

26. ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of invasive bladder cancer // *Annals of Oncology*. — 2003. — Vol.14. — P.1008-1009.

27. *Figueroa A.J., Stein J.P., Dickinson M. et al.* Radical cystectomy for elderly patients with bladder carcinoma: an updated experience with 404 patients // *Cancer*. — 1998. — Vol.83. — P.141-147.

28. *Finelli A., Gill I.S., Desai M.M. et al.* Laparoscopic extended pelvic lymphadenectomy for bladder cancer: technique and initial outcomes // *J. Urol.* — 2004. — Vol.172. — P.1809-1812.

29. *Fisch M., Wammack R., Hohenfellner R.* The sigmaretum pouch (MAINZ pouch II). In *Continent urinary diversion*, edited by R. Hohenfellner and R. Wammack. Edinburgh, Tokyo, 1992. — P.169-175.

30. *Gaston R., Heidenreich A.* Open versus laparoscopic radical cystectomy // *Eur. Urol. Suppl.* — 2006. — Vol.5. — P.385-394.

31. *Gburek BM, Lieber MM, Blute ML.* Comparison of Studer ileal neobladder and ileal conduit urinary diversion with respect to perioperative outcome and late complications // *J. Urol.* — 1998. — Vol.160. — P.721.

32. *Gerharz E.W., McDougal W.S.* Metabolic and functional consequences of urinary diversion through intestinal segments // *World J. Urol.* — 2004. — Vol.22. — P.155-156.

33. *Ghoneim M.A., El-Mekresh M.M., El-Baz M.A. et al.* Radical cystectomy for carcinoma of the bladder: critical evaluation of the results in 1026 cases // *J. Urol.* — 1997. — Vol.158. — P.393-399.

34. *Gill I.S., Fergany A., Klein E.A. et al.* Laparoscopic radical cystoprostatectomy with ileal conduit performed completely intracorporeally: the initial 2 cases // *Urology*. — 2000. — Vol.56. — P.26-30.

35. *Grossfeld G.D., Carroll P.R.* Orthotopic urinary diversion with the ileal neobladder // *Tech. Urol.* — 2006. — Vol.7. — P.196.

36. *Gschwend J.E., Fair W.R., Vieweg J.* Radical cystectomy for invasive bladder cancer: Contemporary results and remaining controversies // *Eur. Urol.* — 2000. — Vol.38. — № 2. — P.121-130.

37. *Hauri D.* Gastric pouch as orthotopic bladder replacement be used in adults? // *J. Urol. (Baltimore)*. — 1996. — Vol.156. — P.931-935.

38. *Hautmann R.E.* Urinary diversion: ileal conduit to neobladder // *J. Urol.* — 2003. — Vol.169. — P.834-838.

39. *Hautmann R.E., de Petriconi R., Gottfried H.W. et al.* The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup // *J. Urol.* — 1999. — Vol.161. — P.422.

40. *Hollenbeck B.K., Miller D.C., Taub D. et al.* Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy // *J. Urol.* — 2005. — Vol.174. — P.1231-1237.

41. *Hollenbeck B.K., Miller D.C., Taub D., et al.* Aggressive treatment for bladder cancer is associated with improved overall survival among patients 80 years old or older // *Urology*. — 2004. — Vol.64. — P.292-297.

42. *Hrouda D., Adeyejoju A.A.B., Gill I.S.* Laparoscopic radical cystectomy and urinary diversion: fad or future? // *B.J.U. Int.* — 2004. — Vol.94. — P.501-505.

43. *Lin D. W., Santucci R. A., Mayo M. E. et al.* Urodynamic evaluation and long-term results of the orthotopic gastric neobladder in men // *J. Urol. (Baltimore)*. — 2000. — Vol.164. — P.356-359.

44. *Lusuardi L., Lodde M., Pycha A.* Surgical Atlas: Cutaneous ureterostomy // *B.J.U. Int.* — 2005. — Vol.96. — P.1149-1159.

45. *Madersbacher S., Hochreiter W., Burkhard F. et al.* Radical cystectomy for bladder cancer today — a homogeneous series without neoadjuvant therapy // *J. Clin. Oncol.* — 2003. — Vol.21. — P.690-696.

46. *McGuire MS, Grimaldi G, Grotas J, Russo P.* The type of urinary diversion after radical cystectomy significantly impacts on the patients quality of life // *Ann. Surg. Oncol.* — 2000. — Vol.7. — P.4.

47. *Mitchell C., Benson M.D., Carl A., Olsson M.D.* Continent urinary diversion // *Campbell's urology. Seventh edition / Ed. P.C. Walsh. W.B. Saunders company.* — 1998. — Vol.3. — Ch. 103. — P.3190-3247.

48. *Pagano F., Bassi P., Caletti T.P. et al.* Results of contemporary radical cystectomy for invasive bladder cancer: a clinicopathological study with an emphasis on the inadequacy of the tumor, nodes and metastases classification // *J. Urol.* — 1991. — Vol.145. — P.45-50.

Информация об авторах: 664000, г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32., раб. тел. 8(3952)777323. e-mail: LelyavinK@rambler.ru
Лелявин Кирилл Борисович — ассистент, к.м.н.

© ФЕДОТЧЕНКО А.А. — 2010

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ (ПЕЛОИДОТЕРАПИЯ)

А.А. Федотченко

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра физиотерапии и курортологии, зав. — д.м.н., проф. С.Г. Абрамович)

Резюме. В лекции отражены условия образования, строение и свойства различных типов лечебных грязей. Изложены патогенетические механизмы их лечебного действия, техника и методики проведения процедур, показания и противопоказания к применению.

Ключевые слова: лечебные грязи.

FANGOTHERAPY

A.A. Fedotchenko

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The conditions of formation, the composition and characteristic of the different types of the medical mud have been considered in the lecture. Pathogenetic mechanisms of their medical effect, technology and methods of the procedures fulfillment, indication and contraindications to application have been presented.

Key words: mud.

Лечебные грязи, или пелоиды (pelos — ил, грязь), — это природные образования, состоящие из воды, минеральных и органических веществ, представляющие собой однородную тонкодисперсную пластическую массу, характеризующуюся определенными тепловыми свойствами.

Применение грязей с лечебной целью имеет тысячелетнюю историю. В папирусах Древней Греции лечебные грязи называли “землей, излечивающей всякие раны”. Наиболее пригодными для лечебных целей являются

иловые отложения соленых водоёмов (иловые сульфидные грязи), иловые отложения пресных водоёмов (сапропели-гниющий ил) и торфяные образования болот (торфяные грязи). В Иркутской области семь грязевых озёр, славящихся своими лечебными свойствами.

Происхождение грязей связано с жизнедеятельностью микроорганизмов, в результате чего происходит накопление в них биологически активных веществ (ферментов, гормонов), коллоидов и образование газов (CH_4 , H_2S , H_2 , CO_2N_2).

Структура всех лечебных грязей представляет собой сложную физико-химическую систему, включающую три взаимосвязанные части: грязевой раствор, осев грязей и коллоидный комплекс. Жидкую фазу лечебной грязи (грязевой раствор) составляют вода и растворенные в ней соли, твердую — грубодисперсная часть грязи, коллоидный комплекс — кристаллы солей, силикатные частицы различного размера, неразложившиеся остатки растений и т.д.

Перечисленные типы грязей значительно различаются между собой по условиям их образования, химическому составу и физико-химическим свойствам.

Иловые сульфидные грязи характеризуются преобладанием минеральных компонентов над органическими веществами. Для них характерна высокая минерализация грязевого раствора. Содержание сульфидов (FeS) обуславливает их темно-серую окраску. Солёность грязи определяется климатическими и почвенными зонами и может колебаться в различные сезоны года. Эта грязь должна иметь запах сероводорода, быть мягкой на ощупь, хорошо размазываться на теле. Содержание в ней воды должно быть не ниже 30 и не выше 70%, а засоренность частицами диаметром более 0,25 мм не должна превышать 3%.

Сапропелевые грязи, образующиеся за счёт разложения низших растительных и животных организмов в пресных водоёмах, характеризуются большим содержанием органических веществ. Другой особенностью сапропелевых грязей является высокое содержание в них воды — до 95%. Окраска сапропелей самая разнообразная. Она может быть коричневой, голубоватой и даже розовой. Сапропелевые грязи обладают хорошей пластичностью, вязкостью и липкостью. Они имеют большую удельную теплоёмкость и вместе с тем пониженную теплоотдачу. В них содержится большое количество разнообразных химических элементов (кобальт, марганец, медь, цинк, бор, молибден, йод, бром и др.) и витаминов (В, С, Д, В₁₂, фиброфлавины, фолиевая кислота и др.).

В составе торфов, образующихся за счёт разложения высших растений, преобладают органические вещества. Эти грязи образуются на дне болот и содержат сероводород, который обычно находится в свободной форме. Содержание воды в торфах достигает 65-90%. Коллоидная основа торфа состоит из гуминовых веществ (гумус-перегной). Чем больше их в торфе, тем выше его влагоёмкость, пластично-вязкие и тепловые свойства. Основным показателем пригодности торфа для грязелечения является степень его разложения. Хорошо разложившийся торф обладает большой влагоёмкостью и высокой теплоудерживающей способностью.

Иловые сульфидные грязи могут быть использованы для лечебных целей в своём естественном состоянии, торфяные грязи часто требуют разведения водой, сапропелевые, наоборот, должны быть отжаты.

Несмотря на описанные выше различия в свойствах и строении им присущи и общие черты, объединяющие их в группу лечебных грязей, способных при смешивании с водой образовывать однородную пластическую массу. Коллоидная структура определяет консистенцию лечебной грязи, придаёт ей вязкость и пластичность. Благодаря коллоидальности лечебная грязь мягкая на ощупь, хорошо размазывается на теле, плотно пристаёт к коже и сравнительно легко смывается водой.

Для лечебного использования рекомендуются только те грязи, которые имеют хорошие пластично-вязкие, липкие и тепловые свойства.

Пластично-вязкие и липкие свойства зависят от содержания воды в грязи. В тепловые свойства лечебных грязей входят удельная теплоёмкость, теплопроводность и теплоудерживающая способность.

Биологический состав грязи включает гнилостные аэробы, анаэробы, маслянокислые бактерии, грибки, плесни и другие непатогенные бактерии.

Наличие патогенной флоры свидетельствует о плохом санитарном состоянии грязи и запрещается для лечебного применения. Согласно Отраслевого стандарта (ОСТ 42-21-16-86) «Отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности», коли-титр для иловых грязей 10 и выше, титр-перфрингенс — 0,1 и выше.

Для вагинального и ректального грязелечения применяется только свежая, не бывшая в употреблении грязь.

Лечебное действие пелоидов зависит от их физических и химических свойств, температуры нагрева, места и площади наложения, продолжительности процедуры, количества на курс лечения и порядка назначения (ежедневно, через день, два дня подряд с последующим однодневным перерывом и т.д.). Дозиметрические параметры процедуры определяются общим состоянием человека и характером патологического процесса.

В механизмах действия ведущее лечебное значение имеет тепло грязи, которое обеспечивает оптимальные условия для реализации химического фактора. Тепловой фактор повышает метаболизм в тканях, увеличивает микроциркуляцию и транспиллярный обмен. Химические факторы (минералы, органические кислоты и соединения, витамины, микроэлементы, биогенные стимуляторы и др.), активируемые теплом, действуют непосредственно на кожу и подлежащие структуры. Внедряясь в кожу, химические элементы и соединения образуют на месте воздействия своеобразную химическую мантию и являются источником длительного химического влияния на организм человека. Воздействуя на многочисленные рецепторы кожи, они вызывают не только местные, но и общие реакции всего организма. При аппликации нагретой грязи в зоне действия всегда появляется гиперемия, что свидетельствует о расширении микроциркулярного русла.

При грязелечении наблюдаются отчётливые гормональные сдвиги, свидетельствующие об участии гипоталамуса, гипофиза и периферических эндокринных желез. Действие пелоидов связано не только с увеличением гормонов, но и с повышением чувствительности к ним клеток и тканей. Под влиянием пелоидотерапии улучшается кровоснабжение тканей, повышается внутриклеточный метаболизм, что сопровождается ускорением регенерации тканей, противовоспалительным и обезболивающим эффектом, повышением защитно-адаптационных систем организма. Отмечено, что на фоне грязелечения ускоряется утилизация медикаментозных препаратов, что сопровождается потенцированием лечебных эффектов.

Общие грязевые процедуры (грязь накладывается почти на всю поверхность тела человека) и грязевые ванны (от 5 до 20 кг грязи на 180 литров воды или раствора) используются редко. Они нагрузочны для многих больных, часто приводят к развитию бальнеопатологических реакций и обострению заболеваний.

Более удобна и экономически выгодна методика локального (местного) воздействия, при которых лечебную грязь накладывают на какую-либо часть тела: кисти (перчатки), кисти и предплечья (высокие перчатки), нижнюю часть туловища и ноги (брюки, короткие брюки, трусы), воротниковую область, суставы, поясницу и т.д.

Для проведения процедуры на кушетку раскладывают байковое или суконное одеяло, поверх него кладут клеёнку, на неё подстилку (простынь из грубого холста). На подстилку в том месте, где будет располагаться часть тела, подлежащая воздействию, накладывают слой лечебной грязи назначенной температуры. Больного укладывают на грязевую лепёшку толщиной 3-6 см, тщательно обмазывают грязью подлежащий воздействию участок тела, после чего его последовательно укутывают простыней, клеёнкой и одеялом. Продолжительность грязевой процедуры 15-20 минут. По окончании процедуры больного раскутывают, снимают с него лечебную

грязь и он обмывается под душем. После обмывания больной должен отдохнуть в комнате отдыха 20-30 минут. Процедуры проводят через день или два дня подряд с последующим однодневным перерывом. Курс лечения состоит из 7-12 процедур. Оптимальная температура нагрева грязи составляет 38-42°C.

Влагалищное грязелечение широко применяется при гинекологических

заболеваниях не только на курортах, но и во внекурортных условиях. Для этого используются иловыми или сапропелевыми грязями.

При проведении влагалищного грязелечения необходимо тщательно очищать лечебную грязь от посторонних примесей путём прогираания через мелкое металлическое сито или через марлю, осуществлять постоянный бактериологический контроль и не пользоваться бывшей в употреблении (регенерированной) лечебной грязью.

Существуют различные способы для введения во влагалище нагретой грязи. Чаще всего используют двухстворчатое зеркало Куско или резиновую трубку. Температура нагрева грязи составляет 38-45°C. Влагалищное грязелечение часто сочетается с аппликациями грязи на область живота и таза. Лечение проводится через день или два дня подряд с последующим однодневным перерывом. Продолжительность процедуры составляет 30-40 минут. Курс лечения колеблется от 7 до 15 процедур. По окончании процедуры грязь удаляют из влагалища и проводят спринцевание минеральной водой или дезинфицирующим раствором, подогретых до 38-42°C.

При ректальном грязелечении грязь вводится в прямую кишку при помощи специального шприца. Перед её введением пациент должен опорожнить кишечник и мочевого пузыря. Введение грязи осуществляется в коленно-локтевом положении больного. Введение её проводится медленно чтобы не вызвать позыва на дефекацию. После введения грязи в прямую кишку больной должен лежать на животе 10-20 минут, а затем повернуться на левый бок. Общая продолжительность процедуры составляет 30-60 минут, но часто ограничивается позывом на дефекацию. Температура нагретой грязи составляет 38-45°C. Процедуры проводят через день или два дня подряд с последующим однодневным перерывом. Курс лечения состоит из 10-15 процедур.

Влагалищное и ректальное грязелечение проводится по назначениям гинеколога, уролога, проктолога.

Кроме классического грязелечения в настоящее время на курортах и особенно во внекурортных условиях широко используются сочетанные грязелечебные процедуры. Среди них наибольшее распространение получили гальвано-, диадинамо-, амплипульс-грязелечение, пелофонотерапия. При проведении этих процедур на кожу под электроды или ультразвуковую головку помещают марлевые (из нескольких слоев марли) мешочки, наполненные грязью толщиной от 1 до 4 см. Температура грязи составляет 38-42°C. Электропроцедуры и ультразвуковое воздействие осуществляются в рамках стандартных дозиметрических параметров.

Широко используется в клинической практике и электрофорез грязевого раствора, который получается в процессе обезвоживания грязи. Грязевым раствором смачиваются гидрофильные прокладки или под них подкладываются лекарственные прокладки, приготовленные из фильтровальной бумаги или из 2-4 слоёв марли. Воздействие осуществляется по обычным параметрам электрофореза. Полученной нативный грязевой раствор хранят в посуде из тёмного стекла при температуре +4+10°C. Срок его хранения составляет 4-6 месяцев.

Грязевое хозяйство — система, включающая в себя месторождение лечебных грязей и бальнеотехнические сооружения для его эксплуатации. Грязевое месторождение должно тщательно охраняться как местность лечебного значения. Вокруг неё устанавливаются три зоны санитарной охраны. В первой зоне (100 метров)

не разрешается размещать жилища, содержать скот, разводить огороды и т.п. Границы зоны должны иметь маркировку или ограждение. Во второй зоне (2-3 км от центра грязевого месторождения) не должно быть объектов, ухудшающих экологическое состояние грязевого месторождения. Третья зона — это границы санитарной охраны санаторно-курортного учреждения в целом. Границы месторождения и санаторно-курортного учреждения утверждаются администрацией региона и имеют силу закона.

Грязелечебница санаторно-курортного учреждения включает в себя следующие структурные подразделения:

- комнату для раздевания больных из расчёта 2 м² на кушетку;
- процедурный зал из расчёта 8 м² на кушетку;
- один душ на две кушетки;
- комнату для лечения грязевыми тампонами (14 м² на одно рабочее место);
- помещение для подогрева и подготовки грязи к процедурам (грязевая кухня) из расчёта 4,5 м² на кушетку;
- помещение для мытья простыней и брезентов (не менее 18 м²);
- сушильную камеру с температурой +50+55°C;
- грязехранилище из расчёта 12 м² на кушетку с наличием регенерационных колодцев;
- комнату отдыха обслуживающего персонала из расчёта 2 м² на одну кушетку.

Количество требуемой грязи проводится из расчёта 20-30 кг на одну процедуру в санаторно-курортных учреждениях и 10-12 кг во внекурортных условиях.

Хранение грязи осуществляется в подвальных помещениях с естественным освещением при температуре +10+15°C. Для хранения и регенерации грязи (восстановление после лечебного использования) грязехранилище оборудуется приточно-вытяжной вентиляцией с воздухообменом +2 — 10.

Хранение и регенерация грязи происходит под слоем воды данного озера или 5% раствора хлорида натрия. Оптимальная толщина слоя воды (рассола) 20-30 см.

Срок регенерации грязи определяется временем выживания патогенной микрофлоры. Грязь после ректального и вагинального лечения повторно не используется.

Показания для грязелечения

Грязелечение проводится в стадии затухающего обострения или ремиссии хронических заболеваний.

1. Болезни костно-мышечной системы:

- артропатии (инфекционные, воспалительные, артриты): последствия перенесенного ревматического полиартрита (не ранее, чем через 6-8 месяцев после окончания острых явлений); ревматоидный артрит в неактивной фазе или с минимальной активностью процесса; реактивный артрит при активности воспалительного процесса не выше 1ст.; псориатические и энтеропатические артропатии; подагра; остеоартроз;

- дорсопатии и спондилопатии: кифоз, сколиоз, остеохондроз позвоночника (с различными неврологическими синдромами), поражение межпозвонковых дисков, воспалительные спондилопатии и др.;

- болезни мягких тканей и последствия травм костей: миозиты, мышечные контрактуры, атрофии мышц; синовиты, бурситы, тендовагиниты, фиброзиты; остеопатии и хондропатии.

2. Болезни нервной системы:

- поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений (различного генеза);
- расстройства вегетативной нервной системы;
- последствия травм корешков, сплетений, нервных стволов, головного и спинного мозга;
- последствия оперативного удаления доброкачественных опухолей нервной системы;
- последствия полиомиелита, энцефалита, энцефаломиелимита, арахноидита;
- детский церебральный паралич.

3. Болезни мочеполовых органов:
 - хронический пиелонефрит, пиелит;
 - хронический цистит, уретрит;
 - болезни мужских половых органов (хронический простатит, орхит, эпидидимит и др.);
 - болезни женских половых органов (хронический сальпингоофорит, метрит, эндометрит, тазовые перитонеальные спайки, половой инфантилизм, женское бесплодие).
4. Болезни органов пищеварения:
 - язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, не осложненного течения, в стадии ремиссии;
 - болезни кишечника: синдром раздраженного кишечника, последствия инфекционного поражения, дискинезия, болезни прямой кишки;
 - болезни печени: последствия вирусного гепатита;
 - болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы: хронический холецистит, холангит, панкреатит;
 - нарушения органов пищеварения после операции по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, холецистэктомии;
 - последствия воспалительных процессов в брюшной полости.
5. Болезни органов дыхания:
 - болезни верхних дыхательных путей (миндалин, гортани, придаточных пазух носа);
 - остаточные явления после острой пневмонии;
 - хронический бронхит вне обострения или в стадии затухающего обострения;
 - последствия перенесенной операции на легких.
6. Болезни кожи:
 - дерматит и экзема;
 - папулосквамозные нарушения (псориаз, красный плоский лишай и др.);

- болезни придатков кожи (гнездная алопеция, угри и др.);
 - рубцовые и трофические изменения кожи.
7. Болезни уха и сосцевидного отростка.
Основные противопоказания
 - Острые воспалительные процессы
 - Злокачественные и доброкачественные опухоли
 - Кистозные образования
 - Болезни крови и кровотечения любой локализации
 - Туберкулёз любой локализации
 - Сердечно-сосудистые заболевания с нарушением кровообращения I стадии и выше
 - Нарушения сердечного ритма и полные блокады
 - Беременность во все сроки
 - Психические заболевания
 - Эпилепсия
 - Наклонность к судорогам
 - Цирроз печени
 - Тромбофлебит
 - Тиреотоксикоз
- В дни грязелечения не следует принимать водные, воздушные и гелиопродуры. Грязелечение несовместимо с ультрафиолетовым облучением в эритемных дозах.
- Грязелечение в разные дни широко сочетается с ваннами различного химического состава и аппаратными физиопроцедурами. В случае ежедневного сочетанного воздействия грязелечения и аппаратной физиотерапии необходим интервал между процедурами не менее одного часа.
- В случае возникновения бальнеопатологических реакций (ухудшение самочувствия, усиление клинических проявлений заболевания) необходима коррекция дозиметрических параметров процедур или их отмена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Физиотерапия и курортология / Под ред. В.М. Боголюбова. — М.: Бином, — 2008. — Т.1. — С. 105-120.
2. Физиотерапия (национальное руководство) / Под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2009. — 854 с.
3. Улащик В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / М.: Минск. Книжный дом, 2008. — С. 175-187.
4. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. — М.: Минск. Книжный дом, 2008. — С. 283-297.

Информация об авторе: 664005, Иркутск, 2-ая Железнодорожная, 4, кафедра физиотерапии и курортологии, тел. 390630; факс 395020.
Федотченко Александр Александрович — д.м.н., профессор.

© ВЛАСОВА И.А. — 2010

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

И.А. Власова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской реабилитации, зав. — д.м.н., проф. Д.Д. Молоков)

Резюме. В настоящей статье представлен обзор литературных данных, отражающих принципы реализации экономической оценки медицинских технологий.

Ключевые слова: медицинские технологии, клинико-экономический анализ, критерии эффективности, восстановительная медицина, профилактические мероприятия.

TO THE QUESTION ON THE ECONOMIC ANALYSIS OF EFFICIENCY MEDICAL TECHNOLOGIES

I.A. Vlasova

(Irkutsk the state institute of improvement of doctors)

Summary. In present article the review of the literary data reflecting principles of realisation of an economic estimation of medical technologies is presented.

Key words: medical technologies, the kliniko-economic analysis, criteria of efficiency, regenerative medicine, preventive actions.

Процесс принятия управленческого решения относительно целесообразности использования различных видов медицинских технологий базируется на анализе

их результативности и экономической эффективности. Рост стоимости лечения заболеваний становится серьезной общественной и экономической проблемой во