

поступлении характерен высокий уровень фибриногена. На фоне проводимой иммунотерапии средняя концентрация фибриногена в основной группе стала значимо меньше (4,3 г/л) по сравнению с контрольной группой (5,45 г/л),  $p < 0,05$ . Установлено, что наличие картины ХЛВН не влияет на клиническое течение РВ.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о выраженных иммунных нарушениях при РВ в остром периоде. Проведенный курс иммунотерапии способствовал более быстрому купированию местных признаков воспаления, снижению частоты осложнений в 2,8 раза. Учитывая полученные данные, всем пациентам вместе с общепринятой схемой лечения РВ (антибактериальная, десенсибилизирующая, антигистаминная и дезинтоксикационная терапия, препараты дезагрегантов, поливитаминов, флеботоников) показано проведение иммунотерапии в остром периоде заболевания.

*А.Ф. Шульга, Л.В. Поташов, А.А. Протасов, Р.В. Тонз*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИЧЕСКОГО ПУТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. академика И.П. Павлова*

Анализ возможности внедрения новых медицинских технологий в клиническую практику традиционно базируется на оценке их эффективности по степени влияния на конечные результаты лечебно-диагностического процесса: летальность, частоту и тяжесть осложнений, среднюю длительность пребывания пациента на больничной койке. При этом экономическом параметре, характеризующим влияние новых технологий на совокупные затраты лечебного процесса, а также их структуру, изучены значительно меньше. Клиническая и экономическая эффективность является приоритетной в управлении качеством лечебно-диагностического процесса. Ограниченные ресурсы здравоохранения подчеркивают актуальность оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий. Основными характеристиками индустриальной модели управления качеством является: стремление к непрерывному повышению качества, управление качеством путем управления отдельными процессам, максимальное использование самоконтроля со стороны исполнителей процессов на основании принципов корпоративной культуры. Для разделения на процессы в медицине применяется два основных

способа: структурный анализ и метод клинических путей. Клинический путь – это «оптимальный во времени и последовательности план выполнения элементов оказания медицинской помощи врачами, медицинскими сестрами и другим штатом сотрудников лечебного учреждения при определенной нозологии или процедуре, разработанный в целях оптимизации ресурсов клиники, достижения максимально возможного качества медицинской помощи, минимизации издержек и отклонений». Большинство авторов убеждены в том, что клинический путь должны составлять сами врачи-профессионалы. Опыт внедрения клинических путей во многих зарубежных клиниках показал достоверное и существенное снижение стоимости и продолжительности лечения, а в некоторых случаях, и повышения его клинической результативности.

Нами разработан клинический путь ведения больных с хроническим калькулезным холециститом, оперированных эндовидеохирургическим методом. Основную группу составили 100 пациентов, проходивших лечение в I хирургическом отделении ГБ№4 с 2006 по 2008гг. с диагнозом: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит. У этой группы был применен клинический путь ведения. Контролем послужили результаты лечения 100 больных хроническим калькулезным холециститом, оперированных по такой же методике, но без применения клинического пути.

План клинического пути включал в себя следующие параметры:

#### Вход системы

1. Нозологическая форма (пациент с хроническим калькулезным холециститом, оперированный эндовидеохирургическим способом);
2. Необходимый минимум догоспитального обследования;
3. Планируемое время стационарного лечения;
4. Предоперационная подготовка (возможные дополнительные методы дообследования пациентов и консультации специалистов);
5. Необходимый набор инструментальных и лабораторных исследований для оценки исходного состояния пациента с хроническим калькулезным холециститом в стационаре и мониторингования его функций в процессе лечения;
6. Характер операции (ЛХЭ);
7. Послеоперационный период (двигательная активность, диета, медикаментозное лечение)

#### Выход из системы

8. Критерии выписки – характеристика запланированного исхода на основе клинических лабораторных и инструментальных данных.

В проектировании процессов по методу клинических путей участвовали: сотрудники кафедры общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова работающие

на базе в ГБ №4, врачи и наиболее опытные медицинские сестры 1 хирургического отделения.

Из 100 пациентов первой группы 68 (68%) были выписаны на 3-е сутки после оперативного вмешательства, а 32 (32%) больных на 4-е сутки. Средний возраст больных этой группы составлял  $58,7 \pm 4,4$  года. Женщин было 94, мужчин – 6. Средний срок пребывания в стационаре составлял  $3 \pm 1,5$  койко-дней. ( $p < 0,05$ )

Больные контрольной группы (100 пациентов), оперированные по той же методике провели в стационаре в среднем  $7,2 \pm 1,5$  койко-дня. ( $p < 0,05$ ) Средний возраст контрольной группы составил  $62,4 \pm 4,3$  года. Женщин было 92, мужчин – 8.

Следует отметить, что исследуемые группы в целом не отличались по возрасту и имеющимся сопутствующим заболеваниям. Однако следует выделить то обстоятельство, что больные контрольной группы к моменту поступления в стационар не имели в полном объеме стандарт необходимых обследований для выполнения предстоящего планового оперативного вмешательства (ЛХЭ). Все это потребовало дополнительных методов обследования и выполнения необходимых анализов, что удлиняло сроки нахождения пациентов в стационаре.

Для оценки экономических показателей у больных обеих групп с холелитиазом, которым была выполнена ЛХЭ в плановом порядке, нами была произведена оценка экономических затрат, связанных с лечением этих пациентов.

Расходы на лабораторные исследования во II группе составили 1446,13 руб и были значительно больше, чем у больных I группы, где применялся способ клинических путей. Разница составила 503,97 рублей. Расходы у больных II группы на инструментальные исследования, также оказались выше, чем у пациентов I группы и составили 314,88 руб. Анализ причин дополнительных затрат на лабораторные и инструментальные исследования пациентов II группы выявило следующее: у 36 (36% больных при поступлении отсутствовали или были уже устаревшими ряд клинических, необходимых для проведения оперативного вмешательства, анализов (биохимия крови, клинический анализ крови, анализ мочи и т.д.)) Ещё у 18% больных II группы отсутствовали данные электрокардиографического исследования, а также ультразвуковой диагностики желчного пузыря.

Общие затраты на лечение больных I группы, оперированных эндовидеохирургическим способом с применением клинических путей, составили  $21216,35 \pm 22,35$ , а общие затраты на лечение больных II группы, у которых не применялся способ клинических путей составили  $28161,14 \pm 29,55$  рублей, что на 6945 рублей больше, чем в I группе. Эта разница была статистически достоверна ( $p < 0,05$ ) и обусловлена, прежде всего сокращением койко-дней в 2 раза у пациентов I группы. Увеличение числа койко-дней у пациентов II группы повлекло за собой повышение расходов на исследование инструментальных и лабораторных по-

казателей, а также повышение затрат на пребывание больного в стационаре в 1,7 раза. Помимо этого, у пациентов I группы, издержки на медикаментозную терапию меньше. Чем у больных II группы. На разности экономических затрат в оцениваемых группах отразились такие факторы, как снижение потребностей в инфузионной терапии, уменьшение используемых анальгетиков, антибиотиков.

Анализ экономической эффективности показал, что наряду с повышением клинической результативности стоимость лечения больного, за период внедрения клинического пути удалось снизить в 1,7 раза и сэкономить в перерасчёте на 100 больных 194500 рублей в год. При этом объём хирургического вмешательства остался прежним. Снижение общей стоимости лечения было связано не только с увеличением его клинической результативности и уменьшением длительности пребывания больного в стационаре, но ещё и со снижением в 1,7 раза частоты случаев полипрагмазии и в 2,4 раза – частоты необоснованного назначения лекарственных препаратов.

*А.Ф. Шульга, Л.В. Поташов, А.А. Протасов,  
О.В. Полиглоттов, Р.В. Тонэ*

#### **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОХОЛЕЛИТИАЗОМ**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. академика И.П. Павлова*

В клинике общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2000 по 2003 г. обследовано 74 больных с подозрением на микрохолецистолитиаз и микрохоледохолитиаз. Всем им было выполнено клиническое и биохимическое исследование крови, а также трансабдоминальное УЗИ и ФГДС, а также по показаниям ЭРХПГ. Для исследования использовалась желчь, полученная при непрерывном, фракционном дуоденальном зондировании, а также желчь, полученная в процессе проведения ЭРХПГ из общего желчного протока, путем канюляции последнего. Исследование свойств различных тканей и органов как проводников электричества, лежит в основе импедансометрии. Исследование извлеченной желчи проводили на реогастрографе РГГ9-01, который разработан в конструкторском бюро ОАО «Завод «Радиоприбор»», и с успехом применяется клиниками города.

Помимо импедансометрии, всем исследованным больным проводилась микроскопия желчи, которая позволяла обнаружить кристаллы на различных стадиях их образования. Количественную оценку кристаллов желчи проводили по схеме, предложенной К. Juniper и E. Burson: 1-я стадия – менее 10 кристаллов в