длительное время. Отсюда и возрастают расходы (рис. 2).



Затраты на лекарственное обеспечение пациента, перенесшего операцию лапаротомным доступом почти в 25 раз превышают, чем в основной группе «А» и почти в 4 раза, чем в основной группе «В» (лапаротомный доступ –  $3\,746.43 \pm 208.48$ , лапароскопический –  $158.57 \pm 11.43$ , лапароскопический симультан-

Рис. 2. Себестоимость выполнения операции (руб.)

но –  $1086,54 \pm 87,79$ ), это при том, что при симультанных вмешательствах явно просматривается перестраховка в плане послеоперационных осложнений и перестраховочного удлинения сроков госпитализа-

ции. Ежегодное увеличение затрат связано с возрастанием стоимости лекарственных препаратов и улучшением лекарственным обеспечением в частности для антацидной и симптоматической терапии (рис. 3).

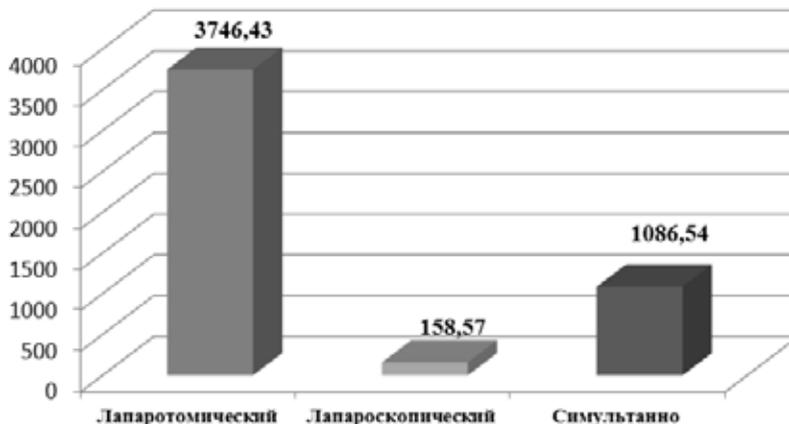


Рис. 3. Затраты на лекарственное обеспечение пациента (руб.)

Из данных нашего исследования мы видим, что возрастает средний срок пребывания пациента в стационаре при классическом доступе, увеличивается и стоимость лечения пациента с данным заболеванием (рис. 4 и 5): лапаротомный доступ –  $12,4 \pm 2,7$  к/д –  $13\,169,53 \pm 265,67$  руб.; лапароскопический

доступ –  $6,1 \pm 0,3$  к/д –  $8\,380,58 \pm 123,54$  руб.; лапароскопический симультанно –  $7,9 \pm 0,4$  к/д –  $13\,049,81 \pm 142,93$  руб. Средние сроки лечения во второй и третьих группах могут быть еще меньше при хозрасчётном подходе, а не сроках определенных ФОМСом.

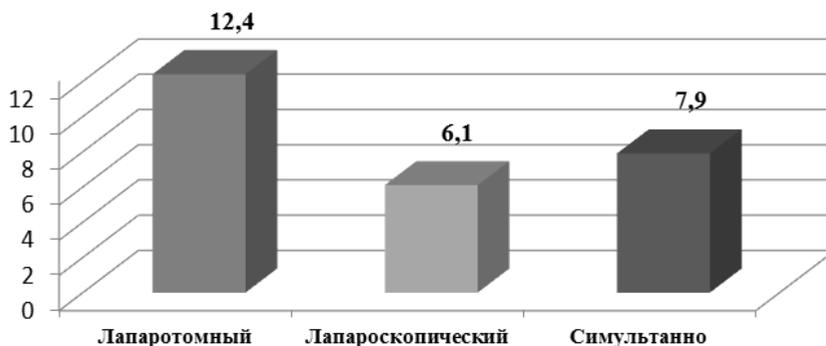


Рис. 4. Средние показатели срока пребывания пациента в стационаре (в днях)

Общая же стоимость лечения в исследуемых группах составила: первая – 22 346,89 ± 452,85 руб.; вторая – 12 223,88 ± 163,66 руб.; третья – 18 566,39 ± 143,67 руб., то есть суммарно почти в 2 раза снижается стоимость лечения в группе сравнения, и ежегодная стоимость в первой группе увеличивается, а во второй и третьей – уменьшается (рис. 6).

Хочется заметить, что в настоящее время оплата по законченному случаю пребывания пациента на хирургической койке стационара из стоимости ОМС очень сильно отличается от стоимости пребывания пациента при фактическом подсчете затрат на лечение пациента по конкретному заболеванию. Для сравнения: в исследуемом лечебном учреждении стоимость любого законченного случая по хирургической койке за 2010 год составляет 9 368,27 руб., а за 2011 год – 10 942,95 руб.

В данной работе мы не приводим сведения о качестве жизни оперированных пациентов и длительности периода нетрудоспособности – это задача другого исследователя, но предварительные данные свидетельствуют о значительно больших трудовых потерях, а отсюда и экономических затратах. Таким образом, стоимость применения новой методики ЛФ угла Гиса полипропиленовой лентой существенно ниже стоимости традиционной крурорафии с фундопликацией, происходит снижение расходов в стационаре не только по отдельным пунктам в 1,5 – 25 раз, но и в целом почти в 2 раза, а выполнение симультанных операций экономически более вы-

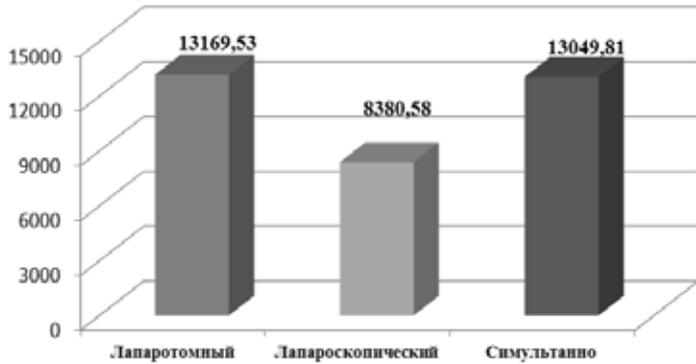


Рис. 5. Средние показатели стоимости пребывания пациента в стационаре (руб.)

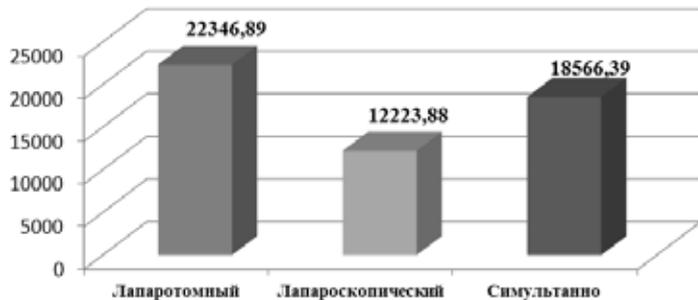


Рис. 6. Общая стоимость лечения (руб.)

годно, чем выполнение каждой операции по отдельности. Предварительные данные по экономическим затратам в отдаленном послеоперационном периоде также говорят в пользу нового способа. К наибольшим затратам на оперативное лечение ГЭРБ и ГПОД и послеоперационную реабилитацию приводит выполнение операции традиционными способами.

По результатам проведенного нами исследования приходим к заключению:

1. Предпочтительнее выполнение операций при ГЭРБ и ГПОД эндоскопическим методом при соответствующих клинических показаниях, так как данный способ выполнения операции достоверно экономически более выгоден и влияет на более благоприятное течение послеоперационного периода.

2. Симультанные операции кроме психологических, социальных и медицинских преимуществ имеют значительное эконо-

мическое превосходство перед этапным лечением и могут быть рекомендованы к применению в широкой практике.

3. Оплата за лечение данных заболеваний со стороны системы ОМС по законченному случаю не соответствует истинным расходам, искусственное завышение сроков пребывания в стационаре по стандартам тормозит широкое внедрение эндоскопических методов, несмотря на все преимущества для государства и пациента.

### Список литературы

1. Цит. по: Егорова Л.К. Отдаленные результаты хирургического лечения рефлюкс-эзофагита. Дис. канд. мед. наук. – М., 2010

2. Болезни пищевода. / Под ред. Ивашкина В.Т., Трухманова А.С. – М. : Триада-Х, 2000. – 179 с.

3. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. / А.Ф. Черноусов, А.Л. Шестаков, Г.С. Тамазян. – М. : ИздАТ, 1999. – 136 с.

4. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Медико-экономическая оценка различных способов выполнения холецистэктомии / Б.С. Бри-

скин, О.В. Ломидзе // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2005. – № 6. – С. 24-30.

5. Медико-экономическая оценка различных способов оперативного лечения ГЭРБ и ГПОД. Исследовательская группа под руководством профессора А.А. Баулина. Сайт РОХ <http://xn-9sbdbejx7bdduahou3a5d.xn-p1ai/stranica-pravlenija/standartyv-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yekonomicheskaja-ocenka-razlichnyh-sposobov-operativnogo-lechenija-gyerb-i-gpod.html>. 2013. И.В. Стешкина, В.А.Баулин, В.А.Стародубцев, Е.А.Баулина, А.А.Акжигитова, О.А.Баулина, Н.С. Сигаева, 2013

6. Симультантные эндохирургические операции при ЖКБ, ГЭРБ и ГПОД. //Эндо. хир.1 Выпуск 2. Тезисы докладов 16 съезда Российского общества эндоскопических хирургов. – 2013. – С. 85-86.

7. Корчагин В.П. Стоимость медицинских услуг: реальный объем и информационная составляющая. / В.П. Корчагин // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 16 (18). – С. 5-8

8. Кобелт Г. «Основы экономической оценки. Фармакоэкономика в России». – М., 1998. С. 3-5.

