

тонией можно также считать благоприятной.

В группе детей с ИВТ-симпатикотонией в сопоставлении с детьми с ИВТ-эйтонией регистрировалось статистически значимое уменьшение суммарной фракции ОФЛ ($P < 0,001$), что отражалось на понижении индекса ОФЛ/СХС ($0,46 \pm 0,03$ отн.ед. в сопоставлении с детьми с ИВТ-эйтонией $0,61 \pm 0,02$ отн.ед., $P < 0,001$). Выявлено статистически значимое увеличение мембранодестабилизирующей фракции СЖК ($P < 0,05$). Спектр структурных фосфолипидов характеризовался статистически значимым повышением цитотоксичной фракции ЛФХ ($P < 0,05$). Такая метаболическая ситуация расценивалась нами как возможность формирования адаптивных реакций у детей с ИВТ-симпатикотонией за счет увеличения активности эндогенных фосфолипаз и процессов ПОЛ. Статистически значимый рост содержания трудноокисляемой фракции ФХ ($P < 0,01$) способствовал, вероятно, стабилизации липидного бислоя и

тем самым препятствовал чрезмерному активированию свободнорадикального окисления липидов.

Таким образом, полученные данные о структурно-функциональных особенностях организации клеточных мембран у практически здоровых детей в зависимости от ИВТ (эйтония, ваготония и симпатикотония) свидетельствовали о различных вариантах формирования адаптационно-приспособительных реакций на уровне клеточных структур. Адаптивными являлись структурные варианты мембран у детей с ИВТ-эйтонией и ИВТ-ваготонией, вследствие большего содержания в эритроцитарных мембранах общих фосфолипидов и меньшего содержания цитотоксичной фракции ЛФХ. Структурные изменения в мембранах эритроцитов у детей с ИВТ-симпатикотонией отражали напряжение регуляторных механизмов на уровне клетки, характеризующаясь снижением общих фосфолипидов и накоплением мембранодестабилизирующих фракций ТГ и ЛФХ.

THE FEATURES OF THE STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE MEMBRANES OF THE ERYTHROCYTES IN THE CHILDREN WITH VARIOUS INITIAL VEGETATIVE TONUS

O.I. Zaitseva, V.P. Tereshchenko, E.I. Prachin, L.S. Evert, M.V. Makarova, E.I. Nyagashkina, S.V. Borozdun, V.S. Kanskiy
(Institute of the Medical Problems of the North, Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk)

There has been studied the structural and functional condition of the membranes of the erythrocytes in the practically healthy children with different initial vegetative tonus (IVT) by the method of the thin-layer chromatography. It was shown that the structural variants of the membranes in the children with IVT-atomy and IVT-vagotomy were more adaptive because of big quantity of general phospholipids due to the easy oxidable fraction of the phosphatidylethanolamine and lesser quantity of the cytotoxic fraction of the lysophosphatidilcholine in the erythrocyte membranes. The structural changes in the membranes of the erythrocytes in the children with IVT-sympathicotonia reflected the efforts of the regulator mechanism of the cellular level, characterizing by the lowering the general phospholipids and accumulation of the membranodestabilizing fractions triglycerides and lysophosphatidilcholine.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика* / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
2. *Вельтищев Ю.Е.* Проблемы мембранной патологии в педиатрии. — М.: Медицина, 1984. — 186 с.
3. *Кульберг А.Я.* Рецепторы клеточных мембран. — М.: Высшая школа, 1986. — 101 с.
4. *Методы изучения вегетативной нервной системы у детей и подростков: Метод. рек-ции МЗ СССР* / Под ред. А.М. Вейна, Н.А. Белоконов. — М., 1987. — 25 с.
5. *Новицкий В.В.* Физиология и патофизиология эритроцита. Томск: Изд-во Томского ун-та. — 2004. — 202 с.
6. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 305 с.
7. *Ростовцев В.Н.* Количественное определение липидных фракций плазмы крови // Лаб. дело. — 1982. — № 4. — С.218-221.
8. *Рязанцева Н.В.* Невротические расстройства: клинико-биохимические параллели // Клин. лаб. диагностика. — 2003. — № 5. — С.5-8.
9. *Сависко А.А.* Липидный спектр плазмы крови и мембран эритроцитов у детей с различными типами нейрорегуляторной дистонии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-н/Д, 1994. — 22 с.
10. *Терещенко В.П.* Этапы созревания биологических мембран у детей в основные периоды онтогенеза // Бюллетень СО РАМН. — Новосибирск, 1998. — № 4. — С.5-9.
11. *Dodge I.N., Mitchell C., Hanahan D.* The preparation and chemical characteristics of hemoglobin-free ghosts of human erythrocytes // Arch. Biochem. and Biophys. — 1963. — Vol.100, № 1. — P.119-130.

© ГЕЛЛЕР Л.Н., ФЕДОРОВА Н.В., РАДНАЕВ Г.Г. — 2006

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Л.Н. Геллер, Н.В. Федорова, Г.Г. Раднаев

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра управления и экономики фармации, зав. — к.ф.н., доцент Л.Н.Геллер; Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — В.М.Селиверстов)

Резюме. В работе приведены результаты фармакоэкономического анализа по методу «стоимость-эффективность» затрат на антибактериальную терапию с оценкой эффективности схем антибиотикотерапии, применяемых при лечении гнойно-септической патологии у детей в стационарах г. Иркутска, на основе которых разработаны и предложены методика и инструментарий фармакоэкономической оценки используемой тактики антибактериальной терапии. **Ключевые слова.** Гнойно-септические заболевания, антибактериальная терапия, фармакоэкономический анализ, инструментарий фармакоэкономической оценки.

Стремительное развитие медицинской науки и практики, появление новых и совершенствование уже существующих технологий приводят к удорожанию стоимости оказания медицинских услуг. Решить задачу поиска эффективного способа расходования ресурсов здравоохранения позволяет проведение фармакоэкономических исследований [1,2,3]. В последние годы происходит смещение внимания с «пассивного» финансирования на самостоятельный выбор врачом оптимальных вариантов терапии с учетом ее затратной эффективности.

Антибиотикам в лечении гнойно-септической патологии отводится ведущая роль, т.к. они воздействуют на этиопатогенетическое звено патологического процесса. Несмотря на то, что спектр действия антибиотиков широк, в настоящее время разработаны и продолжают разрабатываться руководства, целью которых является унификация и оптимизация использования широкого арсенала противомикробных препаратов применительно к конкретному заболеванию и с учетом наиболее часто встречающихся возбудителей.

Разработка методики рационального выбора лекарственных средств вообще, и антибактериальных в частности, зависит от вида фармакоэкономического исследования [2]. Различают следующие виды:

1) в рамках клинических испытаний лекарственных средств (ЛС) параллельно с изучением их эффективности и безопасности;

2) как самостоятельное исследование после выхода ЛС на рынок (не подразумеваемая активного вмешательства (эксперимента) на человеке); информация собирается путем выкопировки данных из медицинской документации и/или опроса врачей, пациентов и т.д. в зависимости от поставленных задач.

3) фармакоэкономический анализ методом моделирования. Используется при невозможности получения реальных данных в ходе эксперимента или наблюдения и основан на использовании моделей, представляющих собой формализованное описание изучаемого объекта.

На практике, в зависимости от изучаемых групп ЛС, возможно взаимодополняющее сочетанное использование указанных видов анализа. Применение комбинированных видов фармакоэкономических исследований особенно актуально в отношении антибиотиков, так как с одной стороны, эта группа препаратов широко применяется на госпитальном этапе лечения различных видов заболеваний, а с другой — эффективность ее со временем претерпевает изменения. Поэтому получению данных фармакоэкономических исследований в отношении антибиотиков должно придаваться приоритетное значение, а результаты — быть наиболее полными, исчерпывающими. В этом случае возможна экстраполяция данных на аналоги изучаемых ЛС, позволяющая сократить время и затраты на проведение новых фармакоэкономических исследований.

Проведение фармакоэкономического исследования подразумевает обязательное наличие альтернативных подходов к терапии выбранной патологии, определение ее стоимости и выбор наиболее эффективных методов лечения.

Материалы и методы

Нами проведен клинико-фармакоэкономический анализ использования антибиотиков в педиатрической хирургической практике на основе контент-анализа 279 историй болезни пациентов, пролеченных в хирургических отделениях Иркутской областной и Иркутской городской детских клинических больниц с диагнозами: острая деструктивная пневмония (ОДП), острый гематогенный остеомиелит (ОГО) и сепсис.

Представляет интерес анализ используемых антибиотиков и их комбинаций в интенсивной терапии вышеуказанной патологии. Условно применявшиеся методики условно нами были разделены на две группы:

- «традиционные» — наиболее часто встречающиеся во всех анализируемых историях болезни;

- «модифицированные», — применение которых обусловлено расширением ассортимента антибактериальных средств на региональном фармацевтическом рынке области в последнее время (табл.1).

Целью проводимого анализа явилось желание рассмотреть выигрыш по длительности и стоимости лечения, сравнительная «традиционные» и «модифицированные» методики лечения.

Таблица 1

Перечень «традиционных» и «модифицированных» схем лечения ОДП, ОГО и сепсиса

Схема а/б терапии	№ п/п	Препараты или их комбинации	Стоимость одного дня антибиотикотерапии, руб.
Острая гнойная деструктивная пневмония			
Традиционная	№1	Цефазолин+амикацин	203,78
	№2	Цефотаксим+амикацин	178,98
	№3	Цефтриаксон+амикацин	298,62
	№1	Цефтриаксон	211,80
	№2	Цефотаксим	112,44
	№3	Цефепим	1 353,72
Модифицированная	№4	Цефоперазон	587,86
	№5	Тиенам	2 754,56
	№6	Цефоперазон/сульбактам	1 024,82
Острый гематогенный остеомиелит и сепсис			
Традиционная	№1	Цефазолин+амикацин	178,98
	№2	Цефотаксим+амикацин	298,62
	№3	Цефобид+амикацин	636,54
	№1	Цефтриаксон	211,80
	№2	Цефотаксим	112,44
	№3	Цефепим	1 353,72
Модифицированная	№4	Цефоперазон	587,86
	№5	Тиенам	2 754,56
	№6	Цефоперазон/сульбактам	1 024,82

«Традиционные» методики были условно разбиты на три группы, «модифицированные» на шесть групп, отличающиеся друг от друга как эффективностью (длительностью) лечения, так и стоимостью.

Произведенный расчет включал как стоимость лекарственного препарата, так и стоимость вспомогательных материалов и средств. Стоимость лечения указанных нозологических форм в основном совпадает, так как базируется на использовании одних и тех же ЛС, предусмотренных схемами терапии.

В ходе статистического и математического анализов данные исследования были обработаны с помощью компьютерной программы. Средством разработки программы (языком программирования) явился MS Visual C++6.0.

Результаты и обсуждение

Частота использования «традиционных» и «модифицированных» методик лечения в детских стационарах представлена в таблице 2.

Как следует из табл.2, наиболее часто используемы-

ми (статистически значимыми) можно считать «модифицированные» схемы: № 3, № 5, № 6 и все «традиционные».

сроков лечения при использовании «традиционных» методик необходимо также учитывать и время на купирование побочных эффектов (дисбактериоз, грибковые поражения). При использовании «модифицированных»

Таблица 2

Распределение методик лечения по частоте использования в лечении гнойной инфекции

Нозология	Число больных	«Традиционная» схема			«Модифицированная» схема					
		№ 1	№ 2	№ 3	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6
ОГДП	84	20	36	33	7	7	16	10	8	12
в %	30,11	28,57	31,86	34,38	100,0	100,0	22,54	71,43	15,69	23,08
Сепсис	90	24	33	35	0	0	23	3	27	22
в %	32,26	34,29	29,2	36,46	0	0	32,39	21,43	52,94	42,31
ОГО	105	26	44	28	0	0	32	1	16	18
в %	37,63	37,14	38,94	29,16	0	0	45,07	7,14	31,37	34,61
Итого	279	70	113	96	7	7	71	14	51	52
в %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В таблице 3 приведена стоимость лечения гнойной патологии для одного койко/дня с использованием различных схем антибиотикотерапии.

рование побочных эффектов (дисбактериоз, грибковые поражения). При использовании «модифицированных»

Таблица 3

Стоимость лечения гнойной патологии для одного койко/дня с использованием различных схем антибиотикотерапии (руб.)

Нозологическая форма	«Традиционная» схема			«Модифицированная» схема					
	№1	№2	№3	№1	№2	№3	№4	№5	№6
ОГДП	203,78	178,98	298,62	211,8	112,44	1353,72	587,86	2754,56	1024,82
Сепсис	178,98	298,62	636,54	211,8	112,44	1353,72	587,86	2754,56	1024,82
ОГО	178,98	298,62	636,54	211,8	112,44	1353,72	587,86	2754,56	1024,82

Произведенный расчет включал как стоимость лекарственного препарата, так и стоимость вспомогательных материалов и средств. Стоимость лечения указанных нозологических форм в основном совпадает, так как базируется на использовании одних и тех же ЛС, предусмотренных схемами терапии.

схем побочные эффекты практически отмечены не были, что объясняется сокращением сроков использования препаратов.

Однако, лечение по «модифицированной» методике, тем не менее, является более затратным (примерно в 2 раза), даже учитывая затраты на лечение побочных эффектов при «традиционных» схемах лечения.

Таблица 4

Средние характеристики эффективности «традиционных» и «модифицированных» тактик лечения

Тактика антибиотикотерапии	Число пациентов	Среднее число дней интенсивной антибиотикотерапии	Дисперсия периода болезни	Средняя стоимость лечения
«Традиционная»	88	19,65	1,77	7021,58
«Модифицированная»	39	14,95	1,96	14105,35

Далее нами проведен анализ средних характеристик эффективности «традиционных» и «модифицированных» тактик лечения, включающих среднее число дней интенсивной антибиотикотерапии при использовании только «традиционной» тактики – Td, среднее число дней интенсивной антибиотикотерапии при использовании только «модифицированной» тактики – Md, соответствующая дисперсия (DTd, DMd) и средняя стоимость лечения, в т.ч. побочных эффектов, для обеих тактик (табл. 4).

Как следует из таблицы 4, отношение $Td/Md \approx 4/3$, т.е. при использовании «модифицированных» методик получаем сокращение длительности лечения в один день на каждые четыре дня лечения по «традиционной» тактике. Это соотношение относится только к периоду интенсивной антибиотикотерапии. В оценке общих

отложено количество дней, необходимых для проведения лечения по «традиционной» схеме, по оси ординат – количество дней, необходимых для проведения лечения по «модифицированной» схеме. Пунктирная прямая приведена для сравнения, демонстрируя длительность лечения, если бы оно проходило по «традиционной» схеме. Сплошная линия показывает, какой выигрыш по срокам может быть достигнут при переходе на «модифицированную» схему. Выигрыш по срокам очевиден, т.к. сплошная линия лежит ниже пунктирной. Сплошная линия была построена по методу наименьших квадратов по 152 результатам комбинации различных «модифицированных» и «традиционных» схем. Точка пересечения говорит о том, что применение «модифицированных» методик, в первые пять дней экономически нецелесообразно, хотя может быть оправдан-

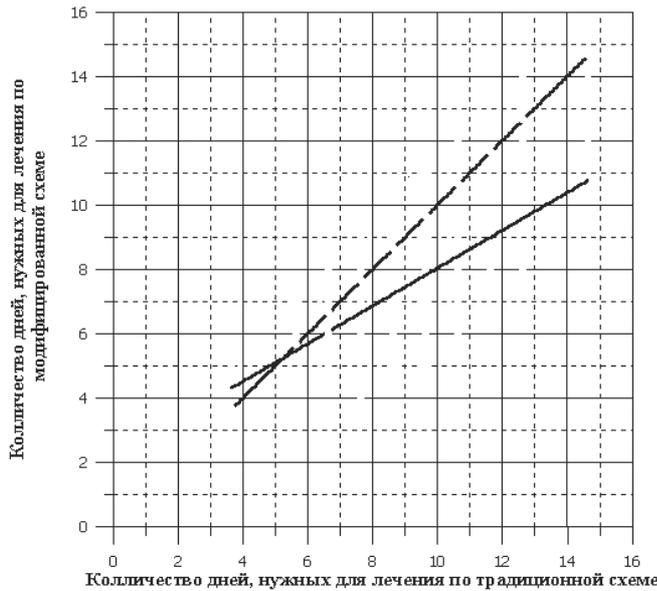


Рис. 1. Сравнительный результат длительности лечения при использовании комбинации «традиционной» и «модифицированной» тактик лечения.

ным, по мнению клиницистов.

Заслуживает внимания результат, полученный при сравнении итогов лечения с использованием конкретной методики. В таблицах 5 и 6 соответственно приве-

Показатели результатов лечения с использованием «традиционных» схем

№ схемы	Сколько раз использовалась	Средний период болезни	Дисперсия по периоду болезни	Средняя цена лечения, руб.
1	21	20,57	42370	4 312,79
2	21	18,76	41640	5 559,41
3	25	18,56	21186	10 846,11

дены данные, отражающие частоту случаев применения «традиционных» и «модифицированных» схем, среднее

Показатели результатов лечения с использованием «модифицированных» схем

№ схемы	Сколько раз использовалась	Средний период болезни	Дисперсия по периоду болезни	Средняя цена лечения, руб.
1	7	18	0,76	3 237,51
2	5	19	0,84	1 831,53
3	10	15,75	38353	19 087,45
4	6	18,75	13516	9 797,67
5	5	13	0	35 809,28
6	5	16,25	41640	13 732,59

число дней лечения по соответствующей методике, дисперсия по сроку болезни, цена курса лечения, коэффициент Стьюдента по уровню надежности 0,95. Для «традиционных» схем также учтены затраты на лечение побочных эффектов.

Как следует из таблицы 5, частота использования всех трех «традиционных» схем в лечении гнойной инфекции примерно

совпадает, длительность лечения также различается незначительно. Однако, очевидно, что в стоимостном отношении схема № 3 дороже схем №№ 1, 2 соответственно в 2,51 и 1,95 раза. Это позволяет отнести ее в разряд экономически невыгодных.

Из таблицы 6 следует, что самыми эффективными по срокам лечения и самыми дорогими являются «модифицированные» схемы №№ 3, 5, 6; они на 16% эффективнее (по срокам лечения) «модифицированных» схем №№ 1, 2, 4 и на 30% – «традиционных» схем. В свою очередь «модифицированные» схемы №№ 1, 2, 4 выигрывают по стоимости курса лечения у «традиционных» и эффективнее их, примерно, на 16%.

Немаловажным критерием использования «традиционных» и «модифицированных» схем лечения является оценка их эффективности в зависимости от нозологии. До этого мы рассматривали выигрыш в сроках лечения независимо от нозологической формы. Теперь рассмотрим эффективность различных методик для каждой гнойной инфекции отдельно.

В таблице 7 приведены средние сроки (в днях) лечения в зависимости от нозологической формы.

Лечение по «традиционной» тактике является более продолжительным (особенно по схеме № 1) относительно сроков лечения по «модифицированным» схемам. Исходя из этого, «модифицированные» схемы лечения можно рассматривать как более приоритетные по экономическим показателям. Цифры со звездочками – это сроки, «слабо» подтвержденные или не подтвержденные (аппроксимированы по соседним схемам) статистикой. Ввиду небольшой выборки материала для каждой отдельной болезни, средний срок лечения для каждой схемы рассчитывался как по результатам применения одной методики, так и по результатам использования комбинации методик. Методика расчета сводилась к методу

Таблица 5

Таблица 6

наименьших квадратов:

1) из общей таблицы выбирались повторяющиеся комбинации методик, из которых формировался массив $\{x_i, y_j\}$, x_i^m и y_j^n длительность лечения по методикам i и j соответственно m и n дней;

2) в этот массив данных, по методу наименьших квадратов, вписывалась прямая $y_j = ax_i + b$, т.е. определялись параметры a, b ;

3) Полагая либо x_i , либо y_j равным нулю, можно определить число дней, необходимых для лечения по методикам, $y_j = b$, $x_i = -(b/a)$.

При проведении анализа использовались все комбинации методик, применявшиеся более двух раз.

Исследованные параметры антибиотикотерапии гнойно-септической патологии и составили

Таблица 7

Средняя длительность лечения гнойной инфекции по различным схемам

Нозологическая форма	«Традиционная» схема (дни)			«Модифицированная» схема (дни)					
	№1	№2	№3	№1	№2	№3	№4	№5	№6
ОГДП	21*	20	19,67	17,3*	18,1*	15,5	18	13	16,0
Сепсис	21	20,5	20,12	18,3*	19,1*	16,0	19*	13	16,5
ОГО	21,62	20,54	38552	18,3*	19,1*	16,0	19*	13	16,5

инструментарий фармакоэкономической оценки по методу «стоимость-эффективность».

В результате нами предложена методика фармакоэкономического исследования альтернативных схем антибиотикотерапии гнойно-септических заболеваний, включающая следующие этапы:

I этап — формулировка исследуемой проблемы: определяется группа заболеваний, возрастная принадлежность пациентов, фармакологическая принадлежность изучаемой группы ЛС;

II этап — выбор альтернативной технологии для сравнения. В нашем случае это — «традиционные» и «модифицированные» схемы антибиотикотерапии;

III этап — расчет затрат, связанных с применением каждой схемы антибиотикотерапии. Предусматривает расчет стоимости одного дня лечения с учетом всех издержек, связанных с приемом препарата, включая купирование побочных эффектов.

IV этап — выбор критериев (инструментария) оценки эффективности. В нашем случае это:

- средний койко-день нахождения больных в стационаре при ОГДП, ОГО и сепсисе;

анализ средних характеристик эффективности «традиционных» и «модифицированных» методик;

- сравнительный анализ эффективности по длительности комбинации «традиционных» и «модифицированных» методик;

- показатели, отражающие частоту случаев применения «традиционных» и «модифицированных» схем, среднее число дней лечения по этим методикам, дисперсия по сроку болезни, цена курса лечения, коэффициент Стьюдента по уровню надежности 0,95. Для «традиционных» схем также учтены затраты на лечение побочных эффектов;

- эффективность по длительности применяемых методик в зависимости от нозологии.

V этап — расчет и анализ собственно фармакоэкономических показателей («затраты — эффективность», «затраты — полезность», «затраты — выгода»).

В нашем примере показатель «затраты — эффективность» составил $Td/Md \gg 4/3$, т.е. при использовании «модифицированных» методик получаем в среднем сокращение длительности лечения в один день на каждые четыре дня лечения по «традиционной» тактике.

ANALYSIS OF ANTIBIOTICS USE IN THE TREATMENT OF PURULENT SEPTIC PATHOLOGY IN CHILDREN

L.N. Geller, N.V. Fyodorova, G.G. Radnaev

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Regional Pediatric Clinical Hospital)

The work presents the result of pharmacoeconomic analysis of the method «cost-efficacy» of the expenditures on antibacterial therapy with the value of antibiotic therapy scheme efficacy, which was used in the treatment of purulent septic pathology in children who were treated in in-patient departments of Irkutsk. On the basis of these schemes the method and instruments of pharmacoeconomic estimation of antibacterial therapy tactics have been worked out and proposed to use.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кобзарь Л.В., Аleshchenko Е.Г. Организационно-информационные подходы к проведению фармакоэкономических исследований // Экономический вестник фармации. — 2001. — № 4. — С.87-89.
2. Лопатин П.Ф., Котельникова Е.Г. Методика фармакоэкономических исследований // Фармация. — 2000. — № 5-6. — С.34-35.
3. Рыжкова М.В., Синотова С.А. Актуальность фармакоэкономических методов оценки лечения для участников фармацевтического рынка // Новая аптека. — 1999. — № 6. — С.9-12.

© КЕМАЛОВ Р.Ф. — 2006

МАРКЕТИНГОВАЯ СУЩНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Р.Ф. Кемалов

(Казанский государственный медицинский университет, кафедра гигиены, медицины труда с курсом медэкологии, зав. — проф. Н.Х.Амиров; Санаторно-курортный комплекс SPA hotel Ulrika» при Управлении Делами Президента Республики Татарстан, Республика Чехия, Карловы Вары, генеральный директор — к.м.н. Р.Ф. Кемалов)

Резюме. В данной статье рассмотрены проблемы складывающихся новых маркетинговых отношений в отечественной системе здравоохранения. Определены наличие и сущность таких отношений, представлены их возможные формализованные понятия, вскрыта и найдена логика взаимосвязей элементов маркетинговых систем здравоохранения, представлены элементы общего маркетинга и маркетинга медицинских услуг, информационных технологий в здравоохранении, имитационного моделирования производственных и финансовых процессов системы здравоохранения.

Ключевые слова. Маркетинг, инновация, рынок медицинских услуг, сегментация рынка, стратегическое планирование.

В современных условиях социально-экономических преобразований в России традиционные взаимоотношения в сфере здравоохранения начинают приобретать либеральный характер, наполняясь экономическими сущностями, присущими рыночным структурам. Такая специфическая сторона производственных отношений может характеризоваться как маркетинговая [6]. Цель маркетинговых исследований в здравоохранении состоит в получении и анализе объективной информации, в

разработке прогнозов развития рынка лечебно-профилактических услуг, в оптимизации стратегии оказания медико-санитарной помощи, в решении проблем создания рынка новых услуг для более полного удовлетворения спроса на них. Таким образом, медицинский рынок обладает соответствующим информационным полем, которое поддается изучению, измерению и оценке [3,7,9]. Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко ре-